



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Prevención de Accidentes en el Consultorio Dental

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

MARIA DEL SOCORRO
CORONEL BORBON

MEXICO, D. F.

1978

13641



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.

PREVENCION
DE ACCIDENTES
EN EL
CONSULTORIO
DENTAL

A DIOS, QUE ME DIO SER.

Con todo respeto y admiración A MIS PADRES:

SR. MARIO CORONEL SANDOVAL.

Y

SRA. MA. DEL SOCORRO BORBON DE CORONÉL.

Que supieron inducirme por el sendero del bien.

Con amor, para el gran compañero de mi vida:

SR. ARTURO THOMASSINY MARTINEZ.

Con todo mi corazón y muy especial mente dedico

esta "Tesis" en memoria de MI HIJO:

"ARTURITO" (q.e .p.d.)

y a MIS HIJITAS:

VERONICA THOMASSINY CORONEL

Y

KARINA THOMASSINY CORONEL.

Con gran afecto y agradecimiento al

SR. DR. ALBERTO ABEL GONZALEZ ORTIZ.

Que siempre me alentó con sus consejos y ayuda
para llevar a cabo este trabajo.

Con todo cariño a MIS HERMANOS, TIOS, PRIMOS
y ABUELOS.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
Y MI INOLVIDABLE FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

A MIS MAESTROS, que me hicieron partícipe de sus
conocimientos.

A LOS MIEMBROS DEL JURADO.

- I -

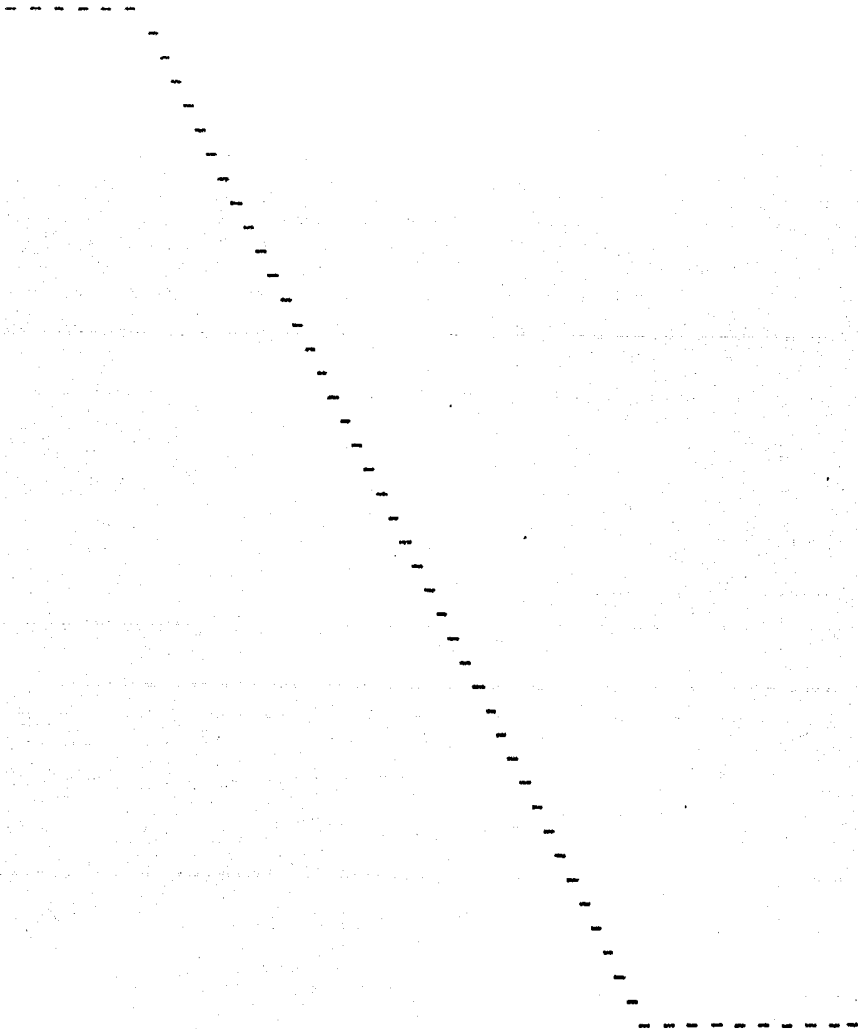
I N D I C E

Introducción.-	
Historia de la Odontología.....	1
CAPITULO I.-	
Prevenición.-	
Diagnóstico Físico.....	7
Historia Clínica.....	9
Cuestionario de Salud.....	11
Rayos "X".....	14
CAPITULO II.-	
Premedicación.-	
Propósitos de la Premedicación.....	16
Selección del Medicamento.....	17
Métodos de Administración.....	20
Reacciones Tóxicas.....	22
Dosis Adecuadas.....	22
CAPITULO III.-	
Accidentes causados por la Anestesia Local.-	
Anestesia.....	23
Tipos de Anestesia.....	23
Anestésico Local Ideal.....	24
Vasococonstructores.....	25
Hipersensibilidad.....	26
Accidentes de la Anestesia Local.....	27
Complicaciones de la Anestesia Infiltrativa.....	27
Shock.....	33
Medidas de Emergencia para el Tratamiento del Shock.....	36
Trastornos Cardiovasculares.....	37
CAPITULO IV.-	
Accidentes de la Extracción Dentaria.-	
Fracturas del Diente.....	44
Fracturas y Extracción de los Dientes Vecinos.....	44
Fractura del Instrumental empleado en Exodoncia.....	45
Fractura del Maxilar.....	45

Lesión del Seno del Maxilar.....	46
Penetración en el Seno del Maxilar.....	47
Luxación del Maxilar Inferior.....	48
Lesión de las partes blandas vecinas.....	48
Lesión de los Troncos Nerviosos.....	49
Infección.....	49
CAPITULO V.-	
Complicaciones Postoperatorias.-	
Hemorragia.....	52
Hematoma.....	53
Infección.....	54
Dolor.....	55
Alveolitis.....	57
Alvéolo Seco.....	57
Tratamiento.....	59
CAPITULO VI.-	
Accidentes Causados por el Uso de Fármacos.-	
Analgésicos.....	60
Clasificación.....	60
Barbitúricos.....	61
Clasificación.....	61
Antibióticos.....	62
Mecanismo de Acción.....	63
Propiedades Deseables de un Antibiótico.....	63
Reacciones Tóxicas.....	64
Alergia.....	65
Alergia a los Analgésicos.....	66
Alergia a los Barbitúricos.....	66
Alergia a los Antibióticos.....	67
Penicilina.....	67
Preparados, Dosis y Precauciones.....	68
Eritromicina.....	69
Preparados, Dosis y Precauciones.....	69
Tetraciclina.....	69
Preparados, Dosis y Precauciones.....	70
Estreptomina.....	71

- III -

Preparados, Dosis y Precauciones.....	71
Cloromicetina.....	72
Preparados, Dosis y Precauciones.....	73
Uso Imprudente de los Antibióticos.....	74
Conclusiones.....	75
Bibliografía.....	77



INTRODUCCION

El objetivo de esta tesis, es dar a conocer la importancia que tiene la Prevención en el Consultorio Dental, ya que ésto es lo más importante para evitar los accidentes que se presentan en el Consultorio.

La Odontología y la Medicina tienen una estrecha relación, ya que ambas ciencias tienen el mismo fin, que es la salud del paciente. - El Cirujano Dentista debe tener un conocimiento completo de: Medicina - Interna, Farmacología, Toxicología y Fisiología Humana, todo esto aunado a la Historia Clínica adecuada, puede prevenir complicaciones que va rían desde una lesión leve hasta una grave.

La Odontología se encarga de tratar al paciente hasta que llegue a alcanzar no sólo un correcto estado de salud en las partes que — forman la cavidad oral, sino el funcionamiento de las mismas, ya que de esto depende en gran parte la salud general.

El Cirujano Dentista debe utilizar toda su habilidad para rees tablecer la salud del paciente, así como diagnosticar, tratar la enfermedad y mitigar los temores y la ansiedad del paciente.

Las emergencias como las urgencias, son situaciones imprevistas que exigen una atención inmediata, por lo cual, el Odontólogo debe tener el conocimiento básico de los antecedentes del paciente.

La prevención de una emergencia grave es el servicio más importante que el Odontólogo puede prestar a su paciente, y un tratamiento in mediato, descansa exclusivamente en las manos del Cirujano Dentista ca paz y bien informado.

HISTORIA

Se remonta al año 3,000 A.C., todas las investigaciones que se han hecho, se deben a los descubrimientos arqueológicos, la Arqueología ha tenido gran importancia como precursor en la Medicina.

Se han encontrado jeroglíficos, papiros, bajo-relieves, donde se observa que ya se practicaba la Odontología.

Por ejemplo, en la ciudad de Saqqara, cerca de Memphis, se encontró un bajo-relieve que data del año 3,000 A.C., en el cual se halla la figura de un Dentista, atendiendo una lesión mandibular y es considerado el más antiguo.

También fué encontrada una inscripción cuneiforme en Babilonia, que data del año 2,000 A.C., y se conserva en el British Museum, el cual nos muestra un ejercicio practicado por un Odontólogo, para eliminar los gusanos productores de la infección del diente. Teoría del gusano que se mantuvo en vigencia al Siglo XVIII, hasta que los adelantos científicos eliminaron dichas creencias.

En Tarquinia, Italia, se encontró un puente fijo de oro, que data del año 400 A.C.

En Asia, lo más importante que se encontró es el llamado Papyrus Quirúrgico de Edwin Smith, que se conserva en la Academia de Medicina de Nueva York, que data del año 1,400 - 1,700 A.C., es un resumen completo de lo que se practicaba en la época y consta de 22 casos de pacientes lesionados de la cabeza, incluyendo dislocaciones, fracturas mandibulares, drenaje de abscesos y también el diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

En Ecuador, México y Perú, la extracción Maya se representa — con la figura de un Odontólogo haciendo una extracción.

La historia de la Cirugía Oral se remonta desde 3,000 años A. C., y como especialidad definida empieza a reconocerse en el Renacimiento, pero adquirió capital importancia la Cirugía Oral y Maxilofacial — después de la Primera Guerra Mundial.

Los griegos tuvieron una influencia gravitacional en las ciencias médicas, tan es así, que la mayoría de la terminología es de origen griego, éstos dominaron la Medicina desde el Siglo V, A.C. hasta la Segunda y Tercera Centuria; y los principios de Galeno fueron vigentes — hasta el Siglo XV. Hipócrates (460 A.C.), es el Padre de la Medicina, — él habla de cierto tratamiento odontológico de las piezas dentarias, — las móviles y muy destruidas debían extraerse, las que no, se conservaban y disecaban por medio de la cauterización.

También entre los trabajos que se le atribuyen a Hipócrates es el de la técnica que usaba para reducir las fracturas del maxilar inferior, en el cual se ligaban los dientes de cada lado de la fractura con un cordel de lino o con un hilo de oro; incluso relataba que los dientes perdidos podían reemplazarse y mantenerse en su sitio mediante ligaduras similares. Después de haber situado los fragmentos en su posición, ligaba los dientes más cercanos a la fractura, y si éstos los hubiese perdido el paciente, se ligaban con los dientes más cercanos. Luego aplicaba en la parte externa de la lesión, una compresa delgada empapada de vino y aceite, con incienso pulverizado, la cual se fijaba por medio de un — vendaje; el paciente debía ayunar dos días y posteriormente se le alimentaba con líquidos.

Posteriormente Galeno hizo una gran contribución, le dió a la Medicina un cariz científico experimental (160 A.C.), él fué el primero que descubrió los incisivos y caninos, también diferenció el dolor irradiado de una pulpitis y el dolor localizado de una periodontitis.

Los médicos del Oriente, también contribuyeron grandemente, como Avicena Abulcassis, fué la época de la cauterización; los musulmanes por cuestiones religiosas no permiten el derramamiento de sangre; como no se podía hacer Cirugía, canalizó sus investigaciones hacia la Farmacología con grandes descubrimientos.

A la caída de Roma, vino la Edad Media, se produjo un estancamiento de todas las ciencias, las cuales volvieron a surgir en el Siglo XII, porque empezaron las traducciones; se fundaron las Universidades, por ejemplo: la Universidad de Palermo en Italia, donde se organizó la primera Escuela de Medicina llamada: "Civitas Hipocráticas"; Universidad de Babilonia, Siglo XII, donde se hizo por primera vez una disección pública con motivos didácticos y científicos, estas ideas pre-renacentistas, pasaron a Inglaterra, gracias a los estudios de Lili y Linacre, traductores que pasaron a su país la cultura Europea.

Guy de Chauliac, fué de Francia a Bolonia y escribió un tratado; Chirurgia Magna, fué el primer Odontólogo.

Llegamos así al Renacimiento, que es un despertar de todas las ciencias, es la época de los Anatomistas y de los Artistas. Por ejemplo: Miguel Angel y Leonardo Devinci, que estudiaban la Anatomía para poder luego representarla en sus obras.

Y entre los anatomistas clínicos tenemos a:

VESALIO:- Describió el diente y su cámara pulpar y echó por tierra el concepto Aristotélico que decía que las mujeres tenían menos diente

tes que los hombres. Siglo XVI, en esta época se hacían implantes, se hervía el diente y lo colocaban amarrándolo con un hilo de oro.

PALOPPIO:- Fué el primero que diferenció el paladar duro del blando e hizo una descripción detallada del V, VII y IX pares craneales (Trigésimo facial glossofaríngeo).

EUSTAQUIO:- Escribió un libro que le denominó "Ibellus et Dentibus", considerado como el primer Tratado de Anatomía Dental de la historia.

Llegamos al Siglo XVII, que ya fué el precursor de la Odontología Moderna, tenemos en Francia a Pierre Fauchard, que escribió el libro titulado "El Cirujano Dentista" ("Le Chirurgien Dentiste"), que es el tratado más completo que se conoce en la época, habla de implantes, ortodencia y obturaciones de cavidades, Etc..

En la época pre-renacentista, Celso Cornelio, hablaba de las ulceraciones en la boca, de su curación y tratamiento, así como de ciertos tumores émulis o granulomas reparativos periféricos.

En el Siglo XVII, Fauchard que es el Padre de la Odontología Moderna, también está John Hunter, que empezó a llamar cúspides a los premolares y cúspides a los caninos.

Sir John Tomes, Primer Histólogo Bucal, hizo un estudio detallado del esmalte y descubrió las fibras de Tomes (prolongaciones citoplasmáticas de los odontoblastos).

En el Siglo XIX, tenemos el aporte más grande de la Odontología a la Medicina, con la anestesia general con óxido nitroso; el verdadero descubridor es el Dr. William T. Green y su amigo Horace Wells - el que hizo la demostración (médico).

J. Lister:- Habló de la asepsia basándose en los estudios de -

Pasteur.

La bata quirúrgica fué introducida en 1860 y los guantes en --
1890.

En América, hasta mediados del Siglo XIX, la Odontología estaba en manos de empíricos autodidácticos. (Barberos).--

La primera Escuela de Odontología que se conoce se fundó en --
1840: "Baltimore College Of Dental Surgery".

En 1884, Köller reconoce el valor práctico de la cocaína y la utilizan como anestésico local en oftalmología, este hecho marca la iniciación de los anestésicos locales.

Pasan los años y se descubre el primer anestésico local sintético. Este descubrimiento fué hecho por Einhorn, quien sintetizó el éster procaína, que más tarde le dió el nombre comercial novocaína.

La Lidocaína (Xylocaína) en 1943, Löfgren y Lundquist, sintetizaron la Xylocaína que es de tipo amida. Este compuesto tenía calidades apreciablemente superiores a los de la procaína, con lo cual se logró desplazar a la droga más antigua que presentaba el inconveniente de crear hábito (cocaína), es el medicamento de elección para el Odontólogo y el Cirujano.

Mepivacaína (carbocaína).-- Fué descubierto por Ekenstan en --
1957 y su período de latencia y duración es semejante a la Lidocaína.

Prilocaina (Citanest) es un anestésico químicamente relacionado con la lidocaína y fué descubierto por Löfgren y Tegner en 1960.

Tenemos a James Garretson, que escribió System Of Dental Surgery y es considerado como Padre de la Cirugía Oral.

Simon Hüllihen.-- Conocido como Padre de la Cirugía Maxilo-Facial, realizó operaciones de prognatismo.

En nuestra época, la Odontología es reconocida como una especialidad plenamente aceptada.

La Cirugía Maxilo-Facial, es una especialidad muy nueva ultra temporánea, pero altamente reconocida, después de la Segunda Guerra Mundial.

CAPITULO I

P R E V E N C I O N

La prevención, es lo más importante para el tratamiento de los accidentes que se presentan durante la atención odontológica.

El profesionalista no debe omitir el hacer una Historia Clínica, que puede revelar algún padecimiento cardíaco, respiratorio y antecedentes de estados alérgicos o anafilácticos, asimismo conocer el estado psíquico del paciente para calmar su inquietud, tanto psicológicamente como por medio de una medicación preoperatoria sedante.

El uso de Rayos "X" es auxiliar para cualquier tratamiento dental y nos ayuda a conocer mejor el campo de acción, en el que estamos trabajando.

Los métodos que nos llevan a un diagnóstico físico son:

1.- LA INSPECCION.- Que es la exploración realizada por medio del órgano de la vista, éste puede ser realizado de dos maneras:

a).- Se efectúa al observar en general al paciente, sobre ningún punto en particular y se realiza desde el primer contacto que tenemos con el paciente, por medio del examen interrogatorio, se realiza cada ocasión que éste sea atendido.

b).- Anamnesia o interrogatorio.- Método de exploración realizado por medio de la palabra, la cual se realiza de dos maneras:

Directa.- Se efectúa directamente entre el operador y el paciente.

Indirecta.- Se realiza con una persona cercana al enfermo, por

ejemplo: los niños o personas de avanzada edad.

Al hacer la Historia Clínica, después de haber anotado los datos personales del paciente se procede a registrar el motivo principal de la consulta, lo cual requiere inquirir sobre la naturaleza y duración de los síntomas que lo llevaron a visitar al profesional; a ésto se preguntará:

- a).-- Fecha de iniciación (de la enfermedad).--
- b).-- Forma de iniciación.--
- c).-- Intensidad.--
- d).-- Localización.--
- e).-- Evolución.--
- f).-- A qué se atribuye el padecimiento.--
- g).-- Terapéutica que se haya empleado (Medicamentos que se han tomado.--

Entre los antecedentes que deben figurar son las enfermedades de la infancia: traumatismo, intervenciones quirúrgicas, transfusiones de sangre, enfermedades familiares, medicamentos que se están tomando en la actualidad y los hábitos en cuanto al alcohol y el tabaco.

2.- PALPACION.- Se efectúa por medio del tacto, el cual puede ser directo o indirecto.

Directo.- Es cuando las yemas de los dedos tocan directamente las superficies, motivo de exploración, que debe ser el lado sano y el enfermo, que será; aumento de volumen, movimientos anormales, superficie áspera o lisa, temperatura y consistencia.

Indirecto.- Que se hará con la mano contraria, se hará una percusión indirecta (una mano extendida sobre la zona afectada y con la otra se dará un golpecito), o con algún instrumento a dígito digital.

3.- AUSCULTACION.- Es escuchar los sonidos que ocurren dentro del cuerpo.

4.- OLFACTION.- Los olores de una enfermedad pueden ser característicos.

D I A G N O S T I C O

El diagnóstico es el arte de reconocer y dar nombre a la enfermedad o a cualquier alteración que pueda constituir una desviación de la normalidad.

Es la conclusión a que se llega después de examinar, valorar o interpretar los datos positivos y negativos colectados mediante los procesos científicos de exploración para llegar al conocimiento de un estado.

HISTORIA CLINICA

Historia Clínica es la redacción completa del caso clínico observado, se principia por la enfermedad actual y se termina por los antecedentes.

Es conveniente realizar una historia clínica, al paciente, para elegir el tratamiento más adecuado por medio del conocimiento del enfermo.

Al llevar al cabo el interrogatorio se le dará una interpretación y se establecerá el diagnóstico que servirá para saber el estado de salud o enfermedad del paciente, desde el momento de nacer hasta el momento de elaborar la historia clínica.

Esta nos ayuda a prevenir o tomar medidas convenientes para cada caso en particular.

Se harán preguntas por aparatos y sistemas y de la manera más sencilla para que el paciente conteste preguntas concretas.

Gracias a la historia clínica, podemos diagnosticar las enfermedades metabólicas como son:

- a).- Diabetes.-
- b).- Enfermedades hemolíticas (leucemia, anemia, hemofilia).
- c).- Padecimientos cardiovasculares.-
- d).- Estado general del paciente como: embarazo, obesidad y vejez, ya que estos pacientes tienen menor resistencia a las infecciones y un aumento en la recuperación de los tejidos.

De acuerdo a esto, se le puede dar un tratamiento adecuado, según lo amerite el caso.

A continuación, daremos una forma de "Cuestionario de Salud".

CUESTIONARIO DE SALUD

Fecha _____

Apellido y nombres _____ Domicilio _____
Calle y número _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono privado y Comercial _____

Edad _____ Sexo _____ Talla _____ Peso _____ Ocupación _____

Estado civil _____ Nombre del cónyuge _____

Pariente más cercano _____ Teléfono _____

Si usted llena este formulario para otra persona, ¿Qué parentesco tiene con ella? _____

En las siguientes preguntas, rodee con un círculo SI ó NO, según corresponda. Sus respuestas son sólo para nuestros registros y se considerarán confidenciales.

1.- ¿Ha habido algún cambio en su estado de salud en el último año?..... SI NO

2.- Mi último examen médico se hizo el _____

3.- ¿Se halla bajo atención médica en la actualidad?.. SI NO
a).- En ese caso, ¿De qué enfermedad se está tratando? _____

4.- El nombre y domicilio de mi médico es: _____

5.- ¿Ha tenido alguna vez una enfermedad u operación grave?..... SI NO
a).- En ese caso, ¿En qué consistió la enfermedad u operación? _____

6.- ¿Alguna vez fue hospitalizado o padeció alguna enfermedad grave en los cinco últimos años?..... SI NO
a).- En ese caso, ¿En qué consistió el problema? _____

7.- ¿Padeció alguna vez algunas de las siguientes enfermedades o trastornos:
a).- Fiebre reumática o reumatismo cardíaco..... SI NO
b).- Lesiones cardíacas congénitas..... SI NO
c).- Enfermedad cardiovascular (trastorno cardíaco, ataque cardíaco, insuficiencia coronaria, ---

oclusión coronaria, alta presión sanguínea, arteriosclerosis, ataque).....		SI	NO
1).-¿Siente dolor en el pecho al hacer ejercicio?.....		SI	NO
2).- ¿Alguna vez le falta el aire al hacer un ejercicio leve?.....		SI	NO
3).- ¿Se le hinchan los tobillos?.....		SI	NO
4).- ¿Le falta el aire cuando se acuesta o necesita varias almohadas para dormir?.		SI	NO
d).- Alergia.....		SI	NO
e).- Sinusitis.....		SI	NO
f).- Asma o fiebre del heno.....		SI	NO
g).- Urticaria o erupciones cutáneas,.....		SI	NO
h).- Desmayos pasajeros o prolongados.....		SI	NO
i).- Diabetes.....		SI	NO
1).-¿Tiene que orinar más de seis veces al día?.....		SI	NO
2).-¿Siente sed casi siempre?.....		SI	NO
3).-¿Siente la boca seca con frecuencia?...		SI	NO
j).- Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática?.		SI	NO
k).- Artritis.....		SI	NO
l).- Reumatismo inflamatorio (articulaciones dolorosas e hinchadas).....		SI	NO
m).- Úlcera de estómago.....		SI	NO
n).- Trastornos renales.....		SI	NO
o).- Tuberculosis.....		SI	NO
p).- ¿Tiene tos persistente o expectora sangre?..		SI	NO
q).- Baja presión sanguínea.....		SI	NO
r).- Enfermedades venéreas.....		SI	NO
s).- Otras.....			
8.- ¿Alguna vez tuvo una hemorragia anormal por extracciones, operaciones o traumatismos?.....		SI	NO
a).-¿Se le forman moretones con facilidad?.....		SI	NO
b).-¿Alguna vez necesitó transfusiones de sangre? En ese caso, explique las circunstancias.....		SI	NO
9.- ¿Ha sufrido algún trastorno de la sangre, como anemia?.....		SI	NO
10.-¿Fue operado o estuvo en tratamiento con rayos X por un tumor o alguna otra enfermedad de la boca o los labios?°,.....		SI	NO
11.-¿Toma alguna droga o medicamento?..... En ese caso, ¿Cuál?.....		SI	NO
12.-¿Está tomando cualquiera de los siguientes medicamentos?			
a).- Antibióticos o sulfamidas.....		SI	NO
b).- Anticoagulantes (fluidificantes de la sangre).....		SI	NO
c).- Medicamentos para la presión sanguínea elevada.....		SI	NO
d).- Cortisona (corticosteroides).....		SI	NO
e).- Tranquilizantes.....		SI	NO

f).- Antihistamínicos.....	SI	NO
g).- Aspirina.....	SI	NO
h).- Insulina, tolbutamida (Orinase) o drogas — similares.....	SI	NO
i).- Digital o drogas para los trastornos cardíacos.....	SI	NO
j).- Nitroglicerina.....	SI	NO
k).- Otras _____		

13.- ¿Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción — adversa a lo siguiente?

a).- Anestésicos locales.....	SI	NO
b).- Penicilina u otros antibióticos.....	SI	NO
c).- Sulfamidas.....	SI	NO
d).- Barbitúricos, sedantes o píldoras para dormir.....	SI	NO
e).- Aspirina.....	SI	NO
f).- Yodo.....	SI	NO
g).- Otros _____		

14.- ¿Alguna vez tuvo algún problema grave en relación con un tratamiento dental anterior?.....

En ese caso, descríbalos _____

15.- ¿Padece usted alguna enfermedad, estado o problema que no figura arriba y que usted cree que yo debería conocer?.....

SI NO

En ese caso, rogamos explicar _____

16.- ¿Trabaja usted en algún lugar que lo expone con regularidad a rayos "X" o a alguna otra radiación ionizante?.....

SI NO

17.- ¿Usa lentes de contacto?.....

SI NO

PARA MUJERES

18.- ¿Está embarazada?.....

SI NO

19.- ¿Tiene problemas en relación con su período menstrual?.....

SI NO

Observaciones:

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ODONTOLOGO

R A Y O S " X "

Las radiografías son esenciales para emitir un diagnóstico co-
rrecto.

El empleo radiológico es un medio para salvaguardar la salud. La cantidad de radiografías para llegar a un buen diagnóstico, debe con-
siderarse como segura, siempre que el odontólogo haya hecho lo posible para reducir al mínimo la exposición a los Rayos "X", tomando las radio-
grafías indispensables.

Los abusos pueden provocar alteraciones múltiples en los tejidos incluyendo modificaciones genéticas y perturbaciones fatales.

Se considera que el examen radiográfico de las mujeres embarazadas, debe limitarse en el primer trimestre, a los dientes afectados y que hay que postergar el examen completo hasta la duodécima semana o más. Puede haber problemas de aborto durante los tres primeros meses.

Los Rayos "X" son auxiliares para cualquier tratamiento en las distintas especialidades de la Odontología, como ejemplo:

Exodoncia.- Nos ayuda a conocer tamaño de la raíz, forma y número de éstas, anormalidades patológicas.

Endodoncia.- La radiología nos ayuda a saber qué clase de lesión tenemos en cada pieza para ir controlando el tratamiento de la raíz.

Ortodoncia.- Saber el tamaño de la raíz, para ver cuál diente ya hizo erupción o no ha hecho.

Parodoncia.- Para saber el estado del hueso alveolar, ligamentos y encía.

Operatoria Dental.- Para saber los límites que abarca la caries, y encontrar caries que no se ven clínicamente.

Prótesis.- Para saber si existen residuos pulpaes, lesiones, fragmentos radiculares, asimismo si las piezas que van a servir de soporte en una prótesis están en buenas condiciones.

C A P I T U L O I I

PREMEDICACION

La premedicación es imprescindible para todos los casos de la cirugía bucal, grave o prolongado como las extracciones múltiples y difíciles, o la eliminación dientes incluidos.

El paciente debe prepararse psicológicamente, hablarle con suavidad y explicarle paso a paso lo que va a sentir, asimismo suplicarle su colaboración para ganarse así su confianza.

Se debe tener especial cuidado en pacientes muy excitables y neuróticos, así como en niños que no tienen aún uso de razón, en estos casos deberá administrarse una medicación preanestésica adecuada, o bien atenderla bajo anestesia general en un medio hospitalario y con la colaboración del anestesiólogo de acuerdo con el criterio de un buen médico y la magnitud de la operación.

Un paciente excitable puede llegar a tener un shock neurogénico en el momento de aplicar el anestésico y confundir la sintomatología con los efectos indeseables de las drogas anestésicas.

Los propósitos de la premedicación son:

- 1.- Mitigar la aprensión, ansiedad o miedo.
- 2.- Elevar el umbral del dolor.
- 3.- Controlar la secreción de las glándulas salivales y mucosas.
- 4.- Controlar las arcadas.

5.- Contrarrestar los efectos tóxicos de los anestésicos locales.

6.- Controlar los trastornos motores (en caso de parálisis cerebral).-

7.- Disminuir la tensión, en pacientes que se resisten con energía a los movimientos pasivos.

Nuestro principal interés es seleccionar aquellos pacientes -- que obtendrán más beneficios con alguna forma de terapéutica antes de la visita. Aunque cualquier paciente experimenta cierto grado de aprensión antes o durante el tratamiento, no todos son candidatos a la psicosedación.

En general, el proceso de selección se centrará en los individuos incapaces de controlar la intensidad de sus reacciones ante un estímulo psíquico adverso. Ejemplo: de éste serían el adulto y el niño hipersensible, el adulto y el niño mentalmente deficientes, y los ancianos debilitados y afectados de dolencias crónicas.

Para hacer una buena premedicación se deberá usar barbitúricos, como el nembutal, que es de acción rápida, media hora antes de administrar el anestésico para que el paciente esté calmado, sin miedo y colabora con el cirujano dentista, esta droga permite obtener una sedación efectiva en odontología, ya que el tratamiento produce una sedación psíquica de modo que el paciente se mantiene tranquilo, sin ansiedad a la hora del tratamiento dental.

SELECCION DE MEDICAMENTOS PARA LA PREMEDICACION.

El profesional debe conocer perfectamente los requisitos básicos de la farmacología de dichos medicamentos, y además conocer acerca-

de la anatomía y fisiología básicas del sistema nervioso central.

Los elementos de la premedicación actúan sobre:

Corteza Cerebral.- Ya que es el centro de la conciencia, percepción y evaluación de los impulsos aferentes.

Tálamo.- Subestación receptora de mensajes aferentes.

Bulbo Raquídeo.- Tiene núcleos que mandan a las funciones vitales inconscientes, tales como la respiración y la circulación sanguínea.

La droga ideal que ha de administrarse, será aquel medicamento que sólo actúe sobre algunos sitios del sistema nervioso central, sin afectar, por supuesto, al bulbo raquídeo, y que actúa desapareciendo sin provocar efectos residuales, este tipo de medicamento no se ha encontrado hasta la fecha.

Un barbitúrico de acción corta, como el pentobarbital sódico - en pequeñas dosis, se acerca más al sedante ideal; el pentobarbital es un deprimiente cortical que actúa como sedante en dosis pequeñas y como hipnótico a dosis mayores. Se absorbe rápidamente a nivel del tubo intestinal y es excretado casi exclusivamente por el riñón. La droga disminuye la sensibilidad gástrica, de modo que inhibe los reflejos del vómito y náuseas, asimismo reduce al mínimo los inconvenientes postoperatorios.

La Meperidina (demerol) se caracteriza por combinar las propiedades de la morfina y codeína. Su potencia analgésica es intermedia entre ambas; la meperidina es superior a la codeína, pero al igual que ésta, las dosis muy elevadas no proporcionan un aumento significativo en el umbral del dolor. La meperidina deprime la respiración, aunque menos que la morfina.

Las reacciones desfavorables producidas por las dosis comunes

de meperidina son: vértigos, náuseas, vómitos y confusión.

El diazepam es un derivado de benzodiazepina, químicamente análogo al clordiazepóxido (librium). Ambos actúan como ansiolíticos (tranquilizantes menores) y se emplean para controlar la mayoría de los trastornos emocionales.

El diazepam se presta mejor como psicosedante, porque es un --relajante muscular. Esta es una acción sobre el sistema nervioso central que reduce bien el espasmo o la tensión muscular, potenciando así la acción sedante del diazepam.

Es perfectamente inocuo si se emplea sólo y en las dosis recomendables.

A continuación presentaremos una tabla que contiene la acción farmacológica de los cinco psicosedantes de mayor uso en la práctica --odontológica.

D R O G A	SEDACION	ANALGESIA	REACCIONES DESFAVORABLES
Narcóticos:			
Meperidina (demerol)	Regular	Buena	Náuseas, vómito, - depresión respira- toria, Etc.
Hipnóticos:			
Pentobarbital (nembutal)	Buena	No	Depresión respira- toria, somnolencia.
Tranquilizantes Menores:			
Diazepam (valium)	Buena	No	Somnolencia.
Clordiazepóxido (librium)	Regular	No	Somnolencia.
Hidroxizina (atarax)	Deficiente	No	Inyección dolorosa.

Las acciones más salientes de cada droga reflejan las respuestas fisiológicas que se observan en el individuo normal. Estas respuestas, particularmente las desfavorables, pueden ser más acentuadas en paciente visiblemente debilitados.

En términos de seguridad, los narcóticos serían los menos convenientes. Las náuseas y los vómitos son muy penosos y anulan los efectos beneficiosos de la terapéutica previa.

De los tranquilizantes menores que se emplean con mayor frecuencia en psicosedación, el diazepam parece ser el más eficaz y de acción más constante.

Los estudios comparativos efectuados con la meperidina y el diazepam, empleando 100 Mgs. de meperidina y 10 Mgs. de diazepam en un ensayo controlado, indicaron que el diazepam controla mejor la ansiedad del preoperatorio y que los pacientes lo prefieren.

Además se reduce la incidencia de náuseas antes y después del acto quirúrgico, de modo que el paciente se siente más cómodo.

MÉTODOS DE ADMINISTRACIÓN.

Vía Oral.-

Se puede considerar el método más simple y a la vez seguro, - aunque posee la desventaja de que los efectos no sean óptimos en latencia y grado, ya que dependen directamente del aparato digestivo.

Los tranquilizantes asociados con los barbitúricos o narcóticos pueden ocasionar inesperada depresión de los centros respiratorios y también una caída de la presión arterial. En la mayoría de los casos cuando se desea sedación se puede administrar un barbitúrico como el pentobarbital o el secobarbital, 15 a 20 minutos antes de la intervención. La dosis se determina tomando en cuenta la edad del paciente, el

peso corporal y principalmente su temperamento. Si no se conociera lo --
dicho anteriormente se utilizará únicamente la mitad de la dosis. En --
algunos casos se puede repetir la dosis 30 minutos después, tomando en
cuenta que la administración de medicamentos depresores no ha llegado--
nunca al grado de provocar una sedación profunda, porque caería en a--
nestesia profunda con todos sus riesgos.

Vía Intramuscular.:

Es más segura que la vía oral. La latencia es generalmente --
estándar, pero la reacción individual es imprevisible.

Vía Intravenosa.--

Aunque se le puede considerar la vía más peligrosa se le em--
plea con los cuidados requeridos, es la más segura de todas las vías --
de administración.

Procedimiento.-- Primero se administra el barbitúrico, se in--
yectan unas cuantas gotas, y se observa si hay reacción de hipersensi--
bilidad.

Se prosigue la inyección al ritmo de 10 Mgs. cada 30 segundos,
sosteniendo conversación con el paciente, para que se pueda vigilar --
con atención la tensión del brazo, verificando el pulso y la presión --
arterial.

La inyección se interrumpe cuando el paciente parece cómodo --
y relajado. Si este estado parece insuficiente para asegurar la abso--
luta comodidad del enfermo durante los procedimientos quirúrgicos, no--
se administrará medicamento adicional, ya que proporcionaría una seda--
ción más profunda y sueño, seguidos de fenómenos depresivos.

REACCIONES TOXICAS.-

Por lo regular este tipo de tratamientos no presentan efectos secundarios graves. Afortunadamente, los efectos depresivos afectan al sistema respiratorio antes de volverse peligrosos para el centro cardiovascular; estos efectos los podemos tratar con la administración de oxígeno.

DOSIS INDICADAS.-

Secobarbital Sódico (seconal sódico) 100 Mgs. Una cápsula a veces dos, 30 minutos antes de la intervención.

Pentobarbital (luminal) uno o dos comprimidos de 100 mgs. de una a dos horas antes de la intervención. En dosis bajas, estos fármacos, constituyen una medicación preoperatoria potente para los niños.

Pentobarbital (nombutal) una cápsula de 0.10 g. media hora antes de la intervención.

Diazepam (valium) un comprimido de 10 Mgs. 30 minutos antes de la consulta.

Para los niños tenemos las siguientes dosis:

Pentobarbital o Secobarbital:

1 a 3 años	$\frac{3}{8}$ a $1\frac{1}{2}$ Gr. (24 a 32 Mgs.)
3 a 8 años	$\frac{3}{4}$ a 1 Gr. (50 a 65 Mgs.)
8 a 12 años	$\frac{3}{4}$ a $1\frac{1}{2}$ Gr. (50 a 100 Mgs.)

También podemos usar la regla de Dilling, la cual consiste en dividir la edad del niño entre 20 para obtener la fracción correspondiente de la dosis del adulto.

Y por último debemos de hacer notar la importancia que tiene para la práctica odontológica la premedicación, ya que ésta nos brinda seguridad en nuestras maniobras dentales, y hace que el paciente sea más manejable y lo mantiene calmado y relajado.

C A P I T U L O I I I

ACCIDENTES CAUSADOS POR LA ANESTESIA

Una de las más grandes conquistas de la humanidad es la supresión del dolor, merced al empleo de la anestesia.

ANESTESIA.-

Es el método que permite la pérdida total de la sensibilidad.

TIPOS DE ANESTESIA.-

En Cirugía Bucal, existen varios tipos de anestesia que son: - Local, Regional y General.-

Anestesia Local.- Supresión por medios terapéuticos de la sensibilidad de una zona de la cavidad bucal, manteniéndose intacta la conciencia del paciente. Por medio de la inyección de sustancias químicas las cuales, poniéndose en contacto con las terminaciones nerviosas periféricas, anula la transmisión del dolor a los centros superiores.

Anestesia Regional o Troncular.- Es la que se realiza llevando la solución anestésica en contacto con un tronco o rama nerviosa importante. En nuestra práctica quirúrgica son varios estos troncos o ramas nerviosas, cuya anestesia priva de sensibilidad una zona o región extensa de la cavidad bucal y maxilares, éstas son: Nervio Dentario Inferior, Nervios Dentarios Posteriores, Nervios Dentarios Anteriores, Nervio Nasopalatino, Nervios Palatinos, Nervio Bucal, Nervio Lingual, Nervios -- Incisivos Inferiores.

Anestesia General.- Es la ausencia de la sensibilidad del dolor con pérdida de la conciencia.

Esta se puede obtener por medio de la inhalación, y por inyección.

Los anestésicos por inhalación son: Óxido Nitroso, Cloroformo, Tricloro Etileno, Metoxifluorano, Halotano.

Los anestésicos por vía endovenosa son: Pentotal, Kemital, Tranpanal.

ANESTÉSICO LOCAL IDEAL.--

1.- La droga debe ejercer acciones selectivas sobre las terminaciones nerviosas y los nervios sensitivos, y debe bloquear la conducción a concentraciones que no lesionan los tejidos adyacentes.

2.- Dichas estructuras nerviosas deben inhibirse sin excitación previa, es decir, que la droga no ha de ser irritante.

3.- La anestesia local producida debe ser de comienzo rápido.

4.- La anestesia debe ser lo suficiente duradera como para poder realizar la intervención quirúrgica, pero no debe ser permanente.

5.- El anestésico local debe ser eficaz por cualquier vía de administración, inyectado o en aplicación local sobre las mucosas.

6.- La droga debe ser soluble y las soluciones estables, no alterables por el calor para lograr una esterilización conveniente.

7.- La sustancia debe absorberse poco desde el lugar de la inyección, lo que disminuye su toxicidad y acentúa la acción anestésica local.--

8.- Debe permitir su asociación con la adrenalina, que por vasoconstricción local disminuye la absorción de la droga, con las ventajas antes dichas.

9.- No ha de tener acción tóxica sobre el sistema nervioso central, ni debe provocar dependencia.

10.- No debe dar lugar a fenómenos de hipersensibilidad alérgicas.

Hasta la fecha no se ha logrado encontrar el anestésico local ideal, pero la farmacología prosigue su estudio para alcanzar este fin.

A continuación damos los anestésicos más usados en Odontología:

1.- Procaína (Novocaína).- Su período de latencia es de 5 minutos y su duración de 40 a 60 minutos, es el anestésico más usado.

2.- Lidocaína (Xilocaína).- Su período de latencia es de 5 a 10 minutos y su duración de 60 a 90 minutos, también lo encontramos en anestesia tópica.

3.- Mepivacaína (Carbocaína).- Su período de latencia es de 5 a 10 minutos y su duración es de 3 1/2 horas, es un anestésico más fuerte que la lidocaína.

4.- Prilocaína (Citanest).- Anestésico químicamente relacionado con la lidocaína, fué descubierto en 1960.

VASOCONSTRICTORES.

En general está indicado el uso de vasoconstrictores que ayudan a lograr una anestesia más profunda y limita la velocidad de absorción, lo que disminuye su toxicidad y acentúa su acción anestésica.

La concentración de vasoconstrictores empleados en soluciones anestésicas para Odontología no están contraindicados en pacientes con enfermedades cardiovasculares, si se administran con cuidado pueden utilizarse.

Adrenalina	1/50,000 - 1/250,000
Levarterenol	1/30,000
Levonordefrin	1/20,000
Fenilefrina	1/ 2,500.

HIPERSENSIBILIDAD.

Dentro de la anestesia local se pueden encontrar diversos peligros como son la hipersensibilidad.

1.- La Hipersensibilidad frente a los preparados empleados para la anestesia local, especialmente la Novocaína y sobredosisificación de la misma.

2.- Reacción normal ante los preparados de Adrenalina, agregados a los anestésicos para izquemizar el campo operatorio, especialmente en caso de inyección en una vena, por pequeña que haya sido.

3.- Hipersensibilidad frente a la morfina, cuando por objeto de ejercer una acción sedante general y para disminuir el dolor se ha administrado la morfina.

a).- Los signos de hipersensibilidad a la novocaína, que se manifiesta especialmente cuando una parte del medicamento ha penetrado en una vena son: Súbita palidez de la cara, junto con malestar, descenso de la presión arterial y síntomas de colapso.

Tratamiento: Colocar al paciente en posición horizontal, administrar una inyección subcutánea de cafeína y en casos graves una inyección endovenosa de cardiazol o de coramina.

b).- La hipersensibilidad a la adrenalina se manifiesta también por la palidez del semblante y, además, por palpitaciones cardíacas, por una elevación paroxística de la presión arterial, por palpitaciones vasculares, piel de gallina y escalofríos, síntomas que presentan los pacientes sanos, desaparecen por lo general con rapidez sin tratamiento alguno.

c).- La Hipersensibilidad a la morfina, se manifiesta primeramente por vómito, pupilas contraídas; una inyección subcutánea de cafeína mejora estas molestias, algunos pacientes reaccionan frente a la —

morfina, de un modo paradójico con un estado de excitación sorprendente.

ACCIDENTES DE LA ANESTESIA LOCAL.

1.- Toxicidad Sistémica.- La toxicidad de una droga está en razón directa de la dosificación y la velocidad con que ésta pasa al corrente sanguíneo.

2.- Infección.

3.- Inyección en el músculo.

4.- Traumatismo.

5.- Anestesia prolongada o parestesia.

Estos accidentes son ocasionados por:

a).- Accidentes relacionados con los anestésicos (Toxicidad).

b).- Accidentes por patología existente independiente de las soluciones bloqueadoras.

c).- Accidentes por dosificación o mala indicación de los vasopresores.

a) Toxicidad de los anestésicos Locales.- La región gingivodental es ricamente vascularizada, puede haber una absorción rápida de la droga y dar manifestaciones de toxicidad sobre el sistema nervioso central.

b) El paciente puede padecer diabetes, enfermedades del corazón, hipertensión arterial, reacciones alérgicas, a determinadas drogas, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades infecciosas, contagiosas (sífilis, tuberculosis, Etc.). La historia clínica nos ayudará para determinar el bloqueador más adecuado para el paciente. .

c) El uso inadecuado de vasopresores y una sobredosificación puede traer problemas a nuestros pacientes.

COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA INFILTRATIVA (LOCAL Y TRONCULAR).-

En la realización de la anestesia local y troncular pueden ---

ocurrir una serie de accidentes y complicaciones, los cuales pueden ser: Mediatos e Inmediatos y Locales o Generales.

INMEDIATOS Y LOCALES.--

1.- Doler.-- Al realizar una inyección, la aguja puede tocar un nervio, originando un dolor de distinta índole, intensidad, localización o irradiación, el dolor puede persistir horas o días.

La punsión y descarga del líquido en las masas musculares vecinas, como puede ser el temporal, pterigoideo interno, masetero, constrictor superior de la faringe, impide la difusión necesaria para llegar hasta el nervio, es otra de las causas de los dolores y trismus postoperatorios.

2.- La inyección realizada por detrás de la rama ascendente puede llevar la solución al cuerpo de la glándula parótida, poniéndose en contacto con las ramas terminales del facial (la oérvico-facial y temporo-facial).

Se provoca con este error de técnica, parálisis temporaria, — además de que no se logran los efectos anestésicos deseados.

Los síntomas de la parálisis son:

- a).- Caída del párpado e incapacidad de oclusión ocular.
- b).- Proyección hacia arriba del globo ocular.
- c).- Caída y desviación de los labios.

Esto es un poco alarmante, del cual el paciente por lo general, no lo percibe, pero lo advierte el profesional. La parálisis dura el tiempo del anestésico.

No requiere ningún tratamiento.

3.- Otro de los accidentes que ocurre es la lipotimia, el cual, la etiología de éste es complejo, puede ser en algunas ocasiones, accidente neurogénico (siendo el miedo la causa originaria). La adrenalina,

que contiene el anestésico, es importante, ya que puede o no entrar en juego de la patología cardíaca del paciente.

Es frecuente que durante la realización de la anestesia o minutos después, el paciente presenta un cuadro clásico: palidez, taquicardia, sudores fríos, nariz afilada y respiración ansiosa, pero en pocos minutos puede recuperarse o entrar a cuadros más serios, que es poco común como el síncope, el pulso se hace más filiforme, imperceptible, respiración angustiosa o entrecortada.

El fenómeno puede ocurrir con cualquier tipo de anestesia local, pero es más común en el curso de la troncular, y es más grave cuando se inyecta en un vaso sanguíneo.

Su tratamiento se le podría llamar preventivo y el del accidente.

El preventivo se supone que a cualquier persona se le puede — originar una lipotimia o un síncope, para evitarlo:

a).- Hay que sentar cómodamente al paciente, aflojando sus — prendas para favorecer la circulación.

b).- Comprobar que la aguja no ha entrado en un vaso.

c).- Inyectar lentamente.

Como medida de precaución, inyectar 2 ó 3 gotas y esperar 3 minutos, antes de realizar la inyección completa.

El tratamiento del accidente depende el tipo que éste sea:

Tratándose de lipotimia, éste será:

a).- Posición trendelenburg o con la cabeza forzada entre las — piernas o administrando una taza de café o dar a oler unas gotitas de — amoníaco o haciéndole aspirar sales aromáticas.

En casos más graves se inyecta cafeína subcutánea, aceite al— canforado o coramina.

Hay pacientes nerviosos con antecedentes de este tipo, lo que debe hacerse es la narco-sedación basal.

4.- Cuando la punción se hace en un vaso sanguíneo se origina un derrame, la cual la intensidad es variable sobre la región inyectada.

Aún cuando esta complicación no es frecuente, porque los vasos se desplazan y no son puncionados. Pero pueden ser más frecuentes en las inyecciones a nivel de los agujeros infraorbitarios o mentonianos sobre todo si se introduce la aguja en el conducto óseo. El derrame sanguíneo o hematoma es instantáneo y tarda varios días su resolución, (como los hematomas quirúrgicos). El accidente no tiene consecuencias, a no ser - la infección del hematoma.

Su tratamiento consiste en la aplicación de una bolsa de hielo en el lugar afectado.

5.- Cuando se rompe una aguja de inyección el odontólogo Drran ge G. M. considera dos razones:

a).- Movimientos intespestivos del paciente.

b).- Contracción repentina del pterigoideo interno por lo cual la infiltración a nivel del músculo estimula su contracción, como su fa cia externa es rígida actúa como palanca para doblar y romper la aguja.

Técnica para la localización de la aguja.

La técnica para la localización de la aguja varía con el sitio, no buscar en la dirección en que la aguja fué insertada, sino que en dirección perpendicular a aquella, es decir, el acceso a la aguja se hace en dirección perpendicular a ella. Cuando la aguja del bisturí o el instrumento utilizado para hacer la disección roma, entra en contacto con la aguja, ésta se percibe fácilmente. Se retraen los tejidos a esta profundidad y cuando se ve la aguja puede ser tomada con una pinza hemostática.

La remoción de cualquier otro cuerpo extraño de los tejidos bucales plantea el problema de su localización. Si existen dientes en la región, la localización es simplemente una cuestión de obtener radiografías, en las cuales uno puede medir la distancia del diente al cuerpo extraño.

Cuando no existen otros puntos de referencia, se coloca una -- aguja para sutura enhebrada, a través de la mucosa en la región afectada. Después que se han tomado las radiografías, la aguja se pasa por -- los tejidos y se hace un nudo flojo para indicar la posición anterior -- de la aguja.

Una vez que el cuerpo extraño ha sido localizado en las radiografías, la remoción se llevará al cabo.

El tratamiento se efectúa de inmediato con anestesia local, se realiza una incisión a nivel del lugar de la inyección, se diseccionan los tejidos con un instrumento romo, hasta encontrar la parte fracturada y la extracción del mismo con unas pinzas de disección.

Cuando se hace después de algún tiempo del accidente, se verifica radiográficamente, para esto ayudarnos con puntos de referencia.

La radiografía deberá ser de perfil y de frente, luego se hace una incisión vertical más o menos donde se encuentra el extremo anterior de la aguja fracturada, se van diseccionando los tejidos con un -- instrumento romo, procurando no profundizar más la aguja fracturada, -- localizando el extremo anterior, se toma con unas pinzas de Kocher y -- se retira.

Si se llega más atrás de la punta se sostiene con unas pinzas de Kocher y se lleva en dirección anterior a través de la mucosa en la cara interna del maxilar y tomando la punta con otras pinzas, quitando

las primeras y se abandona la parte fracturada.

La herida se cierra con uno o dos puntos de hilos de seda o de nylon, para prevenir estas situaciones, el odontólogo debe revisar su instrumental, usar agujas nuevas, que no estén oxidadas, que sean de buen material, agujas de acero que no estén dobladas, no se deben flamear, el sitio de menor resistencia de una aguja es el límite de ésta y el pabellón al cual está soldada.

6.- Cuando se anestesia en la luz de una vena se produce una isquemia de la piel o de la cara y es porque la adrenalina produce una vasoconstricción, no requiere ningún tratamiento.

7.- Cuando se anestesia en el maxilar superior, la solución la podemos depositar muy arriba o sea en las fosas nasales y entonces provocamos una diplopia (doble visión), exforia (tendencia a desviarse los ojos hacia afuera), durante el efecto de la anestesia, no requiere tratamiento.

ACCIDENTES MEDIATOS.-

El anestésico se puede prolongar por espacio de 5 días, semanas o meses, ésto cuando no es de origen quirúrgico, se debe al desgarro del nervio o por agujas con rebabas, o a la inyección del alcohol junto con la novocaína, éste puede ser el que queda cuando los instrumentos son esterilizados con alcohol.

No hay tratamiento, el nervio se regenera lentamente y se va recuperando poco a poco la sensibilidad.

ACCIDENTES GENERALES.-

Existen algunos pacientes que deben tener un trato especial como son: las señoras embarazadas y personas obesas, diabéticas, enfermos cardíacos, Etc..

En señoras embarazadas, los tres primeros meses debe de evitar

las primeras y se abandona la parte fracturada.

La herida se cierra con uno o dos puntos de hilos de seda o de nylon, para prevenir estas situaciones, el odontólogo debe revisar su instrumental, usar agujas nuevas, que no estén oxidadas, que sean de buen material, agujas de acero que no estén dobladas, no se deben flaquear, el sitio de menos resistencia de una aguja es el límite de ésta y el pabellón al cual está soldada.

6.- Cuando se anestesia en la luz de una vena se produce una isquemia de la piel o de la cara y es porque la adrenalina produce una vasoconstricción, no requiere ningún tratamiento.

7.- Cuando se anestesia en el maxilar superior, la solución la podemos depositar muy arriba o sea en las fosas nasales y entonces provocamos una diplopia (doble visión), exoforia (tendencia a desviarse los ojos hacia afuera), durante el efecto de la anestesia, no requiere tratamiento.

ACCIDENTES MEDIATOS.-

El anestésico se puede prolongar por espacio de 5 días, semanas o meses, esto cuando no es de origen quirúrgico, se debe al desgarramiento del nervio o por agujas con rebabas, o a la inyección del alcohol junto con la novocaína, éste puede ser el que queda cuando los instrumentos son esterilizados con alcohol.

No hay tratamiento, el nervio se regenera lentamente y se va recuperando poco a poco la sensibilidad.

ACCIDENTES GENERALES.-

Existen algunos pacientes que deben tener un trato especial como son: las señoras embarazadas y personas obesas, diabéticas, enfermos cardíacos, Etc..

En señoras embarazadas, los tres primeros meses debe de evitar

se la anestesia local, y a partir del segundo trimestre la anestesia general, está contraindicada.

Los obesos, incluyendo los diabéticos, son propensos a problemas cardiovasculares, se ahogan con mucha facilidad. Si se aplica la -- anestesia general, se recomienda hacerlo en medio hospitalario.

Las complicaciones que se pueden presentar por el uso de la -- anestesia local son: alergia, shock, complicarse con padecimientos cardiovasculares, lo que quiere decir que no debe pasar desapercibido, ya que estos pacientes requieren de un tratamiento especial para evitar -- una urgencia de esta índole.

S H O C K

Es una depresión circulatoria, altera las funciones del orga-- nismo y en los casos graves produce la muerte. Se llama Shock muchas alteraciones circulatorias (aparte de la insuficiencia cardíaca, la insuficiencia valvular); suelen recibir nombres en relación con lo que los origina:

- 1.- Shock Cardiogénico.-
- 2.- Shock Infeccioso o Bacteriano.-
- 3.- Shock Neurógeno.-
- 4.- Shock por Trastornos del Flujo Sanguíneo.-
- 5.- Shock Metabólico por insuficiencia endócrina.-
- 6.- Shock Anafiláctico, alérgico o por hipersensibilidad.-

El Shock es un síndrome, conjunto de síntomas que siempre se -- acompañan, provocado porque el corazón no tenga capacidad suficiente para bombear o que haya un disturbio (insuficiencia cardíaca, pérdida del tono vasomotor, disminución del volumen sanguíneo).

El estado del Shock, se inicia por la baja de los vitales para

nutrición celular de todo el cuerpo a nivel peligroso.

El signo más común es: piel pálida y pegajosa, se acompaña a -- menudo de cianosis (color azul), de orejas y dedos, pulso rápido y débil, respiración rápida y superficial, confusión mental o pérdida de la conciencia, taquicardia, sudoración, viscosa y abundante. Todos estos signos indican una considerable disminución de la presión arterial, esto se debe a:

- 1.- Insuficiencia cardíaca.-
- 2.- Pérdida del tono vasomotor.-
- 3.- Disminución del volumen sanguíneo.-

SHOCK HIPOVOLEMICO.-

La pérdida de sangre, plasma y agua son: las causas más frecuentes del shock, después de traumatismos físicos, quemaduras o intervenciones quirúrgicas. La causa de este Shock es el inadecuado volumen circulatorio, reducción del retorno venoso con disminución del gasto cardíaco.

SHOCK CARDIOGENICO.-

Debido a circulación deficiente por insuficiencia del corazón, ejemplo: infarto al miocardio, existe reducción del gasto cardíaco.

La disminución del gasto cardíaco y las manifestaciones clínicas del shock producen irregularidades del ritmo cardíaco, como bradicardia, o sea lentitud anormal del pulso, o bien taquicardia.

SHOCK BACTERIANO O INFECCIOSO.-

La causa más frecuente es la infección de la corriente sanguínea por bacterias entéricas gram-negativas. Se atribuye a la acción en los vasos sanguíneos de endotoxinas liberadas por la pared de la presión arterial y reducción del flujo sanguíneo.

SHOCK NEUROGENICO O SINCOPE.-

Shock de tipo vasovagal resultante de factores angustiantes -- psicoogénicos o neurogénicos provocado a veces por dolor, traumatismo, -- miedo, angustia, olores desagradables, o medicamentos vasodilatadores, la debilidad, estabilidad emocional. Todo esto puede provocar un shock neurogénico o sea que hay una descarga de adrenalina.

SINCOPE.-

Pérdida del conocimiento con detención del corazón y la respiración.

SHOCK POR TRASTORNOS EN EL FLUJO SANGUINEO.-

La obstrucción en la corriente principal del flujo sanguíneo, impide una circulación eficaz.

Es causa de shock: embolia pulmonar, taponamiento cardíaco, -- obstrucción de alguna cavidad cardíaca por trombo o tumor, aneurismas ó compresión de la vena cava. La terapéutica se dirigirá a corregir la -- obstrucción.

SHOCK METABOLICO O POR INSUFICIENCIA ENDOCRINA.-

Las alteraciones de la cavidad endócrina se pueden manifestar por la aparición del shock, se incluyen anomalías endócrinas, especialmente de hipófisis, corteza suprarrenal y tiroides.

La causa de esta forma de shock es la insuficiencia del metabolismo celular.

SHOCK POR HIPERSENSIBILIDAD (ANAFILACTICO O SEPTICO).

Este shock es el que se presenta con más frecuencia en el consultorio. Se diagnostica de inmediato, ya que es la forma extrema de -- alergia.

Las reacciones de hipersensibilidad pueden clasificarse en dos tipos:

- a).-- En la presencia o falta de anticuerpos circulantes.
- b).-- Y También del intervalo de tiempo entre la exposición del antígeno y el comienzo de la reacción.

Anafilaxia.-- Es una hipersensibilidad a un medicamento produciendo respuestas a dosis ordinarias.

MEDIDAS DE EMERGENCIA PARA EL TRATAMIENTO DEL SHOCK.--

- 1.-- Posición Trendelenburg (decúbito dorsal), aflojar ropa, cinturón, Etc.--
- 2.-- Observar signos del paciente (disnea, rubor facial, palidez, frialdad, cianosis).--
- 3.-- Tomar signos vitales (pulso, presión arterial, respiraciones y temperatura).--
- 4.-- Observar reacción alérgica.--
- 5.-- Administrar adrenalina (al 1:1000, 0.5 Ml. intramuscular o subcutánea).--
- 6.-- Administrar suero fisiológico glucosado o Hartman 500 Ml.--
- 7.-- Administrar antihistamínico (Benadryl, Clorotrimetón, Avopena, Etc.) por vía intravenosa.
- 8.-- Chequeo de signos vitales.--
- 9.-- Hipotensión moderada, administrar Efedrina 50 Mg. intramuscular o AS-Corticosteroides.--
- 10.-- Administrar por vía intravenosa Aminofilina 200 Mg.--
- 11.-- Administrar intravenosa, Hidrocortisona de 100 a 500 Mg., según la intensidad de la reacción. Y se toman los signos vitales.--
- 12.-- Hipotensión arterial muy severa (menos de 60 mm. de Hg. o no hay presión) administrar Neosinefrina al 1% 5 Ml. disueltos en el suero y gotearlo lentamente. Vigilar la presión arterial cada 10 minutos.

Disminuir el goteo cuando la presión arterial haya alcanzado las cifras normales.

13.- Administración de oxígeno (4 Lts. por minuto).

14.- Paro respiratorio.- Intubación traqueal, respiración artificial de boca a boca, o con resucitador.

15.- Paro cardíaco.- Masaje cardíaco externo (Compresión fuerte sobre el esternón 70 veces por minuto y respiración artificial 2 veces por minuto)

16.- Administración intracardíaca de adrenalina 0.5 Ml. Altropina 1 Mg. y Bicarbonato de Sodio (Bicasodio, Bicarsol, Abbot, al 7.5%) una ampollita.

Para inyectar intracardíaca se utiliza aguja de ráquea del número 20, 22 ó 24 en el quinto espacio intercostal izquierda pegado al borde del esternón, (aspirar hasta que entre sangre por la jeringa).

17.- No suspender el masaje cardíaco, ni la respiración artificial, hasta que haya latido cardíaco de nuevo.

18.- Esperar cinco minutos para saber si hay respuesta cardíaca, en caso negativo, de nuevo por vía intracardíaca administrar los mismos medicamentos anteriores.

No suspender el masaje cardíaco, ni la respiración artificial.

19.- Si después de diez minutos de la última administración de drogas, no hay respuesta, se considera que el paciente ha fallecido.

TRASTORNOS CARDIOVASCULARES.

DISNEA.-

Significa dificultad para respirar. Esta no sólo se presenta en enfermos cardíacos, sino también:

1.- Cuando no hay expansión de los pulmones y obstrucción de -

vías aéreas, como el asma.

2.- Disminución del intercambio alveolar como la neumonía y tuberculosis.

3.- Condiciones Anormales de la Sangre.

a).- Anoxemia (Falta de oxígeno y aumento de CO_2)

b).- Anemia.

4.- Circulación anormal, produce descenso de presión arterial.

a).- Pérdida del tono vasomotor.

b).- Disminución de la presión cardíaca.

HIPERTENSION ARTERIAL.-

Significa cualquier elevación de la presión arterial. Se puede considerar a una persona hipertensa cuando la presión es de 100 mm de Hg., 160 mm de Hg.

La hipertensión predispone a la hemorragia, a la ruptura de los vasos cerebrales y al edema pulmonar. Se caracteriza por el aumento de la resistencia periférica determinado por un estado de vasoconstricción generalizada.

La mayor resistencia se atribuye al estrechamiento de la luz de los vasos sanguíneos por alteraciones degenerativas en las paredes de arteria y arteriolas (Arteriosclerosis).

Algunos de los factores que favorecen la presión arterial excesiva son:

a).- Alteración emocional.- La hipertensión se agrava en caso de alteración emocional como: miedo, ira, preocupación, excitación emocional, lo cual produce una vasoconstricción.

b).- Obesidad.- El exceso de peso se acompaña a menudo de presión alta.

c).- Hormonas.- La hiperactividad de algunas hormonas, como —

las suprarrenales y la hipófisis.

d).- Hipertensión renal.- Frecuentemente la hipertensión se acompaña de un mal funcionamiento renal.

La constricción de las arterias renales elevan la presión arterial. Su presión arterial alta se atribuye al efecto de una sustancia vasopresora y se llama Angiotensina II, (sustancia hipertensora más potente que se conoce).

e).- Factor hereditario.- Cuando los padres son hipertensos, existe una predisposición familiar.

f).- Ingestión de alimentos.- Si la alimentación contiene muchas grasas saturadas (fuente de colesterol) puede producirse Arterioesclerosis. La infiltración de colesterol lesiona la íntima (Capa interna) que se engruesa la luz del vaso disminuye y la resistencia a la corriente sanguínea se eleva correspondientemente, el resultado es una hipertensión.

g).- Otros factores.- Como la edad, a través de los años las arterias pierden elasticidad, depositándose sales de calcio en las paredes de las pequeñas arterias de distribución, la que las vuelve rígidas y quebradizas y disminuye su luz.

Como resultado de la hipertensión y la arteriosclerosis tenemos una hipertrofia del corazón por exceso de trabajo. Los vasos pierden su fuerza tensil (resistencia que tienen los vasos para evitar ruptura).

Un estado anormal de la íntima, y la circulación lenta por las arteriolas estrechadas, favorecen la formación de trombos o embolos.

Síntomas.- Cefaleas frecuentes, hemorragias nasales, malestar general, vértigos, vómitos, náuseas, disnea y trastornos visuales, el pulso se pueda palpar en las venas, irrigación o vascularización aumen-

ta en la retina.

Estos pacientes pueden sucumbir a una hemorragia cerebral, trom bosis coronarias, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal.

Tratamiento.- Es sintomático, no es curativo, se baja la pre sión hasta niveles donde desaparezcan los síntomas y complicaciones.

Se recomienda una dieta hiposódica, para no retener líquidos, reposo y medicamentos hipotensores que reducen la presión.

Se deberá tener cuidado en la elección del tratamiento, la pre medicación y la anestesia, la duración y amplitud de las intervenciones. Se tendrá que evitar todo aquello que aumente la presión, debe darse una premedicación adecuada, pueden usarse anestésicos locales sin vasoconstrictores (citanest-octapresin).

El dentista debe consultar al médico tratante antes de reali zar extracciones o maniobras quirúrgicas amplias en la boca del hiper tenso.

ANGINA DE PECHO.-

Mejor denominada ansiedad de pecho, se caracteriza por una angustia retroesternal con constricción de pecho, dolor precordial, sen sación de muerte inminente, se irradia al brazo izquierdo, cuello y man íbula de mismo lado. La cara es pálida y las extremidades frías.

Dolor originado por insuficiencia coronaria. Cuando hay espas mos de estas arterias habrá irrigación del corazón y se producirán peque ñas zonas isquémicas.

Tratamiento Odontológico.

La consulta con su médico es obligada. El uso de sedantes está indicado, las extracciones deben hacerse bajo anestesia local (esta con traindicada la anestesia general).

Premedicar con nitroglicerina sublingual más o menos 5 minutos

antes de aplicar la anestesia. El tratamiento debe ser breve.

INFARTO DEL MIOCARDIO.

También se conoce como oclusión coronaria y trombosis coronaria. La zona correspondiente del miocardio deja de recibir sangre, por lo que al cabo del tiempo se necrosa que es lo que se denomina infarto.

Los síntomas son parecidos a los de la angina de pecho, pero menos intensos y acompañados de diarrea, náuseas, vómito, confusión mental, piel fría, húmeda con sudor viscoso, cianosis, taquicardia, sensación de muerte inminente.

Tratamiento.-

Reposo absoluto, calmar al enfermo, posición semisentado ó semiacostado, calmar el dolor con sulfato de morfina de 5 a 10 Mg. disueltos en 10 Mls. de agua lentamente intravenosa. Inhalar oxígeno y la administración de anticoagulantes como la Heparina.

El manejo de estos pacientes debe ser, evitar cualquier tratamiento odontológico hasta después de 6 meses desde el ataque, todo tratamiento se hará con la autorización del médico. Se recomienda anestesia local.

PARO CARDIACO.

Es el cese de la actividad del corazón (sístole y diástole), - este cese es repentino.

Síntomas.-

Color pálido o grisáceo, pupilas dilatadas, sudoración, pérdida de temperatura, disminución del riego sanguíneo cerebral, hay flacidez, disminución de respiración, presión arterial baja. A partir del momento del paro, hay 5 minutos para tratarlo.

Tratamiento.

Posición decúbito-dorsal, ventilación pulmonar con la técnica

boca a boca, compresión cardíaca, en la que se trata de comprimir el corazón entre el esternón y la columna vertebral, causando efecto de bombeo, la técnica es colocar la base de la mano derecha y encima la base de la otra mano, realizando un movimiento hacia abajo con fuerza, este procedimiento se continúa con una frecuencia de 60 compresiones por minuto.

Si el paciente no reacciona se le administra una ampollita de bicarbonato de sodio intravenosa para combatir la acidosis metabólica - que se presente por la liberación de ácido láctico.

Si no reacciona se administra por vía intravenosa adrenalina y si no reacciona a ésta se administra una preparación de Ca en forma de cloruro de Ca ó gluconato de Ca.

ENDOCARDITIS BACTERIANA.-

Es una afección de las válvulas del corazón, producida por la colonización de bacterias y hongos en las válvulas. Esta enfermedad afecta principalmente a pacientes con enfermedades valvulares, reumáticos, sífilíticos, o que sufran defectos cardíacos congénitos.

Es producido principalmente por estreptococo alfa hemolítico, neumococos, estafilococos, lipobacterium, siendo más importantes el estreptococo viridians.

La entrada de estos microorganismos puede ser: manipulaciones dentales, introducción de instrumentos por vía urinarias, infecciones respiratorias y dérmicas, quemaduras, cirugía cardíaca, sondas intravenosas.

La válvula más lesionada es la mitral. Las bacterias entran a las válvulas por vía sanguínea.

Síntomas.-

Debilidad progresiva, pérdida de peso, disnea, anorexia, moles

tías vagas, dolor y síntomas de tipo gripal.

Tratamiento.-

Analgésicos, para septicemia antibióticos de 3 a 6 meses el tratamiento de válvulas será quirúrgico.

Manifestaciones bucales.-

La higiene bucal defectuosa con lesiones parodontales puede --- constituir un peligro incluso mayor en estos pacientes.

La anestesia debe ser local, se limpia el surco gingival, las - maniobras quirúrgicas deben producir el menor traumatismo posible.

C A P I T U L O I V

ACCIDENTES DE LA EXTRACCION DENTARIA.

Son accidentes múltiples que afectan al diente mismo de la extracción; o de los dientes, al hueso y a los tejidos adyacentes.

1.- FRACTURAS DEL DIENTE.-

Es el accidente más común en exodoncia, debido muchas veces a -- que los órganos dentarios están debilitados por el proceso cariogénico -- o con anomalías radiculares y por lo tanto, no resisten el esfuerzo aplicado sobre la corona y se fracturan en el punto de menor resistencia. -- También puede ser a una mala técnica de movimientos bruscos de luxación que producen la fractura en la corona, quedando la porción radicular en el alvéolo.

Todo esto puede evitarse haciendo un estudio clínico y radiográfico del órgano que se va a extraer. Esto nos ayudará a efectuar la técnica quirúrgica más adecuada.

Si la fractura al realizar la extracción fué sin estudio, se -- procederá a tomar una radiografía que nos indicará la posición y forma radicular que deberá extraerse.

2.- FRACTURAS Y EXTRACCION DE LOS DIENTES VECINOS.-

Esto puede ser transmitido por la presión ejercida sobre las -- pinzas de extracción o elevadores o por el apoyo de éstos, sobre los -- dientes vecinos. Provocando la fractura de la corona, producida por la debilidad de la caries o de las obturaciones, o luxando el diente cuando hay disposiciones radiculares (raíces fusionadas lo faciliten). El --

diente luxado puede ser reimplantado en su alveolo fijándolo por sus — procedimientos usuales.

3.- FRACTURA DEL INSTRUMENTAL EMPLEADO EN EXODONCIA.-

Se dan casos también en donde por la excesiva fuerza aplicada a los forceps o elevadores se fracturen en el acto quirúrgico, que pueden originar heridas a las partes blandas u óseas vecinas.

Estos deben de extraerse en una nueva intervención quirúrgica si no es que se hace en el mismo acto de la extracción.

4.- FRACTURAS DEL MAXILAR.-

a).- Fractura del borde alveolar.-

Es un accidente frecuente en el curso de la extracción, éste — puede ser el trozo del hueso que se elimina con el órgano dentario que no hay mayor problema, o el trozo de hueso que queda relegado en el alvéolo que debe eliminarse, de lo contrario, el secuestro origina los procesos inflamatorios, como: Osteitis, Abscesos, que no acceden hasta la extirpación de éste.

La fractura del hueso alveolar, o de trozos mayores de hueso — reside en la fuerza que la raíz ejerce al pretender abandonar el alvéolo o en ocasiones cuando la fuerza aplicada sobre la tabla externa, es mayor a su límite de elasticidad.

b).- Fractura de la tuberosidad.-

El uso de elevadores aplicados con excesiva fuerza, produce el desprendimiento, o parte de la tuberosidad sobre todo en terceros molares superiores retenidos.

c).- Fractura total del maxilar inferior.-

Esta puede ser posible, pero no frecuente. La disminución de — la resistencia ósea debida al gran alvéolo del molar, cuando se trata —

de un tercer molar retenido, que es en general donde se produce la fractura, del mismo modo interviene en una debilitación del hueso, una osteomielitis, o un tumor quístico. Así como las afecciones generales, ligadas al metabolismo, como la diabetes, las enfermedades parasifilíticas, predisponen a los maxilares a la fractura, requiriendo del mínimo esfuerzo para producirla.

d).- Perforación de las tablas vestibular y palatina.-

Al hacer la extracción de molar o premolar superior, la raíz vestibular o palatina pueden atravesar la tabla ósea, ya sea por debilitamiento del hueso o por previo esfuerzo mecánico.

Para facilitar la extracción de las raíces se recomienda hacer una incisión, ya sea en vestibular o paladar, según se requiera, se extraen y se unen los colgajos con una sutura.

5.- LESIÓN DEL SENO DEL MAXILAR.-

a).- Perforación del piso del seno.-

En la extracción de molares y premolares superiores, puede abrirse el piso del antro, ésta puede ser accidental o instrumental, en el primero es por razones anatómicas al efectuarse la extracción queda instalada la comunicación, ésta se advierte porque el agua pasa al seno y sale por la nariz.

En el otro caso, los instrumentos de exodoncia, como son cucharillas, elevadores, pueden perforar el piso sinusal adelgazado, desgarrar la mucosa antral, estableciéndose la comunicación, o es una raíz la que perfora el seno al intentarse su extracción.

Tratamiento de la Comunicación:- Cuando es por razones anatómicas o es realizada por instrumentos, el coágulo se encarga de obturar la comunicación. En otros casos con una torunda de gasa que favorezca la hemostasis o un punto de sutura acercando los bordes para contención

del coágulo.

b).- Penetración de una raíz en el seno del maxilar.-

Una raíz de un molar superior, puede ser empujada por las maniobras de extracción, la raíz puede penetrar en el antro desgarrando - la mucosa sinusal. Y la vía para su búsqueda, es siempre la vestibular. La vía alveolar no es muy recomendable, ya que difícilmente se extrae - la raíz y hay peligro de dejar una comunicación con el seno.

Su tratamiento es quirúrgico y con previo estudio radiográfico que puede ser mediano o inmediato.

6.- PENETRACION EN EL SENO DEL MAXILAR.-

Accidentes poco frecuentes, es la introducción total de un molar en el seno del maxilar, generalmente el tercer molar. Su tratamiento es quirúrgico.

Si después de la extracción, la inspección muestra una penetración pequeña y se ha tenido cuidado evitando lavados y enjuagues energéticos y sonarse la nariz frecuente y fuertemente, en la mayor parte de - los casos se formará un buen coágulo y la cicatrización será normal.

Estos alvéolos nunca deben empacarse con gasa, algodón Etc., - porque estos procedimientos casi siempre perpetuarán en la abertura, en vez de servir para cerrarla.-

La exploración instrumental de los alvéolos debe evitarse lo - más posible para no llevar la infección a regiones no contaminadas.

Si el piso del antro está completamente destruido y quedan - fragmentos de hueso en las raíces de los dientes, después de la extracción, y si la inspección muestra una abertura grande, debe hacerse sutura inmediata. El cierre primario reduce la posibilidad de contaminación del seno por las infecciones locales; evita cambios patológicos del seno que pueden persistir durante algún tiempo que requerirán más esfuer-

tes terapéuticos y muchas veces evita la formación de fistula buco-an--
tral, que exigirá cirugía ulterior, de naturaleza más difícil y exten--
sa.

El cierre de una abertura accidental del seno.-- Se hacen inci--
siones alveolares de los dientes y atravesando la abertura, se hace una
incisión en el paladar para facilitar el desplazamiento de la mucosa --
(evitando no lesionar la arteria palatina), las paredes lingual y bucal
del alvéolo se reducen con el alveolotomo, se avivan los bordes de la --
mucosa al nivel de la apófisis alveolar y se levantan los colgajos.

La aproximación de los bordes de la mucosa se lleva al cabo, le--
vantando con una legra el mucoperiostio palatino y se suturan los colga--
jos. La cicatrización se hace por primera intención.

7.- LUXACION DEL MAXILAR INFERIOR.--

Consiste en salida del cóndilo de su cavidad glenoidea. Se pro--
duce en ocasiones en extracciones del tercer molar inferior, en opera--
ciones largas y fatigantes, puede ser unilateral o bilateral. El maxi--
lar puede volver a su sitio, colocando los pulgares de ambas manos sobre
la superficie de molares inferiores, y los dedos restantes sosteniendo
el maxilar, haciendo movimientos hacia abajo, arriba y atrás.

8.- LESION DE LAS PARTES BLANDAS VECINAS.--

Producidas al actuar con brusquedad, sin medida y sin criterio
quirúrgico.

Estas pueden ser al deslizarse los instrumentos del operador --
en extracciones laboriosas hiriendo la encía y partes blandas vecinas.

Las heridas de los labios que son causadas por pellizcamientos
con las pinzas, lesiones traumáticas de la comisura que se continúan con
herpes ubicados en esta región.

9.- LESION DE LOS TRONCOS NERVIOSOS.-

Una extracción dentaria puede ocasionar lesiones de gravedad - sobre los troncos nerviosos. Los accidentes más importantes son los del nervio palatino anterior, dentario inferior y mentoniano.

El traumatismo sobre el tronco nervioso puede consistir en sección, aplastamiento, o desgarró del nervio, lesiones que se traducen por neuritis, neuralgias o anestias en zonas diversas. Esto ocurre por lo general en intervenciones del tercer molar o premolares.

10.- INFECCION.-

La extracción dentaria o eliminación de granulomas o quistes, pueden ser seguidos de una infección. Y esto es de suma importancia en pacientes reumáticos y cardíacos, ya que se puede originar endocarditis bacteriana. A estos pacientes se debe administrar penicilina a grandes dosis antes, durante y después del tratamiento (500,000 U. diarias).

En circunstancias normales, la cavidad bucal nunca es estéril y gracias a ciertos factores extrínsecos o intrínsecos, el cuidado del paciente dental es más fácil.

Factores Intrínsecos.-

- a).- Inmunidad regional normal del huésped a la flora bacteriana de la boca.
- b).- Función descomativa del epitelio.
- c).- Riego sanguíneo abundante de la cavidad bucal.
- d).- Respuesta inmediata de los leucocitos cuando las bacterias invaden al huésped.

Además, la saliva tiene efecto inhibitorio para algunas bacterias, especialmente las extrañas a la flora normal. La flora normal también es una barrera para los microorganismos invasores.

Factores Extrínsecos.-

Pueden ayudar a dominar las infecciones que son múltiples. Las más importantes son la observancia de técnicas quirúrgicas y asépticas adecuadas, y el uso de antibióticos y quimioterápicos.

Es imprescindible el examen minucioso de la cavidad bucal antes de operar.

Una boca crónicamente infectada o que contiene gran cantidad de sarro y detritus, es un campo malo para la cirugía.

La irritación crónica daña los tejidos, disminuye la resistencia normal y la región es más susceptible a la infección. Las bacterias frecuentemente destruyen las facultades protectora y reparadora del coágulo sanguíneo y evitan la consolidación normal de los tejidos adyacentes. Operar una boca en la cual hay signos de gingivitis necrótica es sumamente peligroso. Los tejidos gingivales están necróticos y una operación en este campo, perjudica la salud general del paciente, no sólo por la infección local y el dolor en el campo operatorio, sino también porque los espacios aponeuróticos de cabeza y cuello pueden ser invadidos fácilmente, lo que ocasiona septicemia si las bacterias son de virulencia suficiente.

La respuesta fisiológica a la infección es la inflamación. La naturaleza de la reacción inflamatoria depende del sitio, tipo y virulencia de las bacterias.

La inflamación.- Es la suma total de los cambios en los tejidos del organismo animal en respuesta al agente perjudicial, incluyendo reacción local y reparación de la lesión.

Los signos y síntomas de la inflamación son:

Inicialmente hay gran dilatación de los vasos que se acompaña

de disminución de la rapidez del flujo sanguíneo, por el mayor calibre vascular. Al aumento del volumen capilar se deben los signos de rubor, tumefacción y calor. Al disminuir la rapidez del flujo, los leucocitos empiezan a atravesar las paredes de los vasos dirigiéndose a los tejidos adyacentes. Este fenómeno se acompaña de exudación de plasma sanguíneo a través de las paredes que produce el edema inflamatorio. La extravasación del plasma sanguíneo puede deberse a reacción tóxica de las paredes capilares, a la infección o al aumento en la presión osmótica de los tejidos adyacentes. Esta distensión tisular produce presión de las fibras nerviosas y puede incluso destruirlas. Este fenómeno, y la liberación de histamina por las células dañadas, tienen un papel principal en la aparición del dolor.

Desde luego, hay muchos tipos de inflamación, según el tejido, y el tipo de bacteria y la resistencia del huésped. Los más importantes son: piógenos, seroso, catarral, fibrinoso, hemorrágico y necrótico.

La inflamación más común en cirugía bucal es la piógena, lo cual significa que forma "pus". La mayor parte de las infecciones de la boca, si se permite que progrese sin tratamiento, producirá "pus".-

La forma de la infección depende de los factores ya explicados, del tiempo que ha estado presente la infección y del tratamiento.

C A P I T U L O V

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

HEMORRAGIA.-

La hemorragia se debe a los múltiples vasos capilares lesionados en la operación.

Consideremos la hemorragia como un accidente postoperatorio. -
Puede presentarse inmediata o primaria y mediata o secundaria.

La primera aparece inmediatamente a la operación, debido a la falta de coagulación de la sangre y a la no formación del coágulo. Esto puede ser por algún proceso congestivo en la zona de la extracción, como granuloma, trozos de hueso, pólipos gingivales, Etc...-

El tratamiento de la hemorragia inmediata se realiza suprimiendo quirúrgicamente el foco congestivo sangrante (pólipos, trozos de hueso) y por medio de un taponamiento y compresión del alvéolo sangrante.

El taponamiento se efectúa con un trozo de gasa, la cual se usa seca o impregnada de medicamentos hemostáticos, tales como: agua -- oxigenada, adrenalina, suero, esto se coloca en el alvéolo sangrante y se le dice al paciente que muerda durante 30 minutos, después de este tiempo se retira la gasa con mucho cuidado.

Puede evitarse la hemorragia postoperatoria con el empleo de unos puntos de sutura.

Si la hemorragia se presenta horas después de la extracción u operación, el tratamiento es el siguiente:

Se lava con agua oxigenada tibia, para ver el sitio de mayor -

afluencia sanguínea, se seca con una gasa estéril. Si el vaso sangrante está a nuestro alcance, se lleva a cabo la hemostasis por medio de compresión.

Cuando la hemorragia es profunda se procede a un taponamiento de gasa con medicamentos hemostáticos y sobre éste taponamiento se comprime con otra gasa.

El tratamiento ideal es:

- 1.- Localizar la zona sangrante.-
- 2.- Realizar una anestesia local, cuyo vasoconstrictor produce una zona de isquemia con la cual se ve mejor el campo de la hemorragia.
- 3.- Practicar puntos de sutura sobre los bordes de la herida y tomar con ellos los vasos que sangren.

Si la hemorragia persiste habrá de recurrir a medicaciones generales como: transfusión sanguínea e inyecciones que aceleren la coagulación.

HEMATOMA.-

Es un accidente frecuente al cual no se le da la importancia debida, consiste en la entrada, difusión y depósito de sangre en los tejidos vecinos al sitio de la operación.

La encía que cubre la región operatoria se pone turgente y dolorosa. Las regiones vecinas acompañan la tumefacción sanguínea y todo adquiere un aspecto inflamatorio.

El hematoma se caracteriza por un aumento de volumen a nivel del sitio operado y un cambio de coloración en la piel vecina. Así toma primeramente un color rojo vinoso que se hace más tarde violeta, amarillo violeta, y amarillo.

Este cambio de color dura de ocho a nueve días.

Pero la colección sanguínea puede infectarse produciendo dolor

local, rubor, fiebre intensa, reacción ganglionar, todo esto dura aproximadamente una semana. Su tratamiento consiste en la colocación de hielo para disminuir el dolor y la tensión, sulfamido-terapia y antibióticos. Si el hematoma se abscesa, se procederá a abrir quirúrgicamente dejando libre la vía de drenaje.

INFECCION.-

La infección es el mayor obstáculo a la cicatrización de la herida y la complicación más grave de la cirugía moderna.

Esta puede sobrevenir a raíz de una operación, flemones, abscesos, celulitis, Etc..-

Esta puede evitarse con una buena técnica quirúrgica y una asepsia. Los antibióticos y la terapéutica clínica son de gran ayuda para combatir infecciones en heridas. Las heridas infectadas no se suturan hasta que no haya sido dominada la infección.

La infección está influida por:

- 1.- La virulencia de los gérmenes.
- 2.- El número de gérmenes.-
- 3.- La resistencia del huésped.

A pesar del cuidado con que se hace la cirugía bucal, los pacientes todavía presentan osteomielitis después de una extracción dental ordinaria. Otra complicación frecuente, pero menos espectacular, es la infección por estreptococos, estafilococos, espiroquetas y virus.

No hay duda de que el estado físico general del paciente, es un factor que predispone a la infección. El choque, agotamiento, desnutrición, deshidratación y enfermedad general, disminuyen la resistencia del paciente a la infección.

La curación de una herida está, en gran parte, influida por el estado nutricional del enfermo, ya sea por desnutrición o por falta de

asimilación. El paciente anémico es un ejemplo de curación lenta. Otro ejemplo, es el paciente con trastornos metabólicos. El diabético no controlado responde pobremente al traumatismo y es un problema constante en la infección secundaria postoperatoria. Las enfermedades del hígado y el riñón, por su influencia en el estado hematológico y serológico, perjudican la curación de las heridas.

La supuración localizada todavía debe canalizarse, no es bueno intentar secarla con antibióticos.

D O L O R . -

El dolor postoperatorio que se presenta es causado por el traumatismo de los tejidos a la hora de la operación y éste debe ser calmado por medicamentos para tal objeto, como son la antipirina, piramidón. Es recomendable la aplicación de hielo a intervalos en la región operada para calmar el dolor en las primeras horas postoperatorias.

Dolor:—Es la sensación penosa, percibida y localizada en un punto correspondiente en general o a un órgano enfermo.

El dolor se valora de acuerdo con el paciente. En el dolor habrá siempre:

- a).— Cambio de coloración en la piel, (ya sea pálida o colorada).
- b).— Piel seca o húmeda.
- c).— Cambios de temperatura (fiebre o frío).
- d).— Movimientos espasmódicos (Movimientos por contracciones virulentas o calambres. Etc..)

Para que se presente el dolor se necesita:

- 1.- Un estímulo capaz de provocarlo que se llama elemento o estímulo susceptible.
- 2.- Un aparato de recepción o percepción (fibras nerviosas).

3.- Vías de conducción (nervios, fibras mielínicas y amielínicas).-

4.- Centro para analizarlo (tálamo y la corteza cerebral), el tálamo da la sensación gruesa, tosca, y la corteza cerebral lo relaciona al dolor.-

La primera sensación dolorosa se llama Umbral del Dolor, que es la cantidad mínima de elementos susceptibles capaz de producir la mínima sensación dolorosa.

El umbral puede ser modificado por:

- a).- Cambios histicos (los tejidos más sensibles son blandos y los menos sensibles son los queratinizados).
- b).- Factores psíquicos.
- c).- Por la acción de los analgésicos.
- d).- La acción de un nuevo dolor o de un elemento susceptible que modifica el umbral ya existente.

Clasificación del dolor.-

1.- Dolor directo.- Cuando se siente en el mismo lugar donde procede.

2.- Dolor referido.- Relativo al área de distribución de un nervio, el estímulo está actuando en un área determinada, pero que se siente en todo el paso del nervio.

3.- Dolor transferido.- Se percibe en una área totalmente diferente de la que está recibiendo el estímulo doloroso.

El dolor es un signo de advertencia para proteger contra las enfermedades orgánicas. Un dolor insoportable y prolongado puede causar daños tremendos al individuo, tanto psíquicos como físicos; a veces convierte a una persona extrovertida en un ermitaño, y a un hombre fuerte, en un cobarde. No hay paciente más agradecido que aquél cuyo dolor ha --

En ocasiones existen síntomas generales como malestar y anorexia (falta de apetito).

En algunos casos hay un coágulo sanguíneo superficial aparentemente bien formado, pero por debajo de este coágulo, los tercios medio y apical del alvéolo dental están rellenos con un coágulo semifluido necrótico. La pared ósea desnuda es muy sensible a la instrumentación y el margen adyacente de la encía se encuentra inflamado, el cual es muy sensible a la palpación.

La causa exacta de la alveolitis es desconocida, puede ocurrir a pesar de la técnica operatoria más perfecta, el procedimiento más cuidadosamente aséptico, o independientemente de la habilidad y experiencia del cirujano dentista.

Los factores que intervienen en una alveolitis son:

a).- Por traumatismos operatorios, como pueden ser presión sobre las trabéculas óseas o por el uso sin medida ni control de las fre--sas quirúrgicas. El aplastamiento de las paredes del alvéolo por una ---raíz con hipercementosis y uso sin medida de elevadores.

b).- Los productos químicos que contiene un anestésico local, -tienen un poder químico tóxico que actúa sobre los tejidos perialveolares.

c).- El estado general del paciente debilitado por una enfermedad general o con trastornos metabólicos.

d).- Factores bacterianos como bacilos fusiformes, espiroquetas, diplo-estreptococos y estreptococos, cuyas toxinas actúan sobre las terminaciones nerviosas del hueso alveolar, por lo tanto producen dolor.

La falta de irrigación sanguínea del coágulo, proveen un campo nutritivo que favorece el crecimiento bacteriano.

El alvéolo donde se localiza la afección presenta bordes tumefactos, las paredes bucal y lingual ligeramente rojizas y edematizadas,

y el alvéolo recubierto por una magma gris verdoso maloliente.

EL TRATAMIENTO.-

1.- Se procederá a calmar el dolor.

2.- Examen radiográfico para investigar el estado del hueso y de los bordes óseos.

3.- Lavar la cavidad con suero fisiológico tibio, con precaución, ya que el alvéolo está sumamente sensible.

4.- Aislar el campo operatorio.

5.- Secar la cavidad con una gasa estéril.

6.- Colocar el apósito quirúrgico que se cambiará periódicamente.

La prevención es el mejor tratamiento. Es importante, para evitar esto, la cirugía atraumática, evitar la contaminación y mantener un buen nivel de salud general. Los antibióticos y las sulfonamidas en el alvéolo después de la extracción, se usan creyendo que ayudan a evitar las complicaciones postoperatorias. Los antibióticos por vía general también se usan frecuentemente y están indicados en muchos casos, especialmente cuando existe una infección o cuando no se puede evitar un traumatismo intencional.

En casos de alvéolo seco, el tratamiento debe ser paliativo. El alvéolo se irriga suavemente con solución salina normal tibia, para quitar todos los detritus. Después de secar cuidadosamente con gasa estéril se tapona suavemente con una gasa de 6 mm. saturada con pasta amortiguadora compuesta de partes iguales de polvo de yoduro de timol y cristales de benzocaína disueltos en eugenol.

El apósito puede ser cambiado tantas veces como sea necesario, hasta que el dolor disminuya y el tejido de granulación cubra las paredes del alvéolo.

C A P I T U L O V I

ACCIDENTES CAUSADOS POR FARMACOS.

En lo que se refiere a fármacos, entre los productos que podemos enumerar como de uso diario e indispensable en el consultorio dental, están los analgésicos, antibióticos y anestésicos y antiinflamatorios.

Todos los medicamentos empleados producen un efecto colateral, algunos son tóxicos directamente, otros de tipo alérgico.

ANALGESICO.-

Los analgésicos son drogas que modifican la sensación dolorosa disminuyéndola o inhibiéndola por completo.

La sensación del dolor se encuentra en el tálamo, la acción de los analgésicos es preciso en el tálamo modificando el umbral (elevándolo).

Los analgésicos se clasifican en tres grupos químicos:

1.- Antipiréticos.- Propiedad analgésica y antipirética (bajan la fiebre) entre los que encontramos:

a).- Los derivados del ácido acetol salicílico.

b).- Los derivados de la anilina.

c).- Los derivados de la pirazolona.

Que también tienen acción antiinflamatoria.

Estas drogas se absorben rápidamente por vía intestinal, se distribuyen uniformemente y se elimina por vía renal.

Sus principales acciones farmacodinámicas son: Analgésicas ----

antipiréticas antiinflamatorias ligera acción antirreumática, uriculí-
tica (eliminación del ácido úrico).

Aumentan la ventilación pulmonar, producen ligera vasodilata-
ción y aumenta la pérdida de calor, produce irritación gástrica. Se re-
comienda tomarla con o después de los alimentos para que no haya irrita-
ción gástrica, sobre todo cuando hay úlcera. El uso prolongado provoca
una disminución de protombina en sangre (Aumenta el tiempo de coagula-
ción).

2.- Analgésicos Narcóticos.- Propiedad narcótica analgésica y
no antipirética. La potencia analgésica es superior al grupo anterior,
pero de toxicidad más elevada, provoca vicio y adicción, tiene propiedad
hipnótica por vía central, altera la reacción afectiva del paciente, --
ocasiona depresión general en el SNC, provoca euforia, estimula el cen-
tro del vómito. A dosis tóxica disminuye la frecuencia cardíaca, vasodi-
latación periférica y la muerte sobreviene por paro respiratorio.

Estos analgésicos se usan para el edema pulmonar.

La Narcosis.- Mezcla de efectos depresores hipnóticos que pro-
ducen una sensación de bienestar.

Tenemos los alcaloides del opio como la morfina, codeína, papa-
verina y como derivados de la morfina tenemos diacetil morfina o heroí-
na.

3.- Hipnóticos y Sedantes.- Son aquéllos que ocasionan una de-
presión y un estado similar al del sueño fisiológico. Ocasionan de acuer-
do con la dosis desde una sedación hasta una anestesia profunda y a dosis
tóxica puede provocar la muerte por paro respiratorio, tiene poder anti-
convulsivo y carece de acción analgésica específica. Estos medicamentos
actúan sobre corteza cerebral.

Los barbitúricos se clasifican en:

a).- Acción Prolongada.- Tienen una duración poco más de 6 horas (Fenobarbital Barbital).

b).- Acción Intermedia.- Duran hasta 6 horas (Butetal, Amobarbital).

c).- Acción Corta.- Hasta 3 horas (Pentobarbital y Secobarbital).

d).- Acción Ultracorta.- Unos cuantos minutos (Tiopental Sódico Tiamilal Sódico).

Estos medicamentos se usan como anticonvulsivos, como en la epilepsia y el tétanos.

En caso de intoxicación por barbitúricos:

a).- Se utilizan drogas estimulantes del centro respiratorio como el cardiazol.

b).- Lavado gástrico.

c).- Respiración artificial.

d).- Suero glucosado intravenoso, gota a gota.

Para elección de los analgésicos.- Debe basarse en los riesgos potenciales de los analgésicos en lo que respecta al grado de hipersensibilidad, a la toxicidad del medicamento a la alergia que pueda desencadenarse a la adicción de la droga y al tipo de dolor que se trate.

QUIMIOTERAPICOS.-

Antibióticos.- Quimioterápicos significa la utilización de sustancias químicas elaboradas sintéticamente y útiles en la prevención y tratamiento de algunas enfermedades infecciosas causadas por microorganismos.

Cuando son sintetizadas químicamente estas sustancias se denominan quimioterápicos y cuando se hayan constituidos, por lo menos, en forma primaria por productos del metabolismo microbiano son llamados

antibióticos. Ambos grupos de sustancias actúan sobre algún punto del metabolismo microbiano mediante esta acción se inhibe el crecimiento progresivo del germen.

Mecanismo de Acción.-

Según su metabolismo de acción los quimioterápicos y antibióticos se pueden clasificar en 3 grupos:

- 1.- Acción sobre la membrana celular (Penicilina).
- 2.- Inhibición de la síntesis de proteínas (Tetraciclina, antibiótico de amplio espectro).
- 3.- Interferencia de los fenómenos metabólicos (Sulfas).

Empleo Clínico de los Antibióticos.-

a).- Elección del Antibiótico.- Haciendo un antibiograma que determine la susceptibilidad o sensibilidad de las bacterias a los antibióticos.

b).- Vías de acceso de los Antibióticos.- Asegurar el acceso del antibiótico al microorganismo infeccioso es muy importante, ya que no es lo mismo un edema septicémico donde es fácil destruir las bacterias en la sangre y tejidos blandos; que la presencia de un absceso lleno de microorganismos produce una capa que impide el acceso del antibiótico y además difunde mal en ese medio.

En este último caso el absceso debe ser abierto por el C.D. y ha de inyectarse el antibiótico en el seno del mismo para que pueda ser eficaz.- Tratamiento Local:

Propiedades deseables de un antibiótico.-

- 1.- Que sea específico.
- 2.- Que sea bacterioida.
- 3.- De baja toxicidad.
- 4.- Hidrosoluble.

5.- Etable.

6.- Eficaz por varias vías de administración.

7.- Que establezca sinergia con otros antibióticos.

8.- Que se absorban rápidamente.

Reacciones Tóxicas de los Antibióticos.-

Uno de los peligros del uso indiscriminado de los antibióticos son las reacciones tóxicas. En general, aluden 3 mecanismos:

1.- Reacciones tóxicas por dosis excesivas de la droga, son las más raras, pero frecuentes, Ejem.: Streptomycin.

2.- Sensibilización Alérgica.- Son comunes, especialmente en el caso de la penicilina con producción de erupciones cutáneas, asmáticas, shock alérgico y shock neurótico.

3.- Superinfección.- Estas infecciones sobreagregadas se efectúan por la supresión de los gérmenes sensibles y el desarrollo excesivo de los microorganismos resistentes a los antibióticos. Estos fenómenos - se producen especialmente con la administración de antibióticos de amplio espectro.

Un fármaco es eficaz en el tratamiento de las infecciones, cuando impide su acción sobre las bacterias sin lesionar las células del huésped.

La determinación de la sensibilidad de un microorganismo frente a un agente quimioterápico, es de gran importancia para la terapéutica de las infecciones. Son importantes en cuanto indican el agente de elección y la cantidad a administrar.

Considerando que el uso de fármacos (analgésicos, antibióticos, anestésicos, antiinflamatorios) ha sido de gran utilidad a los servicios odontológicos, pero igualmente es notorio que su administración puede -- llegar a causar leves o graves accidentes que varían desde una discreta

inestabilidad fisiológica hasta cuadros severos que pueden causar la — muerte. Dichos accidentes son:

- a).- Alergia.-
- b).- Shock Anafiláctico.-
- c).- Paro Cardiovascular.-

A L E R G I A . -

Hipersensibilidad a una sustancia determinada que provoca una respuesta anormal del organismo.

El Asma, la Coriza, Erupciones Cutáneas, Conjuntivitis, Etc., suelen ser seguidos por fenómenos alérgicos, la alergia no se hereda, — sólo se puede heredar la predisposición a ella.

Alergia Medicamentosa:- Gran número de reacciones de hipersensibilidad como: Erupciones Cutáneas, Edema, Artritis, Linfadenopatía, — Alteraciones Hematológicas, Fiebre y Periartritis, que ocurren al administrar muchos agentes terapéuticos (Fármacos) o poco después.

Las más aceptadas en teoría es que dicha reacción se debe a la presencia del anticuerpo para el fármaco mismo o para un conjugado antígeno formado por el medicamento y una proteína sanguínea o tisular (Estudio de la Landstainer).

Hay varias pruebas para ver si existe alergia, entre ellas tenemos la de escarificación de la piel para pacientes a los que se administrará penicilina y tienen antecedentes de alergia. Consiste en colocar una gota de penicilina diluida (1000 U. / ml.) sobre el antebrazo y se raspa la superficie cutánea tratando de no provocar salida de sangre.

Si la reacción es positiva, se producirá una roncha con ampolla o sin ella dentro de los 15 minutos iniciales. A la menor duda de una — reacción sistémica coloque un torniquete en una zona próxima al sitio — de la prueba e inyecte 0.1 Ml. de adrenalina en la misma reacción.

Las pruebas que se realizan en las mucosas son muy similares a las cutáneas, pero generalmente más peligrosas, porque la absorción es más rápida y por la imposibilidad de colocar un torniquete ante la inminencia de una reacción sistémica.

REACCIONES ALERGICAS A LOS ANALGESICOS.-

La aspirina es de empleo universal y rara vez produce hipersensibilidad. La alergia a esta droga puede causar asma, edema angioneurótico. Este es un edema lustroso circunscrito y localizado en ciertas regiones, tiene predilección por los párpados, labios, lengua, la glotis y los bronquios.

También la aspirina puede producir una hipoprotrombinemia momentánea que aparece una o dos días después de la ingestión y se puede evitar por administración de 50 mg. diarios de vitamina "K".

REACCIONES ALERGICAS A LOS BARBITURICOS.

Cuanto más corta sea la reacción de la droga, menor será la posibilidad de que se produzcan reacciones alérgicas.

Barbitúricos como el nembutal, fenobarbital y barbital sódico, pueden producir lesiones bucales o alergia cutánea, entre éstos se encuentran urticaria y edema angioneurótico, se deben tomar en cuenta por que pueden producir una obstrucción respiratoria o un colapso cardiovascular.

La gravedad de una alergia dependerá del tiempo transcurrido entre la administración de la sustancia excitante y la aparición de la lesión. Entre más breve sea este período, mayor será la probabilidad de que la reacción sea el preludio de un shock anafiláctico.

El tratamiento será, administrar un antihistamínico intramuscular como: Prometina (Dimetane) 10 mg., y la difenhidramina (Benadryl) 25 mg. y por vía oral tripelenamina (Piribenzamina) 50 mg. cada 6

horas para controlar lesiones.

REACCIONES ALERGICAS A LOS ANTIBIOTICOS.-

Los antibióticos ejercen efectos colaterales leves o graves. - Las reacciones menores comprenden: urticaria, edema angioneurótico, esomatitis, dermatitis y trastornos intestinales como: diarrea y flatulencia.

Los principales peligros son las reacciones anafilácticas agudas, que se observan fundamentalmente con la penicilina.

Penicilina.-

Este es el menos tóxico de todos los antibióticos, pero también el que produce más reacciones alérgicas. Es el más antiguo y el más usado. Es bactericida y bacteriostático. Es efectivo contra los estreptococos y estafilococos grampositivos que son de interés especial para el cirujano bucal.

La penicilina se puede adquirir en múltiples preparados para uso intramuscular, bucal, tópico y combinada con varios radicales químicos para producir desinfección breve o prolongada.

Intramuscular.- Ejemplo, la penicilina procainica "G", es la más usada como agente profiláctico y terapéutico. La dosis recomendada es de 600,000 U. por día para infecciones moderadas, administrada cada 12 horas 1 Cm.³ (300,000).

Bucal.- La penicilina V, es la más reciente. Tiene rápida absorción, generalmente se administra 3 ó 4 veces al día y se presenta en tabletas o cápsulas que contienen de 125 a 300 miligramos (200,000 a 500,000 U.). Para los niños hay suspensiones bucales de 125 Mg. por cucharadita.

Tópica.- No es muy recomendable debido al alto porcentaje de sensibilidad. Se presenta en trociscos, aerosoles, polvos, pomadas, pas-

tillas y pasta de dientes.

Precauciones:-

1.- La penicilina no debe administrarse cuando hay antecedentes de reacción, aunque sea ligera, después de una aplicación anterior de la misma.

2.- Los pacientes con historia de alergia, como fiebre del heno, Etc., deben ser tratados con precaución, ya que están muy expuestos a la sensibilización.

3.- La penicilina debe suspenderse desde el primer signo de --- alergia, incluyendo las reacciones menores, como comezón y rubor en el sitio de la inyección.

4.- En la inyección intramuscular se debe tener mucho cuidado, para no inyectar intravenosamente.

5.- Si se usa intramuscularmente es preferible inyectarla en los músculos deltoides y tríceps del brazo, para que pueda aplicarse un torniquete, si el paciente presenta signos de reacción anafilactoide.

6.- Se debe evitar el uso de la penicilina en forma tópica.

Las manifestaciones más comunes son la urticaria, erupciones y exitema, en el aparato respiratorio, a su vez puede haber edema angio---neurótico, pero el problema más serio es la depresión del sistema vascular periférico (shock anafiláctico) este suele presentarse después de la administración intramuscular de penicilina con procaína, este fenómeno obliga a un tratamiento rápido y eficaz de los cuales depende que el paciente viva o muera.

Otro factor importante es la vía de administración de la penicilina, la vía intramuscular es por donde más reacciones anafilácticas se han observado, que por vía oral.

Las reacciones alérgicas pueden tratarse con cualquier - - -

antihistamínico después de suspender la antibiocoterapia. En las reacciones más graves debe recurrirse a la adrenalina.

Eritromicina.-

Puede ser bactericida o bacteriostática, es activa contra los cocos grampositivos y algunos de los bacilos gramnegativos, también es eficaz contra algunos virus, rickettsias y cierto tipo de bacilo diftérico.

Este fármaco es útil en el tratamiento de las infecciones resistentes a la penicilina.

Cuando el paciente tiene hipersensibilidad a la penicilina, la eritromicina puede ser eficaz. Son raros los trastornos gastrointestinales y no se han señalado efectos secundarios graves.

Preparados y dosificación.- El método usual de administración de la eritromicina es la vía bucal, si la infección es muy grave puede administrarse intramuscular o intravenosa. Se obtiene en tabletas de 100 a 250 miligramos, con cubierta entérica. La dosis para el adulto es de una a dos tabletas cada 6 horas, según la gravedad de la infección. Hay suspensión bucal pediátrica con 100 miligramos por cucharadita (5 Cms.³) y se administran cada 4 ó 6 horas.

TETRACICLINAS.-

Químicamente tienen ligeras diferencias, pero su acción farmacológica y terapéutica es la misma. Las más importantes son: clorotetraciclina, oxitetraciclina y tetraciclina.

Las tetraciclina son de amplio espectro, raras veces producen reacciones alérgicas, son bacteriostáticas y generalmente eficaces contra los microorganismos patógenos de la cavidad bucal. Estos fármacos son de importancia, debido a que muchos microorganismos grampositivos son resistentes a la penicilina y algunos gramnegativos resistentes a -

la estreptomicina son sensibles a las tetraciclinas.

Producen la supresión de la flora bacteriana normal del intestino, los síntomas más comunes son: sequedad de boca con ardor y prurito. Otro efecto es la aparición de infecciones por monilias.

Preparación y dosificación..- Se administra generalmente por vía oral, pero también se pueden obtener preparados tópicos e intravenosos. La dosis usual para una infección aguda es de 250 a 500 miligramos cada 6 horas, en niños 100 miligramos cada 6 horas. Cuando la infección es muy grave, el fármaco puede prescribirse cada 4 horas en vez de cada 6.

Para los pacientes que no pueden tomar el medicamento por vía bucal, se justifica el uso de la vía intravenosa. La dosis varía de 500 a 1000 miligramos en una solución glucosada al 5 por 100 cada 12 horas. La inyección concentrada de los antibióticos debe hacerse con mucho cuidado, ya que pueden producir un trombo en el vaso. No se recomiendan las inyecciones intramusculares y subcutáneas, debido a que son sumamente dolorosas y pueden causar daño a los tejidos por su acción irritante.

Son muchas las formas de preparaciones para uso tópico, incluyendo pomada, trociscos, polvos y tabletas.

Precauciones..-

Los signos que indican la suspensión de las tetraciclinas incluyen:

1.- Las reacciones secundarias frecuentes a las tetraciclinas son: náuseas y diarreas. Si la diarrea no disminuye, el fármaco debe ser suspendido inmediatamente. Esto generalmente permite que retorne a la normalidad la flora gastrointestinal.

2.- Después de la administración tetraciclinas puede presentarse glositis, estomatitis y erupciones de la piel, especialmente cuando se ha empleado una preparación tópica. La aparición de estas manifesta-

ciones alérgicas, justifica la suspensión rápida del fármaco, ya que puede ser el aviso de manifestaciones más graves.

3.- El uso prolongado de la tetraciclina permite la proliferación de microorganismos que no son sensibles al antibiótico. La proliferación de *Monilia Albicans* puede producir síntomas persistentes y dolorosos. Las manifestaciones comunes de las monilias son malestar bucal, coceón anal, y vaginal, que son muy difíciles de tratar. El fármaco debe ser suspendido inmediatamente cuando aparecen estos síntomas.

4.- El uso tópico de las tetraciclinas debe usarse con precaución, ya que las reacciones alérgicas son comunes.

ESTREPTOMICINA.-

Es eficaz en casos seleccionados de tuberculosis. Es bactericida y bacteriostática.

No es eficaz en la sífilis y en las infecciones causadas por *Clostridium*, hongos, virus y rickettsias. Por sus efectos tóxicos y la relativa facilidad con la cual los microorganismos se hacen resistentes, su uso general no se recomienda en las infecciones de la cavidad bucal.

Preparados y dosificación.-

La única vía eficaz de administración de este fármaco es el uso parenteral. La dosis óptima, en la mayoría de las infecciones, es de uno a tres grs. diarios en dosis separadas de 0.5 grs. c/u.

Este fármaco no es eficaz cuando se administra bucalmente, ya que no se absorbe con facilidad y es excretado en las heces.

Precauciones.-

1.- Su administración puede causar dermatitis y parestesia orombucal.

2.- Se debe evitar el uso tópico de la estreptomicina, debido al alto grado de sensibilización, cuando se aplica a la piel y a las

mucosas.

3.- La complicación más seria de la estreptomycin es el daño que puede causar al oído por craneal. Esta complicación puede surgir durante la administración o cuando se dá a un paciente que ha sido sensibilizado. Esta perturbación se manifiesta por vértigo, zumbidos de oídos, pérdida del equilibrio y sordera. La droga debe utilizarse con precaución, ya que el daño puede ser permanente aunque suele ser reversible en cuanto se suspende el medicamento. Su administración prolongada puede causar cambios degenerativos en el nervio auditivo.

4.- Las reacciones alérgicas también son bastante frecuentes y pueden manifestarse por asma, anemia aplásica, dermatitis y urticaria.

5.- Los microorganismos grampositivos desarrollan resistencia a la estreptomycin con relativa facilidad, y el uso del fármaco debe limitarse generalmente a los microorganismos grampositivos resistentes a la penicilina.

6.- Pueden presentarse complicaciones renales por el uso prolongado de la estreptomycin o la dihidroestreptomycin.

CLORCHINETINA.-

Antibiótico de amplio espectro, eficaz contra la mayoría de los microorganismos patógenos existentes en la cavidad bucal. Es el agente terapéutico específico de la fiebre tifoidea. Su espectro es similar al de las tetraciclinas y es bacteriostático.

Preparación y dosificación.- El fármaco puede obtenerse para su administración bucal en forma de cápsulas, con 50, 100 y 250 miligramos. Para niños, suspensión con 125 miligramos por cucharadita (5 Cms³).

También puede administrarse por vía intravenosa o intramuscular en dosis de 1 Gr. cada 12 a 24 horas.

Como las tetraciclinas, el cloramfenicol puede obtenerse en diferentes formas para aplicación tópica, pero existe la contraindicación debido a la concentración inadecuada y la tendencia a las reacciones alérgicas.

Precauciones.-

1.- Es un agente terapéutico potente y se han observado varios trastornos sanguíneos debido a su administración, pero con menos frecuencia que lo que se creyó cuando la droga comenzó a emplearse. La depresión de la médula ósea puede dar como resultado neutropenia, agranulocitosis o, en casos extremos, anemia aplásica. La administración prolongada debe evitarse y durante el tratamiento, los análisis de sangre se deben llevar a cabo a intervalos regulares. Se ha sugerido que el cloramfenicol no se administre más de 10 días a los adultos y 7 días a los niños.

2.- Como la tetraciclina, el cloramfenicol es capaz de producir náuseas y diarreas, pero la última complicación es menos frecuente, ya que los antibióticos no suprimen fácilmente la flora intestinal. Esto se explica debido a que se absorbe con más rapidez en el intestino delgado y no llega gran cantidad al intestino grueso.

3.- La moniliiasis puede también ser consecuencia del uso prolongado o tópico de este fármaco.

Uso imprudente de Antibióticos.-

Los antibióticos tienen limitaciones terapéuticas y pueden producir reacciones tóxicas mucho más graves que la enfermedad para la cual se emplean. Por lo tanto, el profesionista debe examinar el problema más cuidadosamente y utilizar los fármacos de una manera más razonable.

Los resultados más peligrosos de la terapéutica antibiótica —

son reacciones tóxicas del huésped y la adquisición de resistencia de -
numerosos microorganismos.

La resistencia adopta dos formas básicas: los tipos resistentes que se desarrollan como resultado del uso inadecuado e indiscriminado de los antibióticos.

Otro factor que complica el uso de antibióticos, es la reacción tóxica. Es más común cuando se emplean irreflexivamente y puede ser producida de dos maneras:

1.- Puede depender de sensibilidad o respuesta alérgica del huésped.

2.- Las actividades fisiológicas normales pueden ser alteradas por dosificación prolongada o masiva.

Si el paciente presenta una historia de reacciones menores a un fármaco, el dentista debe evitar usarlo, ya que los resultados pueden ser desastrosos. Las reacciones anafilácticas, generalmente ocurren después que un paciente ha tenido una reacción menor en una ocasión anterior. Esta reacción se caracteriza por la aparición repentina de cianosis, toa, espasmo tónico, pulso débil filiforme y descenso de la presión arterial. Algunos antibióticos, aparte de la penicilina producen cefaleas, náuseas, vómito y diarrea.

CONCLUSIONES

La mejor manera de tratar una urgencia es impedir que se produzca.

Actualmente el campo de la odontología ha tenido un gran avance en todos sus aspectos, pues cuenta con equipo que es fácil de adquirirlo y tenerlo en el consultorio, por ejemplo, el equipo para emergencias como es el equipo para administrar oxígeno a presión, y jeringas hipodérmicas para uso inmediato de soluciones vasopresoras. Esto reduce las molestias del paciente, borrando así el temor que le tiene el asistir al consultorio y el cirujano dentista.

Para la Odontología moderna, que desea alcanzar métodos de diagnóstico general, y saber los riesgos que se tienen con cada paciente, es necesario llevar al cabo una historia clínica y evaluación física para elegir el tratamiento adecuado.

La prevención es el principio fundamental de cualquier tratamiento. Prevenir es evitar que se presenten accidentes durante la atención odontológica.

El estudio clínico complementado con el radiográfico establece un diagnóstico y manejo correcto lo cual se relaciona con el pronóstico de cualquier alteración bucal. El conocimiento de la fisiología humana, sumado a una historia clínica cuidadosa, puede prevenir complicaciones que varían desde las reacciones alérgicas de mediana intensidad hasta el colapso total.

Cuando el odontólogo no logra despertar la confianza del paciente, como para controlar su ansiedad, es necesaria una premedicación antes de administrar un anestésico para mitigar la aprensión, ansiedad o miedo.

Para evitar complicaciones de la anestesia local y las molestias del paciente, deben utilizarse agujas rígidas pesadas y de bicel - corto y jeringas buenas, administrando dosis mínimas, inyectadas lentamente, el anestésico elegido. El oxígeno es el mejor recurso para tratar las reacciones tóxicas, e incluso las de origen psíquico y emotivo.

Una buena técnica, conocimiento y habilidad del odontólogo ayudan a llevar al cabo una buena intervención al realizar una extracción, tomando medidas preventivas antes, durante y después de ésta, para evitar cualquier urgencia y complicación.

Las diversas técnicas que han favorecido el adelanto en Odontología se han logrado gracias a la adquisición de fármacos, tales como anestésicos, analgésicos y antibióticos.

Es evidente que los antibióticos y la terapéutica, técnica moderna son de gran ayuda para el cirujano en su constante batalla con -- infecciones de las heridas; sin embargo, no sustituyen a la buena técnica quirúrgica y a la asepsia.

La mayoría de las emergencias enumeradas son previsibles. La -- adopción de principios quirúrgicos bien establecidos, la elección de -- una vía de acceso adecuada, el cuidado con que se manipulen los tejidos, el uso controlado de la fuerza, y sobre todo la concentración en el -- problema, reducirán al mínimo las complicaciones postoperatorias.

A pesar de estos cuidados pueden producirse complicaciones incluso en manos del más experto de los profesionales; por lo tanto, todo dentista debe tener los conocimientos y habilidad suficientes como para enfrentar con éxito las emergencias que pudieran presentarse.

Es muy importante la honradez del cirujano dentista en casos -- de accidentes, para comunicarlo al paciente y no engañarlo, pues en ello va nuestro prestigio.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Cirugía Buco-Dental.- Por Guillermo Ries Centeno.- Séptima - Edición.- Editorial Ateneo.-
- 2.- Fisiología.- Tuttle Schottelius.- Décima-Sexta Edición.- Edición 1969.- Editorial Interamericana.-
- 3.- Diccionario de Medicina.- Dr. E. Dabout.- Editora Nacional.- - 1973.-
- 4.- Diagnóstico y Tratamiento del Shock.- Primera Edición.- Editorial Interamericana.- 1968.-
- 5.- La anestesia en Cirugía Dental.- Segunda Edición.- México, 1957.-
- 6.- Odontología y Medicina Interna.- H-Mathis-W. Winkler.- Editorial Labor.-
- 7.- Emergencias en Odontología.- Frank M. Mc. Carthy.- Segunda Edición.- Editorial El Ateneo.- 1973.-
- 8.- Odontología Preventiva en Acción.- Dr. Simón Katz.- Editorial Médica Panamericana.- 1975.-
- 9.- Manual de Farmacología.- G. Kuschinsky H. Lullmann.- Tercera Edición.- Editorial Marín.- 1968.-
- 10.- Tratado de Cirugía Bucal.- Por Dr. Gustavo O. Kruger.- Editorial Interamericana.- Primera Edición.-
- 11.- Revista Médica.- I.M.S.S.- Octubre-Diciembre.- Volumen II - Número 4.- 1972.-
- 12.- Manual de Anestesia Local en Odontología.- ASTRA.- 1976.-
- 14.- Revista "Odontólogo Moderno".- Volumen 3 # 16.- Febrero de - 1975.-
- 15.- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas.- Sabat Editores, S. A.- Undécima Edición.- 1976.-
- 16.- Patología Oral THOMA.- Robert J. Goding.- Henry M. Goldman.- Salvat Editores, S. A.- 1975.-