



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

INDICE

INTRODUCCION

	Pág.
CAPITULO 1 HISTORIA CLINICA	1
CAPITULO 2 TECNICAS DE EXTRACCION	5
CAPITULO 3 IATROGENIAS CAUSADAS POR LA ELECCION Y TECNICA DE LA ANESTESIA	13
CAPITULO 4 IATROGENIAS CAUSADAS A TEJIDOS BLANDOS.....	22
LESION EN PISO DE BOCA	
LESION EN LENGUA	
LESION EN ENCIA	
LESION A PALADAR	
LESION EN REGION YUGAL	
LESION EN LABIOS	
LESION A TRONCOS NERVIOSOS	
LESION A VASOS SANGUINEOS	
CAPITULO 5 IATROGENIAS CAUSADAS A TEJIDOS DUROS	28
LESION A ORGANOS DENTARIOS ADYACENTES	
LESION AL BORDE ALVEOLAR	
FRACTURA DE LA CORONA DE UN ORGANO DENTARIO	
FRACTURA DE APICE	

FRACTURA DEL MAXILAR Y MANDIBULA
EXTRACCION DE UN ORGANO DENTARIO SANO
POR ERROR
ORGANOS DENTARIOS CON AFECCIONES PARO
DONTALES
ORGANOS DENTARIOS CON PROCESOS TUMORALES
ORGANOS DENTARIOS EN ZONAS QUE HAN SIDO
RADIADAS
LESION A SENO MAXILAR
DISLOCACION DE LA ARTICULACION TEMPORO-
MANDIBULAR

CAPITULO 6	IATROGENIAS CAUSADAS POR MAL USO DE INSTRUMENTAL	42
	AGUJAS E INSTRUMENTOS FRACTURADOS INSTRUMENTOS CONTAMINADOS	
CONCLUSIONES		50
BIBLIOGRAFIA		52

INTRODUCCION

Desde los tiempos más remotos, el hombre ha hecho iatrogenias, practicando la odontología por necesidad crítica, basándose en la observación y el error.

Iatrogenia proviene del vocablo griego iatros: médico; genia o génesis: creación. Por lo tanto, iatrogenia es aquello que resulta de la actividad de los médicos, cirujanos - dentistas y otros profesionales de la salud; causando un estado anormal en un paciente, ya sea por inadvertencia, o bien, por un tratamiento erróneo.

Diferenciando entre iatrogenia y accidente; la primera

es causada por el operador; y el accidente puede deberse a causas ajenas del operador o cirujano dentista.

La extracción dental debe de ir precedida de una historia clínica detallada, la cuál puede prevenir complicaciones, conocimientos de anatomía y fisiología humanas evitando traumatizar a nuestro paciente de manera innecesaria. Apoyarnos en un buen estudio radiográfico para tener una ubicación precisa de la conducta a seguir en cada caso que se nos presente.

Por regla general, al hacer caso omiso de éstos estudios, o por imprudencia del operador tenemos como consecuencia una iatrogenia, la cuál, debe ser corregida inmediatamente.

CAPITULO 1

HISTORIA CLINICA

Por lo general, la historia clínica es la clave para la elaboración del diagnóstico; ya que contiene el relato del paciente, además de los síntomas que suelen sugerir -- ciertas posibilidades, desde un punto de vista diagnóstico. En ocasiones indica el camino a seguir para realizar estudios subsecuentes. Muchas veces es con lo único que podemos contar para la elaboración de un buen diagnóstico. (1)

Guía para la historia médica

Nombre	Edad	Sexo
Ocupación	Edo. civil	Nacionalidad
Dirección		Telefono
Motivo de la consulta		

(1) Diagnóstico y tratamiento odontológicos p. 3-5

Antecedentes heredo familiares

Diabetes	Amigdalitis	
Alergias	Obesidad	
Tuberculosis	Neoplasias	
Sífilis	Hemofilia	Otras enfermedades

Antecedentes no patológicos

Dieta
 Higiene corporal
 Higiene oral
 Hábitos
 Tipos de trabajo
 Menstruación
 Hemorragias
 Embarazos

Antecedentes patológicos personales

Sarampión	Amigdalitis
Varicela	Intervenciones quirúrgicas
Viruela	Rubeola
Fracturas	Alergias

ESTUDIO POR APARATOS Y SISTEMAS

A.- Digestivo: Nauseas
 Vómitos
 Diarrea

Estreñimiento
Falta de apetito
Molestias rectales

- B.- Cardiovascular:** Cefaleas
Edemas
Cianosis
- C.- Respiratorio:** Tos
Asma bronquial
Disnea
Cianosis
Fiebre
- D.- Genitourinario:** Menstruación
Flujo
Orina
- E.- Hematopoyético:** Pálidéz
Astenia
Sangrado nasal
- F.- Endócrino:** Temblor digital
Vómito
Diarrea
Anorexia
- G.- S.N. Central:** Vista
Oído
Olfato
Gusto
Tacto

H.- Estado psicológico: Ocupación
Miedos
Angustia
Ambiental

Terapéutica empleada

Estudio radiológico (2)

(2) Idem

CAPITULO 2

TECNICAS DE EXTRACCION

DEFINICION

Exodoncia: Rama de la odontología que se encarga de la extracción de los órganos dentarios que han perdido su funcionamiento ya sea por procesos cariosos, por infección del periodonto.

Extracción: Es el acto quirúrgico que se realiza para desalojar el órgano dentario de su alveolo, el cuál se realiza con técnicas operativas actuales, con asepsia y antisepsia

INSTRUMENTAL

Los instrumentos más empleados para la extracción dental son los fórceps, que actúan como palanca de primera clase. Constan de dos partes:

- 1) pasiva: son las ramas del fórceps
 - 2) activa: compuesta por los bocados del fórceps que hacen
-

contacto con la corona del órgano dentario.

Las ramas de la parte pasiva son paralelas entre sí; la parte activa va de acuerdo al tipo de órgano dentario a extraer, ya sea anterior, posterior, superior o inferior. Estas partes están unidas por una articulación. (3)

Las formas más sencillas de fórceps y probablemente -- las más ampliamente usadas, son los fórceps universales número 150 (para maxilar superior) y fórceps universales número 151 (para maxilar inferior). El primero de bocados romos, en forma de S itálica o bayoneta; el segundo, las ramas y los -- bocados forman un ángulo recto, la parte activa tiene boca-- dos romos y delgados. (Fig. 1-1) (4)

Otros de los instrumentos más usados son los elevadores o botadores que basados en principios de física, tienen aplicación en exodoncia con el objeto de movilizar o extraer órganos dentarios o raíces, útiles también para el levantamiento o desprendimiento de la mucosa, luxación del órgano dentario y odontosección. (Fig. 1-2)

(3) Apuntes Dra. Nancy Jacques

(4) Cirugía bucal p.

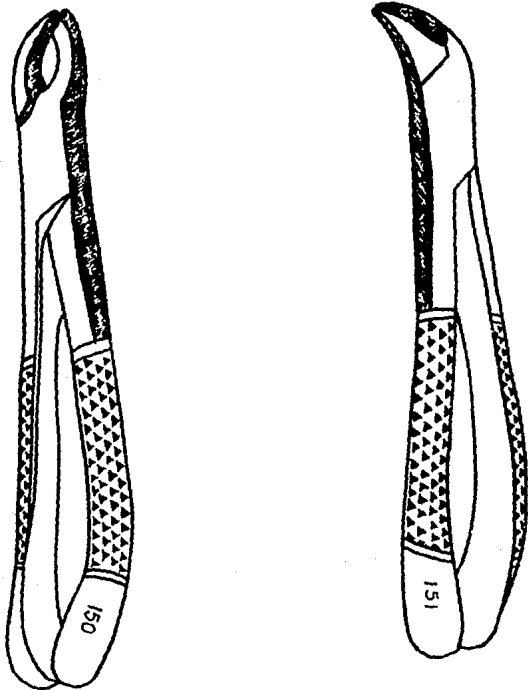


Fig. 1-1. Férceps universales
150 y 151

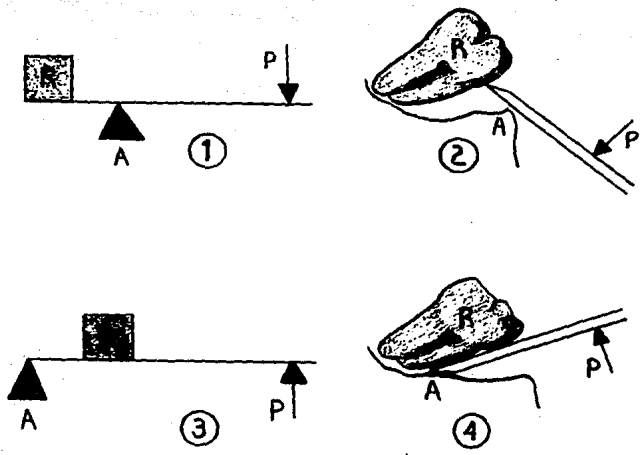


Fig. 1-2. El elevador (en éste caso recto) realiza su trabajo mecánico, actuando como palanca de primer o segundo género.

El elevador o botador consta de tres partes:

- 1) mango
- 2) tallo
- 3) hoja

Existen tres tipos de elevadores:

- 1) Elevador recto de bocados delgados y de bocados anchos
- 2) Elevador de bandera, derecho e izquierdo
- 3) Elevador apical

El elevador recto presenta en su parte activa u hoja una cara concava y una convexa que puede ser mediana o delgada. Se utilizan para el desprendimiento de la mucosa o en -- cía, en la luxación del órgano dentario, para extraer restos radiculares, también para efectuar la separación de las raíces, cuando la corona se encuentra fracturada completamente, o, simplemente para la extracción del órgano dentario sin utilizar fórceps. (Fig. 1-3A)

El elevador de bandera tiene extremos afilados que asemeja a un triángulo o una bandera. Los podemos encontrar en tres tamaños, largos, medianos y pequeños; tanto derechos,

como izquierdos. Se utilizan principalmente para hacer la extracción de una raíz o ápice radicular de un molar; siempre y cuando se encuentre desocupado un alveolo (mesial o dis---tal). No debe utilizarse éste instrumento para hacer levantamiento o desprendimiento de la mucosa o encía, ni para luxar el órgano dentario. (Fig. 1-3B)

El elevador apical presenta sus hojas en forma de ángulo con una cara cóncava y una convexa. Este instrumento, como su nombre lo indica, se utiliza para extraer ápices radicales. (Fig. 1-3C) (5)

TECNICAS

La extracción dental por medio de fórceps serán en tres tiempos quirúrgicos:

- 1) Prehensión
- 2) Luxación
- 3) Tracción

Prehensión.- consiste en la aplicación del fórceps en la que la toma o prehensión del órgano dentario es fundamen-

(5) Ibid

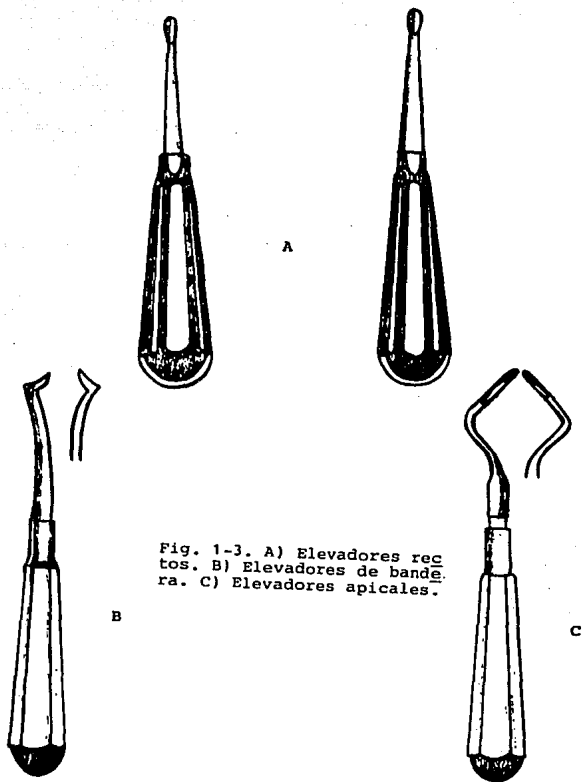


Fig. 1-3. A) Elevadores rec-
tos. B) Elevadores de bande-
ra. C) Elevadores apicales.

tal y de la cuál dependen el éxito de los siguientes tiempos. El fórceps toma el órgano dentario por encima del cuello anatómico en donde se apoya y a expensas del cuál se desarrolla la fuerza para movilizarlo. La corona no debe intervenir como elemento útil en la aplicación de la fuerza, por lo tanto, el instrumento debe llegar debajo del borde gingival hasta llegar al cuello del órgano dentario. Los bocados (externo bucal y el interno lingual o palatino) deben penetrar simultáneamente hasta el sitio elegido; la mano derecha cierra las ramas del fórceps para continuar con el siguiente tiempo.

Luxación.- O desarticulación del órgano dentario; es el tiempo por medio del cuál el órgano dentario rompe las fibras del periodonto y dilata el alveolo; se realiza por dos mecanismos:

- 1) Movimientos de lateralidad del órgano dentario dirigiéndose de dentro hacia afuera.
 - 2) Movimientos de rotación, desplazando el órgano dentario de derecha a izquierda en sentido de su eje mayor. Este movimiento
-

miento solo puede ser aplicado en órganos dentarios uniradicales, siempre y cuando no existan anomalías radiculares.

Tracción.- Es el último movimiento destinado a desplazar finalmente el órgano dentario de su alveolo y roto los ligamentos por dilatación de éste. Generalmente la cantidad de fuerza requerida es pequeña y la resultante de la fuerza tiende a dirigir el órgano dentario en el sentido de la corona y de la tabla externa. Al abandonar el órgano dentario su alveolo, está terminada la parte mecánica de la extracción. (Figs. 1-4, 1-5, 1-6) (6)

Técnica por elevadores

Actúan como palanca de primera clase y como cuña, al introducirlo entre el hueso y el órgano dentario. Para ello, debemos tomar en cuenta los siguientes factores: resistencia, potencia y punto de apoyo. (Fig. 1-2) El punto de apoyo está dado por los elementos en exodoncia que es el hueso u órganos dentarios vecinos.

El maxilar como punto de apoyo es útil siempre y cuando

(6) Ibid

el borde alveolar sea fuerte y resistente que permita el apoyo de instrumentos para movilizar el órgano dentario. Generalmente el apoyo se busca en el ángulo mesio-bucal del órgano dentario que se va a extraer. (7)

Los órganos dentarios vecinos como punto de apoyo son útiles pero tienen que reunir ciertas características o condiciones:

- 1- La corona debe mantener su integridad anatómica y su resistencia física no debe disminuir en el caso de ser portadora de un aparato protésico.
- 2- La raíz arquitectónicamente fuerte y bien implantada.
- 3- Los órganos dentarios uniradiculares con raíces cónicas o fusionadas pueden luxarse al ser usadas como punto de apoyo.

Los pasos a seguir para la extracción son los siguientes:

- 1) Aplicación
- 2) Luxación
- 3) Extracción, propiamente dicha

Los movimientos serán en rotación, en elevación y des--

(7) Ibid

censo a base de ángulos; en órganos dentarios uniradica---
res. En órganos dentarios multiradiculares se hace sección a
la mitad, ésta separación la hacemos por medio de una fresa.
Posteriormente introducimos el elevador y por medio de movi-
mientos de rotación de mesial a distal procedemos a extraer
la primera parte, prosiguiendo con la segunda. Se puede ha--
cer combinación elevador-fórceps.

En molares superiores de tres raíces, seccionamos las
vestibulares de palatina y mesial de distal; extrayendo pri-
mero vestibular y después palatino. (8)

(8) Ibid

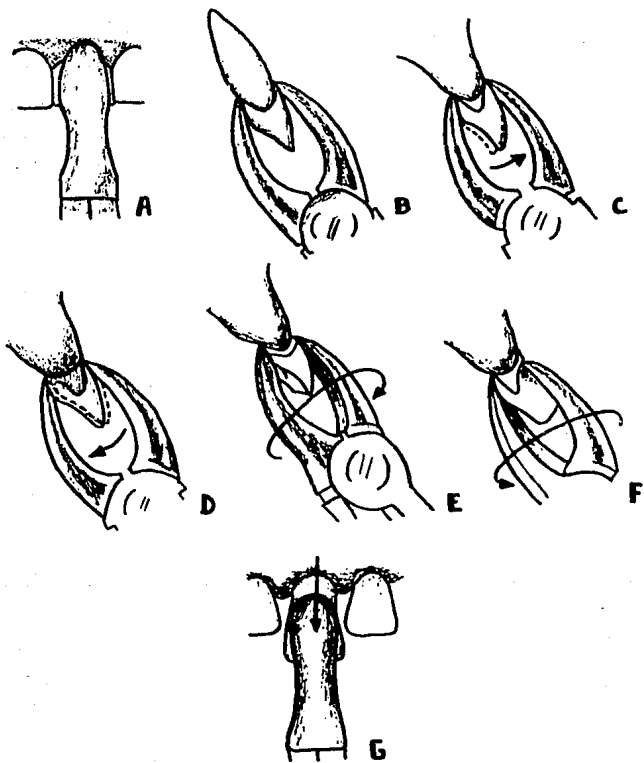


Fig. 1-4. Técnica para la extracción de un órgano dentario uniradicular. A.Prehensión B.Adaptación de los bocados al cuello del órgano dentario C y D.Luxación por movimientos de lateralidad hacia vestibular y lingual. E y F.Rotación en el sentido de las flechas. G.Extracción.

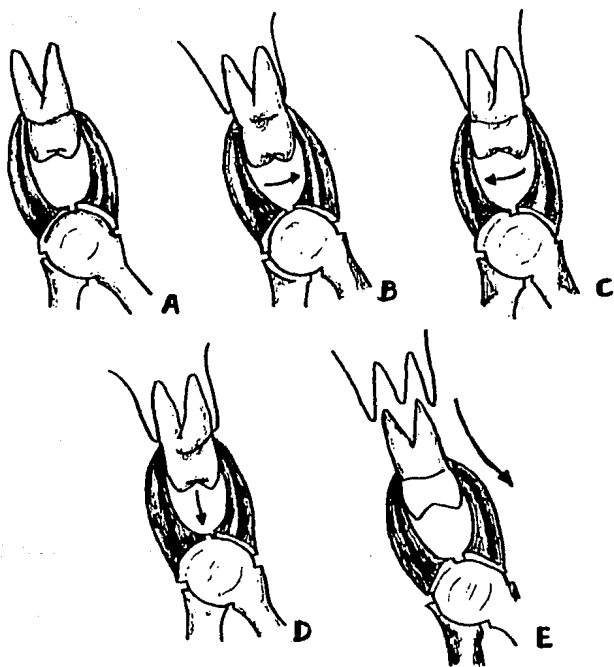


Fig. 1-5. Técnica para la extracción de un premolar superior. A. Prehensión. B y C. Luxación por movimientos de lateralidad hacia bucal y lingual. D. Luxación en sentido de su eje. E. Extracción (tracción hacia abajo y afuera).

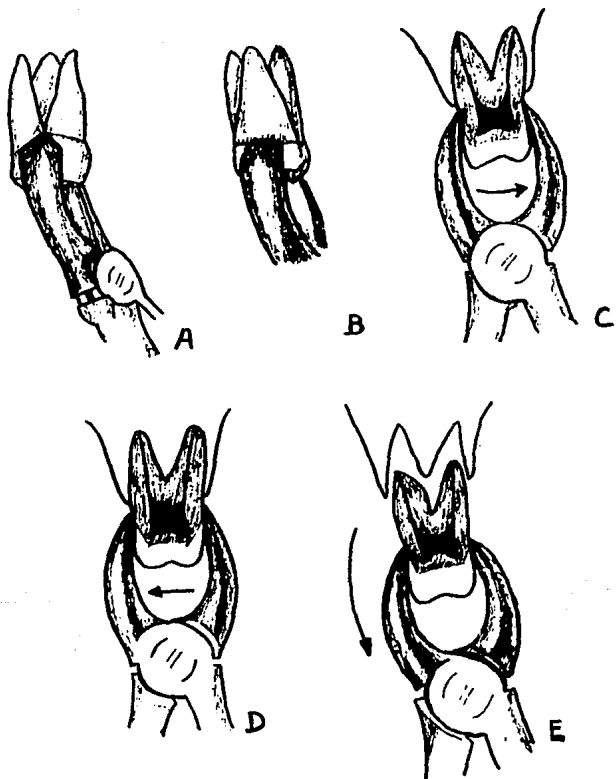


Fig. 1-6. Técnica para la extracción de un molar superior. A y B. Prehensión, vista por bucal y lingual. C y D. Luxación según fuerza lateral en arco. E. Extracción (tracción hacia abajo y afuera).

CAPITULO 3

IATROGENIAS CAUSADAS POR LA ELECCION
Y TECNICA DE LA ANESTESIA

Todas las intervenciones odontológicas pueden efectuarse sin peligro bajo anestesia local, tras la correspondiente preparación y adecuación del paciente, así como una técnica anestésica correcta. La anestesia local no está contraindicada del todo en los pacientes con enfermedades generales, incluso es preferible en los enfermos del aparato circulatorio. Sin embargo, no debe aplicarse en los casos de alergia al anestésico y en los estados de shock. (6)

Complemento vasoconstrictor

Los anestésicos del grupo amida consiguen, a una concentración suficientemente elevada, una anestesia bastante intensa en la región maxilar, incluso sin adicción de un vasoconstrictor. Debido a la rápida resorción de la boca y del maxilar, que está muy vascularizada, la duración de la anes-

(6) Anestesia local p. 407

tesia es muy corta, y pueden presentar reacciones secundarias generales indeseables. Por esto es recomendable aún hoy día la adicción de un vasoconstrictor en la anestesia local odontológica, afín de obtener una duración suficiente de la anestesia y cierta isquemia en la zona operatoria, para evitar una resorción demasiado rápida. (7)

No cabe duda que la adicción habitual de adrenalina -- (1:50,000 a 1:200,000), en la anestesia local odontológica, no tiene ninguna importancia para el organismo sano, sobre todo si se tiene en cuenta las pequeñas cantidades inyectadas. Sobre su importancia en los pacientes con afecciones circulatorias, las opiniones varían. Se dice que no debe emplearse la adrenalina ni sus derivados en los enfermos con vasolabilidad, lesiones del músculo cardiaco, esclerosis coronaria y tirotoxicosis. También otros autores ven en la adrenalina como la propia al organismo, la causa principal de las complicaciones de la anestesia local. Según el informe oficial de la New York Heart Association, el empleo de vasoconstrictores no está contraindicado en los enfermos del apa

(7) Ibid, p. 410

rato circulatorio, en las cantidades y concentraciones usuales en estomatología. En amplias series experimentales se demostró que sobre todo los factores psíquicos condicionan la hiperactividad de la corteza suprarrenal antes de la intervención estomatológica y, de ésta forma, son los responsables de las complicaciones en la anestesia local. (8)

La noradrenalina se ha impuesto sobre todo en los pacientes con lesiones circulatorias, debido a su escasa acción en éste sentido.

Existe una buena experiencia de la adicción de vasopresina al anestésico local. Debido a su falta de afinidad con el sistema nervioso vegetativo puede emplearse igualmente en trastornos simpaticotónicos (hipertonía, hipertiroidismo). Se recomienda sobre todo cuando se desea una anestesia local sin anemia local. La octapressin, derivado de la vasopresina parece localizar el anestésico en el tejido, sin conducir a una anemia con hiperemia secundaria reactiva. (9)

Las complicaciones en el consultorio dental pueden aparecer por una gran variedad de factores predisponentes; que

(8) Idem.

(9) Idem.

nos pueden dar como resultado una iatrogenia como son las siguientes:

Complicaciones locales

- 1) La contaminación bacteriana de las agujas es relativamente frecuente, incluso para el más meticoloso de los odontólogos. Su consecuencia habitual es una infección leve, a nivel de los tejidos periodontales o más profunda, en la fosa pterigomaxilar; la manipulación inadecuada por parte del odontólogo y sus auxiliares, son los factores responsables de los diversos grados de contaminación.
- 2) Las reacciones locales a tópicos o a soluciones inyectables se manifiestan habitualmente bajo la forma de una descamación epitelial. Este trastorno se debe, en general, a una aplicación demasiado prolongada del anestésico tópico, pero a veces se produce por hipersensibilidad de los tejidos.

La alergia local con formación de pápulas y vesículas, debe considerarse como una advertencia; por consiguiente, cualquier empleo posterior del agente causal deberá acompa

ñarse de las precauciones necesarias; lo mejor en éstas -- circunstancias es reemplazarlo por otro anestésico de diferente estructura química.

Los abscesos o la gangrena pueden deberse a la isquemia -- que se produce al inyectar una cantidad exagerada de anestésico con un vasoconstrictor asociado, en el tejido duro y firme del paladar.

El trismus y el dolor son comunes después de la inyección en músculos y tendones, y constituyen parte de las alteraciones locales producidas por éstos agentes.

Buena parte del dolor que habitualmente se atribuye a la operación se debe, simplemente, a la administración inco---rrecta de los anestésicos.

Una complicación adicional, también motivada por errores de técnica, es la aparición de parestesias y neuritis consecutivas a la punción accidental de un nervio.

- 3) El emfisema se produce rara vez después de una inyección - debido a la entrada de aire en los tejidos faciales.
 - 4) Los traumatismos provocados por la inyección constituyen -
-

la mayoría de las complicaciones locales. En general, las alteraciones son de poca importancia cuando se recurre a la técnica supraperiódica, y consisten en edema, dolor y a veces una pequeña ulceración en el sitio de la punción. Las primeras dos manifestaciones pueden deberse a la infección, a inyecciones demasiado rápidas o a la administración de un volumen demasiado grande. La tercera, a su vez, es consecuencia de la infección. (10)

Complicaciones sistémicas

- 1) Las reacciones alérgicas suelen aparecer de manera repentina; siendo una de las de mayor riesgo el shock anafiláctico, ya que su curso de presentación es rápido y el paciente puede estar en riesgo de muerte.
- 2) Las reacciones tóxicas se acompañan de manifestaciones sistémicas cuando la droga administrada en cantidades excesivas se absorbe con demasiada rapidéz. La absorción aumenta cuando se inyecta rápidamente gran volumen de anestésico en tejidos muy vascularizados, por ejemplo, en la región peribucal. Si el dentista inyecta accidentalmen

te una ampolla de procaína por vía intravenosa, en un -- tiempo de 5 seg. la velocidad de absorción supera en 15 - veces el máximo considerando como seguro, y la droga se - hace aproximadamente 200 veces más tóxica.

De acuerdo con informes, la aplicación tópica de analgésicos en pasta o evaporizadores pueden producir efectos similares a los de una inyección intravenosa.

Los anestésicos locales pueden producir crisis agudas de asma como consecuencia del stress emocional o de una reacción alérgica. (11)

- 3) Aunque la mayoría de los pacientes presentan reacciones psíquicas, los odontólogos solo suelen captar los signos que preceden inmediatamente al síncope. Desde luego, en el paciente muy ansioso o fóbico están elevados los niveles de catecolaminas. Afortunadamente, los procedimientos de primeros auxilios para el síncope están tan arraigados en la mayoría de las personas y la capacidad de recuperación del organismo es tan grande, que raras veces el paciente entra en shock. (12)

(11) Ibid, p. 282

(12) Ibid, p. 283

Profilaxis y tratamiento

El tratamiento y profilaxis de muchas complicaciones locales se modificaron con el advenimiento de las agujas desechables; sin embargo, la contaminación bacteriana se redujera si el operador o auxiliares manejasen correctamente las técnicas de asepsia y antisepsia, así como el cuidado al aplicar el anestésico. Al mismo tiempo, sin embargo, el filo extraordinario de las agujas acrecienta el peligro de penetrar inadvertidamente en tejidos que deben evitarse; pudiendo ocasionar trismus y dolor residual, así como un hematoma, parestesia o una neuritis postanestésica. La profilaxis del trismus consiste en seguir estrictamente la trayectoria anatómica correcta de la aguja.

El tratamiento correcto del trismus y la neuritis es la radiación infraroja. La parestesia que puede acarrear la lesión del nervio desaparece en pocas semanas.

El tratamiento de un hematoma en la región de la tuberosidad maxilar comienza con el dolor de la hemorragia aplicando gasa aglomerada a presión en el vestíbulo de la boca y e-

jerciendo presión extraoral sobre la zona tumefacta. El tratamiento posterior se hace con rayos infrarojos y una posible inyección local de hialuronidasa. (13)

El síncope, las convulsiones y el shock se tratan colocando al paciente en posición horizontal y administrando oxígeno. Si las convulsiones no se interrumpen, se inyectará -- con lentitud diazepam intravenoso. Después de las convulsiones, el paciente se siente deprimido por lo que debe seguir administrando oxígeno. Si la presión sanguínea cae se administra una droga presora como la mefentermina, fenilefrina o un corticosteroide por vía intravenosa. (14)

Los ataques de asma se tratan con adrenalina. La cuál se inyecta por vía intramuscular o intravenosa con suma lentitud y sin interrupción. (15)

(13) Ibid, p. 286-287-288

(14) Idem.

(15) Iden.

CAPITULO 4

IATROGENIAS CAUSADAS A TEJIDOS
BLANDOS

La pérdida del control de los instrumentos produce a veces laceraciones, desgarramientos u otras lesiones en los tejidos blandos. Los elevadores o fórceps pueden deslizarse de la superficie de los órganos dentarios y dañar los tejidos del labio, la mejilla, lengua, piso de la boca o el paladar. Durante la extracción se puede producir la fractura del hueso adyacente al órgano dentario, con desgarramiento de la mucosa. Además, los discos, fresas y otros instrumentos rotatorios pueden resbalar accidentalmente y lesionar los tejidos blandos adyacentes. En general, todas éstas lesiones son evitables. Los riesgos se reducen mediante el uso cuidadoso de los instrumentos y un soporte adecuado de la mano con el fin de limitar los movimientos. (16)

LESION EN PISO DE BOCA

No debe ser dañado durante la extracción dentaria si se

(16) Emergencias en odontología p. 323-324

tiene cuidado durante la aplicación del fórceps y el uso de elevadores. Estos accidentes ocurren más comunmente bajo anestesia general, los tejidos blandos siendo comprimidos en el fórceps o entre los órganos dentarios y las hojas del abrebocas. El uso efectivo de la mano izquierda evita éstos accidentes. Si el operador utiliza un elevador sin control a decuado se le puede desplazar el instrumento y lesionar el piso de la boca o la lengua. (17)

LESION EN LENGUA

La lengua está muy vascularizada y puede presentar sangrado abundante después de una lesión. Esta hemorragia puede ser controlada jalando la lengua hacia adelante y colocándole unas suturas, aunque, la lengua, una masa densa de tejido muscular, con muy poco tejido conectivo diseminado en el músculo o sosteniendo la superficie mucosa, es un tanto difícil de suturar, pero el cierre puede lograrse. (18) (19)

LESION EN ENCIA

Este daño puede ser evitado por medio de una cuidadosa

-
- (17) La extracción dental p. 101
 - (18) Idem
 - (19) Cirugía bucal p. 136

elección del fórceps y buena técnica. Si se adhiere la en---
 cía al órgano dentario que se está liberando de su alveolo,
 ésta deberá ser cuidadosamente desbridada del órgano denta--
 rio, ya sea con un bisturí o con tijeras, antes de cualquier
 intento posterior para liberar el órgano dentario. (20)

LESION A PALADAR

Suele producirse al introducir accidentalmente en los
 tejidos blandos un instrumental dental puntiagudo.

Estas lesiones son más alarmantes que peligrosas. Es ra
 ro que la herida punzante sangre mucho, dado que el tejido
 tiende a contraerse o retraerse una vez que se ha retirado -
 el objeto penetrante. Habitualmente no es necesario proceder
 a la sutura; más aún, en general, está contraindicada porque
 favorece el desarrollo de bacterias anaerobias que pudieron
 penetrar durante el accidente. El tratamiento consiste en ex
 plorar la herida para asegurarse de que no queden cuerpos ex
 traños, lavarla minuciosamente con un antiséptico y dejarla
 que cure por granulación. También se tomarán medidas para e-
 vitar una infección secundaria. (21)

(20) La extracción dental p.100

(21) Emergencias en odontología p. 325-326

LESION EN REGION YUGAL

Los instrumentos calientes pueden provocar quemaduras - dolorosas en ésta zona, y lo mismo ocurre con los instrumentos rotatorios. Estas heridas, en general, no requieren tratamiento; la sutura no está indicada y habitualmente curan por segunda intención. Si existe dolor, puede ser aliviado - cubriendo la herida con un medicamento protector como tintura de benzoína. En síntesis, los instrumentos calientes o rotatorios que pueden generar calor deberán usarse con sumo - cuidado para evitar quemaduras por contacto en la piel y la mucosa. (22)

LESION EN LABIOS

El labio inferior puede ser comprimido entre los mangos del fórceps y los órganos dentarios anteriores si no se tiene suficiente cuidado. La habilidad del operador en el uso de su mano izquierda debe asegurar qué el labio está fuera - del área del daño. Se requiere un cuidado extra cuando los - órganos dentarios inferiores son extraídos bajo anestesia general. Los labios pueden ser quemados si los instrumentos no

están completamente fríos después de haber sido esterilizados. (23)

LESION A TRONCOS NERVIOSOS

Si el órgano dentario o la raíz están en íntima relación con el nervio dentario inferior, el daño puede ser evitado o minimizado solamente por medio de radiografías preoperatorias de diagnóstico y una disección cuidadosa. El nervio mentoniano puede ser dañado, ya sea durante la extracción de raíces de premolares inferiores. Si el nervio es protegido por medio de un retractor metálico durante la operación, y la remoción de hueso es mayor a la raíz del primer premolar y distal a la raíz del segundo premolar, se evita la falta de sensación labial, o bien, se reduce o es pasajera. El nervio lingual puede ser dañado, ya sea por una extracción traumática de un molar inferior en el cual los tejidos blandos linguales son atrapados en el fórceps, o bien, que se hayan lastimado con la fresa durante la remoción de hueso. Se debe utilizar un retractor metálico para proteger los tejidos blandos adyacentes de daño cuando se está utilizando una fresa. (24)

(23) La extracción dental p. 100

(24) Ibid, p. 101

Las raíces del tercer molar pueden desarrollarse y crecer alrededor del nervio dentario inferior, de manera que éste puede resultar lesionado durante los procedimientos de extracción. (25)

El uso imprudente de curetas y botadores, o la extracción de raíces profundas, son otras causas de lesión de los nervios ya mencionados.

La lesión del nervio nasopalatino no tiene importancia y no altera la sensibilidad. Ciertos procedimientos, como la extracción de órganos dentarios impactados en el paladar y de quistes de los incisivos, requieren a menudo la avulsión de éste nervio; no obstante ello, los pacientes rara vez se quejan de pérdidas de sensibilidad. (26)

LESIONES DE VASOS SANGUINEOS

Las lesiones de vasos sanguíneos son una emergencia común en cirugía intrabucal, pero, por fortuna, la mayoría de los vasos de ésta región son de pequeño calibre y cuando se los secciona sangran poco, pero existen algunos vasos grandes que, si llegan a sangrar, requieren pinzamiento y ligadura. (27)

(25) La extracción dental p. 101

(26) Emergencias en odontología p. 343-344

(27) Idem.

CAPITULO 5

IATROGENIAS CAUSADAS A TEJIDOS
DUROS

La evaluación de la dificultad en potencia comienza con la correlación de la radiografía del órgano dentario en cu
estión con la impresión clínica en el momento de la evalua ---
ción. La evaluación del paciente con respecto a su coopera--
ción y estabilidad general también son importantes. Deberá
prestarse atención clínica especial a la calidad del órgano
dentario, la solidez general de la corona, caries y la canti
dad de hueso existente, así como su posición en la arcada.

(28)

LESION A ORGANOS DENTARIOS ADYACENTES

El uso imprudente de fórceps o elevadores puede luxar,
extraer o fracturar los órganos dentarios adyacentes. La ex-
tracción de un órgano dentario superpuesto; por ejemplo, se
hace problemática por la dificultad de colocar un instrumen-

(28) Cirugía bucal práctica p. 156

to sin toparse con los órganos dentarios vecinos. Los movimientos rotatorios que el dentista realiza con el fórceps -- puede lesionar los órganos dentarios próximos y aflojarlos, sacándolos de su posición habitual. (29)

Los órganos dentarios antagonistas pueden astillarse o fracturarse si el órgano dentario que se va a extraer cede -- de repente a una fuerza incontrolada y el fórceps los golpea. Una técnica de extracción cuidadosa y controlada evita éste accidente. (30)

Si se fracturan pequeñas porciones de la corona de un órgano dentario adyacente, la corona lesionada debe ser recontorneada y pulida; pero si la fractura es más grande, se coloca una cobertura temporaria y se efectúa la restauración permanente más adelante. Si se ha tomado la pulpa, se procede a la colocación de una funda o se hace endodoncia inmediata. (31)

No se debe aplicar fuerza sobre ningún órgano dentario adyacente durante la extracción; y otros órganos dentarios -- no deben utilizarse como fulcro para un elevador a menos de

(29) Emergencias en odontología p.329

(30) La extracción dental p. 94

(31) Idem, (29)

que vayan a ser extraídos en la misma visita. Bajo anestesia general se pueden dañar otros órganos dentarios que no se van a extraer por el uso incorrecto de abre bocas y de apoyos. (32)

LESION AL BORDE ALVEOLAR

Es una complicación común de la extracción dental y la inspección de órganos dentarios extraídos revela la adherencia de fragmentos alveolares a un número de ellas. Esto puede ser debido a la inclusión accidental del hueso alveolar entre los bocados del fórceps o a la configuración de las raíces, la forma del alveolo, o, a cambios patológicos del hueso en sí. La extracción de caninos generalmente se ve complicada por la fractura de la tabla externa, especialmente si el hueso alveolar ha sido debilitado por la extracción del incisivo lateral y del primer premolar previo a la extracción del canino. Si éstos tres órganos dentarios van a ser extraídos en una visita, se reduce la incidencia de fractura de la tabla externa si el canino se extrae primero.

(33)

(32) La extracción dental p.92,94

(33) Ibid, p. 91

FRACTURA DE CORONA DE UN ORGANO DENTARIO

Esta puede ser inevitable si el órgano dentario está debilitado, ya sea por caries o por una restauración amplia. Sin embargo, casi siempre es debido a la aplicación inadecuada del fórceps al órgano dentario, colocando los bocados de éste sobre la corona en lugar de la raíz o cuerpo radicular, o con su eje longitudinal. Si el operador escoge un fórceps cuyos bocados sean muy anchos, y solo dan un punto de contacto, el órgano dentario se puede colapsar al sujetarlo. Si el mango del fórceps no se mantiene firmemente, los bocados se pueden desplazar fuera de la raíz y fracturar la corona del órgano dentario. La prisa es generalmente una de las causas principales de éstos errores, que se pueden evitar si el operador trabaja metódicamente. El empleo de fuerza excesiva en un intento para vencer la resistencia no es recomendable y puede ser una causa de fractura de la corona. (34)

FRACTURA DE APICE

Muchas veces se evita ésta fractura recurriendo a las radiografías y haciendo una adecuada planificación preopera-

(34) La extracción dental p. 89-90

toria; muchos órganos dentarios presentan condiciones que --
 tornan difícil la extracción sin fracturar la raíz. Cabe an-
 ticipar que habrá fracturas de raíces en cualquiera de las -
 siguientes condiciones:

- 1) Raíces delgadas
- 2) Raíces curvas
- 3) Raíces divergentes
- 4) Raíces anquilosadas
- 5) Órganos dentarios desvitalizados
- 6) Hueso alveolar adyacente denso
- 7) Aplicación de una fuerza excesiva
- 8) No tomar correctamente el órgano dentario

De lo que antecede, solo los dos últimos factores, el -
 exceso de fuerza y no tomar el órgano dentario como corres--
 ponde, dependen del operador. (35)

Los factores que causan la fractura de la corona tam---
 bién pueden ser causantes de la fractura radicular y al evi-
 tar éstas fallas se puede reducir la incidencia de dicha ---
 fractura. (36)

(35) Emergencias en odontología p.331

(36) La extracción dental p. 90

FRACTURA DE MAXILAR Y MANDIBULA

La fractura de la tuberosidad del maxilar superior suele producirse cuando se aplica una fuerza incontrolada al extraer un segundo o tercer molar, o por el uso intempestivo de elevadores para extraer órganos dentarios fijados con mucha firmeza. Amenudo, el segmento fracturado es muy grande e incluye uno o más órganos dentarios y el piso del seno maxilar, así como la tuberosidad del maxilar.

Esta emergencia se evita haciendo una buena planificación en el preoperatorio. Siempre que sea necesario extraer un órgano dentario de la región de la tuberosidad, en particular si en la radiografía aparece un gran seno maxilar muy proximo a la cresta alveolar, se debe anticipar la fractura de la tuberosidad.

Si la tuberosidad se fractura, hay que tratar de preservarla en todo lo posible. Se intentará separar el órgano dentario de la tuberosidad fracturada sin causar avulsión del hueso. En lo posible, conviene postergar la extracción varias semanas para dar tiempo a que la tuberosidad fracturada

se cure. Si ésta tiene una movilidad mínima, no hace falta fijarla; pero si hay movimiento macroscópico, se la debe estabilizar con férulas o aparatos para fracturas. Una vez curada la fractura, se eleva un colgajo mucoperiostico para retirar el hueso bucal, se secciona el órgano dentario con fresa y se extrae por partes. Así, por lo general se extrae el órgano dentario sin que la fractura se repita. (37)

Las fracturas accidentales de la mandíbula al extraer un órgano dentario son raras; aunque la mayoría de ellas suceden por el uso inadecuado de elevadores o por aplicar una fuerza incontrolada con el fórceps.

Es mas frecuente en ancianos cuando se extraen órganos dentarios de raíces muy profundas y el maxilar inferior es fino y atrófico, pero también puede ocurrir en cualquier -- circunstancia.

La fractura que se produce al extraer un órgano dentario suele acompañarse de un crujido audible, con la respectiva movilidad anómala en el sitio de la fractura. Si el órgano dentario sigue estando muy adherido al hueso, se abandona

rá la extracción y se tratará al paciente con alguno de los métodos aceptados para la fractura de la mandíbula y es posible extraerlo con un traumatismo adicional mínimo, se le debe eliminar antes de proceder a tratar la fractura.

Este problema puede evitarse siguiendo los principios quirúrgicos establecidos, es decir, abriendo una vía adecuada, que permita un acceso sin obstáculos y controlando la fuerza que se ha de emplear. (38)

EXTRACCION DE UN ORGANNO DENTARIO SANO POR ERROR

La extracción de un órgano dentario sano es una contingencia lamentable, pero por fortuna, es fácil evitarla si el odontólogo está alerta y se atiene a ciertos principios importantes. Lo primero es que tenga una noción clara del órgano dentario u órganos dentarios que se han de extraer, y conviene preguntarle al paciente si sabe qué extracciones se le deben de hacer. Si el paciente es enviado por otro profesional y se abriga alguna duda, se consultará con éste antes de proceder. Lo segundo es tener radiografías bien reveladas y orientadas correctamente, de modo que se pueda correlacionar

(38) Emergencias en odontología p. 328-329

el problema clínico con las imágenes radiográficas. Por último, el odontólogo debe prestar su atención individual al problema y no distraerse.

Una vez extraído un órgano dentario por error, el problema se encarará de la manera para tratar los órganos dentarios avulsionados por accidente, pero si no es posible colocar de nuevo el órgano dentario extraído, se plantea el problema de sacar el mejor partido de una situación mala y eludir cualquier litigio judicial tratando al paciente con sinceridad, preocupación y humanidad. (39)

ORGANOS DENTARIOS CON AFECCIONES PARODONTALES

La estomatitis infecciosa aguda, la infección de Vincent o gingivitis ulceromembranosa y lesiones similares deben ser eliminadas antes de considerar cualquier extracción, ya que está contraindicado por ser enfermedades lábiles, debilitantes y muy dolorosas. (40)

ORGANOS DENTARIOS CON PROCESOS TUMORALES

Los tumores malignos cuando se sospecha su existencia,

(39) Emergencias en odontología p. 330-331

(40) Apuntes Dra. Nancy Jakques

son una contraindicación de la extracción dental; ya que el traumatismo provocado tiende a favorecer la velocidad de crecimiento y extensión de los tumores; así como la falta de curación de la herida local. (41)

ORGANOS DENTARIOS EN ZONAS QUE HAN SIDO RADIADAS

Se cree que la radiación tiene efectos deletéreos o mortíferos sobre osteocitos, osteoblastos y células endoteliales, lo que disminuye la capacidad de recuperación de hueso en los traumatismos como las extracciones dentales.

Los maxilares radiados pueden desarrollar osteorradionecrosis (infección y necrosis resistentes progresivas del hueso secundarias a alteraciones vasculares por la radiación) después de la extracción por falta de aporte sanguíneo. La infección es muy dolorosa y puede terminar en muerte.

Deben evitarse extracciones dentales después de la radioterapia, ya que la osteorradionecrosis es un peligro siempre presente; si son absolutamente necesarias, deben realizarse de la manera menos traumática posible y con protección antibiótica. (42)

(41) Apuntes Dra. Nancy Jakques

(42) Diagnóstico radiológico en odontología p. 234-246

LESION A SENO MAXILAR

Las relaciones de vecindad entre el seno maxilar y las raices de los premolares y los molares superiores hacen que aquél pueda lesionarse durante la extracción de éstos. El accidente suele deberse a negligencia o a la aplicación de técnicas inadecuadas, aunque es importante destacar que puede ocurrirle al odontólogo más experimentado y cuidadoso. (43)

Cuando el operador descubre que a penetrado en el seno, pero no se ha forzado el paso de ninguna raíz en él, se suturaran los colgajos de la manera usual, se pone una compresa de gasa sobre el alveolo, y se dan instrucciones precisas al paciente. Ha de advertírsele que debe evitar la tos, los estornudos, sonarse la nariz y fumar durante 8 horas, para impedir el desplazamiento del coágulo. Dejar la gasa durante una o dos horas en su sitio, y no debe hacer enjuagues durante el resto del día. Cuando la abertura tiene más de 5 milímetros de diámetro o cuando ha salido pus por el alveolo se prescribirán antibióticos.

Si la punta de una raíz de un molar maxilar desaparece

(43) Emergencias en odontología p. 336

mientras se intenta su extracción, se ha de sospechar la perforación del seno. Se indica al paciente que se tape la nariz con el dedo pulgar y el índice y que se suene suavemente. Si el seno está perforado, pasará aire a través del alveólo a la cavidad oral, produciendo burbujeo en aquél.

Cuando la punta de la raíz a penetrado en el seno, a veces es posible recuperarla con un chorro de agua. Para ello, se irriga el seno suavemente con solución salina por medio de una jeringa de 10 mililitros y una cánula de plata. Se coloca la cánula en la abertura y el flujo de solución salina con frecuencia arrastra la punta de la raíz hasta la abertura, donde se puede extraer con una cucharilla o por succión. Si éstas operaciones no dan resultado favorable, hay que remitir al paciente a un cirujano oral.

Si alguna ocasión se fuerza accidentalmente el paso de una raíz entera al seno, éste problema es mejor que lo trate un especialista. El dentista habrá cumplido con su deber para con el paciente si ha procedido con cuidado, habilidad y buen juicio en el tratamiento, si ha hecho la radiografías a

decuadas, haber informado a su cliente sobre el problema y - haber concertado la visita con el especialista. (44)

DISLOCACION DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

Se presenta frecuentemente en algunos pacientes y no de be hacerse caso omiso de dislocaciones recurrentes. Esta com plicación durante extracciones en órganos dentarios inferiores generalmente se puede prevenir si se sostiene la mandíbu la durante la extracción. El soporte dado a la mandíbula por la mano izquierda del operador debe ser suplementado por la presión ejercida hacia arriba con ambas manos por debajo de los ángulos de la mandíbula dada por el anestesista o el a- sistente.

La dislocación también puede ser causada por el uso in- correcto de los abre bocas. Si se presenta la dislocación, és ta debe reducirse inmediatamente. El operador se para enfrente del paciente y coloca sus dedos pulgares intrabucalmente en la línea oblicua externa lateralmente a los molares inferiores presentes y con sus dedos extrabucalmente por debajo del borde inferior de la mandíbula. (Fig. 5-1)

(44) Las especialidades odontológicas en la práctica ge neral. pg.580-581

La presión ejercida hacia abajo con los dedos pulgares y la presión ejercida hacia arriba con el resto de los dedos reduce la dislocación. Si el tratamiento se retrasa, el espasmo muscular puede hacer imposible la reducción, excepto bajo anestesia general. Se debe advertir al paciente que no abra mucho la boca ni bostece durante varios días postoperatorios, y debe colocarse un soporte extrabucal (Fig. 5-2) que debe utilizarse hasta que la sensibilidad de la articulación afectada haya disminuido. (45)

(45) La extracción dental p. 95-96

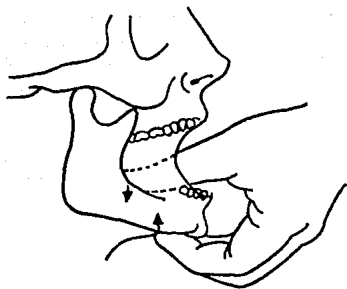


Fig. 5-1. Reducción de una dislocación de mandíbula.



Fig. 5-2. Soporte extrabucal para la mandíbula

CAPITULO 6

IATROGENIAS CAUSADAS POR MAL USO
DE INSTRUMENTAL

AGUJAS E INSTRUMENTOS FRACTURADOS

Es muy comprensible que algunos odontólogos generales - se alarmen y preocupen mucho cuando se les fracture una aguja durante un procedimiento operatorio. Esta reacción obedece en gran parte al concepto erróneo de que las agujas fracturadas emigran por sí solas, se infectan o producen en los tejidos una cicatrización que puede acarrear disfunción masticatoria. En realidad éstas complicaciones suceden raras veces. Hay pocas pruebas de que las agujas fracturadas emigran; en realidad suelen quedar atrapadas in situ por el tejido cicatrizal que se forma rápidamente en torno. En los casos en que las agujas llegaran a emigrar, por lo general fueron llevadas a su nueva posición en los intentos por extraerlas. Las infecciones originadas en agujas retenidas son raras y el tejido cicatrizal que se forma alrededor de la aguja es mínimo y localizado, que la posibilidad de que entor-

pezca la función es sumamente remota.

Cuando se fractura una aguja hay que pensar si es posible retirarla en seguida. Si está en un tejido superficial y se localiza fácilmente con el examen clínico y radiológico, por lo general un cirujano competente puede extraerla. Si el intento fracasa tras un periodo razonable, el cirujano sensa to abandona el procedimiento y deja la aguja donde está. Si la aguja se fractura en tejidos profundos o si es difícil lo calizarla, hay que pensar seriamente en dejarla, sin inten--tar siquiera su remoción.

Existen amplios precedentes que justifican la retención de las agujas fracturadas. Muchas veces el procedimiento quirúrgico para retirar una aguja se requiere de tiempo, es --traumático y fracasa. La morbilidad resultante, se manifiesta por dolor, trismus, formación de cicatriz y disfunción, - puede provocar un estado peor que el que existía antes del - procedimiento. En éstos casos como reza el proverbio en donde "el remedio es peor que la enfermedad", no se debe some--ter el paciente al procedimiento quirúrgico. Por lo tanto,

está indicado el enfoque conservador: si se deja la aguja - donde está, el beneficio será mayor para todos.

Si se decide no tocar la aguja fracturada, se explica - el problema al paciente y se hace constar con claridad en su respectiva historia que está enterado de la situación. Se le debe asegurar al paciente que sin lugar a dudas la aguja no le hará ningún daño y que no se justifica realizar un extenso procedimiento quirúrgico para extraerla. Bien podría convenir enseñarle al paciente casos similares en que agujas - fracturadas y otros cuerpos extraños permanecieron en los te jidos muchos años sin causar complicaciones adversas. De ésta manera el paciente quedará convencido del acierto de la - desición. (46)

Lo dicho para las agujas fracturadas también se aplica para los instrumentos quirúrgicos fracturados. Si el fragmen to es grande y se localiza con facilidad, hay que extraerlo; en cambio, si es pequeño o se ha desplazado a mucha profundi dad en los tejidos, en un sitio donde su remoción resultaría traumática y llevaría mucho tiempo, se le dejará donde está.

Se explica lo sucedido al paciente y se hace la anotación respectiva en la historia clínica, haciendo constar que está enterado de la situación. (47)

INSTRUMENTOS CONTAMINADOS

La contaminación bacteriana ocurre cuando la punta de la aguja toca inadvertidamente cualquier tejido u objeto que está fuera de la cavidad oral, por lo general el dedo del clínico, del ayudante o el labio del paciente. Si con esta aguja se aplican inyecciones profundas, puede sobrevenir una infección grave. Siempre se produce contaminación bacteriana cuando la aguja toca la mucosa de una boca relativamente sucia. (48)

Las publicaciones científicas y la información periódica frecuentemente tratan temas como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida e infecciones por los virus del herpes y la hepatitis B. Se especula sobre el potencial de los consultorios dentales para propagar enfermedades infecciosas. (49)

Los procesos de control de infecciones están orientados

(47) Emergencias en odontología p. 336

(48) Ibid, p. 280

(49) Morbidity and Mortality Weekly Report 35
(15):237 - 242, 1986

a impedir la transmisión de enfermedades de un paciente a otro, del paciente al odontólogo y del odontólogo al paciente. Dada la magnitud del riesgo de contagio que se puede dar en el consultorio dental, la actitud más adecuada es tratar a cada paciente como un riesgo y ejercer medidas generales en el consultorio.

El control de infecciones incluye diversas acciones, todas ellas importantes:

Uso de barreras que protejan de las salpicaduras de saliva, sangre o agua contaminada con esos productos como son los anteojos, máscaras faciales, cubrebocas, guantes para cirugía, ropa de manga larga, cubiertas desechables para switches y mangos, etc.

Limitación de la contaminación. Esto se logra con el uso de sistemas de evacuación de alto volumen que limiten la expansión del aerosol generado por la acción de las fresas de alta velocidad. Durante un tratamiento al paciente, el operador y sus asistente no deben manipular teléfonos ni otros objetos no quirúrgicos.

PROCESADO DE INSTRUMENTOS CONTAMINADOS. Este paso es clave en el control de infecciones. Se recomienda que todo instrumento que entra en contacto con los tejidos del paciente sea esterilizado, penetre o no en los tejidos. Es preferible generalizar el proceso de esterilización a todos los instrumentos que la resistan, que tratar de esterilizar algunos y desinfectar otros. (50)

El procesado de los instrumentos incluye:

Remojado. Inmersión previa en un detergente o en un desinfectante para que no se sequen los residuos orgánicos y se dificulte su retiro. Hacerlo por poco tiempo para no incrementar la corrosión de los instrumentos susceptibles.

Lavado. Tallar con cepillo es lo elemental, pero en ésta etapa es una mejor idea usar un limpiador ultrasónico. El uso de una canastilla como las que vienen en los ultrasónicos evita la manipulación directa de los instrumentos y disminuye el riesgo de laceraciones en los dedos durante el lavado y enjuague. La canastilla con los instrumentos puede ser puesta en el detergente para el remojado previo. El lava

(50) JADA, vol. 123 march 1992

do se debe de realizar en un lugar apartado de otro instrumental ya esterilizado y es muy importante evitar el salpicado a las superficies de los muebles del consultorio.

Control de corrosión y lubricación. Los instrumentos que vayan a ser procesados con calor seco, vapores químicos, óxido de etileno o líquidos químicos deben ser secados y deben recibir en éste momento una capa ligera de antioxidante. Los instrumentos con pivote como fórceps y tijeras deben ser lubricados con un aceite resistente a la alta temperatura.

Envoltura. Los instrumentos que van a ser esterilizados en autoclave o en horno deben ser envueltos para que se preserve la esterilización después de terminado el ciclo. Esterilizar sin envoltura es poco recomendable, pues los instrumentos pueden resultar contaminados en unos minutos después de terminado el ciclo.

Esterilización. Los tiempos y las temperaturas van de acuerdo al método que se use, al tamaño de la cámara y de la carga de instrumentos.

La esterilización es un proceso dirigido a destruir to-

dos los microorganismos, comprendidos como son; los virus, - las bacterias, los hongos y las esporas. Ningún proceso se - puede llamar esterilización si no se demuestra que puede ma- tar a las endoesporas bacterianas. (51)

Como profesionales de la salud, nos debe de preocupar - la transmisión de enfermedades infecciosas y tener interés - por lograr una práctica segura, ya que nuestro trabajo coti- diano nos expone al contacto con saliva y sangre infectadas con los virus de la hepatitis B (UVHB) o con el virus de la Inmuno Deficiencia Adquirida (VIH). (52)

(51) JADA, vol. 123 march 1992
(52) JADA, vol. 116 1988

CONCLUSIONES

Al elaborar el presente trabajo y revisar estudios en la cavidad oral, me dió la oportunidad de saber que todo Cirujano dentista es capaz de provocar iatrogenias, debido a que una de las bases principales para evitarlas es la realización de la historia clínica con el mayor detalle posible; así como la elección del instrumental y las técnicas adecuadas son de suma importancia para lograr un tratamiento de calidad.

De la misma manera, debemos hacer incapié en el conocimiento del área básica y clínica, las cuáles son fundamentales, al igual que la práctica de los métodos de esterilización específicos.

Motivos por los cuales podemos causar serias afecciones a los pacientes y a nosotros evitar minar la salud, así como procesos legales.

BIBLIOGRAFIA

- GEOFFREY, L. Howe. La extracción dental, México, Editorial El manual moderno, 1979. 123 p.
- JAKQUES, Nancy. Apuntes, Facultad de Odontología, UNAM, México, 1991.
- JOURNAL OF THE AMERICAN DENTAL ASSOCIATION, Infection control recommendations for the dental office and dental laboratory, 116 (2):241 - 248, 1988.
- JOURNAL OF THE AMERICAN DENTAL ASSOCIATION, Safety Infection Control, vol. 123, March 1992.
- KILLIAN, Hans. Anestesia local; Operatoria diagnóstica y terapéutica, Editorial Salvat, España 1979.
- MC ELROY, Donald L. MALONE, William. Diagnóstico y tratamiento odontológicos, Editorial Interamericana, SA de CV.
- MC CARTHY, Frank. Emergencias en odontología; Prevención y tratamiento, Editorial El ateneo, Argentina 1976, 477 p.
- MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT. Recommended infection control practices for dentistry, Centers for Disease - Control, (15):237 - 242, 1986.

- MORRIS, Alvin L. Las especialidades odontológicas en la práctica general. Editorial Labor S.A. España, 1976, 794 p.
- RIES, G.A. Cirugía bucal, Editorial El Ateneo, Argentina, 1987, 724 p.
- STANLEY, Jablosnski. Diccionario Ilustrado de Odontología, Editorial Médica Panamericana, Argentina, 1992.
- WAITE, Daniel E. Cirugía Bucal Práctica. Compañía Editorial Continental S.A. México, 1978, 625 p.