



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

63
24

FRECUENCIA DE LAS EMERGENCIAS MEDICO DENTALES

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA

presenta

ELIZABETH REFUGIO CARRANZA OLVERA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Ciudad Universitaria, México, Diciembre de 1990



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

INTRODUCCION.....	3
CAPITULO I: LAS EMERGENCIAS MEDICO DENTALES (CLASIFICACION)	
1. LAS EMERGENCIAS MEDICO DENTALES.....	5
CAPITULO 2: CARACTERISTICAS DE LAS EMERGENCIAS MEDICO DENTALES	
1. SHOCK ANAFILACTICO	
a)Factores de riesgo.....	7
b)Frecuencia general.....	9
c)Frecuencia odontologica.....	9
2. ASMA	
a)Factores de riesgo.....	I0
b)Frecuencia general.....	II
3. EMERGENCIAS TRACTO RESPIRATORIAS	
a)Factores de riesgo.....	II
b)Frecuencia general.....	I2
c)Frecuencia odontologica.....	I2
4. HEMORRAGIAS	
a)Factores de riesgo.....	I2
b)Frecuencia general.....	I3
5. CONVULSIONES	
a)Factores de riesgo.....	I3
b)Frecuencia general.....	I3
6. SINCOPE	
a)Factores de riesgo.....	I4
c)Frecuencia odontologica.....	I4
7. INTOXICACION	
a)Factores de riesgo.....	I4
b)Frecuencia general.....	I5
c)Frecuencia odontologica.....	I6
8. SHOCK	
a)Factores de riesgo.....	I7
b)Frecuencia general.....	I8
9. HIPOGLUCEMIA	
a)Factores de riesgo.....	I8
b)Frecuencia general.....	I9
10. HIPOTIROIDISMO	
a)Factores de riesgo.....	I9
b)Frecuencia general.....	I9

11. TORMENTA TIROIDEA	
a) Factores de riesgo.....	20
b) Frecuencia general.....	20
12. INSUFICIENCIA SUPRARRENAL AGUDA	
a) Factores de riesgo.....	21
13. TRAUMAS	
a) Factores de riesgo.....	21
b) Frecuencia general.....	22
c) Frecuencia odontologica.....	22
14. HIPERTENSION	
a) Factores de riesgo.....	23
b) Frecuencia general.....	23
15. INFARTO AL MIOCARDIO	
a) Factores de riesgo.....	22
b) Frecuencia general.....	22
16. ANGINA DE PECHO	
a) Factores de riesgo.....	23
b) Frecuencia general.....	23
 CAPITULO 3: FRECUENCIA DE LAS EMERGENCIAS MEDICO DENTALES	
1. URGENCIAS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA	
a) Descripcion del estudio de Fast.....	24
b) Grafica 1.....	25
2. PACIENTES DENTALES CON COMPROMISO MEDICO	
a) Descripcion del estudio de Rhodus.....	26
b) Grafica 2.....	27
3. URGENCIAS EN UNA ESCUELA ODONTOLOGICA	
a) Descripcion del estudio de Malamed.....	28
b) Grafica 3.....	29
4. PACIENTES DENTALES CON COMPROMISO MEDICO	
a) Estudio de Matsuura.....	30
b) Grafica 4.....	31
5. ENFERMEDADES SISTEMICAS DE MAYOR PREVALENCIA	
a) Estudio de Castellanos.....	32
b) Grafica 5.....	33
CONCLUSIONES.....	34
REFERENCIAS.....	36

INTRODUCCION

La composición de la población de los pacientes dentales está cambiando constantemente. dado que la tecnología médica mejora, aumenta la esperanza de vida y por tanto, aumenta la porción geriátrica de la población. Asimismo hoy en día es muy común la presencia de muchos niños, adultos y pacientes en edad geriátrica, portadores de enfermedades crónicas, en el consultorio dental (Castellanos 1985).

La presencia de enfermedades sistémicas puede impactar negativamente la calidad del tratamiento facial, por esta razón, los dentistas deben evaluar las condiciones físicas del paciente antes de desarrollar planes referentes al tratamiento oral.

Un tratamiento dental prolongado aumenta el riesgo de la morbilidad y mortalidad, como lo hacen las técnicas sofisticadas de sedación y la presencia cada vez mayor de pacientes geriátricos en las prácticas dentales como ya se ha mencionado.

Hoy en día un gran número de odontólogos ha aumentado la duración del tratamiento dental. muchos programas de sesiones son de 1 a 3 horas (Malamed 1986), lo cual resulta agresivo tanto para el paciente, como para el médico mismo. Esto constituye un aumento de la morbilidad en el consultorio dental.

A fin de disminuir la elevación de los índices de emergencias presentes en el consultorio, los dentistas deben revisar y elaborar la historia clínica de sus pacientes; inspeccionar visualmente al paciente y registrar los signos vitales principales. Aunque se tengan entidades de emergencia poco comunes, el equipo dental debe estar preparado para responder rápidamente cuando ocurren, a causa de que ellas amenazan a la vida y requieren una terapia específica.

Algunos autores consideran que existen fallas en la elaboración de las historias. Según sus resultados, los desordenes sanguíneos, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes son las enfermedades que son reportadas inadecuadamente o de plano omitidas (Brady 1960). Este encuentro puede ser de gran interés porque en muchos de estos casos es importante tomar ciertas consideraciones pretratamiento sin las cuales puede verse afectada la atención dental.

La frecuencia actual con la cual ocurren las emergencias médicas en el consultorio dental es algo difícil de determinar debido a los pocos datos de que se dispone. Algunas estimaciones sugieren que cada dentista experimentará de 1 a 2 emergencias durante todos sus años de práctica (Theisen 1990).

En resumen, hoy en día el dentista debe estar en condiciones de detectar signos y síntomas de las enfermedades sistémicas que pudieran padecer sus pacientes. Con ello puede realizar una planeación adecuada de la terapia a seguir y además estar prevenido para tratar las emergencias en dado caso que se presenten. Todo esto redundará sin duda alguna en una disminución del daño que pudiera causarse al paciente como algo subyacente al tratamiento odontológico, y además se estará contribuyendo a una elevación de su calidad de vida.

Bajo el título "Frecuencia de las emergencias medico dentales" en esta tesis se ha realizado una recopilación bibliográfica y una revisión de los artículos que reportan emergencia medicas presentadas en el consultorio dental en los últimos 10 años.

La bibliografía referente al tema es en si difícil de acceder, y la manera como cada autor maneja las cifras es muy diferente, por ello el intentar hacer un estudio sistematico de la incidencia de las emergencias resulta bastante embarazoso.

Para atacar el tema en primer lugar se tiene que partir de una clasificación de las emergencias medicas (tema aldiamente controvertido ya que cada autor reporta la suya propia). En el primer capitulo se presenta la clasificación adoptada en esta tesis y la justificación de su elección.

En el capitulo dos: "Características de las emergencias medico dentales", se desglosan las emergencias seleccionadas en cuanto a 3 características:

- a) Una descripción general de la emergencia y sus factores de riesgo asociados.
- b) La frecuencia general de la emergencia considerada
- c) La frecuencia odontologica de la misma

Como es de esperarse, no se tuvo información disponible para todos los casos en cuanto a estos dos últimos puntos, pero se trato de dejar los menos huecos posibles.

En el capitulo tercero: "Frecuencia de las emergencias medico dentales" se presentan cinco estudios (estos reportados ya a nivel general) de la incidencia de las emergencias medicas en el trabajo odontológico: Tres de estos estudios son realizados en los Estados Unidos, uno en Japón, y el otro en México.

En este capitulo se presenta la descripción de la casuística y método adoptado por cada investigador. Los resultados obtenidos se ilustran en las gráficas correspondientes. La información contenida en estos estudios no se ha incluido en el capitulo anterior.

En las conclusiones se discuten los resultados obtenidos, esencialmente haciendo la comparación de los estudios presentados en el capitulo tercero.

Considero que este trabajo es una primera aproximación para desarrollar el tema que se ha planteado, y que se requiere de un estudio y seguimiento mas sistematico de el para agotarlo, al menos en lo que concierne a nuestro país, que es nuestro interés inmediato y del que se dispone menos información.

CAPITULO I

LAS EMERGENCIAS MEDICO DENTALES

LAS EMERGENCIAS MEDICO DENTALES

Una emergencia médica es aquella situación súbita o inesperada que amenaza la vida del paciente y que requiere de un diagnóstico y tratamiento inmediato, por lo tanto el tiempo es un factor muy importante cuando ella se presenta.

Dado nuestro tema de estudio, nos interesa establecer una clasificación de las emergencias que pueden presentarse en la práctica dental. Tal tarea no es fácil y existen diferentes criterios para realizarla.

Moore (Moore 1988) establece que son 13 las emergencias que pueden ocurrir con mayor frecuencia en el consultorio dental. Para el estas 13 emergencias incluyen 6 situaciones que son de frecuencia muy común: Sincope, reacciones psicogénicas, síndrome de hiperventilación, convulsiones, hipotensión ortostática y reacciones alérgicas moderadas. De acuerdo con él, las emergencias restantes son de frecuencia muy rara en la práctica odontológica, ellas incluyen: la insuficiencia renal aguda, anafilaxis, obstrucción de las vías aéreas, infarto al miocardio, asma, angina de pecho, intoxicación e hipoglucemia.

CLASIFICACION DE LAS URGENCIAS ODONTOLÓGICAS SEGUN MOORE*

MUY FRECUENTES	POCO FRECUENTES
.Sincope	.insuficiencia renal aguda
.Reacciones psicogénicas	.anafilaxis
.hiperventilación	.obstrucción de las vías aéreas
.convulsiones	.asma
.hipotensión ortostática	.angina de pecho
.alergias	.infarto al miocardio
	.intoxicación
	.hipoglucemia

* (Moore 1988)

Dentro del plan gral del curso para la preparación del odontólogo en el manejo de emergencias médicas, la AADS¹ cita como las emergencias médicas más comunes a las siguientes:

- .Sincope
- .Angina de pecho
- .Infarto al miocardio
- .Hipertensión /hipotensión /infarto al miocardio
- .Shock insulínico /coma diabético
- .Convulsiones del Gran Mal
- .Reacciones alérgicas /asma
- .Anafilaxis
- .Hiperventilación
- .Accidentes cerebrovasculares
- .Hemorragias

¹ Asociación Americana de Escuelas Dentales, Curricular Guidelines, Journal of dental education, vol 54, no. 6:337 (1990).

La clasificación que se sigue en el presente trabajo se realizó atendiendo a la clasificación por aparatos y sistemas propuesta por Malamed (1986) y se desglosa en el cuadro que a continuación se presenta.

CLASIFICACION DE LAS URGENCIAS

ALERGIAS	Choque anafiláctico asma
TRACTO RESPIRATORIAS	obstrucción de vias respiratorias por cuerpos extraños
SANGRE	hemorragias
SISTEMA NERVIOSO	epilepsia
TRASTORNOS ASOCIADOS A CONVULSIONES	síncope intoxicación
SHOCK	Hipovolémico cardiogénico séptico neurogénico
ENFERMEDADES	Hipoglucemia
ENDOCRINAS	hipotiroidismo tormenta tiroidea insuficiencia suprarrenal aguda
TRAUMATISMO	Fractura del craneo maxilo-facial
SISTEMA CARDIOVASCULAR	infarto del miocardio hipertensión arterial angina de pecho

CAPITULO II

CARACTERISTICAS DE LAS EMERGENCIAS MEDICO DENTALES

SHOCK ANAFILACTICO

a) Factores de Riesgo

Las alergias son reacciones de hipersensibilidad de tipo inmediato, atópicas, reagínicas, anafilácticas o mediadas por la IgE.

Aún cuando el odontólogo haya realizado una historia clínica detallada, las reacciones alérgicas pueden presentarse. La mayoría de estas van a ser leves, pero algunas pueden ser graves y poner en peligro la vida del paciente (Duarte 1987).

Los signos y síntomas sugestivos de una reacción alérgica son: urticaria, edema, eritema cutáneo, disnea y rinitis.

Hay muchas causas de anafilaxia, ella puede ser inducida por fármacos como lo son los antibióticos. "Ninguno de los antibióticos está exento de causar daño por este mecanismo" (Duarte 1987). Entre los antibióticos más importantes a éste respecto por la frecuencia de su incidencia tenemos a:

- sulfamidas
- penicilinas
- cefalosporinas
- lincomicina
- clindamicina
- eritromicina
- tetraciclina

Los anestésicos locales que pueden dar lugar a alergia los podemos considerar en los siguientes grupos:

Esteres (alergia por ácido aminobenzoico)

- Procaina
- Tetracaina
- Cloroprocaina

Aminas (alergia por Metilparaben)

- Lidocaina
- Mepivacaina
- Prilocaina

Parabenzoicos utilizados en:

- anestesia tópica
- esteroides tópicos
- dentríficos
- cosméticos

La sensibilización cruzada entre los parabenzoicos y el grupo de esteroides ha sido reportada.

La mayor parte de las soluciones anestésicas contienen cuatro ingredientes que pueden ser considerados como alérgenos potenciales:

- 1) El propio medicamento anestésico
- 2) La adrenalina
- 3) El bisulfito de sodio; el antioxidante
- 4) Los conservadores usados (metilos, etilos o propilos)

Analgésicos:

-Aspirina

Narcóticos:

-Codeína

-Morfina

-Meperidina

Apósitos o cementos periodontales:

-eugenol

-óxido de zinc

-pasta para impresión

-compuesto para impresiones

-adhesivos para dentaduras

-pastas

-bases para dentaduras (metilmetacrilato)

Desinfectantes y soluciones para esterilización

-guantes de caucho

-polvo

-pólen

-jabón para manos

-aceite de naranja

-yoduros

-peróxidos

-ácido tánico

-colorantes químicos

-agentes aromáticos

-enjuagues bucales

-trociscos

-amalgama de plata

-resinas compuestas

Entre otros factores de riesgo podemos mencionar:

. Antecedentes Familiares

. Las pruebas antialérgicas

. Vacunas de suero de Caballo

. Hormonas

. Medicos de contraste

. Antecedentes de alergia a un anestésico

. Antecedente de shock anafiláctico

. Casi cualquier antígeno que tiene la producción específica de IgE puede provocar anafilaxia.

b) Frecuencia General

El padecimiento de alergias ciertamente está aumentando hoy en día. En Estados Unidos la cifra fluctúa 10 a 50%; y de éstos, un 15% recibe ayuda médica para sus trastornos alérgicos. El incrementado uso de antibióticos en muchos sectores de la industria y sociedad aumenta la incidencia (Dale 1963).

La frecuencia de las reacciones alérgicas es variable y está relacionada tanto con el medicamento específico como con la vía de administración. Se estima que mujeres y hombres son igualmente afectados.

El shock anafiláctico es el menos común, aunque es la más seria de las reacciones alérgicas que puede tener lugar por la administración de un agente anestésico (Giovanniti y Bennet 1979).

La incidencia de verdaderas reacciones alérgicas a los anestésicos locales es baja, quizás menor que el 1%. Sin embargo, Laskin ha sugerido que las reacciones a estos agentes ocurren más frecuentemente de lo que se cree, probablemente porque la mayoría de ellas son leves y pasajeras y por lo tanto poco reconocidas.

Se ha estimado que la penicilina es responsable del 75% de muertes anafilácticas en Estados Unidos (Fine 1985), y causan entre 400 a 800 muertes por año. En pacientes que no tienen antecedentes de alergia a la penicilina, el shock anafiláctico ocurre con una incidencia de 1 a 4 reacciones por cada 1000 pacientes.

La incidencia estimada de reacción alérgica a la penicilina se estima a ser entre 1 y 10% de pacientes que recibieron el fármaco.

La incidencia de anafilaxia por penicilina es aproximadamente de 1 a 5 en 10 000, con un rango de fatalidad del 10 al 50%.

Una ventaja de la administración oral de penicilina puede ser una disminución de la producción de reacciones adversas (Aguilar 1989). Sin embargo, el practicante deberá estar consciente de que los efectos alérgicos pueden ocurrir.

Los pacientes con prueba cutánea negativa no están libres de riesgo, existe una probabilidad de 2 a 3% de reacción si se trata de penicilina. Sin embargo, esta suele ser tardía y moderada. Hasta ahora no se ha informado ningún caso de anafilaxia mortal en pacientes con pruebas cutáneas negativas.

Si los resultados de la prueba cutánea son positivos, se estima una probabilidad del 60% de que ocurra reacción alérgica.

c) Frecuencia Odontológica

Un estudio reciente (Referencia 198 Osugiére que la incidencia en medicamentos odontológicos puede ser menor que en la medicina general, sin embargo, lo que es seguro es que un porcentaje significativo de pacientes odontológicos son candidatos a alergia en alguna parte de su vida. Las estadísticas indica que cada año en los Estados Unidos hay entre 100 y 300 muertes por anafilaxia y el shock asociado.

A pesar de que algunas estadísticas sugieren que más del 50% del total de pacientes son alérgicos o potencialmente alérgicos, no obstante ellos son sometidos a atención dental.

En un estudio llevado a cabo en Estados Unidos, reveló que en 30 años, 87 muertes pudieron atribuirse a complicaciones de los procedimientos odontológicos. Más de la mitad de los casos de muerte sucedieron en el sillón dental y 21 después de dejar el consultorio.

En otro estudio llevado a cabo en el año de 1972, de 5 285 570 anestésias efectuadas, 2 839 517 (54%) fueron locales, siendo las restantes por vía general. Hubo 11 casos fatales en el consultorio y 37 fallecimientos de pacientes admitidos en el hospital. De los 11 casos acontecidos en el consultorio, la muerte de 7 se debió a la utilización de anestesia general y 4 a la anestesia local.

"A partir de las cifras mencionadas se deduce que la presentación de estos accidentes resulta infrecuente, sobre todo en los procedimientos locales".

La penicilina es con mucho la causa más frecuente de alergia en el consultorio dental. Se cita como la causa de 80% de todas las reacciones producidas por antibióticos que ponen en peligro la vida (Dale 1983). Es el antibiótico que más interesa al dentista cuando piensa en alergias, puesto que es el antibiótico de elección en el mayor número de casos.

Se estima que la gente alérgica a la penicilina es de un 2 a un 10%.

Una reacción de penicilina, administrada por vía intravenosa o intramuscular es la causa más común de anafilaxia. Pueden presentarse reacciones mortales independientemente de la vía de administración. Sin embargo no debe pensarse que la vía bucal es por completo seguro, ya se han comunicado reacciones anafilácticas graves, inclusive fallecimientos, con el uso de penicilina bucal.

ASMA

a) Factores de riesgo

Los ataques de asma son reacciones de urgencia al miedo. Están caracterizadas por respiraciones cortas silbantes, disnea, cianosis y ansiedad. Los pacientes que tienen ataques de asma invariablemente tienen una historia de asma, fiebre de heno o alergias. Muchas veces ellos están recibiendo desde hace mucho tiempo terapia con aminofilinas, esteroides tales como la prednisona y dilatadores bronquiales. Los factores precipitantes incluyen irritantes en el aire, estación fría, drogas y estrés psicológica.

Se ha demostrado que los factores ambientales tienen para el asma tanta importancia como los hereditarios. Los hijos de padres asmáticos tienen una alta probabilidad de desarrollar el padecimiento, si ambos padres son alérgicos la posibilidad de herencia de asma es de 75%, si sólo uno la padece, baja al 50%, y si es un familiar cercano al 10 o 15%.

El asma puede iniciarse en cualquier época de la vida, pero suele hacerlo en los primeros años y es la enfermedad broncopulmonar crónica más frecuente en el niño. En la ciudad de México el asma y otros padecimientos respiratorios obstructivos se han incrementado significativamente (Gardiva 1986).

Las crisis asmáticas pueden ser precipitadas por factores como:

- . estrés
- . infecciones respiratorias virales
- . ejercicio físico
- . trastornos emocionales
- . cambios de presión atmosférica y temperatura
- . inhalación de aire frío o irritantes
- . exposición de alérgenos específicos
- . ingestión de ácido acetil salicílico o sulfitos en individuos sensibles.

b) Frecuencia General

La causa más común de las alteraciones respiratorias en el consultorio deriva de la ansiedad y el estrés del paciente. Estas alteraciones suelen verse con mucha frecuencia. En otro sentido, ciertos padecimientos respiratorios preexistentes como asma, efisena e insuficiencia cardíaca contribuyen a la aparición de problemas respiratorios en el consultorio.

Se ha estimado que del 5 al 10% de los niños durante su infancia tienen signos y síntomas compatibles con el asma. Cerca del 75% de los niños asmáticos presentan antes de los 4 a 5 años (Sperling).

Se considera que el asma es un trastorno respiratorio que afecta aproximadamente al 2.5% de la población. La edad de más de la mitad de éstos pacientes oscila entre los 5 y 15 años.

EMERGENCIAS TRACTO RESPIRATORIAS

(Obstrucción de las vías respiratorias por cuerpos extraños)

a) Factores de riesgo

Se considera un cuerpo extraño en el árbol traqueo bronquial cualquier material que no sea aire saturado con vapor de agua. Si el cuerpo extraño penetra más allá de la bifurcación traqueal el material puede llegar a los bronquiolos inferiores, introduciéndose con igual frecuencia en el bronquicio derecho o izquierdo.

Dentro del consultorio dental el cuerpo extraño puede consistir en fragmentos de la placa dental, prótesis parcial removible, aligato, u órganos dentales extraídos.

En la vida diaria pueden ser trozos de alimentos, chicle, caramelo, un botón o una canica.

Se debe considerar que durante los procedimientos realizados en la cavidad bucal en el consultorio pueden ser desplazados hacia porciones más bajas objetos diversos, y aún la lengua o agua, y que, auxiliado con la inconsciencia y relajación de la musculatura del cuello, el odontólogo mismo puede producir obstrucción de vías aéreas altas, lo cual puede evolucionar en una hipoxia.

b) Frecuencia General

La obstrucción aguda de las vías aéreas superiores es especialmente probable en lactantes y niños de corta edad en los que existen vías aéreas de menor calibre, y por lo tanto más vulnerables que en niños de mayor edad o adultos (Cecil 1985).

c) Frecuencia Odontológica

Entre los sujetos con dentadura postiza, pertenecientes a los grupos de mas edad, se observa en ocasiones, el llamado "café coronario".

La aspiración de un cuerpo extraño es la causa de muerte accidental entre los niños de 6 años de edad (Kravis 1984).

En los pacientes dentales bajo sedación consciente la hipotensión desarrollada por los pacientes manejados con esta técnica, junto con la obstrucción de las vías aéreas forman las complicaciones más frecuentes (Duarte 1990).

HEMORRAGIAS

a) Factores de riesgo

La hemorragia debe ser considerada como la primer emergencia quirúrgica en el consultorio. Cuando una hemorragia está presente como un problema y necesita ser tratada, el primer paso es garantizar que todos los coágulos son quitados de la boca, lográndose además detectar el punto de sangrado (Harman).

Como a la consulta dental cada vez llegan mas pacientes con enfermedades cardiovasculares diagnosticadas, a los cuales se les prescribe comunemente anticoagulantes, ellos tienen un mecanismo de hemostasis afectado, lo cual constituye un factor de riesgo a considerarse por el odontólogo.

El mecanismo de la hemostasis estará indicado sólo en presencia de fenómenos hemorrágicos o al someter a procedimientos quirúrgicos al paciente (Palomares, 1984).

A continuación se listan los principales factores de riesgo que pueden dar lugar a hemorragias:

- . Alteraciones hemáticas declaradas, tanto en calidad como en cantidad de los elementos que intervienen en la coagulación
- . Pacientes alcohólicos
- . deficiencias pulmonares tales como: Cirrosis hepática
- . síndrome de mal absorción intestinal
- . avitaminosis: frecuentemente vitamina K
- . Antecedentes de transfusión
- . delicadeza del tratamiento quirúrgico
- . insicciones
- . areas vasculares
- . presencia de restos
- . hemangioma de la mandíbula
- . laceración de tejidos blandos, vasos y tejido duro
- . paciere dental con terapia anticoagulante
- . pacientes no controlados medicamente

La reaparición del sangrado varias horas después de la intervención puede hacer que el paciente acuda a servicio de urgencia.

b) Frecuencia general

En un estudio norteamericano reportado por Dane (1968) llevado a cabo en un hospital durante 12 meses, se hizo el estudio de las emergencias que se presentaron en los días hábiles y fines de semana. La edad de los pacientes estaba entre 21 y 30 años.

De los 105 casos presentados como emergencias dentales¹, los autores reportan 1 sólo caso de sangrado postextracción, lo cual nos da una frecuencia de 2% de esta urgencia.

CONVULSIONES

a) Factores de riesgo

Las causas de la epilepsia adquirida incluyen:

- 1) cambios anormales en el encéfalo originados por alteraciones tales como encefalitis, meningitis, tumores, hemorragia y traumatismo.
- 2) trastornos generales tales como toxemia gravídica, intoxicación alcohólica y anemia perniciosa.

En un determinado paciente el ataque de gran mal puede constituir una entidad con riesgo vital, mientras que en otros casos se puede tratar simplemente de un ataque aislado que irrumpe en el curso normal de su vida.

En el gran mal, puede ser producido el ataque convulsivo por:

- suspender la ingestión del medicamento
- tensión emocional excesiva
- intoxicación por alcohol
- ayuno prolongado
- cansancio
- Intoxicación por anestésicos

y por causas no asociadas con la epilepsia como:

- presencia de cuerpos extraños
- cambios en la composición química de la sangre (hipoxia, hipoglucemia)
- Intoxicación por anestésicos locales.

b) Frecuencia general

La epilepsia es una enfermedad bastante común que se presenta aproximadamente en 0.5% (más de 800 000 personas) de la población de los Estados Unidos. Ella puede ser de origen congénito o adquirida. La herencia tiene un papel importante ya que es tres veces más frecuente que se presente en familias con antecedentes de epilepsia (Dunn 1969).

¹ No se consideraron dentro de las emergencias el trauma facial, infecciones ni problemas que requirieran a un especialista.

Hay dos tipos de ataque epileptico: la epilepsia mayor (gran mal) y la epilepsia menor (pequeño mal). De las 800 000 personas que padecen epilepsia en los Estados Unidos, 50% presentan ataques de epilepsia mayor, de un 8 a 10% presentan solo ataques de epilepsia menor y 40% padecen una combinacion de los mismos (Dunn 1980).

Las convulsiones son motivo frecuente de visita al servicio de urgencias. Aproximadamente un millon de norteamericanos padecen epilepsia, siendo un ataque convulsivo un sintoma de su presentacion. Segun Husk las crisis convulsivas son la causa del 2-4% de las consultas de urgencia a nivel general (Husk 1984).

Las crisis convulsivas se pueden presentar tambien por causas no epilepticas como la abstinencia. Las crisis de gran mal forman parte con frecuencia del sindrome precoz de la abstinencia alcohólica; en el 90% de estos pacientes, las convulsiones aparecen de las 6-48 horas despues de la disminucion de la ingesta de alcohol (Husk 1984).

SINCOPE

a) Factores de riesgo

Los sintomas del sincope vasovagal (desmayo) incluyen una sensacion de calor, una perdida de color facial, sudoracion profusa (usualmente en la frente), aturdimiento y eventualmente perdida de la consciencia.

La causa de esta reaccion comun es el miedo y el estres (muy frecuentemente asociado con la vista de la aguja que va a ser usada para administrar la anestesia local. Ocurre como una respuesta refleja que involucra la estimulacion del nervio vago causando bradicardia, y por una respuesta inadecuada del sistema nervioso simpatico a la subsecuente caida de la presion arterial.

En presencia de enfermedades vasculares, la causa puede ser una alteracion de la frecuencia cardiaca.

c) Frecuencia Odontologica

Segun Moore, el sincope vasovagal es la urgencia medica mas comun que ocurre en el consultorio dental.

INTOXICACION

a) Factores de riesgo

Dado el numero tan grande de medicamento que existen en la actualidad, y la avalancha de nuevos productos de prescripcion que cada ano introduce la industria farmaceutica, esto nos puede explicar por que las intoxicaciones agudas que con mayor frecuencia se presentan en la practica clinica sean causadas, con algunas variaciones, por grupos semejantes de medicamentos.

Se puede afirmar que todos los medicamentos, sin excepcion, son potencialmente tóxicos, y que la gravedad de sus efectos adversos dependera primordialmente de las concentraciones que alcancen en el organismo; por lo tanto, se puede hacer una prediccion mas precisa a partir de los niveles séricos que el conocimiento de las dosis administradas.

Las reacciones toxicas generalmente se producen por inyección de un anestésico en el torrente sanguíneo o por reaccion al vasoconstrictor de la solución.

El seguimiento toxicologico puede verse influido además por el consumo previo y regular del medicamento causante de la intoxicación, por efectos de distribución y tolerancia.

La ingestión concomitante de varios medicamentos de otras sustancias tóxicas constituye otro factor de riesgo.

Otros factores que deben tomarse en cuenta son edad, estado físico, y las enfermedades concomitantes, así como la variación individual que se puede observar en reaccion al tóxico.

La ausencia de alimento en el estomago estimula la absorción de casi todos los medicamentos o agentes químicos, ya que estos, al combinarse con las partículas alimenticias ven inhibida o retrasada su absorción.

Por regla general los pacientes de edad avanzada eliminan mal ciertas sustancias, debido fundamentalmente a que tienen disminuidos el gasto cardiaco, el flujo sanguíneo renal y el aclaramiento hepático. Esto debe ser tomado en cuenta si se desea tratar debidamente una intoxicación, o aun mas, prevenirla.

Toxicidad por sedación.

La sedacion consciente es una técnica de analgesia anestésica basada en el uso de agentes farmacologicos de corta duracion y cuya finalidad es lograr un estado confortable de relajación y disminucion del estado de alerta.

En cuanto a la toxicidad por sedación, diversos autores consideran que los accidentes o complicaciones relacionados con el uso de sedación consciente pueden evitarse generalmente mediante un adecuado reconocimiento del paciente, de los fármacos a utilizarse durante la técnica anestésica y con una anticipación suficiente a la secuela de eventos que podran conducir a estados criticos.

Sin embargo, la valoración preoperatoria integral del paciente permitira la identificación del algún evento que limite o contraindique el uso de la técnica descrita, pudieran ser estos:

- .ingesta reciente de líquidos o sólidos
- .cardiopatías congenitas o adquiridas
- .obstrucción o enfermedad respiratoria
- .edema de piso de boca o crecimiento en cuello
- .limitación de la apertura bucal
- .enfermedades vasculares cerebrales
- .endocrinopatías
- .embarazo
- .anemias o trastornos hematologicos

b)Frecuencia General

Un estudio llevado a cabo en el hospital Guy de Londres, se investigaron 208 casos de coma, encontrandose que en un 52% de ellos, la causa era una intoxicación aguda (Montoya, 1986).

Estudios recientes llevados a cabo en los Estados Unidos revelan que en la población general, el riesgo por muerte por la utilización de sedación endovenosa (de 1:314 000) es similar al de anestesia general (de 1:324 000) Duarte.

A continuación se muestra un estudio realizado en el hospital de pediatría del centro médico nacional en el periodo de octubre de 1982 a abril de 1983.

INTOXICACIONES AGUDAS CAUSADAS POR MEDICAMENTOS*

HOSPITAL PEDIATRICO NACIONAL (IMSS)

MEDICAMENTOS	Nº CASOS	%
Analgesicos antitermicos	25	33.8
anticonvulsionantes	15	20.3
neuroestimulantes	8	10.8
fenotiacidas	7	9.5
anticolinergicos	6	8.1
analgesicos narcoticos	4	5.4
antihistaminicos	3	4.0
diversos	6	8.1

(Montoya 1986)

c) Frecuencia Odontológica

De acuerdo con Duarte (1987), las reacciones mas comunes asociadas con los anestésicos locales son de tipo tóxico.

Bennett y Cammbeil mencionan que los efectos adversos en la sedación consciente por vía endovenosa en el consultorio dental son comunes, pero pueden presentarse como respuesta fisiologica del organismo a las drogas administradas.

De 1943 a 1952, cuando la procaina era el anestésico local mas utilizado, el indice de mortalidad era de 1 en 45 millones. Más tarde, en 1972, los resultados de un estudio a gran escala revelaron que las muertes debidas a la anestesia local eran atribuibles a los efectos tóxicos de los anestésicos y que menos del 1% de los decesos eran debido a un mecanismo alérgico (Stroh, 1982)

SHOCK

a) Factores de riesgo

Choque cardiogenico: es la hipotension arterial (presión sistólica inferior a 90 mm Hg) en un contexto de infarto agudo al miocardio.

Las causas mas frecuentes de una contracción inadecuada del miocardio son:

- . miocardiopatias
- . después de la administración de fármacos depresores de la función miocárdica
- . Hipoxemia grave secundaria a una enfermedad pulmonar o neurológica
- . A partir de una alteración de la frecuencia o ritmo cardiacos, asociada a cardiopatias preexistentes
- . Interferencia mecánica en un llenado ventricular cuando ocurre durante un neumotorax a tensión
- . En el taponeamiento cardíaco o de una interferencia en el vaciamiento ventricular, como ocurre en la embolia pulmonar masiva o en la disfunción de una prótesis valvular.

Shock Séptico: Asociado a infecciones bacteriana

Con frecuencia el choque séptico se asocia a unos antecedentes de sepsis generalizada o localizada (infección predisponente).

Suele estar producido por lo general por bacilos entericos gramnegativos. El shock séptico por gramnegativos se presenta principalmente en pacientes hospitalizados con enfermedades predisponentes tales como la diabetes, patología hepática y discrasias sanguíneas. Igualmente la inmunosupresion, el parto, las intervenciones quirúrgicas y las infecciones tracto urinarias, biliares o intestinales.

Shock Neurogenico: es una respuesta grave que puede presentarse en aquellos pacientes que han sufrido un temor exagerado, o bien una respuesta dolorosa intensa producida por los procedimientos operatorios efectuados en el consultorio.

Los factores de riesgo son vasodilatación difusa después de un traumatismo o una hemorragia cerebral grave, de una insuficiencia hepática o de la ingesta de ciertos fármacos o tóxicos.

Shock hipovolemico: puede deberse a un volumen intravascular insuficiente. El shock puede desarrollarse solo algunos minutos después de un pérdida sanguínea aguda (antes de la hemodilución homeostática).

Así los factores de riesgo asociados incluyen: la hemorragia aguda por traumatismo, por una enfermedad preexistente a menudo desconocida (por ejemplo, úlcera péptica, varices esofagicas o aneurisma aortico), tambien puede ser evidente (hematesis o melena) u oculta (perforación de un embarazo ectópico).

En ausencia de hemorragia el shock hipovolemico puede aparecer como consecuencia de un incremento de la perdida de liquidos corporales. Ademas de la perdida excesiva de liquidos puede originarse a partir de una ingesta inadecuada de liquidos asociada a menudo a un aumento moderado de la perdida de estos.

El liquido intravascular tambien puede desplazarse hacia el espacio extravascular debido a un incremento de permeabilidad capilar secundario o anoxia o un paro cardiaco, tambien puede ocurrir por reacciones de hipersensibilidad aguda. Entre otros factores de riesgo figuran: la tubercuicosis, cancer, parto.

b) Frecuencia General

En un estudio realizado en México se revisaron 300 expedientes de pacientes hospitalizados en la unidad de terapia intensiva del hospital M.O.C.E.L. en el lapso comprendido en la segunda mitad de 1971 a 1974, habiéndose encontrado que 35 de ellos presentaron estado de shock (aproximadamente el 10%), y la distribución en los diferentes tipos se muestra en la tabla siguiente

SHOCK: DISTRIBUCION POR FRECUENCIAS *

TIPO	PORCENTAJE
Shock hipovolemico	40%
Shock cardiogenico	26%
Shock séptico	26%
Shock hipoglucémico	6%
Shock Neurogénico	3%

* Barreto G. Alejandro.

HIPOGLUCEMICA

a) Factores de riesgo

Los problemas hipoglucémicos pueden ser leves o mortales. Afortunadamente la evolución hacia el shock hipoglucémico es lenta y siempre se podrá recurrir a la ayuda médica para solucionar la condición del paciente; es aconsejable suspender la intervención dental si esto fuera necesario (Castellanos 1985).

El coma diabético ocurre secundario a un estado de cetoacidosis metabólica. La cetoacidosis puede producirse a falta de administración y por dosis deficiente de insulina. Los factores de riesgo precipitantes son:

- .paciente no controlado
- .aumento de estrés emocional
- .las infecciones y la disminución o eliminación de fármacos anti-diabéticos
- .disminución de ingesta de alimentos
- .fármacos con reconocido efecto hiperglicémico como tiazidas (diuréticos) y corticoesteroides deben ser evitados en diabéticos
- .atención de pacientes con cifras altas de glucosa
- .insuficiencia de insulina endógena
- .antagonismo hormonal de la insulina

b)Frecuencia general

La cetoacidosis en pacientes maduros es rara excepto en presencia de infección grave (Castellanos 1985).

La cetosis metabólica puede ocurrir con cierta frecuencia en la interconsulta dental hospitalaria. Aún en éstos casos el drenado de abscesos pulpaes y parodontales puede ser intentado (Castellanos).

La cetoacidosis diabética constituye una urgencia médica que, pese haber sido notablemente reducida su morbilidad y mortalidad,

HIPOTIROIDISMO (coma mixedematoso)

a)Factores de riesgo

Existen diversos factores que predisponen al coma mixedematoso en un paciente hipotiroideo: exposición al frío, infección, traumatismo y administración de fármacos que deprimen el sistema nervioso central del tipo de la morfina, los barbitúricos o la anestesia general. El coma aparece con mayor frecuencia en personas de edad con arteroesclerosis coronaria y sistémica avanzada.

b)Frecuencia General

La mortalidad de los pacientes con coma mixedematoso no tratado correctamente se acerca al 80%. La mortalidad desciende hasta aproximadamente un 30% si se trata rápidamente, pese a lo cual constituye uno de los índices más altos de mortalidad de las urgencias médicas (Levey 1984). Por lo tanto el control debe ser inmediato y eficaz, precisándose de todos los esfuerzos por parte del médico. Después de la recuperación los pacientes necesi tan indefinidamente un tratamiento con hormona tiroidea.

TORMENTA TIROIDEA

a) Factores de riesgo

En general se pueden tener dos tipos de factores precipitantes de la tormenta tiroidea, uno de carácter quirúrgico y otros de tipo médico.

Dentro de los correspondientes a un tratamiento quirúrgico:

- Sin tratamiento antitiroideo
- Pacientes tratados insuficientemente
- Anestesia
- Estrés general en la intervención (se desconoce el mecanismo)

Factores médicos de riesgo:

- Infecciones
- Traumatismos
- Cetoacidosis diabética
- El embolismo pulmonar
- Toxemia del embarazo
- Toxemia del parto
- Interrupción prematura de la terapéutica antitiroidea
- Rara vez la tiroiditis por radiación secundaria al tratamiento hipotiroideo con yodo radiactivo

El tratamiento dental del paciente con hipertiroidismo debe consultarse con su médico tratante. No debe inquietarse al paciente y deberán de evitarse medicamentos vasoconstrictores tales como anestésicos locales, ya que pueden producir crisis tiroidea verdadera e inclusive probablemente un coma. También deberán evitarse los analgésicos narcóticos porque no los tolera bien el paciente.

b) Frecuencia General

Una de las manifestaciones más dramáticas y temidas es el síndrome clínico conocido como tormenta tiroidea, que se produce en un pequeño porcentaje de pacientes hipertiroideos y es responsable de gran parte de la mortalidad asociada al hipertiroidismo; la única forma de impedir sus graves secuelas consiste en instaurar rápidamente un tratamiento adecuado.

La mortalidad estimada de la tormenta tiroidea es de aproximadamente el 20% (Levey 1984), no obstante, las estadísticas son difíciles de elaborar a causa de la baja incidencia de la crisis tiroidea. Debe tomarse en cuenta que esta estadística se refiere a la época anterior al empleo de los fármacos β -bloqueantes y de la plasmaféresis, avances terapéuticos que probablemente han disminuido algo la mortalidad. El tratamiento médico suele producir una mejoría en 24 horas, y la recuperación se obtiene en un plazo no superior a una semana. Después de la recuperación, una vez que el paciente se encuentre eutiroides, debe realizarse un tratamiento definitivo de ablación de la glándula tiroidea con una tiroidectomía subtotal.

INSUFICIENCIA SUPRARRENAL AGUDA

a) Factores de riesgo

La interrupción del tratamiento esteroideo, aunque se realice con suma cautela, puede producir una hipofunción suprarrenal e incluso exacerbar el trastorno subyacente, las dosis de mantenimiento de esteroides resultan a veces insuficientes. Todo ello resalta la importancia que posee la captación de datos acerca de la posible ingestión exógena de esteroides en la historia clínica.

Los pacientes con larga historia de ingestión de corticoesteroides puede tener atrofia adrenal y por ello no presentar una respuesta adecuada frente al estrés quirúrgico. En éstos casos debe administrarse hidrocortisona bajo supervisión médica, con el fin de evitar un cuadro de insuficiencia suprarrenal aguda por falta de respuesta de la glándula frente al estrés.

Los glucocorticoides poseen numerosas acciones sistémicas, algunas de las cuales pueden transformarse en efectos indeseables tanto con el uso local como con el uso sistemático. En realidad los únicos corticoides que tienen aplicación odontológica son los glucocorticoides, a causa de sus efectos antiinflamatorios.

Pacientes tratados con glucocorticoides que son utilizados en numerosas enfermedades por sus efectos antiinflamatorios (artríticos, reumáticos, asmáticos) tienen una amplia probabilidad de presentar complicaciones suprarrenales.

Por otra parte, parece existir una auténtica dependencia psicológica de los esteroides; cuando se interrumpe la administración del fármaco, en algunos pacientes aparecen síntomas subjetivos de insuficiencia suprarrenal, pese a que bioquímicamente el eje hipotalamohipo-suprarrenal se encuentra intacto y con capacidad de respuesta.

TRAUMA CRANEO MAXILO-FACIAL

El traumatismo maxilofacial debe tratarse sólo para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y controlar la hemorragia. Exceptuando los casos en que se deban tratar hemorragias y aquellos en que la permeabilidad de las vías aéreas está comprometida, raramente constituyen una verdadera urgencia (Cantril 1984).

a) Factores de riesgo

Las lesiones maxilofaciales pueden tener muchas etiologías posibles, entre las que se incluyen los accidentes de tráfico, los asaltos, accidentes domésticos, lesiones deportivas, accidentes laborales y los traumatismos no accidentales de niños (malos tratos).

Cuando la persona cae durante los ataques de epilepsia, suele lesionarse, en especial el hueso malar, el cual, debido a su prominencia puede fracturarse.

b) Frecuencia general

Más del 50% de estas lesiones corresponden a accidentes de tráfico, y muchas de ellas (el 60% para algunos autores) están asociadas a traumatismo de mayor importancia (Cantrill 1984).

c) Frecuencia Odontológica

La fractura del maxilar superior suele deberse a traumatismos faciales intensos, que frecuentemente coexisten con otras lesiones que ponen en peligro la vida (Cantrill 1984).

Las fracturas del maxilar inferior ocupan por su frecuencia el tercer lugar, después de las nasales y cigomáticas. Como el maxilar inferior inferior tiene una fuerza del traumatismo, puede transmitirse por el mismo y provoca una fractura en una zona alejada del lugar de impacto. Esta circunstancia explica también la alta incidencia (50%) de las fracturas múltiples del maxilar inferior (Cantrill 1984).

Los pacientes con crisis de gran mal pueden lesionarse por distintos mecanismos, así como la misma causa del ataque, por ejemplo una hemorragia intracraneal debida a traumatismo puede constituir una causa de muerte a corto plazo (Husk 1984).

INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

a) Factores de riesgo

Es de caracter similar al de angina de pecho, solo que de mayor duracion, afecta la porcion central del torax y del epigstrico, irradiandose hacia los brazos en 25% de los casos.

Es producido por reacción psíquica del paciente al tratamiento, por la existencia previa de una enfermedad, por reacción a algún medicamento administrado, por no realizarse un estudio pormenorizado del paciente (incluso de la omisión de algun dato durante la anamnesis o mala interpretación por parte del odontólogo).

b) Frecuencia general

El paciente puede caer en choque cardiaco. Esto ocurre en 10 a 20% de los casos y es mortal en 80% de ellos (Aldame 1989).

La arteroesclerosis, por su mayor frecuencia de presentación en las arterias coronarias determina con que frecuencia hay oclusión completa de las mismas, con producción de infarto de miocardio (Moguel).

Las coronariopatías siguen siendo una plaga para una parte importante de la población norteamericana. Algunos de estos pacientes se encuentran asintomaticos (15 -20%, Adame 1989). Tanto los asintomaticos como aquellos otros que padecen alguna sintomatología, presentan un cierto riesgo de infarto agudo al miocardio y de muerte súbita (Lester 1984).

En 1983, alrededor de 1.5 millones de personas en Estados Unidos sufrieron de infarto al miocardio. Una gran parte de estos enfermos murieron, y la mitad lo hizo en forma rápida en las dos horas siguientes al comienzo de los síntomas, antes de que pudiesen recibir tratamiento en un hospital (Kravis, 1984).

ANGINA DE PECHO

a) Factores de riesgo

Síndrome de insuficiencia fisiológica. La arteroesclerosis es la responsable de la insuficiencia coronaria.

Son factores de riesgo todos aquellos que incrementen la necesidad de oxígeno al corazón, o bien, menos raramente algunos que disminuyan el aporte de sangre:

- .esfuerzo
- .estrés
- .dolor
- .estreñimiento
- .acto sexual
- .atropina
- .tabaco
- .terror nocturno
- .anemia
- .intoxicación con monóxido de carbono

b) Frecuencia general

Con gran frecuencia es el síntoma de presentación de la cardiopatía isquémica, o bien por otros estados patológicos como enfermedades valvulares, aórtica y anemia. Esta enfermedad es más común entre los varones encontrándose entre 55 y 65 años de edad.

HIPERTENSION

a) Factores de riesgo

El fenómeno mediante el cual se pierde la elasticidad y sufren endurecimiento las arterias se denomina arteroesclerosis, y suele afectar las arterias de todo el cuerpo. Es una forma relativamente benigna de hipertensión arterial y de ahí que se le conozca como hipertensión arteroesclerótica benigna. En algunos individuos también se eleva la presión diastólica y dará lugar a un trastorno mucho más grave, el cual se denomina hipertensión diastólica. En algunas personas esta alteración puede ser leve y fácil de controlar, mientras que en otras puede ser grave y pone en peligro la vida.

El no estar bajo control médico, y no tomar la presión de una manera sistemática, son factores de riesgo de esta entidad.

b) Frecuencia General

Se estima que 20% de la población adulta padece hipertensión arterial. La gran mayoría de los casos son de hipertensión primaria, es decir, no se puede demostrar una causa patológica definida de la misma. La hipertensión secundaria es mucho menos frecuente y se debe en general a problemas renales como la pielonefritis -feocromocitoma- (Rev. Prácticas Odontológicas, vol 7, no. 11/12, 1986)

DESCRIPCION DEL ESTUDIO DE FAST

El estudio de Fast es quizás el más completo de los presentados aquí y a él hacen mucha referencia diferentes autores que tratan sobre el tema.

La investigación fué realizada por medio de una encuesta enviada a dentistas en funciones desde 10 años atrás, en -- dos estados de la unión americana.

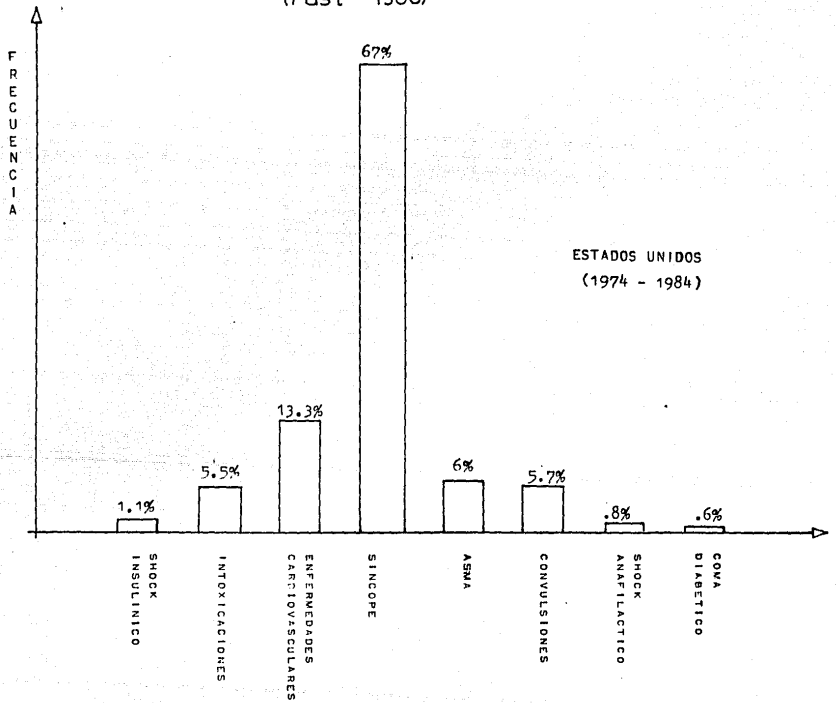
A los dentistas se les pidió que reportaran el número de casos de urgencias encontrados en su práctica en los 10 años anteriores.

Los dentistas que respondieron a éste estudio (1605) reportaron 16 823 emergencias durante el período considerado, distribuidas como se muestra en la gráfica I.

Es notorio de ella la gran incidencia de Síncope, y el autor señala que el 98% de ellos ocurrieron en el consultorio mismo.

GRAFICA I

URGENCIAS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA
(Fast 1986)



DESCRIPCION DEL ESTUDIO DE RHODUS

Por un período de 3.5 años (1982-1985) se recogieron datos en una clínica de Medicina Oral del sur de Estados Unidos de 4440 pacientes dentales.

La población de pacientes consistió en el típico paciente adulto que estaba sufriendo el exámen oral inicial de rutina conducido por un estudiante de 2do o 3er grado. Después que los pacientes fueron interrogados para obtener la historia clínica se decidía cuando era necesario pedir interconsultas. La mayoría de ellos no necesitaron interconsultas (64%).

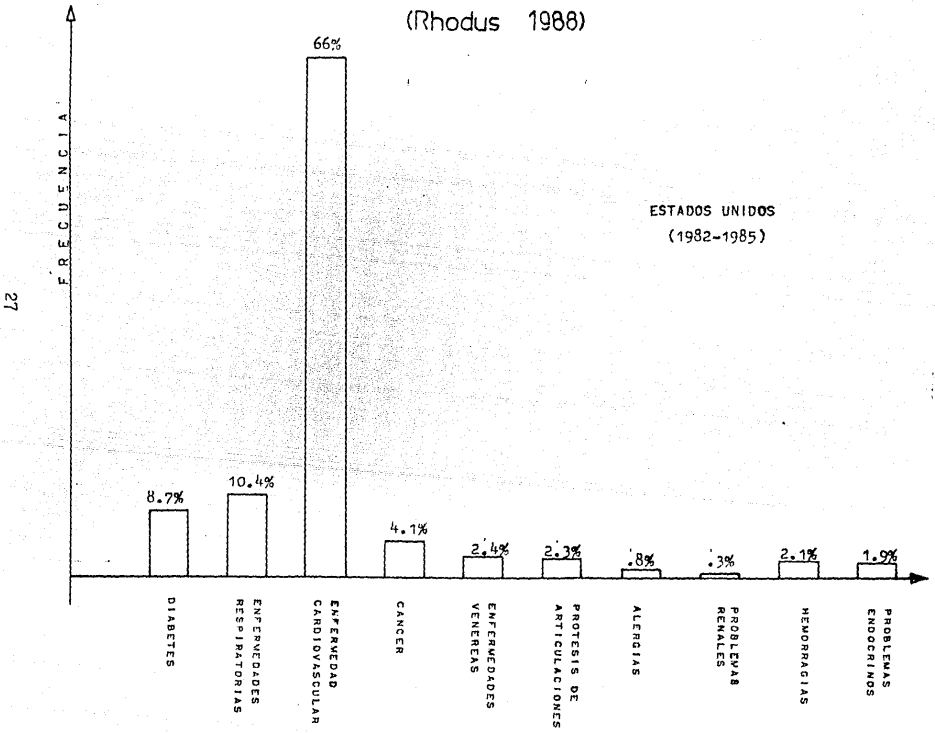
La edad promedio del grupo que requirió consulta médica - fué de 41. años.

Las condiciones de compromiso médico que más frecuentemente requirieron consulta es la enfermedad cardiovascular 66% de todas las consultas médicas requeridas. Las enfermedades valvulares (fiebre reumática, defectos congénitos, etc) requirieron el 38.4% de las consultas médicas. Le siguen a ésta categoría las enfermedades respiratorias 10.4%, la diabetes 8.7%, cancer 4.1%, enfermedades venereas 2.4%, prótesis articulares 2.3%, tendencias hemorrágicas 2.1%, problemas endocrinos distintos de la diabetes (como la insuficiencia renal) 1.9%, alergias 0.8%.

Notese que en este estudio se excluyeron pacientes con hepatitis, por lo que es de esperarse que la incidencia de hepatitis sea alta en la práctica dental.

GRAFICA 2

PACIENTES DENTALES CON COMPROMISO MEDICO
(Rhodus 1988)



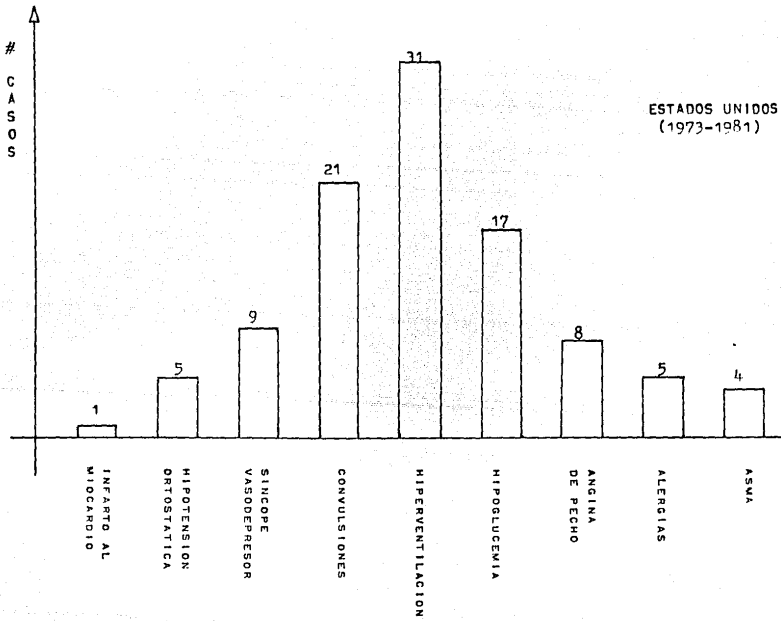
DESCRIPCION DEL ESTUDIO DE MALAMED

El estudio realizado por Malamed reporta las urgencias que se presentaron en la escuela de odontología de la universidad del sur de California y que hicieron peligrar la vida de varias personas desde 1973 a 1981.

A pesar de que la mayoría de los problemas encontrados sucedieron durante el tratamiento dental, con el paciente sentado, otros sucedieron en cualquier parte de la escuela.

GRAFICA 3

URGENCIAS EN UNA ESCUELA DE ODONTOLOGIA
(Malamed 1986)



ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ESTUDIO DE MATSUURA

Se trata de una investigación sobre las complicaciones sistémicas y defunciones encontradas en relación al tratamiento dental en un hospital japonés realizado por la Sociedad Dental Japonesa en el período 1980-1985.

En la gráfica 4 se muestran la distribución de los pacientes tratados en la clínica para pacientes dentales con compromiso médico en el hospital dental de la Universidad de Osaka. Como puede verse, el 67.6% de todos los casos corresponden a pacientes con enfermedad cardiovascular.

De acuerdo con los datos obtenidos de la Sociedad Dental Japonesa y del Hospital Dental Universitario de Osaka, para ellos, las complicaciones sistémicas durante el tratamiento dental están incluidas en una de dos categorías:

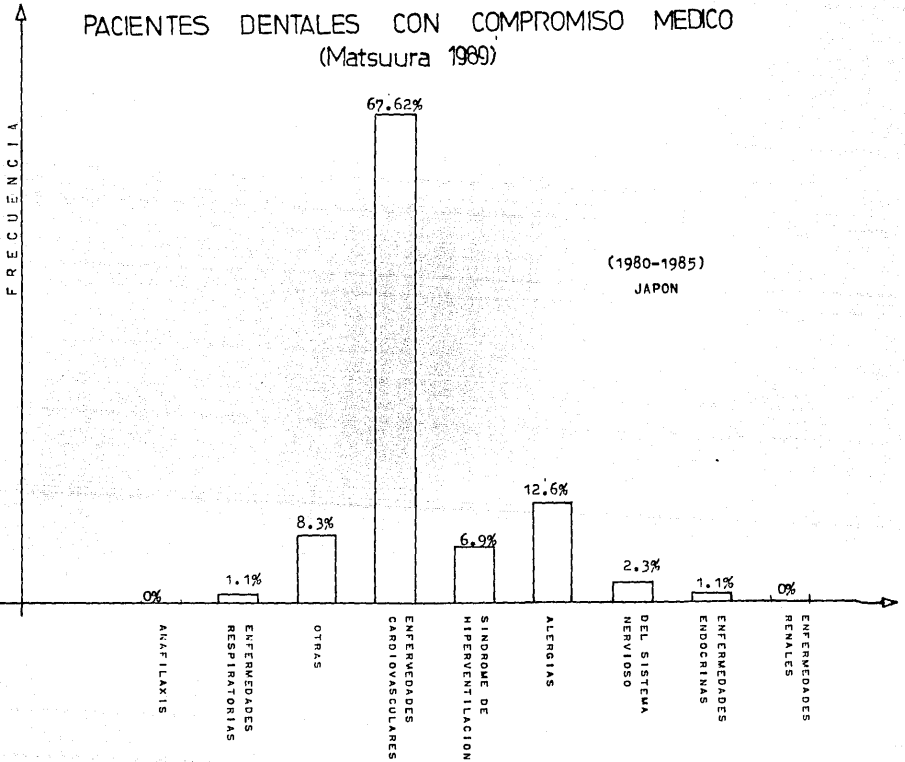
- a) Un grupo de complicaciones que no tienen relación con la enfermedad subyacente
- b) Cuando la complicación está relacionada directamente con el estado de enfermedad.

En la primera categoría hay el síndrome de hiperventilación y el shock neurogénico.

En la segunda destacan los accidentes cerebrovasculares y enfermedades del corazón, particularmente en el paciente geriátrico.

GRAFICA 4

PACIENTES DENTALES CON COMPROMISO MEDICO
(Matsuyama 1989)



ESTUDIO DE CASTELLANOS

En el estudio de Castellanos realizado en Mexico fueron interrogados 1576 pacientes mayores de 15 años que solicitaban atención dental en la Universidad del Bajío durante el año académico 1982-1983.

El grupo de estudio fué compuesto por 551 hombres (35%) y 1125 mujeres (65%). Un total de 616 casos positivos fueron detectados, correspondiendo a una frecuencia del 39%, lo cual indica que aproximadamente 4 de cada 10 personas presentaron al menos un antecedente sistémico.

Los 616 casos positivos presentaban 84 enfermedades sistémicas distintas, las cuales se clasificaron en 16 grandes grupos. 66% de la población entrevistada fue menor de 35 años.

En la grafica se muestra la frecuencia de los problemas médicos con mayor incidencia.

Las enfermedades alérgicas, vasculares, endócrinas y cardiacas fueron las de mayor prevalencia manifestándose en por lo menos 2% dentro de la población estudiada.

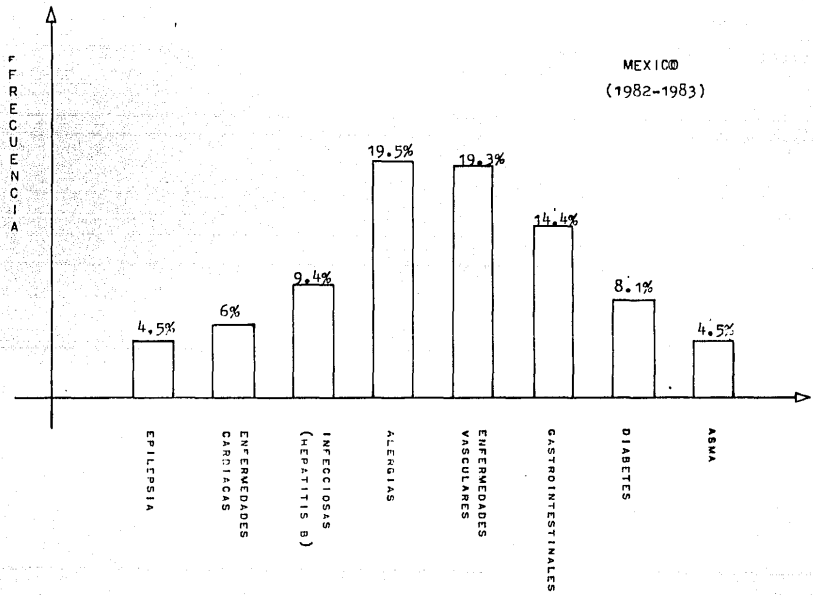
En particular los problemas alérgicos y vasculares tuvieron prevalencias mayores al 7.5%. Dentro del grupo de alergias, las alergias a la penicilina, alimentos y sulfas fueron las condiciones mas frecuentemente reportadas.

Dentro de las alteraciones vasculares, fue la hipertension la alteración detectada principalmente.

Cuarenta y dos casos de diabetes (7%), 6 de hipotiroidismo (1%), 1 de enfermedad de Addison y 1 de síndrome de Turner fueron encontrados entre las alteraciones endocrinas.

GRAFICA 5

ENFERMEDADES SISTEMICAS DE MAYOR PREVALENCIA
(Castellanos 1985)



CONCLUSIONES

El hecho de que cada vez un número mayor de adultos maduros con enfermedades crónicas y sometido a diversos regímenes farmacológicos requiera de tratamiento médico, ha provocado una tendencia a incrementar la probabilidad de que las emergencias médicas ocurran en el consultorio dental (Stewart 1988). Por lo tanto, la preparación para tratarlas cuando se nos presenten es ahora más crítica que antes.

En este sentido está surgiendo la preocupación cada vez mas creciente en las escuelas de odontología por incluir en sus planes de estudio cursos que capaciten al odontólogo para la prevención, reconocimiento y tratamiento de las urgencias (y éste seminario de titulación es un ejemplo de ello).

A pesar de que en principio todas las urgencias médicas se pueden desarrollar en un consultorio dental, del estudio de Malamed y del de Fast es bastante notoria la gran incidencia de urgencias relacionadas con la estrés. Cabe incluir dentro de esta clase el síncope vasod depresivo, el síndrome de hiperventilación y los padecimientos cardiovascular agudos. El manejo efectivo del estrés en el consultorio dental será el instrumento para disminuir la incidencia de éstas entidades.

El riesgo de que suceda una urgencia relacionada con el estrés se reduce mediante factores específicos para controlarlo. Entre éstos se incluyen las técnicas psicosedativas, el control efectivo del dolor y la limitación del tiempo del tratamiento dental (Malamed 1985).

En el estudio de Castellanos, puede concluirse que en el grupo estudiado el 39% de la muestra presenta al menos un antecedente personal patológico pasado o presente. Condiciones como hipertensión, diabetes, enfermedades cardíacas y alergias, reportaron cifras altas en éste estudio. En este estudio, (a diferencia de los otros realizados fuera de México) la frecuencia de problemas gastrointestinales es favorecida por aspectos como son: el clima, altitud, condiciones ambientales higiénicas, y hábitos alimenticios en nuestro país (Castellanos 1985).

Fué muy común observar una historia positiva de reacciones a fármacos y alimentos, diferentes agentes farmacológicos forman la lista, incluyendo la penicilina y otros antibióticos, analgésicos y pastas de dientes.

Aunque los resultados presentados no representan necesariamente la frecuencia y tipo de problemas médicos en el resto del país, los máximos observados para alteraciones cardiovasculares, alérgicas y endócrinas tiene rangos similares a los de los otros estudios aquí presentados.

REFERENCIAS

- Adame S L R y Gomez P B A, "Infarto al miocario", Rev P O, vol. 10: 56
- Aguilar J E et al, "Transformación linfocitaria", Rev Med IMSS, vol XXXVI:II7 (1989)
- Alastair NG, "The dental management of medically compromised patients", International Dental Journal, vol. 34:227 (1984)
- Anden G Ch, "Dentistry and the alcoholic patient", Dental Clinics of North America, vol 27:341 (1983)
- Brady W F, Martinoff J T, "Diagnosed past and present systemic disease in dental patients", General Dentistry: 494(1982)
- Brambila B G et al, "Asma en el niño", Rev Fac Med Mex, vol 27 (1984)
- Bowers D C et al, "Paciente dental con alergias", Clinicas Odontologica de Norteamérica, vol I:422 (1983)
- Cantrill S V, "Lesiones maxilofaciales" de Thomas Clarke Kravis, Urgencias Médicas, editorial salvat, 1984
- Castellanos S et al, "Problemas médicos en pacientes de una escuela dental", Edit Científica SA de CV, 2da edición, 1986
- Cost AJ, "Anaphylactic Shock", The Upjohn Company, enero 1987
- Curricular Guidelines, en Journal of Dental Education, vol 54:337 (1990)
- Dane JK, Hayden WJ, "Retrospective study of emergency room dental patients retained in a hospital dental practice", Spec Care Dentis vol 8:102 (1988), en Dental Abstract, agosto 1988
- DeStigter J, "Hipersensitivity to anesthetics", JADA, vol106, (1983)
- Dunn, Medicina Interna y.., edit. Manual moderno, 1989
- Duarte R M, "Complicaciones mas frecuentes por la utilización de sedación consciente", Rev PO, vol8:86
- Duarte RM, "Reacciones alergicas", Rev PO, vol 8:34 (1985)

- Fast T B, et al, "Emergency preparedness: a survey of dental practitioners", JADA, vol 112:499 (1986)
- Fine B R, "Fatal reaction to penicillin", JADA, vol 110: 505 (1985)
- Fishleder R G, Monroy M V, "Alteraciones cardiologicas de interes para el cirujano dentista", PO vol 17:6 (1986)
- Gardida On et al, "Control del niño asmático y su familia", Rev Med IMSS, vol 24:137 (1986)
- Gregg T, "Convulsiones y confusión aguda" de Thomas Clarke Kravis, Urgencias Médicas, edit. salvat, 1984
- Gres G RG, "Cuando hay alergia a la penicilina", atención Médica, Octubre (1988)
- Hardman E G et al, "Surgical emergencies in the dental office" International Dental Journal, vol 34:245 (1984)
- Hernández y col, "Factores de riesgo en cardiopatía", Rev Médica del IMSS, vol 27:399 (1989)
- Higgins G I, "Insuficiencia suprarrenal aguda" de Thomas Clarke Kravis, Urgencias Médicas, edit salvat, 1984
- Hondrum, "Hypertensive episode", General Dentistry, Marzo/Abril de 1985
- Kloberdanz B, "Anaphylactic shock after penicillin", JADA, vol. 112 (1986)
- Kravis T C, "Obstrucción por cuerpos extraños" de Thomas C Kravis, Urgencias Médicas, edit. Salvat, 1984
- Laskin, "Complications of local anaesthesia", International Dental Journal, vol.34:236 (1984)
- Latapi L, "Prácticas y enfermedades del corazón", Rev P O, vol. 18:45
- Latapi L, "Prácticas Odontológicas e hipertensión arterial", Rev P O, vol 8:61
- Lester E J, "Infarto agudo al miocardio", de Thomas C Kravis, Urgencias Médicas, edit. Salvat, 1984
- Levey G G, "Trastornos tiroideos", en Urgencias Médicas, de Thomas C Kravis, edit. salvat, 1984
- Little J W et al, "Therapeutic Considerations in Special Patients", Dental Clinics of North América, vol 28 (1984)

Lopez G et al, "Tratamiento de las crisis convulsivas", Rev Med IMSS, vol 24:133 (1986)

Melamed S F, "Urgencias Médicas en el Consultorio Dental", Edit. Científica SA de CV, 2da edición, 1986

Matsuura H, "Systemic complications and their management during dental treatment", International Dental Journal:34 (1984)

Moore P A, "Review of medical emergencies in dentistry: diagnosis and management: parte I y 2", General Dentistry, vol 36:120 (1988)

Molina Moguel J L et al, "Enfermedades cardiovasculares: 3a parte" Rev Practicas Odontológicas: 24 (198)

Montoya C, "Seguimientos toxicológicos de medicamentos", Rev Med IMSS, vol 24:141 (1986)

Osorio Serna M et al, "Infarto al miocardio", Rev P O, vol 10:56 (1989)

Ramirez Chacona, "Asma Bronquial en niños", Rev Fac Med Mex, pag. 527, 1984

Rhodus N L, "The frequency and profile of medically compromising conditions in a dental school patients", General Dentistry, vol pag 494 (1989)

Serafin et al, "Efectos indeseables del uso de antimicrobianos" Rev Med IMSS, vol 23:491 (1985)

Stroh J E, "Urgencias relacionadas con alergia en la practica odontológica", Clin Odont de Norteamérica, vol.I (1982)

Sullivan J B, "Intoxicación y sobredosis" en Urgencias Médicas de Thomas C Kravis, edit. salvat, 1984

Terán H et al, "Tratamiento del paciente con hipertensión arterial", P O, vol. 9:55