

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela de Odontología

U. N. A. M.

● ESTUDIO PRE-TRNS Y POST-
OPERATORIO EN CIRUGIA
MENOR DE BOCA.

T E S I S

Que para obtener el titulo de

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a :

BAYARDO SALGADO BERMUDEZ

G U A D A L A J A R A , J A L .





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

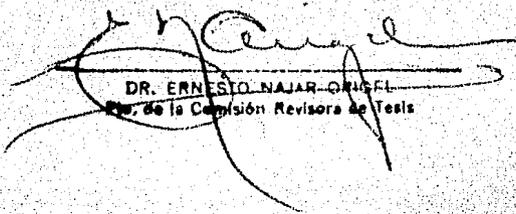
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.



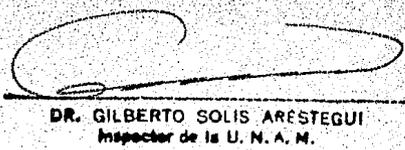
[The text in this section is extremely faint and illegible due to the low quality of the scan. It appears to be a large rectangular area containing several lines of text, possibly a title or a list of items.]



DR. ERNESTO NAJJAR ORSINI
M. de la Comisión Revisora de Tesis



DR. JOSE AGUIRRE LOZANO
Director de la Escuela de Odontología



DR. GILBERTO SOLIS ARESTEGUI
Inspector de la U. N. A. M.

**Con Infinito Amor:
A NUESTRO SEÑOR
En Quién Deposité Siempre
Mi Fé para nunca desfallecer
en Mis Estudios.**

A la memoria de mi Querido Padre:
SR. VICTORIANO A. SALGADO (Q.E.P.D.)
Que con sus inolvidables consejos,
ayudó a formarme un hombre útil a
la Sociedad.

A mi Querida Madre:
SRA. ROSITA BERMUDEZ DE SALGADO
Con profundo Amor, Respeto y Agradeci-
miento infinito, ya que su abnegación,
cariño y sacrificios logró que llegara
al final de mis más caras aspiraciones.

A mi Hermana:

"BERTHALICIA"

Por sus consejos, apoyo moral
y económico, durante toda mi
vida de estudiante. Con todo
mi Cariño.

A mis Hermanos:

FERNANDO,
MYRIAM ARGENTINA,
JUVAL STELIO,
ALEYDA ANAYANSI.

Con mucho cariño, quienes con su
cooperación hicieron posible mi
carrera.

**A MIS SOBRINOS
Con Todo Mi Cariño**

**A mis Cuñados:
ORLANDO,
CARLOS JOSE,
SOCORRO.
Con Cariño**

**A las Familias:
FARIAS CHAVEZ,
ESPINAL MAJANO,
Con Todo Respeto y
Estimación.**

Con afecto a los Doctores:
ERNESTO NAJAR ORIGEL,
RAFAEL URIBE AMADOR.
Por su Ayuda en la Dirección
de esta Tesis.

Con respeto, a todos mis
Maestros, que de una manera
desinteresada me dejan parte de su
saber.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS
A los que recordaré siempre

P R O L O G O

De acuerdo con el reglamento que rige a la facultad y habiendo sido aceptado, para mi examen profesional el tema "CUIDADOS PRE-TRANS Y POSTOPERATORIOS EN CIRUGIA MENOR DE BOCA". Pido al H. Jurado, puedan comprender y disculpar los defectos de este trabajo, debido a mi poca experiencia; pero en el esta todo mi esfuerzo y voluntad para haberlo llevado a feliz término.

Este trabajo al ser leído, espero que sirva para aportar algún conocimiento o dato olvidado a los compañeros de profesión, ya que si lo logro estaré satisfecho de mi esfuerzo.

ATENTAMENTE

BAYARDO SALGADO BERMUDEZ

ESTUDIO PRE-TRANS Y POSTOPERATORIO EN CIRUGIA MENOR DE BOCA

Este estudio es dirigido para los casos de extracciones múltiples, quistes, terceras molares incluídas, paradoncia, etc., que en la práctica diaria de exodoncia; ya que si bien se le considera como cirugía menor y no por eso descuidaremos dicha práctica. Frecuentemente se hace necesario los estudios paraclínicos como prueba de laboratorio etc., sobre todo si el interrogatorio nos revela un indicio de alguna alteración en la salud del paciente.

I.—EL PREOPERATORIO:

- 1.—Historia Clínica General
- 2.—Preparación del Paciente:
 - a) Estado Psicológico
 - b) Exámenes paraclínicos
- 3.—Asépsia y Antisépsia
- 4.—Preparación Aséptica:
 - a) Instrumental
 - b) Cirujano
 - c) Paciente

II.—EL TRANSOPERATORIO:

- 1.—Signos Vitales:
 - a) Presión Arterial
 - b) Pulso
 - c) Temperatura
 - d) Estado de Shock

III.—EL POSTOPERATORIO:

- 1.—Control de Signos Vitales
- 2.—Tratamiento:
 - a) Antibióticos
 - b) Analgésicos
 - c) Anti-inflamatorios
 - d) Otros

IV.—BIBLIOGRAFIA

I.—EL PREOPERATORIO

HISTORIA CLINICA GENERAL

INSPECCION GENERAL.—Antes que nada, ya desde que el paciente se presenta a la clínica dental, practicaremos la inspección general.

Para practicar la inspección correcta el operador debe tener en cuenta tres factores importantes: buena luz, enfermo en posición vertical y atención concentrada y penetrante.

Observaremos el psiquismo, postura, marcha, movimientos, nutrición, lenguaje, talla, color de la piel, peso. Todos estos datos se deberán seguir observando a través de todo el preoperatorio.

I.—HISTORIA CLINICA:

A).—DEL ESTADO GENERAL

Historia personal

- | | |
|----------------------|---------------|
| a).—Cardio Vascular | |
| Dísnea | Lipotimia |
| Dolores precordiales | Palpitaciones |
| | Vértigo |
| b).—Héptico | |
| Hepatitis, | Cirrosis |
| c).—Renal | |
| Micciones: | Diurna, |
| Uremía | Dificultad, |
| | Sangre |
| d).—Respiratorio | |
| Tos, | |
| Dísnea | Expectoración |
| Sudores | Hemoptisis |
| e).—Nervioso | |
| Entumecimiento | Parálisis |
| f).—Digestivo | |
| Apetito, | |
| Úlcera G. | Gástritis |

g).—Antecedentes Patológicos

Escarlatina

Reumatismo,

Trombosis,

Tifoidea,

Neumonía

Endocarditis

Hemiplejía

Difteria

h).—Hábitos

Alcohol,

Ejercicio,

Tabaco

Sueño

i).—Pruebas de Laboratorio:

A).—Hematología

B).—Biopsia

C).—Serológicas

HISTORIA FAMILIAR.

Diabetes,

Afecciones nerviosas,

Sífilis,

Tuberculosis

Hipertensión

Tendencias familiares

(Hemofilia)

B).—DEL PADECIMIENTO BUCO-DENTARIO:

a).—Interrogatorio.

b).—Inspección

c).—Palpación

d).—Percusión

e).—Radiografías (Pre y Post.)

A).—ESTADO GENERAL

a. a).CARDIO-VASCULAR.—En el Cardio-Vascular interrogaremos si hay disnea de esfuerzo o de reposo, su intensidad y tiempo de duración; Taqui-cardias espontánea o por esfuerzo y si viene o no acompañada de dolores precordiales, pues puede darnos datos de una insuficiencia cardíaca. Muchas veces tendremos que hacer examen auscultatorio del corazón, sobre todo cuando se presentan los datos anteriores debidos a lesiones orgánicas del corazón. Para ésto diré datos que no debemos olvidar: sabemos que tanto el primero como el segundo ruidos cardiacos normales son de origen valvular. El Primero sístole es producido por la tensión de las válvulas auriculoventriculares (mitral y tricúspide); el segundo diástole por las válvulas simlunares (pulmonar y aórtica). En el adulto normal de 20 a 40 años la presión sistólica o máxima es de 90 a 120 milímetros de mercurio; la diastóli-

ca o mínima es de 60 a 80 milímetros de mercurio; la presión es a menudo más alta a medida que aumenta la edad, no porque sea normal un ascenso con la edad, sino que la hipertensión es una enfermedad de la edad media de la vida.

La presión arterial no es un factor constante, presenta variaciones climáticas y raciales, los estados fisiológicos también la pueden hacer cambiar; descendiendo durante el sueño y elevándose después de las comidas y por el temor de la excitación; en todo caso un paciente que se sospeche de lesiones cardíacas, no se podrá intervenir hasta que lo autorice el médico que lo trata.

b).—Hepático.—Es el mismo caso que el anterior, ya que si el hígado se le considera como el químico del organismo, donde se destruyen y se transforman todas las sustancias que entran a él.

c).—Al paciente que en el interrogatorio se sospeche de un estado de Uremia, o cualquier otro padecimiento en que se encuentren disminuidas la capacidad filtrativa del riñón, no se podrá intervenir.

d).—Respiratorio.—Aquí se preguntará como es la respiración, si tiene expectoración normal, purulenta o con sangre (Hemoptisis). Si presenta disnea, cianosis, tos, estertores, que muchas veces pueden apreciarse a cierta distancia del paciente. Ya que todo esto nos puede dar datos de una enfermedad crónica o aguda del pulmón.

e).—Psico-Somático.—Aquí interrogaremos al paciente si se da cuenta por completo del ambiente que lo rodea, y reconoce a las personas, si comprende las palabras que se le hablan, es capaz de entender el significado de las palabras escritas. El que un paciente deje de comprender lo anterior puede ser debido a lesiones del lóbulo frontal y del cuerpo caloso, trastornos semejantes pueden verse en pacientes con cierta psicosis sin lesiones anatómicas cerebrales. Así como en los que sufren intoxicaciones ya sea por drogas, estupefacientes o medicamentosa. El Estado mental de un paciente puede a menudo determinarse por una conversación breve pero bien dirigida; la fuga de ideas es común en los pacientes maniacos quienes nunca llegan al final de un pensamiento.

f).—Digestivo.—Aquí preguntamos sobre el apetito, si come poca o mucho, si padece de enfermedades como úlcera gástrica o gastritis o cualquier estado que altere la nutrición y por lo tanto su estado natural de defensa a las complicaciones post-operatorias.

g).—Antecedentes patológicos.—Aquí preguntamos si a padecido de enfermedades como: escarlatina, reumatismo, neumonía, endocarditis; ya que éstos padecimientos pueden dejar alteraciones en el corazón o hígado. Así como enfermedades de las coronarias (trombosis) en la que se dá tratamiento a base de anticoagulantes, que alteran la coagulación normal.

h).—Hábitos.—Un paciente joven, deportista, sin hábitos al tabaco o alcohol; no se tendrá los mismos cuidados que en uno de edad avanzada con dipsomanía o consuetudinaria y tabaquismo.

i).—Pruebas de laboratorio.—Al hacer un estudio completo de un caso tiene mucho valor los datos realizados por los procedimientos de investigación de laboratorio de hematología.

ANEMIA.—Es un estado en el que la hemoglobina y los eritrocitos, de la sangre circulante se encuentran en cantidades inferiores a los valores que se tienen como normales. La anemia puede producirse por una destrucción excesiva de eritrocitos, deficiencia de hierro, ácido fólico o pérdida excesiva de sangre (Hemorragia profusa); a una falta de producción de eritrocitos en los centros Hematopoyéticos.

Los síntomas clásicos de la anemia son: debilidad, palidez, hipotensión arterial, cansancio, disnea, cefalalgia, tendencia a las lipotimias, palpitaciones, taquicardia y retardo en el proceso de cicatrización. La función más importante de los glóbulos rojos es el transporte de oxígeno y de anhídrido carbónico, el resultado será una hipoxia generalizada.

Para comprobar que hay anemia es conveniente un examen completo de sangre que consta: 1.—Cantidad de hemoglobina en gramos por 100 centímetros cúbicos de sangre; por ser el dato que más importa desde el punto de vista fisiopatológica. 2.—El número de eritrocitos por milímetro cúbico como dato complementario al anterior. 3.—El volúmen globular porcentual o hematócrito, siendo éste el normal de 40% de células y 60% de plasma. El tiempo de sangrado, es otro dato importante y representa la capacidad de contracción de las fibras musculares que se encuentran formando los capilares. El tiempo de coagulado, representa la capacidad de los elementos que toman parte para formar el coagulo sanguíneo siendo lo normal de 2 a 8 minutos.

El aumento anormal de leucocitos da lugar a la policitemia, que cuando es leve como en las infecciones se le conoce con el nombre de Leucocitosis; cuando es exagerado da lugar a lo que se conoce como Leucemia.

LABORATORIO DE HEMATOLOGIA

Nombre de el paciente Lugar Dr.

		Normal:	
		Hombres	Mujer
Hemoglobina g.x 100 cc.	sang. ———	15.6g x 100 cc.	13.5
Eritrocitos x mm.	c. sang. ———	5.5M.x mm. c.	4.5
Leucocitos x mm.	c. sang. ———	6000-9000xmm. c.	——
plaquetas x mm.	c. sang. ———	350,000xmm. c.	——
Hematócrito — — — —		40-50%	38-40%
Polinucleados (Neutrófilos)	% — — — —	60	75%
Linfocitos	% — — — —	20%	30%
Monocitos	% — — — —	5%	10%
Eosinófilos	% — — — —	2	55%
Basófilos	% — — — —	0	1%
Tiempo de Coagulado	de 2 a 8 minutos		
Tiempo de sangrado	de 1 a 3 minutos		

Observaciones:

Anisocitosis (Diferencia de tamaño) Policromatofilia (varias T.)
 Poiquilicitosis (Dif. de Forma) Granulaciones basófilas
 Acromia. (Dif. de color) Parásitos Paludismo

Fecha Dictámen de

BIOPSIA.—Es el examen anatomopatológico de un tejido en vivo, a diferencia de la Necropsia que es un tejido muerto. La presencia de lesiones hipertróficas no necróticas ni inflamatorias, son necesarias en la biopsia ya que podemos por medio de ésta tener el diagnóstico precoz de un tumor maligno.

Para hacer la biopsia se hace una esterpección pequeña de tejido con bisturí, de la lesión llevando tejido sano se coloca inmediatamente en un frasco con formal al 10%. Además se informará al anatomopatólogo el sitio de la lesión, color, presencia o no de ulceración y dolor.

ANALISIS SEROLOGICOS.—Son de gran valor en los casos en que se sospeche de sífilis ya que el dentista piensa poco en esta enfermedad en su práctica diaria, en las lesiones bucales de este tipo; tenemos las reacciones de fijación y complemento como las de Kolmer, Wasserman y las de Floculación de Kahn y Mazzini.

B).—DEL PADECIMIENTO BUCO-DENTARIO

a).—**INTERROGATORIO.**—Este tiene por objeto formular el diagnóstico del padecimiento buco-dentario y su tratamiento a seguir con previo estudio del caso. Si hay dolor provocado o espontáneo, si tiene inflamación cuando empezó.

b).—**INSPECCION.**—La inspección se hará primero de los tejidos blando y después los tejidos duros; observaremos el estado de salud de los tejidos circundantes al proceso infeccioso y si hay extensión a otras regiones de la cara o cuello. Cuando los tejidos blandos están alterados patológicamente, hay que determinar si se trata de una afección puramente local o si es debida a una enfermedad general.

La inspección de los tejidos duros deberá ser no sólo de la parte afectada, sino de toda la cavidad bucal para formarnos una idea de su estado; ya que sabemos que los focos de infección por caries o amigdalitis pueden llegar a ocasionar miocarditis, claro que estos unidos a otros factores causales de importancia como: anemias graves, caquecias, intoxicaciones, etc; estados en los que se encuentran la salud del paciente y consecuentemente su metabolismo y defensas aletradas.

c).—**PALPACION.**—Se hace con el fin de saber hasta donde llega el proceso patológico y si hay o no producción de dolor y saber el diagnóstico para hacer el tratamiento adecuado.

d).—**PERCUSION.**—Esta nos ayuda a saber el estado de movilización de una pieza dentaria y la presencia de artritis alveolodentaria.

e).—**RADIOGRAFIAS.**—Se hace necesario tanto la pre como la post-operatoria, con objeto de ver la forma, tamaño y dirección de las raíces; en la postoperatoria si quedaron restos de raíz o espinas oseas irritativas. Lo ideal sería que en la práctica diaria se tomaran estas radiografías, para evitar las complicaciones tan variadas de dicha práctica.

Es muy importante determinar de antemano, si el paciente es un buen caso para la anestesia general o para la local y esto lo sabremos por los datos recogidos en la hoja clínica. Se es con general es-

ta misma hoja ayudará a precisar con que clase de anestesia; de inhalación, intravenosa o rectal; así mismo también el examen del enfermo indicará si la operación se ha de realizar en el consultorio o en una clínica.

Además se necesitan datos personales del paciente; nombre, edad, ocupación; esta última es importante saber si es un recinto, en el campo o en fábrica; debido a que en ciertos oficios hacen más difícil la anestesia general.

Hay que elegir el método, la técnica y los procedimientos operatorios, así como calcular el tiempo que requiere la operación, esto es importante desde el punto de vista de la anestesia local o general. Por lo que se refiere al instrumental debe tenerse previamente bien afilado y tener el necesario para casos de complicación en la intervención.

2).—PREPARACION DEL PACIENTE

La preparación del paciente consiste en la administración de:

- a).—Antibióticos
- b).—Sedantes
- c).—Coagulantes
- d).—Antisipsialógos

a).—ANTIBIOTICOS.—Se han descubierto muchos antibióticos y es frecuente la aparición de nuevos productos de este tipo; todos éstos tiene cierta toxicidad y son capaces de producir un shock de tipo anafiláctico, así como capaces de producir en mayor o menor grado cepas microbianas resistentes; así como la supresión de las bacterias sensibles a estos antibióticos, puede seguirse un desarrollo excesivo de hongos (monilia).

Se recomienda como indispensable la administración tanto pre como postoperatoria de antibióticos como profilaxis en la diseminación de bacterias durante las maniobras operatorias. En estos casos se hace necesario solicitar la cooperación y consejos del médico tratante, cuando el paciente se encuentre bajo tratamiento a base de antibióticos.

La penicilina difiere de las sulfonamidas en que su acción antibacteriana no se inhibe en presencia de ácido paraminobenzoico, pus, productos tisulares y sólo disminuye un poco cuando hay asociación numerosa de bacterias. Por lo tanto la penicilina es la más indicada en odontología ya que en estados como artritis, abscesos granulomas

no actúan las sulfonamidas. Pero la administración de penicilina puede provocar las manifestaciones anafilácticas antes dicha y que varían de unas ronchas (urticaria), asma, shock, inconciencia y hasta la muerte. En estos casos se recurre a otros tipos de antibióticos, como son las tetraciclinas, terramicina, aureomicina.

Estas medidas profilácticas se deben establecer de 24 a 48 horas antes de la intervención, algunas veces se recomienda que se inicie el tratamiento varios días antes de la intervención pero se piensa que provoca la aparición de gérmenes resistentes al antibiótico.

b).—SEDANTES.—La sedación es un estado de depresión central leve, en el que el paciente está despierto pero presenta menor excitabilidad cortical, por lo que se encuentra sosegado y tranquilo. A diferencia de los hipnóticos que producen sueño.

Se han utilizado cierto número de medicamentos conocidos como sedante, tranquilizadores o atarácicos para pacientes aprensivos; todos estos presentan ciertas diferencias pero todos son capaces de producir algún grado de sedación.

La determinación de cambios del estado emocional del paciente están subjetiva, y los síntomas tan variados y fáciles de modificar por numerosos factores del medio, que para lograr conclusiones definitivas respecto a su utilidad intrínseca, hace falta un escrupuloso estudio de las investigaciones clínicas.

En nuestra práctica diaria de exodoncia se ve claramente que más que la administración de un sedante al paciente aprensivo, es la manifestación por parte del dentista de una actitud de simpatía y confianza en si mismo lo que le tranquiliza.

Los medicamentos útiles por sus efectos tranquilizadores incluyen derivados de la fenotiazina, los alcaloides de la Rauwolfia, pero éstos no son muy usados en odontología ya que su empleo es en parte empírico; a diferencia de los barbitúricos que son bien conocidos como depresores centrales.

BARBITURICOS.—Son derivados del ácido barbitúrico; son sedantes e hipnóticos eficaces en función a la dosis administrada. En odontología se usan para tratar el insomnio preoperatorio, para aliviar la tensión, inducir sueño después de la intervención; también para completar la acción de los analgésicos combinándose con éstos, sobre todo en dolores de tipo neurálgico.

Los atarácicos están contraindicados en señoras embarazadas, debido a que han producido alteraciones en el feto (talidomía).

Entre algunos de los muchos que se encuentran en el comercio tenemos:

Bromural	.....	(Hipnótico)
Belladenal	.....	(Hipnótico)
Renoval	.....	(Hipnótico)
Fenarol	.....	(Relajador)
Apacil	.....	(sedante)
Tensofin	.....	(Sedante)
Bellapacil	.....	(Sedante)
Ecuaniil	.....	(Sedante)

c).—COAGULANTES

La hemostasia fisiológica es un mecanismo muy complejo y en la que intervienen muchos factores como: contracción muscular, liberación de un agente vaso constrictor, acción de la presión por fuera de los vasos y efectos de múltiples sustancias que se encuentran en la sangre normal. Un esquema muy simplificado es el siguiente:

PROTROMBINA + TROMBOPLASTINA + Ca^{++} +

GLOBULIA ACELERADOR == TROMBINA

(Enzima)

(Enzima de Plaquetas)

TROMBINA + FIBRINOGENO == FIBRINA (COAGULOO)

El mecanismo puede ser acelerado por exceso de trombina, inhibido por falta de cualquiera de los factores anteriores; los Exalatos y Citratos remueven los iones calcio; la Heparina impide la transformación de Protrombina en Trombina; la carencia grave de Vitamina K disminuye la producción de Protrombina en el hígado prolongando el tiempo de coagulación.

Puede ocurrir Hipoprotrombinemia por falta de Vitamina K, a consecuencia de enfermedades hepáticas graves, aumento de las necesidades de Vitamina K por el hígado para la síntesis normal de protrombina, así como la terapia intensa con salicilatos. Como se ve la Vitamina K solo es hemostático eficaz, cuando el tiempo de coagulado está alterado debido a deficiencias de protrombina. Antes de administrar al Vitamina K hay que investigar si el paciente recibe tratamiento a base de anti-coagulantes como la discumarina, que se administra para disminuir la actividad protrombínica como en las trombosis, pues este medicamento es antagonista de la Vitamina K.

d).—ADMINISTRACION DE ATROPINA

La Atropina se considera medicamento del sistema nervioso vegetativo, pero puede producir efectos importantes sobre el sistema nervioso central; bloquea la acción de la Acetil-Colina sobre las células efectoras en esto se basa el uso principal de la atropina en Odontología por suprimir las secreciones salivales y bronquiales. Sin embargo la atropina actúa sobre cierto número de órganos y las dosis clínicas suelen estimular poco la corteza cerebral y la respiración.

La Atropina relaja la musculatura lisa de bronquios y bronquiolos, dilata la pupila y paraliza la acomodación dando una imagen borrosa, inhibe las secreciones salivales, sudor, moco y jugo gástrico; la atropina es antagonista de la policarpina. El sulfato de atropina está contra indicado en pacientes con glaucoma, cuando se administra se debe avisar a dicho paciente que puede presentar ligera resequedad de garganta o visión borrosa.

Las dosis de sulfato de atropina son en adultos de 0.25-1 miligramos, una o dos horas antes de la intervención; las pequeñas dosis producen relajación de los vasos sanguíneos en la piel de la cara presentando ésta un enrojecimiento.

A).—ESTADO PSICOLOGICO

El Estado Psicológico del paciente es de gran importancia, pues tanto el paciente debe tener confianza en el Médico, como el profesionalista saber impartir esa confianza al individuo, cosa que sólo se logra teniendo el médico la certeza de que esta aplicando el tratamiento adecuado, tener confianza en si mismo pues se establece una corriente ParaPsicológica Operador Paciente.

También es de gran importancia por parte del médico, conocer los diferentes tipos psicológicos, para aplicar las relaciones adecuadas, entre los más importantes tenemos:

- a).—Paciente normal
- b).—Paciente neurótico
- c).—Pacientes aprensivo
- d).—Paciente Indiferente

A).—EXAMENES PARACLINICOS

Son de gran importancia al Cirujano Bucal, al prestar gran ayuda, para obtener un buen diagnóstico e intuir el tratamiento adecuado, ya que nos dan información que no podemos obtener por medio de la inspección, palpación o auscultación.

Para ello existe una cantidad de procedimientos de laboratorio. Entre esta prueba las más útiles son:

- a).—Análisis de orina
- b).—Roentgenogramas
- c).—Pruebas orgánicas funcionales
- d).—Examen bacteriológicos
- e).—Recuento sanguíneo
- f).—Determinación de niveles en sangre
- g).—Modelos de estudio
- h).—Biopsia

3.—ASEPSIA Y ANTISEPSIA

DEFINICION DE ASEPSIA.—Es el método terapéutico preventivo, que tiene por objeto impedir la llegada de gérmenes infecciosos a la herida, utilizando para ésto instrumental que haya estado a la esterilización por cualquiera de los diferentes medios; quiere decir pues que están desprovistos de microbios o gérmenes patógenos.

DEFINICION DE ANTISEPSIA.—Es el procedimiento basado en la destrucción de los gérmenes infecciosos por medio de agentes químicos, entre éstos tenemos un variado número.

DEFINICION DE ESTERILIZACION.—Es la destrucción de los gérmenes patógenos, hasta de los esporulados.

DEFINICION DE DESINFECCION.—Se refiere a la destrucción de los gérmenes infectantes solamente, que no son capaces de destruir los esporulados ni formas vegetativas no patógenas.

4.—PREPARACION ASEPTICA:

- a) INSTRUMENTAL
- b) CIRUJANO
- c) PACIENTE

AI.—DEL INSTRUMENTAL

La mejor manera para lograr la esterilización es el calor; se consigue desinfección por la acción de sustancias químicas éstas últimas tienen serios inconvenientes para la desinfección de los instrumentos en Odontología. En orden de preferencia los mejores métodos son:

- 1.—El vapor de agua a presión
- 2.—Calor seco prolongado
- 3.—La ebullición
- 4.—Sustancia químicas

Ningún germen se sabe puede sobrevivir durante 15 minutos a vapor de agua y al 120 grados centígrados, sin embargo habrá que añadir un poco más de tiempo del mencionado para que el material que se esteriliza alcance la temperatura debida, debe tenerse presente que la destrucción de los gérmenes no es por la presión sino por el calor húmedo. Antes de colocar los instrumentos en el esterilizador éstos deberán ser limpiados cuidadosamente y lavados con agua y jabón, pues la presencia de sangre, residuos de tejidos u otros materiales de secados pueden poner obstáculo para la esterilización. Así como la técnica de esterilización por vapor daña menos el instrumental que cualquier otro método. Se utilizan unos indicadores o testigos de esterilización para apreciar la eficacia de un auto clave del gabinete dental; por ejemplo un indicador es un tubo de vidrio sellado que contiene una pastilla de sustancia cérica, que se funde o cambia de color cuando a alcanzado la temperatura de esterilización; otros es una tira de papel, en la que aparece una línea de color negro o café cuando a alcanzado dicha temperatura.

El vapor debe tener libre acceso a todas las partes del instrumental por esterilizar; el material y los paquetes deben de colocarse separados uno del otro; con la ropa como son: batas, gorros, tapa boca guantes, etc. se harán paquetes pequeños no apretados para que el calor húmedo pueda penetrar en todos los sitios sin que haya retención de aire; sustancias como aceites, petroloto, óxido de zinc pueden ser esterilizados por calor seco.

Se utiliza el calor seco para materiales que se dañan o no pueden esterilizarse por calor húmedo; para obtener esterilización por el calor seco deberá llegarse hasta una temperatura de 160 a 180 gra-

dos centígrados durante una hora, para ésto hay hornos de esterilización adecuado al gabinete denta, o sencillamente a la llama directa. Hay que tener en cuenta que el algodón y papel se queman cuando se acerca a los 200 grados y la soldadura de limas o extractores pueden fundirse antes de los 170 grados centígrados.

EBULLICION.—La destrucción de los gérmenes por agua hirviendo tiene lugar a 100 grados centígrado y a nivel del mar durante 20 minutos; en este caso se logran desinfección más que esterilización, porque si bien las formas vegetativas mueren en 10 minutos muchas esporas y virus pueden sobrevivir después de varias horas; el tiempo de desinfección empieza a contar hasta el momento en que empieza la ebullición violenta del agua.

SOLUCIONES QUIMICAS.—Los desinfectantes químicos fáciles de usar para el instrumental odontológico no suele matar todas las esporas y en particular las patógenas; muchos de éstos no matan al microbacterio tuberculosis. La Hepatitis sérica que se trasmite únicamente por vía parenteral, puede ser transmitida por los instrumentos que penetran en los tejidos blandos como son las agujas o los forceps, ya que puede llegar sangre a la aguja como resultado de la presión tisular o por la aspiración que precede a la inyección. No hay datos de que dicho productos químicos sirvan para esterilizar instrumentos que pudieran llevar el virus de la hepatitis.

B1.—OPERADOR

El operador deberá tener cuidado en el corte de las uñas en forma correcta; lavado de las manos con agua y jabón y su inmersión en soluciones de los cuaternarios cetavión al 2% benza etc. así como el uso de una bata bien limpia, gorro, tapa, boca, enguantado de las manos, todo esto bien esterilizados.

C1.—DEL PACIENTE

Se le cubrirá con un lienzo grande y estéril que aisle sus ropas del campo de la operación, éste cubrirá hombros y pecho y con otra compresa se le cubrirá la cabeza, procurando que en los lados cubran bien el carrillo y pabellón de la oreja uniéndose ésta con pinzas a la compresa anterior.

En cuanto a la cavidad bucal lo ideal sería lograr su asepsia antes de intervenir, pero como ésto no es posible debido a factores como son saliva y tártaro dental, se hará una desinfección con agua oxigenada en solución al 1% o con una solución antiséptica haciendo una irrigación a toda la cavidad. El campo operatorio propiamente, se hará una embrocación con tintura de yodo en solución oficial o tintura de merthiolate al 1 por mil, teniendo la ventaja la de yodo por ser ligeramente cáustica y producir cierta insensibilidad en el lugar de la punción, además el color oscuro que le dá a los tejidos nos indica la zona limpia; ésta comprenderá no solo la pieza dentaria a tratar, sino en toda una área de tres a cuatro centímetros.

II.—EL TRANSOPERATORIO:

1.—SIGNOS VITALES:

- a).—Presión Arterial
- b).—Pulso
- c).—Temperatura
- d).—Estado de Shock

En el Transoperatorio será necesario vigilar tanto el pulso como la presión arterial, ya que un descenso rápido de alguna de éstas en el paciente puede ser de mala significación pronóstica, así como vigilar la respiración. Los reflejos pupilares y corneales; ya sabemos que normalmente la pupila se contrae cuando se dirige luz sobre ésta, dependiendo ésto de la cantidad de luz que penetre. Tocando suavemente la córnea con una partícula de algodón se provoca la oclusión brusca del ojo. Así también el color de la piel se debe observar durante todo el transoperatorio, ya que la palidez es síntoma en las lipotimias y en shock; la cianosis de la piel que se presenta cuando hay disminución primeramente en los labios y punta de la nariz o sea a nivel de los vasos capilares.

A).—PRESION ARTERIAL

METODO AUSCULTATORIO.—Para llevar a cabo este método se infla con aire el manguito braquial del manómetro hasta que desaparece el pulso. La campana del estetoscopio se coloca sobre la arteria humeral en la flexura del brazo al auscultar no se oye nada al principio (es el período de silencio). Se afloja la presión, al descender el mercurio en el manómetro, se llega a un punto en que aparecen los latidos (ésta es la presión sistólica). A medida que el mercu-

rio sigue descendiendo en la columna el tono de los latidos se hace más intenso, después disminuye gradualmente hasta que en un punto en que hay una súbita disminución de su intensidad (en este punto leemos la presión diastólica). Los latidos se oyen durante unos cinco o diez milímetros de mercurio más bajo y desaparecen.

La presión diastólica está en el punto en el cual disminuye bruscamente su intensidad, a veces suele suceder errores a los 10 ó 20 milímetros de mercurio.

HIPERTENSION ARTERIAL.—La presión arterial depende de tres factores: La fuerza del latido cardíaco, la resistencia periférica, y de estos factores ocasiona elevación de la presión arterial; las causas la cantidad y viscosidad de la sangre. Un aumento de cualquiera de más comunes de la hipertensión son: nefritis crónica, hipertiroidismo, policitemia.

HIPOTENSION.—Aquí ocurre lo contrario de lo anterior, debilidad del latido cardíaco, anemia intensa, parálisis vasomotora periférica; todo descenso súbito de la presión nos indica que hay un colapso del corazón o vasomotor y se le considera un signo grave; ésta se observa en la tuberculosis, enfermedad de Addison, insuficiencias cardíacas, anemia intensa.

B).—PULSO.—Para el examen del pulso, se tomará la mano del paciente con la palma hacia arriba y se coloca tres dedos sobre la arteria radial, con el dedo índice más próximo a tórax. Para palpar el pulso radial es necesario comprimir la radial, aunque sea ligeramente contra el hueso. Se han sostenido muchos conceptos sobre lo que es realmente el pulso: al palpar el pulso la presión de los dedos aplanan el vaso durante la diástole; después pasa una onda de sangre en la sístole y el vaso recupera su forma circular; este cambio de forma oval a la circular; este cambio de forma oval a la circular es lo que sentimos como pulso.

El pulso es en gran parte el índice de acción del corazón, aunque además es la acción también de la elasticidad de los grandes vasos y arteriolas, capilares que determinan sus características. Las fuerzas del pulso depende en gran parte de la sístole ventricular sin embargo el pulso puede ser débil aunque las contracciones cardíacas sean fuertes, como en la estrechez mitral por lo tanto la fuerza del pulso a veces no es índice exacto de la capacidad cardíaca.

La frecuencia normal en adultos es de 60 a 80 por minuto, en niños de 90 a 140 por minuto y en la edad avanzada de 70 a 80 por minuto.

TAQUICARDIA.—Es una aceleración del pulso, es un fenómeno normal en el ejercicio y después de éste, la frecuencia de 100 por minuto es el límite superior dentro de lo normal, disminuye en el sueño y aumenta después de las comidas, en la fiebre, anemias y en hemorragias intensas.

BRADICARDIA.—Es la lentitud del pulso, se observa en la convalescencia de algunas enfermedades infecciosas como: neumonía, fiebre tifoidea, etc.

E).—SHOCK

DEFINICION.—Es un estado de desequilibrio general que se manifiesta por; sudoración, palidez, disminución de pulso y pérdida del conocimiento.

Sabemos que los órganos que más necesitan del oxígeno por orden de importancia son: cerebro, corazón hígado, riñones, etc; de éstos el cerebro es el que más oxígeno consume, en el estado de shock se presenta una Hipoxia en los tejidos vitales.

Hay que hacer una diferenciación entre las lipotimias (desmayos) y el verdadero estado de shock; ya que en las primeras etapas son muy semejantes los signos: el paciente empieza por sentirse molesto, débil, con excitación o depresión cerebral, mareado, es pálido, pulso y la presión. Si se controla esta situación se diagnostica como lipotimia; ésta no es peligrosa en una persona normal ya que los mecanismos de control automático del organismo como son; aumento de las contracciones cardíacas, hacen que vuelva a su estado normal; no así cuando el paciente padece de hipotensión arterial, arterioesclerosis insuficiencia cardíaca, insuficiencia hepática y renal.

Del estado de shock hay varios tipos según su origen:

NEUROGENO.—Es el que se presenta en estados dolorosos fuertes, como en el infarto del miocardio, dolor del páncreas, etc.

VASOGENO.—Es el que se produce por trastornos vasculares, y es debido a la falta de equilibrio constante que se encuentra guar-

dando entre sí los vasos sanguíneos con la sangre. De éste tenemos tres tipos: 1.—Hipovolémico, 2.—Norvolémico, 3.—Hipervolémico.

TOXICO.—Este es el que se presenta por medicamentos y estupefacientes.

ALERGICO.—Este es también debido a medicamentos y se le conoce como de tipo anafiláctico.

HEMORRAGICO.—Es el que se presenta en las hemorragias profusas y es de tipo Hipovolémico.

SIGNOS DEL SHOCK.—En el estado de shock se consideran tres períodos: Estado inminente, estado propiamente y estando irreversible.

	Inminente	Estado	Irreversible
Presión arterial	Poco baja	Baja	Imperceptible
Pulso	Rápido	Lento	Imperceptible
Respiración	Rápido o Prof.	Super. Lent.	Superf. Lenta
Piel	Normal	Pálida	Cianosis
Sudoración	Abundante	Abundante	No hay
Vómito	Náusea	Vómito	No hay
Estado conciencia	Confusa	Pérdida	Inconciencia

TRATAMIENTO

DEL SINCOPE.—Hay que colocar al paciente en posición de trendelenberg, con la cabeza más baja que el resto del cuerpo para aumentar la circulación al cerebro y por lo tanto su oxigenación; aconsejarle la respiración profunda, aflojar la ropa apretada que impida la respiración normal, estimulantes de la respiración como la inhalación de amoníaco aromatizado y administrar oxígeno con mascarilla hasta que se recobre por completo; en éste el paciente se recupera en 10 ó 15 minutos.

ESTADO DE SHOCK.—En los primeros períodos del estado de shock es reversible y el tratamiento será siempre el oxígeno; además según el origen de éste se dará: Sangre o plasma, estimulantes de la respiración como cafeína, antihistamínicos como el maleato de clorotrimetón cuando es de tipo anafiláctico, o masaje cardíaco en caso de insuficiencia.

III.—EL POSTOPERATORIO

1.—**CONTROL DE SIGNOS VITALES.**—Después de el Transoperatorio debe tenerse mucho cuidado de estar constantemente vigilando al paciente, llevando un chequeo y apuntando los resultados de; Presión Arterial, pulso, Temperatura y tener cuidado de que no sufra un estado de Shock.

2.—TRATAMIENTO

- A).—Antibióticos
- B).—Analgésicos
- C).—Antiinflamatorios

ALGUNAS CONSIDERACIONES.—Este tema se refiere a los cuidados que se deben tener en la asepsia posterior a la cirugía; así como a la prevención del dolor, de la infección y la inflamación debida al trauma operatorio.

Un paciente no abandonará la clínica sin que el operador haya revisado la correcta formación del coágulo; y en caso de no formarse éste se procederá al raspado del alveolo para su formación, o su oclusión conveniente con vedaseptal, conos de sulfa o cemento de óxido de zinc, etc.

En las Gingivotomías o apicectomías, será necesario la visita posterior para retirar las suturas y vigilar la normal cicatrización.

B).—ANALGESICOS

Se llama así a los medicamentos que disminuyen las percepciones del dolor sin causar inconciencia. Muchos analgésicos ligeros como los salicilatos (aspirina), tienen a la vez propiedades antipiréticas, este efecto se debe en parte a la vaso constricción cutánea por acción central.

Los salicilatos se utilizan para aliviar dolores pero intensos como: Cefaleas, neuralgia, odontalgia; etc. la regla es de que con dosis mínimas basten para producir analgesia; si no son suficientes estas dosis las mayores carecerán de eficacia, entonces se usarán otro tipo de analgésicos de potencia, intermedia como la codeína. Se dice que el poder analgésico de los salicilatos aumenta al adicionarles pequeñas cantidades de barbitúricos de acción corta, resultando útiles por provocar sedación y analgesia a la vez.

ANALGESICOS POTENTES.—(Narcóticos) En Odontología, los narcóticos resultan útiles para producir analgesia y sedación asociados en la anestesia general, se utilizan para estos fines la morfina y codeína que son alcaloides naturales del opio, así como productos de síntesis como la Meperidina y Metadona. Las prescripciones de narcóticos deben de hacerse, de acuerdo con el control que lleva la Secretaría de Salubridad; y por medio de un recetario especial que para este fin es necesario.

Entre los muchos analgésicos que presentan los laboratorios tenemos los siguientes:

Mejoral	Cafión	Cafiaspirina
Bayaspirina	Veganín	Darvón
Alka Tzeltzer	Amidophen	Pyronal
Cigaprina	Falgo	Magnopirol
Copral	Dolbiran	Conmel
Mecotén	Drina	Espasmo-Cibalgina
Niagil-Botu	Saridón	Cibalgina

C).—ANTIINFLAMATORIOS

La colocación de bolsas de hielo sobre la cara en lapsos de 10 a 15 minutos, durante las primeras 24 horas después de la operación retardan y disminuyen la aparición del edema.

En los últimos años se ha dado mucha importancia al poder antiinflamatorio de las enzimas proteolíticas a pesar de estas enzimas se consideran como agentes antiinflamatorios sujetos a discusión.

Dos enzimas proteolíticas se han obtenido de la planta tropical carica papaya, conocidas como papaína y quimo papaína; enzimas que se han obtenido por desecado y purificación del Latex de la papaya, la primera según se comprobó tiene doble acción proteolítica que la segunda.

La papaína es tóxica por vía parenteral produciendo fiebre e irritación en el lugar de la inyección, pero grandes dosis administradas por vía oral parecen ser inocuas.

Un Producto que se conoce en el mercado es el tromasín (comprimidos) que se da en dosis de un comprimido cada 4 ó 6 horas. También asociados con los antibióticos estas enzimas, como el producto llamado medicina enzimática que ha dado buenos resultados; éste en dosis iniciales de 2 cápsulas cada 1 horas y seguido de una cápsula, antes de las comidas.

Otro tipo de enzimas es la tripsina y la quio tripsina obtenidas de extracto pancreático de origen animal. La estreptoquinasa es otra de las enzimas que posee la facultad de activar el plasminógeno y lisis el coágulo sanguíneo, por lo que se usa para reducir hematomas, así como cierto número de trastornos inflamatorios, sin embargo esta también se encuentra en estudio.

CONCLUSIONES :

1.—En el preoperatorio necesitamos registrar cuidadosamente la historia clínica, para darnos cuenta por completo de las contra indicaciones que pudiera tener para la cirugía de boca, o para los medicamentos preoperatorios.

2.—En el transoperatorio es importante el diagnóstico de las lipotimias o del shock, y en caso de presentarse alguno de éstos el dentista deberá obrar tanto rápido como eficazmente; empleando para esto un criterio adecuado (sin precipitaciones), sin torpezas que agravan más su situación y consecuentemente la de su paciente.

3.—El postoperatorio debemos vigilarlo cuidadosamente, tanto para la normal coagulación, cicatrización, como los cuidados de los medicamentos del postoperatorio (antibióticos); ya que no sabemos precisar cuando se presentará un estado de shock anafilático, ya que muchas veces faltan antecedentes de este tipo al recoger la historia clínica.

BIBLIOGRAFIA

- PROPEDEUTICA MEDICA (DR. Luis Martínez C.)
ODONTOLOGIA PRACTICA (DR. Louis I. Grossman)
HEMATOLOGIA CLINICA (DR. José Luis Villaseñor)
REMEDIOS ODONTOLÓGICOS
MANUAL FERCK
APUNTES Exodoncia, Cirugía, Fisiología

