

1
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES QUE PRESENTAN
COMPLICACIONES DURANTE LA EXODONCIA EN EL MODELO DE
SERVICIO ERMITA ZARAGOZA

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE :
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTAN: ALBA VIVEROS ALMA ROSA

AMOR COTOÑETO MARIA ELIZABETH

DIRECTORA: TARSILA ZEPEDA MUÑOZ



MEXICO, D.F.

ABRIL 1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

276154



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.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres:

Por apoyarme siempre y a lo largo de toda la carrera, porque aún en los periodos de crisis supieron sacarme adelante e infundirme más dedicación y entusiasmo al estudio. Los quiero mucho

A mis hermanos Claudia Ricardo y Raúl:

Por su confianza al prestarse como pacientes aún sabiendo que toda vía me faltaba mucho por aprender.

A Israel:

Por ayudarme mucho en la realización de esta tesis transcribiendo corrigiendo a pesar del agotamiento de todo un día de trabajo. Te amo

A mis profesores:

Por que a ellos les debo el conocimiento que adquirí durante estos años y por haber formado parte de mi formación profesional. Gracias

A mi Mamá y Abuelita:

Con amor, admiración y respeto: por enfrentar los momentos difíciles con valor, por todo su amor y dedicación hacia mí, por enseñarme a caminar y encontrar algo valioso a cada paso de mi vida, gracias por dárme todo.

A mis Hermanos:

Joel, Sol y Paty, por tratar de entenderme, ser pacientes y por todo el cariño que me dan día con día, y por que los quiero mucho.

A mis Profesores:

Por todos los conocimientos que me han regalado, especialmente al Doc. Alfredo y la Dra. Tarsila, por todo su apoyo.

A ese alguien especial que está y estará conmigo en todo momento.

Ma. Elizabeth Amor Cotoñeto

INDICE

INTRODUCCION	pág 5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	pág 6
JUSTIFICACION	pág 7
MARCO TERORICO	
CONCEPTOS GENERALES	
1.1 AUXILIARES DE DIAGONSTICO	pág 8
1.2 DEFINICION DE EXODONCIA	pág 10
1.3 INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES EN EXODONCIA	pág 12
1.3.1 INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES EN DIENTES TEMPORALES	pág 12
1.3.2 INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES EN DIENTES PERMANENTES	pág 13
1.4 AFECCIONES EN DEPENDENCIA CON EL ESTADO GENERAL DEL DEL PACIENTE	pág 15
1.4.1 ESTADOS FISIOLÓGICOS	pág 15
1.4.2 AFECCIONES PATOLÓGICAS	pág 15
1.5 TRIGEMINO	pág 17
1.6 TÉCNICAS DE ANESTESIA	pág 22
1.7 INSTRUMENTAL Y TÉCNICA EN EXODONCIA	pág 25
1.7.1 TIEMPOS DE LA EXODONCIA CON FORCEPS	pág 25
1.7.2 TIEMPOS DE LA EXODONCIA CON ELEVADORES	pág 27
1.7.3 TÉCNICAS DE EXTRACCIÓN PARA EL MAXILAR SUPERIOR	pág 29
1.7.4 TÉCNICAS DE EXTRACCIÓN PARA EL MAXILAR INFERIOR	pág 31
1.8 ODONTOSECCION	pág 32
1.9 EXTRACCIÓN DE RAÍCES	pág 33
COMPLICACIONES Y ACCIDENTES DENTRO DE LA EXTRACCIÓN DENTARIA	
2.1 ACCIDENTES LOCALES INMEDIATOS	pág 35
2.2 ACCIDENTES RELACIONADOS CON LOS MAXILARES	pág 37
2.3 ACCIDENTES RELACIONADOS CON LOS INSTRUMENTOS	pág 40
2.4 ACCIDENTES SOBRE LOS TEJIDOS BLANDOS	pág 41
2.5 ACCIDENTES RELACIONADOS CON LOS ANESTÉSICOS	pág 42
2.6 ACCIDENTES ANESTÉSICOS GENERALES	pág 44
2.7 ACCIDENTES MEDIATOS POSTOPERATORIOS	pág 46
2.8 ALVEOLITIS O ALVEOLO SECO	pág 47
2.9 PERIOSTITIS	pág 48
2.10 OSTEITIS	pág 48
2.11 OSTEOMIELITIS	pág 48
2.12 ABCESES	pág 49
2.13 EDEMA	pág 50
2.14 FLEGMON SEPTICO DE PISO DE BOCA	pág 50

2.15 SEPTICEMIA	pág 50
2.16 ACCIDENTES NERVIOSOS	pág 51
OBJETIVOS	pág 52
HIPOTESIS	pág 53
METODO	pág 54
RECURSOS	pág 55
DISEÑO ESTADISTICO	pág 59
DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	pág 60
PRESENTACION DE RESULTADOS	pág 62
ANALISIS DE RESULTADOS	pág 78
CONCLUSIONES	pág 80
PROPUESTAS	pág 81
BIBLIOGRAFIA	pág 82
ANEXOS	pág 84

INTRODUCCION

En la actualidad se enseña al Odontólogo a ser el "salvador de dientes, enemigo de la caries y enfermedad periodontal" (1) más sin embargo la realidad es otra ya que en un gran número de casos los pacientes que acuden a solicitar el servicio dental llegan con problemas más complicados que una simple caries de primer grado esto es, nos enfrentamos a pacientes que llegan con destrucción total o parcial de la corona donde resulta difícil el pensar en un tratamiento conservador, y en el gran número de estos pacientes se opta por realizar la extracción, por lo tanto las exodoncias resultan el procedimiento más empleado y de mayor práctica para el Odontólogo .

Al realizar una extracción el Odontólogo se enfrenta a una gran serie de problemas y complicaciones, resultado de diferentes factores, como pueden ser padecimientos sistémicos del paciente, problemas de apertura, grado de afección de la caries y por lo tanto destrucción, si existe o no infección etc. y estos son tan solo algunos de los factores que podrían influir en la complicación de una extracción, la cual en ocasiones debe ser realizada con diferentes técnicas que van desde la realización de la exodoncia por medio de elevador y fórceps, hasta técnicas que requieren de más elementos, como en los casos de odontosección, ostectomia etc. y es por lo anterior que este trabajo pretende mostrar algunas de las complicaciones más frecuentes que se pueden encontrar en la práctica y su forma de resolverlas .

(1) Dr. Quiroz C, Cacho F. ECONOMIA DENTAL, ALGO EN QUE PENSAR, En Rev A.D.M México 1997 Ene - Feb. Vol. IV Pág. 12-13.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Cuáles son las causas más frecuentes por las que se presentan complicaciones al momento de realizar una extracción en el Modelo de Servicio Ermita Zaragoza ?

JUSTIFICACION

Dentro de la Profesión Odontológica se sabe que hasta la extracción aparentemente más sencilla debe considerarse un acto quirúrgico delicado, el que hay que realizar con pleno conocimiento del estado general del paciente, cuya salud puede ser perjudicada. El Odontólogo sabe que la extracción de cada diente tiene técnicas quirúrgicas regladas. Conoce los requisitos de la asepsia que debe reunir un acto operatorio; así como los principios de la anestesia que le permitirá realizarlo sin dolor. No ignora tampoco los posibles accidentes que pueden presentarse en el momento de ejecutarla o después de realizarla, y de acuerdo con estos conocimientos, los previene en la medida de lo posible o los repara, si inevitablemente se han producido. (2)

Dado que las complicaciones en exodoncia son problemas frecuentes a los que se enfrenta el Modelo de Servicio Ermita Zaragoza, resulta de sumo interés el dar a conocer diferentes causas de las mismas, con el propósito de dar alternativas viables en concordancia con los recursos, con los que se cuenta en el Modelo de Servicio, esto se realizara tomando en cuenta a la población que acude a solicitar el servicio al Modelo, esto con el fin de evitar y tratar de corregir algunas de las deficiencias por las cuales se dan estas complicaciones.

(2) D. Durante Avellanal. CIRUGIA ODONTOMAXILAR. Pag.427.

MARCO TEORICO CONCEPTOS GENERALES

1.1.- AUXILIARES DE DIAGNOSTICO (3)

Historia Clínica

La historia clínica es importante para la realización de un estudio completo del estado actual del paciente, tanto en el aspecto de salud físico, como en la situación socioeconómica del mismo que nos esta determinando alguna de las causas ó padecimientos actuales del paciente.

Una historia clínica puede obtenerse mediante una entrevista ó cuestionario, la primera se obtiene directamente de una relación médico - paciente, en la que el médico puede tener un mayor grado de confiabilidad acerca de las respuestas proporcionadas por el entrevistado; en la segunda se presenta de forma impresa al paciente, en la que se anotara la respuesta correspondiente a cada pregunta.

La historia clínica es una forma de registro en la que se asentara la historia de las enfermedades de la vida pasada, los signos y síntomas actuales del paciente que tienen importancia para la salud física y mental de éste .

Es el punto de partida de la relación entre el Cirujano Dentista y el paciente donde reúne la información, necesaria para formar un diagnostico de presunción de datos, es el ordenamiento de estos con objetivos definidos,

Buscar, organizar y registrar los signos y síntomas del paciente, asegurando cronología de los acontecimientos.

- Ayuda al C. D para efectuar el ó los Diagnostico
- Ayudar a la atención del paciente al dar un Plan de Tratamiento.
- Proporciona a todo el personal responsable en una u otra medida , un relato comprensible del estado medico, odontológico y psicológico de éste.
- Sirve como un registro para la enseñanza y las investigaciones clínicas y epidemiológicas.

(3) C.D Guadalupe Navarro González INSTRUCTIVO DE REGISTRO DE HISTORIA CLINICA México,1983,FES Zaragoza

- Constituye un registro legal de los problemas y cuidados del paciente, errores en su atención quejas por lesiones o compensación, intoxicación y homicidio
- La historia clínica usada en el Modelo de Servicio esta constituida por las siguientes secciones:
 - Datos de identificación para el Modelo de Servicio
 - Datos de identificación del paciente
 - Tipos de consulta
 - Antecedentes heredofamiliares
 - Antecedentes personales no patológicos
 - Antecedentes personales patológicos
 - Motivo de la consulta (signos y síntomas)
 - Interrogatorio por aparatos y sistemas
 - Signos vitales
 - Examen de cabeza y cuello
 - Examen intra y extrabucal
 - Examen periodontal
 - Examen de oclusión
 - Odontograma
 - Estudio radiografico
 - Exámenes de Laboratorio
 - Diagnostico integral
 - Interconsulta
 - Pronostico
 - Plan de tratamiento y control de procedimientos
 - Notas de evolución, remisión de anexos, registro de firmas.

Los puntos anotados anteriormente no son todos, ni son obligatorio, el C.D necesita saber cuando limita o extiende su anamnesis. (3)

Radiografías

La radiografía es de absoluta necesidad en cirugía odontomaxilar .No hay una sola afección de los dientes o de los maxilares en la que aquella no constituya una valiosa ayuda para el Diagnostico Ya se trate de la extracción de un diente que en apariencia no es difícil o uno incluido o mal

colocado, no se prescindirá de las Radiografía para establecer la dirección y la forma de las raíces, los procesos patológicos que puedan afectar a la misma raíz, o al hueso circundante de los dientes con los senos de la cara o con el canal dentario, la posible existencia de exostosis, cementosis, odontoma, granuloma o quistes. Por lo anterior se debe tener una historia radiográfica de todo el paciente en quien tengamos que realizar una intervención quirúrgica.

1.2. - DEFINICION DE EXODONCIA

La exodoncia es la rama de la odontología que trata de la avulsión de los dientes de su sitio, que afecta la salud integral o estética de la cavidad oral, así como del organismo en general del individuo; al hacerse la avulsión de la pieza dentaria se produce el desgarramiento de pequeños vasos sanguíneos óseos, lo que trae como consecuencia una hemorragia de intensidad variable que da origen a la formación del coágulo que llenará la cavidad alveolar. Los tejidos gingivales, una vez que perdieron su soporte, se invaginan en la herida constituyendo una cobertura protectora para el coágulo.(4)

La epitelización de los tejidos gingivales, se produce más o menos, a los 5 días del postoperatorio. Una semana después el coágulo sanguíneo es reemplazado por tejido de granulación el que es substituido por tejido conectivo a los 20 días de efectuada la extracción, el estrato más profundo del tejido de granulación en contacto con las paredes del alvéolo, origina la primera laminilla ósea por actividad de los osteoblastos provenientes de la transformación de los fibroblastos. Primero se deposita sustancia orgánica, desprovista de sales de calcio, alrededor de 7 días después de la avulsión dentaria que por impregnación calcárea se convierte en hueso el que llenará aproximadamente dos tercios del alvéolo cerca de 38 días después de la extracción.

Para que una extracción sea considerada satisfactoria debe llenar los siguientes requisitos:

- Extracción total del diente
- Menor traumatismo de tejidos blandos y duros que circundan al diente

Supresión del dolor durante y después de la extracción

(4) WINTER TRATADO DE EXODONCIA Ed Pubul 1930

Por lo cual es de gran utilidad seguir ciertos principios básicos y técnica quirúrgica que nos ayudan a lograr el éxito de la intervención operatoria.

PRINCIPIOS BASICOS

- A) Conseguir un acceso adecuado
- B) Crear una vía libre para la extracción
- C) Empleo de instrumento adecuado (5)

El tratamiento de una intervención puede ser sencilla siempre y cuando el paciente se encuentre anestesiado, la hemorragia cohibida, y el área con buena visibilidad.

A) Para obtener un acceso adecuado conviene meditar la situación de acuerdo a como se presenta el caso; ya que en la extracción de los dientes se debe tener un acceso suficiente que se logra con la exposición del área afectada y que nos permita una mayor visión y aplicación de los instrumentos de trabajo.

B) Para conseguir una vía libre es necesario desgastar el tamaño del diente que se va a extraer, en los casos que no pueda ser extraído de una forma convencional se seccionara quirúrgicamente cuando exista destrucción ó raíces deformes

C) Empleo de fuerzas controladas . En este caso el operador puede utilizar la fuerza necesaria para sacar de su alvéolo un diente pero si se presenta una resistencia anormal y aun así se aplica mayor fuerza con el fórceps podemos ocasionar la fractura del diente y del hueso alveolar con severo traumatismo. Es por esto que se recomienda estudiar la situación de acuerdo con lo antes citado.

(5) Tesis Silvia Martínez Murillo; Bustamante Gpe. "ACCIDENTES COMPLICACIONES Y SU TRATAMIENTO" ENEP Zaragoza .1983

1.3.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES EN EXODONCIA

1.3.1.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES EN DIENTES TEMPORALES

INDICACIONES:

La extracción de los dientes temporarios debe ser demorada todo lo posible hasta acercarse a la época en que cronológicamente deben ser reemplazados.

El Tratamiento conservador de los dientes temporarios evitará mutilaciones que puedan ser prevenidas, y la secuela de las malposiciones dentarias que son la consecuencia de la extracción prematura.

Por lo tanto las indicaciones de los dientes temporales está dada por las siguientes razones:

1. Dientes temporarios que por cualquier circunstancia no puedan ser tratados
2. Complicaciones inflamatorias de las caries de cuarto grado
3. Retardo en la exfoliación del diente temporal y su persistencia, comprobándose la existencia del diente permanente
4. El diente temporal, en relación y vecinidad con procesos tumorales.

CONTRAINDICACIONES:

1. No debe extraerse un diente temporal antes de la época de su exfoliación normal.
2. Cuando un diente temporal no presenta ninguna movilidad en la época, en que normalmente debe ser reemplazado, nunca debe extraerse antes de haber verificado que el permanente existe y está próximo a hacer erupción.
Cuando sea necesaria la extracción de un diente temporal se debe mantener su espacio.

1.3.2.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE DIENTES PERMANENTES.

INDICACIONES

Se debe extraer todo diente que no sea útil al mecanismo dental total.

1. Afecciones dentarias

A) Afecciones pulpares para las cuales no hubiera tratamiento conservador

B) Caries de cuarto grado que no pueda ser tratada.

2. Afecciones del periodonto, periodontitis que no puedan tratarse

3. Razones protéticas, estéticas u ortodónticas; dientes supernumerarios ó dientes temporarios persistentes

4. Anomalías de sitio, retenciones y semiretenciones sin tratamiento ordodóntico

Los dientes que permanezcan retenidos deben ser extraídos cuando producen accidentes (nerviosos, inflamatorios o tumorales)

La extracción debe evitarse cuando la técnica ortodóntica logre ubicarlos a su sitio normal de implantación.

Está justificada la extracción cuando el tratamiento ortodóntico no logro el éxito o el diente retenido ocasione molestias

5.- Accidentes de erupción de los terceros molares (pericoronitis de repetición, accidentes inflamatorios nerviosos o tumorales).

CONTRAINDICACIONES

Las contraindicaciones se pueden clasificar, relacionadas con el diente en si, con los tejidos periodontales o con el estado general del paciente.

Son las razones por las cuales no se pueden llevar a cabo la extracción de un órgano dentario y se clasifican en locales y generales:

LOCALES

1. Anormalidades que afectan al diente en si y a los tejidos peridentarios.

GENERALES

1. Casos que afectan el estado general del paciente
 - A) Afecciones fisiológicas
 - B) Afecciones patológicas

El problema de la extracción dentaria en procesos inflamatorios agudos no puede ser resuelto con fórmulas simples, preceptos generales para tratar casos tan eminentemente particulares. Cada paciente y cada proceso infeccioso, es un caso particular que necesita ser complementado desde su punto de vista. Nos referimos a las indicaciones o contraindicaciones de la extracción dentaria, en presencia de procesos infecciosos agudos, en dependencia con el diente a extraer, complicaciones de las caries de cuarto grado en todos sus tipos, es decir si se debe o no extraer un diente con complicaciones dentarias agudas.

En la producción de un proceso infeccioso de origen dentario (complicaciones de las caries de cuarto grado, accidentes de erupción de los dientes retenidos) intervienen distintos factores: locales, estado del diente, grado de infección;

La oportunidad de la extracción en presencia de fenómenos infecciosos agudos ha preocupado a todos los cirujanos, desarrollándose polémicas con este motivo. En términos generales, creemos que salvo las circunstancias particulares, se debe extraer el órgano enfermo, aclarando desde luego, que no debe complicarse cuando es administrado, el anestésico local que es la causa de la agravación de las complicaciones dentarias.

La única contraindicación seria para la extracción dentaria, es la presencia , en la zona a intervenir o en toda la arcada alveolar de una estomatitis o gingivitis úlcero-membranosa; esta afección crea un mal terreno para las intervenciones por el estado particular del tejido gingival vecino al lugar de la operación, la virulencia microbiana se exagera en tales condiciones, y no son raras las necrosis y propagaciones infecciosas cuando se interviene en tales condiciones. Será un juicio procedimiento

tratar la gingivitis antes de la extracción si la urgencia de la operación lo exige.

1.4 AFECCIONES EN DEPENDENCIA CON EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE

1.4.1.- ESTADOS FISIOLÓGICOS

1.- MENSTRUACION. solo en el caso de que la paciente padezca problemas particulares provocadas por su mismo estado, como es la angustia manifestada por sentimientos y alteraciones fisiológicas como modificación de la frecuencia del pulso y la respiración, sudoración, náuseas, diarrea, síntomas de opresión torácica y sequedad de la boca. Miedo y depresión nerviosa que disminuyen la secreción salival y modifica su composición química, y si la extracción no es de urgencia puede programarse cuando el período menstrual haya concluido

2.- EMBARAZO. Solo los estados patológicos especiales del embarazo (vómito, náuseas, mareos) muy marcados en casos muy particulares como el shock psíquico por miedo o sufrimiento, o en el caso de encontrarse en el 1er trimestre de gestación y estar propensa al aborto, se contraindica una extracción ya que de no ser así las afecciones dentarias son más graves para la mujer embarazada como para su hijo, que el acto operatorio.

3.- PACIENTES EN ESTADO ALCOHOLICO O NARCOTICO, TABAQUISMO.. Existiendo una resistencia a los anestésicos en estos individuos ya que cualquier padecimiento restaurativo puede inspirarle temor y presentar aprehensión intensa.

1.4.2 AFECCIONES PATOLÓGICAS

1) CARDIOPATIAS Se presenta en pacientes de edad avanzada como consecuencia de la aterosclerosis, ya que el estrechamiento localizado de los vasos coronarios reduce la afluencia de sangre y origina un desequilibrio entre las necesidades de oxígeno al miocardio y el abastecimiento de éste se ve reducido.

2) **DIABETES SACARINA.** En diabetes sacarina no controlada, hay mayor incidencia de insuficiencia coronaria, accidentes cerebro vasculares, trastornos de la función renal, ya que tiene lesiones vasculares como consecuencia de la arterioesclerosis de la calcificación de los vasos y de la reducción de la luz de los capilares, por lo cual también son más susceptibles a las infecciones.

3) **DISCRASIA SANGUINEA.** En el caso de alguna discrasia sanguínea que nos refiera el paciente deben efectuarse los estudios de laboratorio necesarios y tomar medidas preoperatorias adecuadas ya que estos pacientes tienen deficiencias de algunos factores químicos, y si el paciente se presenta con valores sanguíneos debajo de los normales puede correrse el riesgo de una hemorragia grave. Por lo cual se suspende la extracción hasta que los valores sanguíneos sean normales.

4) **SENILIDAD.** Es una contraindicación relativa que requiere mayor cuidado, ya que en estos pacientes hay que superar una relación fisiológica ó psicológica.

1.5. -TRIGEMINO (6)

El nervio trigemino o V par craneal es un nervio sensitivo y motor (mixto) que tiene su origen en el Ganglio de Gasser y cuenta con tres ramas, la rama oftálmica, la maxilar superior y la maxilar inferior.

RAMA OFTÁLMICA

Es una rama sensitiva que se desprende de la parte anterointerna del ganglio de Gasser, se dirige hacia arriba y adelante, se divide en 3 ramos, una interna o nervio nasal, otra media o nervio frontal y una externa o nervio lagrimal.

Emite ramos meningeos uno de los cuales nace cerca de su origen además suministra ramos anastomóticos para 3 nervios motores del ojo III, IV VI.

RAMOS TERMINALES

NERVIO NASAL.- Es la rama interna del tronco oftálmico. Penetra por arriba de la órbita por la parte más amplia de la hendidura esfenoidal atravesando el anillo de Zinc. Se dirige de afuera adentro pasando por encima del nervio óptico, y por debajo del músculo recto superior, corre entre el oblicuo mayor y el interno, hasta llegar al agujero etmoidal anterior. Se bifurca en ramos nasales interno y otro nasal externo.

NASAL INTERNO.- Pasa por el conducto etmoidal acompañado de la arteria etmoidal anterior, llega a la lamina cribosa y penetra en el agujero etmoidal para ir a las fosas nasales.

NASAL EXTERNO.- Sigue el borde inferior del oblicuo mayor hasta llegar a la parte inferior de la polea de este músculo. Tiene ramos ascendentes para las vías lagrimales y para los tegumentos de la raíz de la nariz.

(6) Quiroz Gutierrez Fernando "TRATADO DE ANATOMIA HUMANA"
Editorial Interamericana tomo II

FRONTAL.- Penetra en la órbita por fuera del anillo de zinc del nervio patético y por dentro del ramo lagrimal. En el interior de la órbita camina sobre la cara dorsal del músculo elevador del párpado superior y antes de llegar al reborde orbitario se divide en interno y externo.

FRONTAL INTERNO .- Sale de la órbita por fuera de la polea de reflexión del oblicuo mayor y se divide en numerosas ramas, unas destinadas al periostio de la piel de la frente otras a los párpados, y un tercer grupo para la piel de la raíz de la nariz.

FRONTAL EXTERNO .- Escapa de la órbita por el agujero supraorbitario sus ramos ascendentes terminan en el periostio y la piel de la región frontal.

NERVIO LAGRIMAL.- Penetra en la hendidura esfenoidal por fuera del anillo de Zinc y corre por el borde superior del músculo recto externo hasta alcanzar la glándula lagrimal.

NERVIO MAXILAR SUPERIOR

RAMO MENINGEO MEDIO.- Se desprende antes del agujero redondo mayor y se distribuye en las meningeas de las fosas acompañando a la arteria meninge media

RAMO ORBITARIO.- Emana del tronco de la fosa pterigomaxilar y penetra en la órbita, da ramos temporales, que penetran en el conducto malar. Da ramos para el malar y piel del pómulo da un ramo temporal que va a la fosa temporal, el otro ramo del orbitario es el lacrimopalpebral, para la glándula lagrimal.

NERVIO ESFENOPALATINO.- Se desprende cuando penetra en la fosa pterigomaxilar y de él se desprenden:

NERVIO ORBITARIO.- Penetra por la hendidura esfenomaxilar a la órbita hasta llegar al agujero etmoidal posterior y se distribuye por las celdillas etmoidales.

NERVIO NASAL.- Son 2 o 3 nervios, son ramos externos del esfenopalatino, penetra por el agujero del mismo nombre y llega a las fosas nasales para inervar la mucosa de los cornetes superior y medio.

NERVIO NASOPALATINO.- Penetra por el agujero esfenopalatino alcanza el tabique de las fosas nasales, hasta llegar al conducto palatino anterior de la bóveda palatina

NERVIO PTEROGOPALATINO O FARINGEO.- Penetra en el conducto pterogopalatino y se distribuye en la mucosa de la rinofaringe

NERVIO PALATINO ANTERIOR.- Sale por el conducto palatino posterior da ramos para el cornete inferior para la bóveda palatina y el velo del paladar.

NERVIO PALATINO POSTERIOR.- Penetra por el conducto palatino accesorio el cual se divide en ramos sensitivos, destinados a la mucosa de la cara superior del paladar.

DENTARIO POSTERIOR.- Son dos o tres ramos que se desprenden del tronco en la parte anterior de la fosa pterigomaxilar y descienden adosados a la tuberosidad del maxilar para penetrar en el conducto dentario posterior, proporcionan ramos a los molares, así como a la mucosa del seno maxilar y el hueso mismo.

DENTARIO MEDIO.- Nace del tronco en el canal suborbitario. Desciende por la pared antero-externa del seno para unirse con la dentaría posterior y el anterior, emite ramos a los premolares y caninos.

MAXILAR INFERIOR

Nace del borde anteroexterno del Ganglio de Gasser y se forma por la reunión de la raíz motora y la sensitiva del ganglio.

El agujero oval se pone en relación con la arteria meníngea menor y se divide en dos troncos, uno anterior y otro posterior.

TRONCO ANTERIOR (3 RAMOS)

NERVIO TEMPOROBUCAL.- Sale del tronco y se dirige hacia afuera entre los dos haces del pterigoideo externo al que da ramos a la cara externa de este músculo, se divide en un ramo ascendente motor o nervio temporal profundo anterior que se distribuye en dos haces anteriores del músculo temporal y un ramo descendente sensitivo o nervio bucal que cruza por la cara interna del tendón del temporal su ramo cutáneo se anastomosa con el facial.

NERVIO TEMPORAL PROFUNDO MEDIO.- Se dirige hacia arriba y afuera para alcanzar la cresta esfenotemporal y se distribuye en los haces medios del músculo temporal.

NERVIO TEMPOROMASETERINO.- Corre hacia afuera, pasa por encima del pterigoideo externo y a nivel de la cara esfenotemporal se divide en ramos ascendentes o nervio temporal profundo posterior, que inerva los haces posteriores del músculo temporal, y ramos descendentes o nervio maseterino, pasa por la escotadura cigmoidea y se distribuye por la cara profunda del músculo masetero

TRONCO POSTERIOR

PTERIGOIDEO INTERNO.- Se une al ganglio ótico del que se separa para dividirse en tres ramos. Uno se dirige hacia abajo y afuera penetra en la cara profunda del músculo pterigoideo interno del cual emana un ramo muy delgado que alcanza el borde posterior del músculo periastafilino externo.

NERVIO AURICULOTEMPORAL.- Nace cerca del origen del tronco posterior mediante dos raíces se dirige hacia atrás y afuera por la arteria maxilar inferior y penetra en la cara profunda de la parótida en cuyo espesor emite un ramito que va a la piel de la región temporal por delante del conducto auditivo externo y se divide en varios ramos: auriculares inferiores, auriculares, pterigoideos.

NERVIO DENTARIO INFERIOR.- Es el más voluminoso desciende entre la cara externa del pterigoideo interno y el músculo pterigoideo externo, penetra en el conducto dentario inferior, corre por este hasta el agujero mentoniano donde se divide en ramos terminales.

NERVIO MILOHIODEO. Este va a penetrar el conducto dentario, se introduce en el canal milohiideo y suministra ramos para el milohiideo y el vientre anterior del digastrico.

RAMOS DENTARIO.- Nace en el conducto dentario y estan destinados a inervar los molares, los premolares y el canino asi como el maxilar inferior y la encía que lo cubre.

NERVIO INCISIVO.- se mete en el conducto incisivo y proporciona ramos incisivos y canino.

NERVIO MENTONIANO.- Sale por el agujero mentoniano y se espansa en múltiples ramos que se distribuyen por el mentón y el labio inferior alcanzando su mucosa.

NERVIO LINGUAL.- Casi tan voluminoso como el dentario inferior, se dirige a la punta de la lengua. Corre al principio entre los dos pterigoideos, cruzando por detrás de la maxila interna, hasta alcanzar el piso de la boca se dirige sobre el hipogloso y el geniogloso el lingual inferior y cruza el conducto de Wharton por debajo y afuera.

Recibe varios ramos anastomoticos uno el dentario inferior otro que proviene del facial que constituye la cuerda del tímpano, otros se anastomosan con el hipogloso mayor y otro se anastomosa con el milohiideo.

1.6.-TECNICAS DE ANESTESIA (7)

ANESTESIA DE LOS TEJIDOS DEL MAXILAR SUPERIOR

INYECCION SUPRAPERIOSTICA:

Debe sujetarse el labio y la mejilla entre los dedos pulgar e índice, estirándolos hacia afuera en forma tal que pueda distinguirse la línea limitante entre la mucosa alveolar móvil la mucosa gingival firme. Se inserta la aguja a través de la mucosa alveolar cerca de la gingival, de inmediato se deposita una gota de solución de anestésico local en ese lugar. Después de esperar 4 o 5 segundos, se dirige la aguja hacia la región apical del diente por anestésico. Se inyecta una o dos gotas antes de entrar en contacto con el periostio de intensa sensibilidad. Para eliminar el peligro de desplazar la aguja entre el periostio y el hueso, esta debe dirigirse en ángulo obtuso al hueso. La profundidad de la inserciones de sólo unos cuantos milímetros. La inyección se hace lentamente, con objeto de que no forme un depósito en el tejido. El mejor resultado se obtiene inyectando medio milímetro de la solución en un lapso de dos minutos.

ANESTESIA DEL NERVIIO PALATINO ANTERIOR

Se coloca el bisel de la aguja en sentido plano contra la mucosa distal al primer molar y en posición intermedia entre el margen de la encía y el techo de la boca. La jeringa se sitúa paralela al plano sagital del molar y apuntando en dirección un tanto distal. Debe aplicarse suficiente presión, de tal forma que la aguja se doble ligeramente. Cuando se observa que la mucosa palidece, se inyecta una gota de solución. Después de esperar unos 4 o 5 segundos, se hace avanzar la aguja unos cuatro milímetros, se detiene de nuevo y se inyecta una gota, se continua procediendo de la misma forma hasta que se llega a los tejidos fibrosos duros. No se inyecta más de 0.5ml, este método no anestesia los nervios palatinos medios y posteriores que inervan el paladar blando. Cuando se anestesian estos nervios se produce una sensación desagradable, y por lo tanto debe evitarse.

(7) James M. Bell "ANESTESIA LOCAL CLINICA,FUNDAMENTOS Y PRACTICA" Editorial Salvat Editores 1978.

ANESTESIA DEL NERVIO DENTAL POSTERIOR:

Al realizar la limpieza de la mucosa bucal, se determina el punto para la inserción de la aguja, cerciorándose, donde se desliza hacia arriba el aplicador. En dirección distal a la apófisis piramidal del maxilar superior. Con la boca del paciente ligeramente abierta, se le instruye para que mueva el maxilar inferior hacia el lado de la inyección, obviamente esta maniobra permite obtener un mayor espacio entre la apófisis coronoides y el maxilar superior. La mejilla se estira con el pulgar hacia arriba y afuera se inserta la aguja a través de la mucosa móvil y se inyecta una gota de solución. Después de 4 o 5 segundos se hace avanzar la aguja unos cuatro milímetros hacia arriba, hacia adentro y atrás, se inyecta una gota antes de tocar el periostio. Se procede por etapas. Al deslizar la aguja a lo largo del periostio se inyecta una gota de solución en cada etapa. Se detiene, se aspira y se inyecta de 0.5 a 1ml de la solución en el momento en que la aguja pierde contacto con la curvatura de la tuberosidad .

ANESTESIA DEL NERVIO MAXILAR SUPERIOR

Se estira la mejilla del paciente hacia afuera y arriba con el dedo índice del operador y se pide al paciente que abra la mandíbula y la desplace hacia el lado donde se realizara la inyección. Se inserta la aguja en el punto más alto del vestíbulo, generalmente en un punto opuesto al último molar y a cierta distancia de la mucosa alveolar dirigiéndose hacia arriba, adentro y atrás. La aguja no debe tocar el periostio hasta que haya penetrado 15mm.

ANESTESIA DE LOS TEJIDOS DEL MAXILAR INFERIOR

BLOQUEO DEL NERVIO DENTAL INFERIOR

Se coloca el dedo índice del operador sobre el cuerpo adiposo de la mejilla, utilizándolo para desplazar lateralmente esa porción del paquete adiposo, hasta que el dedo se apoye en la escotadura coronoides. Se limpia con un antiséptico el área situada por fuera del rafe y se palpa al mismo tiempo para localizar el tendón profundo del músculo temporal. Se apoya

la jeringa sobre los premolares del lado opuesto y se punciona la mucosa con la aguja, a la altura indicada por la escotadura coronoides por fuera del rafe, tan cerca como sea posible del tendón profundo del temporal, pero por la parte interna del cuerpo adiposo. La aguja se detiene en cuanto á penetrado a la mucosa, inyectándose una gota de solución. Después de esperar unos 5 segundos se pasa la aguja lentamente por una distancia aproximada de 0.5cm; moviendo con suavidad la aguja lateralmente, para sentir el tendón profundo del temporal. Desde este punto hasta la espina de Spix hay una distancia de un 1cm. Se adelanta la aguja unos 4 mm más y se inyecta 0.5mm, si se desea anestésiar el nervio lingual. Debe practicarse aspiración. Para anestésiar el nervio dental inferior se adelanta más la aguja inyectándose una o dos gotas de la solución antes de que toque el periostio situado en la espina de Spix. Se retira un poco y se infiltra el anestésico lentamente.

BLOQUEO DEL NERVIO MENTONIANO E INCISIVO

Se inserta la aguja en la depresión mentoniana, localizada a la altura de los premolares inferiores. Se dirige suavemente la aguja hacia el agujero, inyectándose una gota de anestésico, antes de deslizar la punta de la aguja al interior del conducto donde se inyecta al rededor de 0.5mm; como resultado, se logra la anestesia de todos los dientes situados por delante de los molares, así como de las estructuras faciales blandas correspondientes. En ocasiones se anestésian inexplicablemente también las estructuras blandas linguales.

BLOQUEO DE LA FOSA INCISIVA

La eficacia de la inyección se debe a la presencia de los canículos nutricios situados en el hueso cortical del fondo de la fosa incisiva. Depositando la solución anestésica lentamente en esta región, en cantidad no mayor de 1mm, generalmente se obtiene anestesia pulpar y quirúrgica de los incisivos. Si se necesita anestésiar la mucosa lingual, se puede inyectar una pequeña cantidad de solución en las partes duras.

1.7 INSTRUMENTAL Y TECNICA EN EXODONCIA

Existen 2 clases de instrumental utilizados para la extracción dentaria, pinzas (fórceps) y elevadores.

PINZAS PARA EXTRACCION (FORCEPS)

Es un instrumento basada en el principio de la palanca de 1er grado. Con la cual se toma el diente a extraer y se le imprimen movimientos particulares destinados a eliminar el órgano dentario del alvéolo. Consta de dos partes: la pasiva y la activa unidas por una articulación o charnela.

La parte pasiva es el mango de la pinza. Sus ramas son paralelas y según los distintos modelos están labradas en sus caras externas para impedir que el instrumento se deslice de la mano del operador. Las ramas de las pinzas se adaptan a la palma de la mano.

La parte activa se adapta a la corona anatómica del diente. Sus caras externas son lisas y las internas además de ser cóncavas, presentan estrías con el fin de impedir deslizamiento.

Existen 2 tipos de pinzas para extracciones aquellos destinados a extraer dientes del maxilar superior y las destinadas a los dientes de los maxilares inferiores. La diferencia entre ambos reside en la que la del maxilar superior poseen las partes pasiva y activa en la misma línea, mientras que las pinzas del maxilar inferior tienen ambas partes en ángulo recto.

Cada diente o grupo o grupo de dientes exige una pinza particular diseñada según la anatomía del diente a extraer

1.7.1 TIEMPOS DE LA EXODONCIA CON FORCEPS

SINDESMOTOMIA

Es el primer paso a seguir en la extracción dentaria. Es la maniobra que tiene por objeto desprender el diente de sus inserciones gingivales, constituye una maniobra imprescindibles en la exodoncia. Además de facilitar la extracción por la sección del ligamento circular y de la inserción gingival se evita por este procedimiento desgarramiento de la encía y permite colocar los mordientes de la pinza a la altura del cuello del diente.

PREHENCION

Es la toma o prehension del diente, es el paso fundamental del cual depende del éxito de los tiempos que siguen.

Preparando el diente para la exodoncia se separan los labios del pacientes con los dedos, de la mano izquierda, libre el campo la pinza toma el diente por encima del cuello anatómico, en donde se apoya a expensas del cual se desarrolla la fuerza para movilizar el órgano dentario

Ambos mordientes el bucal y el lingual deben penetrar simultáneamente hasta el punto elegido. Llegando a éste la mano derecha cierra las ramas de la pinza manteniendo con el pulgar el control de la fuerza .

LUXACION

La luxación o desarticulación del diente rompe las fibras del periodonto y dilata el alvéolo.

Este tiempo se realiza de la siguiente manera:

a) Movimientos de lateralidad del diente.- Dos fuerzas actúan en este movimiento. La primera impulsando el diente en dirección de su ápice. La segunda fuerza mueve el órgano dentario, eligiendo como primera dirección la tabla ósea de menor resistencia, que generalmente es la bucal.

b) Movimiento de rotación.- Desplazando el diente de derecha a izquierda en el sentido de su eje mayor. Este movimiento es complementario del movimiento de lateralidad.

c) Tracción.- Es el último movimiento destinado a desplazar finalmente al diente del alvéolo. La tracción se realiza cuando los movimientos preliminares han dilatado el alvéolo y roto los ligamentos.

Generalmente la cantidad de fuerza exigida es pequeña y la resultante de la fuerza tiende a dirigir al diente en sentido de la corona y de la tabla externa.

Por eso el movimiento de tracción debe ejercerse después de los de lateralidad o de rotación, cuando el diente se encuentra en la porción más externa del área del arco de lateralidad .

En la aplicación del movimiento de rotación la fuerza de tracción se inicia junto con el movimiento . Al abandonar el diente su alvéolo, esta terminada la parte mecánica de la exodoncia.

1.7.2 TIEMPOS DE LA EXODONCIA CON ELEVADORES

Tienen aplicación en exodoncia, con el objeto de movilizar o extraer dientes o raíces dentarias. Este instrumento consta de 3 partes Mango, tallo y la hoja .

Mango.- Es adaptable a la mano del operador, tiene según el modelo diversas formas. En general el mango esta dispuesto con respecto al tallo de 2 maneras; en la misma forma o perpendicular al tallo

Tallo.- Es la parte del instrumento que une al mango con la hoja, debe adaptarse a las modalidades de la cavidad bucal. Esta constituido de acero resistente como para cumplir su cometido sin variar su forma.

Hoja.- Se fabrica de distintos diseños según la aplicación que se le de al instrumento, 2 son las formas generales de presentación, de las cuales depende su manera de actuar; la hoja esta en la línea del tallo (elevador recto), y origina con él un ángulo de grado variable (elevadores curvos)

LOS TIEMPOS DE LA EXODONCIA SON:

1. Sindesmotomia .- se lleva a cabo similar a la técnica con fórceps
2. Aplicación.- Se debe colocar el elevador buscando el punto de apoyo.
El elevador se toma con la mano derecha, empuñándolo ampliamente. El dedo índice debe acompañar el tallo para evitar herir partes blandas vecinas lengua, carrillos, velo del paladar. Además el dedo sobre el tallo del instrumento sirve para dirigir la fuerza de la mano que opera, evitándose luxación de los dientes vecinos o la fractura del diente a extraer
3. Luxación.- Logrando el punto de apoyo y el sitio de aplicación del elevador, se dirige el instrumento con movimientos de rotación, descenso o elevación, logrando que el diente rompa sus adherencias periodonticas, dilata el alvéolo permitiendo así su extracción.
4. Extracción propiamente dicha.- Con sucesivos movimientos de rotación o descenso el diente abandona su alvéolo desde donde puede extraerse con elevadores apropiados o con pinzas para extracciones.

CIERRE DEL ALVEOLO

Una vez practicada la exodoncia debemos comprimir ligeramente las tablas óseas dilatadas para llevarlas a su estado original pero evitando fracturarlas.

Una vez logrando este procedimiento, en caso de ser necesario se efectúa la sutura del tejido gingival con el objeto de afrontar lo más posible los bordes de la herida, permitir la hemostasia y disminuir el periodo de cicatrización.

1.7.3 TÉCNICA DE EXTRACCIÓN PARA EL MAXILAR SUPERIOR(2)

Incisivo central superior: Tiene una raíz recta y cónica y en corte transversal es ovalada. Se extrae mediante movimientos de rotación, Los extremos de la cabeza del fórceps se sitúan sobre la zona radicular inmediatamente adyacente a la unión amelocementaria.

Incisivo lateral superior: Presenta una raíz fina y oval en un corte transversal frecuentemente el ápice está encorvado distalmente, se puede extraer con movimientos oscilantes substituidos finalmente por una ligera, rotación en dirección mesial, y el diente, es liberado de su alvéolo.

Canino Superior: Su raíz es larga y fuerte, triangular en un corte transversal y, que generalmente el ápice es curvo en dirección disto labial. Durante su extracción es fácil fracturar la cara vestibular del alvéolo, ya que a este nivel, la tabla externa es muy delgada. Si el diente está muy firmemente anclado a su alvéolo, puede estar aconsejado levantar un colgajo y eliminar parte del hueso de la cara bucal. El canino se extrae mediante movimientos oscilantes terminando con una cuidadosa rotación que dependerá del grado de encurvación del ápice radicular.

Primer premolar superior: Suele tener raíz bífida, con ápices finos. Para su extracción deben utilizarse delicados movimientos oscilantes, pero nunca de rotación.

Si se fracturan los ápices, pueden extraerse con un elevador muy fino de manera semejante a los demás restos radiculares. La extracción es más sencilla si los ápices se han movilizado ligeramente antes de fracturarse. Esta es una de las razones por lo que está aconsejado actuar con precaución en la primera parte de la exodoncia

La punta del elevador se introduce en el espacio periodontico; y se va movilizando el ápice con movimientos suaves hasta que se extrae de su alvéolo.

Segundo premolar Superior: Tiene una raíz corta y cónica, ovalado en un corte transversal. La exodoncia se inicia con movimientos oscilantes, continuando después con otros movimientos de rotación para evitar que debido a la estrecha relación de este diente con el seno maxilar pueda provocarse una comunicación entre este y el alveolo dentario.

Molares superiores: Aunque entre los primeros molares y segundos molares superiores existan ciertas diferencias anatómicas, su extracción es semejante, de las tres raíces de cada uno de ellas, la palatina es más fuerte y más divergente con relación a las 2 vestibulares. En la zona bucal, el hueso excepto a nivel de la cresta infracigomática, es delgada. El que rodea al alvéolo es un hueso muy esponjoso y se ve fácilmente. Por lo general los ápices están muy próximos al seno maxilar de tal manera que es en esta región donde las comunicaciones orosinusales son más frecuentes. La extracción se lleva a cabo mediante la aplicación de movimientos de balanceo sobre todo en dirección bucal ya que a este nivel la resistencia ósea es menor. El órgano dentario se extrae de su alvéolo en dirección bucal según un movimiento que siga la curvatura de la raíz palatina.

Si el molar está firmemente unido a su alvéolo, o si la corona está muy destruida por caries y es imposible que el fórceps pueda presionarla debidamente, es necesario seccionar el diente y extraer las raíces; individualmente (odontosección). El éxito de esta técnica estriba en la separación radicular y en su normalidad anatómica. Se inicia la sección en la pared pulpar y desde aquí la fresa se dirige mesial y distalmente. El tamaño de las raíces mesiobucales del 1ro y 2do molar influyen en la línea de odontosección. Después de seccionar la raíz palatina se separan las raíces bucales a causa de la proximidad del seno maxilar debe evitarse que la fresa vaya más allá de la cámara pulpar. El último puente de dentina puede romperse con una ligera torsión del elevador.

La raíz distobucal se extrae mediante un movimiento de palanca del elevador, utilizando como punto de apoyo la raíz palatina. La raíz mesiobucal se extrae colocando mesialmente el elevador y dirigiendo dicha raíz distalmente, según una trayectoria curvilínea. Es importante luxarla raíz hacia abajo y hacia afuera, porque si la anatomía es desfavorable basta una ligera presión para introducirla al seno. Por esta razón si la radiografía preoperatoria muestra que el límite entre el seno y el alveolo es muy justo es mejor extraer las raíces quirúrgicamente,

levantando un colgajo y eliminando parte de la tabla ósea bucal. Generalmente la raíz palatina puede extraerse con un fórceps de raíces, es menos arriesgado que utilizar el elevador que puede introducirlo en el seno.

Tercer molar superior: Esta situado en la tuberosidad rodeado de hueso esponjoso y sus raíces están sujetas a amplias variaciones desde el punto de vista anatómico, si se tienen 2 o mas raíces se pueden extraer del modo semejante al descrito para el primer y segundo molar, pero frecuentemente presenta solo una única raíz cónica incubada distalmente.

Si sospechamos una perforación inusual después de la extracción se debe tener un diagnostico con exactitud.

1.7.4 TECNICA DE EXODONCIA PARA EL MAXILAR INFERIOR

Incisivos: Tienen una raíz muy fina en sentido mesio distal, y rodeada en dirección bucal y lingual de una delgada zona ósea. De modo que para evitar fracturas del ápice ó del hueso hay que luxarlo con delicadeza, efectuando pequeños movimientos de balanceo una vez movilizado el diente, debe sustituirse por otro movimiento de tipo elipsoide y que tiene el propósito de expandir ligeramente las paredes del hueso alveolar.

Caninos: Tienen una raíz muy fuerte rodeado de una estrecha banda ósea por lo que su extracción es semejante a la de los incisivos.

Primer premolar inferior: Tiene una raíz igualmente fuerte, ovalada en sentido bucolingual. En la cara bucal el hueso es más grueso que en el caso de los dientes incisivos y caninos. El que el hueso aumente su espesor conforme se dirige distalmente se debe a la falta de correlación entre la curvatura del arco dentario y la del cuerpo mandibular, unido a la presencia de la línea oblicua interna.

La exodoncia de esta pieza se ve ligeramente dificultada por el espesor del reborde óseo marginal. En la zona apical el hueso esponjoso ofrece menor resistencia. La exodoncia requiere de movimientos de balanceo luego de rotación o elipsoides.

Segundo premolar inferior: Tiene una raíz cónica y relativamente corta. En un corte transversal es redondeada se puede extraer con escasos movimientos de balanceo.

Molares inferiores: Tienen raíces potentes, algo aplanadas en sentido mesio-distal presentan una ligera incurvación distal, y se pueden extraer teniendo en cuenta los mismos principios anteriores debido al grosor del hueso alveolar en sentido bucal estas piezas se asientan en su alveolo muy firmemente de modo que los movimientos de balanceo, predominantemente en sentido lingual, deben ser potentes, la extracción de la pieza se hará, sin embargo en dirección bucal.

Los molares inferiores muy destruidos se extraen con mas facilidad utilizando un fórceps de los denominados "cuerno e vaca", colocando sus ramas en la bifurcación radicular, con lo que la pieza es aprehendida mejor que con un fórceps convencional. Sin embargo los movimientos que deben realizarse son los ya señalados si las raíces están muy próximas entre si, el cuerno de vaca puede separarlas y entonces, cada una de ellas se extrae.

1.8.- ODONTOSECCION:

El tratamiento de elección cuando un diente no puede extraerse con fórceps es la odontosección. Con la fresa se crea un profundo surco en la zona intrarradicular y se separan las raíces. La sección se inicia en la cámara pulpar, dirigiendo la fresa hacia los bordes bucal y lingual.

En el surco así formado se introduce un elevador de bandera. Primero se extrae la raíz distal ya que suele ser la que menos resistencia ofrece, además de presentar una incurvación apical mas adecuada con relación al movimiento que se imprime al elevador

A continuación se coloca el elevador en el alveolo de la raíz distal y se extrae la raíz mesial, para la cual suele ser necesario perforar el septo interradicular con la punta del elevador cuyo mango se hace girar cuidadosamente para dar a la raíz un movimiento ascendente de salida. Se inspecciona el septo y si se observa algún fragmento suelto del hueso se retira o si esta muy destruido se extirpa totalmente con una gubia los restos radiculares.

1.9. - EXTRACCION DE RAICES

Desde el punto de vista quirúrgico debemos considerar dos tipos de raíces erupcionadas y que quedan en los maxilares como consecuencia de los progresos de caries y las raíces de dientes fracturados en intentos previos y que ahora se procura extraer en la misma sección de la avulsión dentaria. Se asimilan también a estos tipos dos raíces de dientes tan profundamente cariados que su extracción equivale prácticamente a la extracción de dichas raíces y las raíces cuya extracción a de hacerse por ostectomia puesto que presentan malformaciones radicalres, cementosis, y dilaceraciones. Ahora bien, es evidente que no puede haber un limite de separación entre las clases de raíces a extraer. De ahí que hayamos dicho que fundamentalmente es la misma cuestión.

En extracción de raíces que emergen fuera del proceso alveolar: Nos referimos a los dientes que han sufrido procesos de caries que destruyeron totalmente la corona y se separaron las raíces entre si por raíces de dientes monoradiculares que emergen fuera del alveolo y no presentan malformaciones.

En otras palabras raíces que puedan ser eliminadas por intermedio de las pinzas para raíces y que no necesitan un tratamiento previo a la extracción.

Las pinzas para extracción de raíces pueden clasificarse en 2 tipos para raíces del maxilar superior y para raíces del maxilar inferior. Para las extracciones del maxilar superior se utiliza generalmente el tipo llamado bayoneta. La parte activa de este instrumento, que puede emplearse para todas las raíces únicas del maxilar superior, es la destinada a tomar presa la raíz y extraerla. Se dispone en forma de bayoneta para adaptarse al cuello de las raíces situados posteriormente, se acomoda en ángulo obtuso y luego se vuelve a enderezar siguiendo el trayecto paralelo a las ramas. Sus bocados se encuentran mas o menos próximos según la clase de pinza bayoneta que se trate.

Pinzas para extracciones de las raíces del Maxilar inferior:

Para el maxilar inferior se usa una pinza en la cual sus 2 partes, pasiva y activa están colocados en ángulo recto; existen en el mercado pinzas para raíces inferiores, pudiéndose utilizar las pinzas para incisivos inferiores.

Extracción de raíces con elevadores:

Los elevadores son instrumentos que pueden usarse para la extracción de algunos dientes pero que están indicados particularmente para la extracción de sus raíces. En la extracción de dientes su empleo puede surcunscribirse a la función de luxar el órgano dentario, reemplazando a la pinza.

En muchos casos va a ser menos traumático una extracción dentaria quirúrgica que el intento prolongado e infructuoso de una extracción convencional de una extracción de un resto radicular. Si se utiliza una técnica quirúrgica correcta, la herida sanara antes y los contornos del proceso alveolar serán mejores. La intervención ya sea sobre dientes uni o multirradiculares, siempre es la misma. Pero teniendo en cuenta las diferencias óseas y entre el maxilar y la mandíbula, la técnica quirúrgica variara.

La intervención se compone de las siguientes fases:

1. Disección de un colgajo mucoperiostico.
2. Exposición radicular
3. Extracción mediante elevador y fórceps de raíces
4. Limpieza y sutura de la herida.

Finalmente debe recordarse una vez mas que los principios de la exodoncia descritos aquí son simplemente orientativos, puesto que existen múltiples factores anatómicos y físicos que van a exigir unas determinadas modificaciones de acuerdo con las características particulares de las resistencias que se encuentran en los movimientos iniciales de la exodoncia. Estos movimientos se dirigen ante todo a las zonas de menor resistencia ósea para encontrar la vía más expedita que haga posible la exodoncia. Si se planean exodoncias múltiples, es mejor empezar por las piezas superiores y por las distales.

COMPLICACIONES Y ACCIDENTES DENTRO DE LA EXTRACCION DENTARIA

Los accidentes y complicaciones que pueden suceder durante la extracción de un órgano dental son múltiples y de diversa categoría unas interesan al diente objeto de la extracción o a los dientes vecinos, otros al hueso y/o a las partes blandas peridentales o en casos particulares pueden afectar la salud general del individuo a quien se está interviniendo.

2.1. - ACCIDENTES LOCALES INMEDIATOS

1. ACCIDENTES RELACIONADOS CON LOS DIENTES.

A) FRACTURA DEL DIENTE

Es el accidente más frecuente de la exodoncia; en el curso de la extracción, al aplicarse la pinza sobre el cuello del diente y efectuarse los movimientos de luxación, la corona o parte de esta, o parte de la raíz se fracturan quebrando por lo tanto la porción radicular en el alvéolo. Las causas de este accidente son múltiples. Es una complicación evitable. En una gran porción de los casos; el estudio radiográfico del diente, impone la técnica. Solo en las extracciones efectuadas "a ciegas", sin el conocimiento de la disposición y forma radicular o en casos excepcionales, puede tener explicación la fractura .

Los órganos dentarios, debilitados por los procesos de caries o con anomalías radiculares, no pueden resistir el esfuerzo aplicado sobre su corona y se fracturan en el punto de menor resistencia. En el incompleto estudio clínico y radiográfico del diente a extraer y equivocada técnica quirúrgica, se funda la causa principal del accidente.

CONDUCTA A SEGUIR EN CASO DE FRACTURA: Producida la fractura nuestros cuidados deben dirigirse a extraer la porción radicular que queda en el alveolo para ello se debe realizar maniobras previas que salven el error cometido.

Examen Radiográfico: Si la extracción fue intentada sin el examen radiográfico previo después de producida la fractura se tomara una radiografía que nos indicara la forma y posición radicular. No disponiendo de un aparato de rayos X, habrá que intentar la extracción con este factor en contra.

TRATAMIENTO DE FRACTURA:

Preparación del campo operatorio a causa del traumatismo producido por la fractura del diente a extraer, se producen desgarres de la encía, se desplazan esquirlas, óseas y sobre todo en la boca del alveolo se sitúan trozos del diente; la pulpa puede quedarse expuesta. La encía desgarrada y el periostio lesionado producen una hemorragia abundante que oscurece el campo operatorio.

Por preparación del campo operatorio, se entiende eliminar los trazos óseos y dentarios que lo cubren; cohibir la hemorragia de las partes blandas, es decir aclarar la visión del muñón, radicular fracturado, para así poder llegar a feliz termino la extracción. Los fragmentos se retiran con pinzas de curación, se lava la región con un chorro de agua o suero fisiológico se seca con gasa y se practica la Hemostasia. La hemorragia también puede cohibirse aplicando anestesia local a nivel de la zona sangrante. Sin el requisito previo de tener un campo blanco. Una vez cohibida la hemorragia se practica la extracción de las raíces, según las normas establecidas.

B) FRACTURA Y LUXACION DE LOS DIENTES VECINOS.

La presión ejercida sobre la pinza de extracción puede ser transmitida a los dientes vecinos provocando la fractura de una corona debilitada por obturaciones o caries, o puede suceder cuando se hacen maniobras sin precaución, sobre todo cuando hay dientes apiñados, en este caso se inmovilizaran los dientes luxados por medio de férulas si además se rompe el paquete vasculonervioso se hará el tratamiento radicular del diente.

C) EXTACCION DEL GERMEN DE LA SEGUNDA DENTICION

Es la lesión y aun la abulsión del germen de los dientes permanentes en el intento de extraer las raíces del temporario. Se puede evitar no profundizando los bocados del fórceps. Siempre se debe tomar en cuenta la edad del niño, tomar radiografías, para conocer mas o menos el grado de absorción de la raíz del diente temporal.

Si en algún caso se extrae un diente permanente, durante la extracción de un primario, deberá colocarse otra vez en el hueso alveolar con el menor movimiento y manipulación que sea posible, y el operador tendrá que asegurarse de que el aspecto bucal del diente esta colocado en el lado bucal del alvéolo.

2.2.- ACCIDENTES RELACIONADOS CON LOS MAXILARES

A) FRACTURA DEL BORDE ALVEOLAR

La fractura del borde alveolar, es frecuente en el curso de la exodoncia, no tiene mayor trascendencia: el trozo de hueso se extirpa con el órgano dentario o queda relegado en el alveolo. En el primer caso no hay conducta especial a seguir, en el segundo, debe eliminarse el trozo fracturado, el secuestro origina los procesos inflamatorios consiguientes:

osteitis, abscesos, que no terminan hasta la eliminación del hueso.

Siempre se debe procurar no dejar aristas cortantes que impidan la cicatrización.

B) FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR.

Se puede presentar en el momento de extraer un segundo o tercer molar superior al aplicar una fuerza, exagerada, y por el uso de los elevadores aplicados con fuerza excesiva, la tuberosidad del maxilar o parte de ella puede desprenderse acompañando al molar, en tales circunstancias pueden abrirse el seno maxilar, dejando una comunicación bucosinusal, cuyo obturación requieren un tratamiento adecuado.

Tratamiento de las comunicaciones Bucosinusales.

La comunicación de la boca con las cavidades vecinas pueden obturarse por procedimientos quirúrgicos . Para realizar estas operaciones debemos valernos de los tejidos vecinos a la perforación a expensas de las cuales se preparan colgajos plásticos. Estos colgajos son desplazados del sitio de donde están normalmente asentados y llevados hasta el lugar donde se necesitan.

Su sintomatología es: pasaje de aire, entradas de saliva y alimentos a la cavidad maxilar, y salida del liquido por las fosas nasales.

Una condición previa indispensable para el éxito del tratamiento es que el seno se encuentre sano. Para el tratamiento de la comunicación bucosinusal utilizamos la operación de Cal Well Luc.

Se traza una incisión en el vestíbulo se desprende el colgajo, el cual se sostiene con los separadores, con pinzas gubias se eliminan huesos hasta cerca del malar. Con tratamiento quirúrgico sinusal previ o sin el es indispensable preparar una ventilación del seno del maxilar, pues el ostium puede resultar insuficiente para el drenaje de las secreciones nasales.

El detalle quirúrgico de interés consiste en la eliminación de todos los divertículos o nichos.

La finalidad de este método consiste en hacer del seno una cavidad única sin cavidades ni divertículos accesorios.

La cavidad sinusal puede dejarse vacía o espolvorear sus paredes con antibióticos; en casos de existir alguna superficie ósea sangrante puede depositarse a ese nivel un lazo de oxixel o gelfoam.

Los labios de la herida se unen con varios puntos de sutura con la cual se asegura su cierre hermético. Este procedimiento no debe ser realizado por el Dentista de práctica general si no, por el especialista

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

Al paciente cuando llegue a su casa después de la operación le conviene guardar reposo algunas horas.

Después se practican lavados del seno con suero fisiológico dos o tres veces por semana.

Este lavado postoperatorio de la cavidad sinusal por la vía creada en el meato inferior, tiene por objeto eliminar las secreciones o coágulos que puedan almacenarse en su interior.

C) LUXACION DE LA MANDIBULA

Es la salida del cóndilo mandibular de su cavidad glenoidea . Accidente raro, se produce en la extracción de los terceros molares inferiores, en operaciones largas y fatigantes; puede ser unilateral o bilateral.

Signos y Síntomas:

1. La boca esta abierta y no puede cerrarse
2. El dolor puede ser intenso por fatiga muscular

3. El paciente muchas veces tiene expresión de pánico
4. Depresión facial profunda
5. Hay desviación del maxilar con luxación unilateral
6. Chasquido agudo

TRATAMIENTO : Esto se hace de inmediato, se colocan los dedos pulgares de ambas manos sobre la arcada dentaria mandibular, los dedos restantes sostienen el maxilar, se imprimen fuertemente a este hueso dos movimientos: un movimiento hacia abajo y otro hacia arriba y hacia atrás.

Reducida la luxación puede continuarse la operación siempre y cuando sea breve, después hay que dejar en reposo al maxilar con función limitada.

TRATAMIENTO ESPASMO MUSCULAR

- a) calor húmedo bilateral durante 10 minutos 3 veces al día
- b) relajantes musculares
- c) ejercicio muscular muy moderado

D) PERFORACION DE LAS TABLAS VESTIBULAR Y PALATINAS

Puede ocurrir al realizar una extracción de un premolar o molar superior, una raíz vestibular palatina puede atravesar las tablas óseas, ya sea por un debilitamiento del hueso, o por esfuerzos mecánicos y se deposita en un momento dado debajo de la fibromucosa, entre esta y el hueso, en cualquiera de las dos caras vestíbulo o paladar.

Para la extracción de la raíz se practica una pequeña incisión en el vestíbulo o en el paladar y se separan los colgajos y se procede a extraer la raíz. Un punto de sutura aproxima los bordes de la herida.

E) PERFORACION DEL PISO DEL SENO

Puede presentarse el accidente durante la extracción de los molares y los premolares superiores abriendo el piso del antro.

Este accidente adquiere dos formas accidental o instrumental .

En la primera forma por razones de relación anatómica de del molar con el piso del seno al efectuarse la extracción queda instalada la comunicación, inmediatamente se advierte el accidente, porque el agua pasa al seno y pasa por la raíz.

En otros casos los instrumentos de exodoncia pueden perforar el piso sinusal adelgazado o puede ser una raíz la que perfora el seno al intentarse su extracción.

En la mayoría de los casos el coágulo se encarga de obturar la comunicación, es suficiente una torunda de gasa que favorezca la Hemostasia o un punto de sutura que acercando los bordes, establece mejores condiciones para la contención del coágulo.

F) PENETRACION DE UNA RAIZ EN EL SENO MAXILAR

La comunicación puede hacerse por un descuido del operador o de las relaciones que guardan los dientes con el seno del maxilar.

Cuando las raíces penetran al seno, o están separadas de él, por una delgada mucosa, por mas cuidadosa que se haga la extracción se establecerá la comunicación.

Extracción de la raíz del seno Maxilar: Un examen radiográfico previo, nos impondrá la ubicación exacta de la raíz.

Sea que la extracción de la raíz, se intente en la misma sección o se realice posteriormente, la vía de elección para su búsqueda es siempre la vestibular.

Se trazan dos incisiones convergentes desde el surco vestibular al borde libre de la encía. Esta incisión coincidirá con las lengüetas mesial y distal del alvéolo que estamos considerando. Se desprende el colgajo expuesto el hueso, se calcula por el examen radiográfico la altura a la que se encuentra el piso del seno y por lo tanto la raíz que se quiere extraer. Se practica la osteotomía de la tabla externa. Abierto el seno y proyectando la luz hacia el interior de su cavidad se busca la raíz, se le toma con una pinza larga, con una pinza de disección o bien se le elimina con una cucharilla para hueso.

2.3.- ACCIDENTES RELACIONADOS CON LOS INSTRUMENTOS

A) Fractura del instrumental empleado.

Las pinzas y elevadores pueden fracturarse durante el acto quirúrgico cuando excesiva fuerza se aplica sobre ellos. Puede así herirse las partes blandas u óseas vecinas. Se conocen casos en e los que se han fracturado

trozos de tamaño variable durante el acto operatorio como son pinzas, elevadores, fresas, algunos quedaran como cuerpos extraños en el interior del hueso, originando toda gama de trastornos; por lo tanto deben extraerse.

2.4.- ACCIDENTES SOBRE LOS TEJIDOS BLANDOS

A) Desgarro y desprendimiento de la encía.

Se produce al actuar con brusquedad, sin medida y sin criterio quirúrgico ya que al efectuarse la extracción no se realiza el desbridamiento adecuado.

B) Desgarro de mucosa gingival, lengua y carrillos.

Accidente posible pero no frecuente, puede ocurrir al deslizarse los instrumentos de las manos del operador, después de extracciones laboriosas y fatigantes y herir las partes blandas vecinas. Luego de terminar la extracción, las partes desgarradas serán cuidadosamente unidas por medio de puntos de sutura.

Herida de los labios por pellizcamiento de las pinzas lesione traumáticas de la comisura son bastante frecuente

C) Penetración de un diente en regiones vecinas.

Este accidente ocurre en el intento de extracción de un diente respondiendo a la aplicación incontrolada de fuerzas, puede desplazarse hacia bucofaringe, laringe o traquea.

Si pasa a la faringe se le pide al paciente que se quede quieto y no tragar o tome aire, hasta haber recuperado el diente

Si pasa a la porción posterior puede ser expulsado por un acceso de tos, en la mayoría de los casos el paciente tragara llevando al diente al esófago y de ahí al aparato gastrointestinal, en tal caso deberá recetarse una dieta con mucha masa, generalmente el diente se defecara sin problemas.

Al toser se puede expulsar el diente o alojarlo en la laringe o aspirarlo en el árbol traqueobronquial, causando la asfixia rápida.

Al paciente se le deberá administrar oxígeno hasta que pueda ser transferido a un área donde puedan tomarse radiografías de tórax y donde pueda ser atendido debidamente.

2.5.- ACCIDENTES RELACIONADOS CON LOS ANESTESICOS

1 Accidentes anestésicos locales

A) ROTURA DE LA AGUJA

No es un accidente común es producido generalmente cuando la aguja atraviesa un músculo o cuando pasa por debajo del periostio provocando un movimiento reflejo brusco de la cabeza del paciente el cual rompe la aguja.

TRATAMIENTO: Se realiza la extracción de la aguja durante la anestesia local y se reduce a una incisión a nivel del lugar de la inyección y disección de los tejidos con un instrumento romo, hasta encontrar el trozo fracturado y extracción del mismo con pinzas de disección.

B) DOLOR AGUDO A LA PUNCIÓN

Si un tronco o rama nerviosa ha sido traumatizada por la aguja, la indicación de este hecho se manifiesta en el momento de la inyección por que cuando el nervio ha sido tocado, el paciente tiene sensación de toque eléctrico o calambre.

TRATAMIENTO Se tranquiliza al paciente y se administra vitamina B1 y B12

C) ENFISEMA

Infiltración de gas en el tejido intercelular, con aumento de volumen rápido y progresivo, deformante de la región, de consistencia blanda crepitante (como esponja) sin cambio de coloración de la piel y es indoloro.

TRATAMIENTO: Se tranquiliza al paciente, comprimir la zona que se está deformando se mandan compresas húmedo calientes y anti-inflamatorios, el aire lo elimina el organismo.

D) INYECCIÓN DE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA EN ÓRGANOS VECINOS.

No es común. El líquido puede inyectarse en las fosas nasales, durante la anestesia del nervio maxilar superior; no origina inconveniente.

No requiere ningún tratamiento, solo tranquilizar al paciente.

E) PUNCION DE UN NERVIO

Una de las dolencias atribuidas a causas operatorias posquirúrgicas son simplemente el resultado de una incorrecta administración de la solución anestésica.

La parestesia y la neuritis, provocadas por la penetración de la aguja en el nervio son otras complicaciones relacionadas con el no cumplimiento de los principios de la inyección que se basan en :

- 1) Conocimientos precisos de anatomía, fisiología y farmacología.
- 2) La aptitud del operador, así como su destreza para utilizar el equipo y materiales de este campo.

El cirujano debe estar familiarizado con el trayecto y las uniones de los nervios en el área de operación para que no sean oprimidos, cortados, estriados o ligados inadvertidamente. No hay excusa para afianzar y ligar un nervio, creyendo que este es un vaso. El daño puede ser el resultado de manipulaciones descuidadas, así que el cirujano debe apegarse a una técnica meticulosa y adecuada

F) HEMATOMA

La punción de un vaso sanguíneo origina un derrame de intensidad variable sobre la región inyectada. Esta complicación no es muy frecuente porque los vasos se desplazan y no son puncionados.

Este accidente es común 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 es instantáneo y tarda varios días para su resolución, el accidente no tiene consecuencias a no ser la infección del hematoma.

TRATAMIENTO Se aplica una bolsa de hielo en el lugar de la inyección

G) PARALISIS FACIAL

Esto ocurre en la anestesia troncular del dentario inferior cuando se ha llevado la aguja por detrás del borde parotideo del hueso, inyectando la solución en la glándula parótida.

Sus síntomas son; caída del párpado e incapacidad de oclusión ocular proyección hacia arriba del globo ocular, además de la caída y desviación de los labios. Es un accidente alarmante del cual por lo general el paciente no se percató

La parálisis es temporal y dura el tiempo que persiste la anestesia o un poco más.

2.6.- ACCIDENTES ANESTESICOS GENERALES

a) TRASTORNOS TOXICOS

Las reacciones tóxicas se acompañan de manifestaciones sistémicas. Cuando se administra gran volumen de anestésico rápidamente el tejido muy vascularizado como es la región peribucal. La reacción tóxica puede manifestarse por fases sucesivas de estimulación, convulsiones y finalmente depresión.

Sintomatología:

Esta va desde sensación de malestar, palidez mareo dolor de cabeza, náuseas vomito sudoración temblores angustia, disminución de la presión arterial, convulsiones, culminando en algunos casos con un síncope o shock.

b) LIPOTOMIA O DESMAYO

Puede ocurrir en personas muy nerviosas alcohólicas o desnutridas que se presentan con una anemia cerebral pasajera con consecuente pérdida de las funciones cerebrales y de los movimientos por un tiempo muy reducido (minutos o segundos) y su recuperación es rápida.

Sintomatología:

Presenta sudoración, lividez, náuseas. Se observa la pupila dilatada que reacciona a la luz respiración nerviosa, respiración ansiosa, con pulso débil y lenta que puede desaparecer o mostrarse irregular en algunos casos.

TRATAMIENTO: Se coloca al paciente en posición horizontal con la cabeza más baja que su cuerpo, se afloja la ropa o aquello que cause presión, se refresca el lugar abriendo ventanas, se le hace aspirar sales aromáticas por debajo de la nariz para recuperar la conciencia.

SCHOCK ANAFILACTICO

Es un complejo de síntomas que ocurren después de una intervención antigénica (como es el anestésico local) pudiendo haber paro respiratorio o colapso cardiovascular agudo.

Generalmente mientras más rápido se desarrollan los síntomas después de la exposición, más grave será la reacción.

Es una reacción grave. La obstrucción bronquial hace que al exhalar hay aun sonido como de silbido y lo que es peor se puede formar edema laríngeo que al inspirar emita el paciente un sonido como de ronquido. Se manifiesta una hipoxia, y a menos que estas manifestaciones se traten rápidamente, se presentará un colapso vascular seguido de un paro cardíaco.

Las manifestaciones cutáneas son comunes, y a menudo precursoras de más serias afecciones. La urticaria difusa, urticaria y/o angioedema, puede afectar la laringe y causar obstrucción respiratoria. Otros síntomas que pueden ocurrir incluyen náuseas, vómito, calambres dolor abdominal y ocasionalmente diarrea.

Prevención: Se debe hacer un buen interrogatorio. En primer lugar detecta si el paciente es atópico, es decir con antecedentes familiares alérgicos. En caso de ser positivos estos antecedentes, se le interrogara si ha tenido alguna reacción previa a anestésicos tópicos.

GRUPO DE MEDICAMENTOS BASICOS PARA EL TRATAMIENTO DEL SCHOCK ANAFILACTICO

Antihistaminicos

Benadryl, Clorotrimetron, Avapena

Antiinflamatorios
Corticoesteroides

Svlucosrtef, Flebocortid, Solumedrol,

Vasoconstrictores y relajadores de la musculatura lisa

Adrenalina, Epinefrina, Aminofilina

Todas estas condiciones se pueden prevenir en el consultorio disipando los temores del paciente, con una actitud calmada, utilizando todas las medidas para suprimir el dolor durante el tratamiento, agujas y jeringas deben mantenerse fuera de la vista. Se debe premedicar cuando este indicado.

2.7.- ACCIDENTES MEDIATOS POSTOPERATORIOS

a) Hemorragia

Se presenta de dos formas:

- 1) La inmediata o primaria se presenta durante la extracción o unos minutos después de esta.
- 2) La mediata o secundaria se presenta después de varias horas de la formación del coágulo.

La falta de coagulación de la sangre, y la no formación del coagulo se deben a razones generales o causas locales.

Todos los problemas que originan la hemorragia pueden prevenirse por el empleo sistemático de la sutura pos extracción; por este procedimiento la hemorragia cede.

Si la hemorragia se produce varias horas después de realizada la extracción se procede como sigue: al 10% de agua oxigenada tibia, con el objeto de limpiar la cavidad bucal y el lugar de la operación eliminar el coagulo que flota sobre la herida y poder ver con claridad y por donde sangra y cual es el sitio de mayor afluencia sanguínea; se seca cuidadosamente la región sospechada con una torunda de gasa. El método ideal para el tratamiento es la inspección de la zona sangrante para localizar la región de la hemorragia; se realiza una anestesia local, cuyo efecto vasoconstrictor bloquee el campo y se practicará una sutura sobre los bordes de la herida tratando de tomar con ella el vaso que sangra.

DOLOR POSTOPERATORIO

Este puede ser debido a demasiado traumatismo, ya sea por extracciones múltiples, punciones traumáticas, etc., infección postoperatoria o por restos óseos dejados dentro del alvéolo.

TRATAMIENTO

Se recomienda calmar las molestias con analgésicos. Colocando compresas de agua fría sobre la región intervenida y en ocasiones la administración de antiinflamatorios según lo requiere el paciente además de eliminar la causa que lo produce.

2.8. - ALVEOLITIS O ALVEOLO SECO

Es una infección pútrida la más frecuente, dolorosa y molesta, se puede presentar:

- a) Formando una inflamación ósea extendida
- b) Inflamación con predominio alveolar, este se encuentra fungoso, sangrante y doloroso. "Alveolitis Aplástica"
- c) Alveolitis seca, el alvéolo se encuentra abierto sin coágulo las paredes óseas expuestas y dolorosas sobre todo en los bordes, el tejido gingival poco infiltrado.

En algunos casos hay salida frecuente de pus y residuos con olor desagradable ocasionado por cuerpos extraños como esquirlas óseas o dentarias, extracciones laboriosas, falta inmediata o desaparición prematura del coágulo quedando el alvéolo abierto expuesto a la cavidad bucal y en ocasiones la acción tóxica de algún medicamento o anestésico.

Es por esto que se debe reposar el alvéolo después de una extracción cuando no ha sangrado para provocarlo y se forme el coágulo que proteja al alvéolo.

Su duración regularmente es larga entre 8 y 20 días teniendo como resultado gusto desagradable, aliento fétido dolor agudo constante que no inhibe la mayoría de analgésicos.

TRATAMIENTO:

- a) lavar perfectamente el alvéolo.
- b) secar perfectamente el alvéolo con gasas esterilizada
- c) colocar una gasa con wonderk-pack que tiene efectos sedentes y germicidas que ayudan a su mejoría y se debe cambiar cada 12 horas.

2.9.- PERIOSTITIS

Tiene su origen después de haber traumatizado los tejidos severamente, el hueso lesionado estará muy sensible al tacto. El tejido blando con el color alterado debido a la equimosis,

El dolor producido es irradiado por todo un lado de la cabeza si existe infección la temperatura del paciente se elevará.

Para su tratamiento se deben administrar antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios, la infección se drenara y si hay cuerpos extraños se deben extraer.

2.10.- OSTEITIS

Es una infección que se presenta como proceso circunscrito y generalmente abarca de 2 a 4 alvéolos.

Regularmente es iniciada por extracciones laboriosas como es el caso de alveolotomía, y odontosección ya que se puede provocar fractura de las tablas maxilares o del tabique interradicular y este fragmento se puede perder y reducir su vitalidad provocando un secuestro que ocasiona la aparición de osteítis y posiblemente una necrosis.

La sintomatología es dolor intenso sin pausas y aumentado por las noches, trismus y halitosis. El alvéolo se presenta tumefacto, encía despegada, los bordes del alvéolo con mamelones carnosos y fungosidaes de las cuales brota pus maloliente. Una radiografía muestra la imagen inconfundible del secuestro.

Su tratamiento es la base de sulfonamidas y antibióticos, lavados periódicos extracción del hueso necrosado y zonas adyacentes a este y los mismos procedimientos indicados para una alveolitis

2.11.- OSTEOMIELITIS

Es una infección que abarca el proceso alveolar provocando infección ósea y que repercute intensamente en el estado general del paciente.

Durante el período de estos, los síntomas aumentan de un modo considerable. Se inicia la fase supurativa con formación de fístulas que terminan cuando ha sido eliminado quirúrgica o espontáneamente la última porción del hueso necrosado.

Los síntomas agudos disminuyen lentamente, el dolor decrece la temperatura, el pulso y estado general se estabilizan a lo normal en su mayoría. Pero existen excepciones en donde la infección sigue predominando y se desarrolla el tipo hiperséptico generalmente mortal que dura muy pocos días y finaliza con la muerte del paciente por septicemia, complicaciones pulmonares (neumonías por deglución o por tromboflebitis en los senos cavernosos).

El tratamiento debe ser dirigido sobre el estado general del paciente y sobre el área infectada.

TRATAMIENTO GENERAL: sulfonamidas, antibióticos, de acuerdo a la gravedad del paciente. En casos de osteomielitis crónica da mejor resultado la terapia local.

La eliminación de la causa que originó el proceso si lo requiere el caso trepanación seguida de la secuestrectomía dependiendo de la delimitación de los secuestrados.

2.12. - ABSCESOS

Como una complicación de la extracción puede localizarse en diversos lugares, como la mucosa gingival o cutáneos fistulizando sobre la piel o mucosa y se dividen en : submucosa y subperiósticos según donde se encuentre el pus. Se presenta con dolor.

Su tratamiento debe ser la debridación y antibiótico.

2.13. - EDEMA

Se puede inflamar la cara sin haber reacción ganglionar poniéndose tensa y brillante, resolviéndose a menudo el período en un término hasta la formación del flegmón.

2.14. - FLEGMON SEPTICO DEL PISO DE LA BOCA

Es la inflamación aguda del tejido celular del piso de la boca que se presenta después de una extracción sin la debida asepsia y antisepsia.

Los síntomas son fiebre y palidez la zona afectada se torna de color rojo intenso dolorosa y caliente y tumefacta que aumenta con gran rapidez invadiendo todo el piso, las regiones vecinas, parte superior del cuello que en ocasiones se extiende a los carrillos.

El paciente se presenta con los labios entre abiertos exceso de salivación que no puede deglutir, la respiración es molesta y no puede masticar alimento alguno y la fiebre es muy alta. El tratamiento debe ser de inmediato ya que de lo contrario puede haber formación purulenta aumento de temperatura, el pus destruye los tejidos y tiende a salir por la piel provocando coloración negra en los tejidos mortificados.

El tratamiento a seguir consiste en colocar fomentos húmedo-caliente por dentro y por fuera de la cavidad oral.

Si la lesión es muy grave se interviene quirúrgicamente.

La dieta será láctea para favorecer la leucocitosis, lavados de la cavidad oral para desinfectar y alcalinizar el medio hasta la completa recuperación del paciente.

2.15. - SEPTICEMIA

Es la entrada de microorganismos o sus toxinas al torrente sanguíneo ocasionando serios problemas entre personas cardiacas o con lesión traumática. Por lo cual se recomienda administrarles a estos pacientes penicilina de 500000 U. diarias, durante y después de la intervención.

Se inicia con escalofríos, la temperatura se eleva entre 39.5° y 40.5° durante 5 a 20 días hay postración delirio nocturno, lengua y piel seca y terrosa, orina escasa y en ocasiones albúmina, vómitos, infartos del vaso y estado de coma.

El tratamiento se inicia con la desinfección de la herida y dependiendo de si se conoce el microorganismo infectante o no será la terapia antibiótica que se aplicara tomando, en cuenta que cuando un paciente presente este problema deberá ser remitido con el médico general

2.16. - ACCIDENTES NERVIOSOS

Los trastornos nerviosos terminan una vez retirada la causa. El trismus por ejemplo ocasionado por erupción el 3er molar, se puede tratar eliminando la infección o pericoronitis del 3er molar el trismus desaparece, ya que un espasmo muscular ocasionado por una infección profunda de los dientes posteriores.

Por medios mecánicos ayudados con la aplicación de compresas de agua caliente.

a) NEURALGIAS

Síntoma doloroso que se puede presentar después de la extracción debida a que las terminaciones nerviosas quedan en intimidad del hueso por osteitis condensante, o en el tejido cicatrizal.

Se localiza con frecuencia en una rama del trigémino y los dolores pueden ser extremadamente violentos y continuos. Con dolor a la presión hay hiperestesia cutánea y la crisis neurológica va acompañada de vasodilatación localizada en el área dolora.

El dolor puede durar días o semanas pudiendo desaparecer y tener recidivas.

Su tratamiento es de acuerdo como se presente el caso desde administración de analgésicos comunes, sedantes del sistema nervioso como el opio, morfina etc. teniendo en cuenta la dosis por su peligrosidad.

Corrientes eléctricas continuas ,diatermia, inyecciones hipodérmicas profundas y de la base del cráneo de un agente químico para provocar alteraciones en las ramas nerviosas afectadas. Como el ácido fénico puro, el alcohol y cloroformo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar las causas por las cuales se presentan complicaciones al momento de realizar una exodoncia dentro del Modelo de Servicio Ermita Zaragoza.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar los factores que influyen en la complicación de una extracción.

Conocer las técnicas más comunes para la solución de una complicación en exodoncia.

HIPOTESIS

Si existe una mala técnica de anestesia así como de exodoncia, entonces las extracciones realizadas dentro del Modelo de Servicio Ermita Zaragoza presentaran complicaciones.

METODO

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, Prospectivo, transversal.

CRITERIOS DE INCLUSION

Toda la población abierta que demande el servicio odontológico dentro del Modelo de Servicio Ermita Zaragoza y necesite tratamiento de exodoncia.

CRITERIO DE EXCLUSION

Toda la población abierta que no requiera tratamiento de exodoncia y que llegue a solicitar el servicio Odontológico al Modelo de Servicio.

VARIABLES

INDEPENDIENTES

Edad

SEXO

DEPENDIENTES

Dientes que requieran exodoncia.

RECURSOS

Los I.M.S.O. (Investigación de Modelo de Servicio Odontológico), son instituciones que permiten la integración del servicio, para los alumnos del cuarto año de la carrera de Cirujano Dentista.

A cada una de estas instituciones acuden estudiantes y pasantes de la carrera de odontología, los cuales desarrollan actividades que desempeñaran en su ejercicio profesional.

El I.M.S.O. Ermita Zaragoza se encuentra ubicado en le Avenida Generalísimo Morelos sin número de la delegación Iztapalapa. El servicio odontológico que brinda es el siguiente.

- A) Atención preventiva
- B) Atención curativa
- C) Atención de rehabilitación.

El Modelo de Servicio se divide en siete áreas.

1. Area clínica
2. Area de C. E. y E.
3. Cuarto de maquinas
4. Area de almacén
5. Area de caja y archivo
6. Sala de espera
7. Sanitario

El Modelo de Servicio Odontológico Ermita Zaragoza cuenta con dos programas, el de estudiantes de cuarto año y el de pasantes de Odontología.

Programa de estudiantes de Odontología : Cada año se presentan los estudiantes que cursan el séptimo y octavo semestre de la carrera; los cuales brindan atención clínica en tratamientos integrales y urgencias, así como también se distribuyen en los cargos de asistente , encargado de C.E.y E., encargado de caja, archivo y actividades en la comunidad.

El alumno sistematizará e implantará un sistema de atención integral, basado en la planeación participativa, aplicando la metodología abordada y desarrollada en los componentes de humanidades y de odontología integral, para la planeación y operativización de la prestación de servicios de salud, mediante el análisis de necesidades poblacionales, así como sus determinantes, y la forma de satisfacerlas como propuesta de práctica profesional

Programa de pasantes de Odontología :Cada año son asignados pasantes de la carrera de Odontología para cumplir con su servicio social. Dado que en la actividad clínica los alumnos tienen que cumplir con los objetivos señalados, el pasante tiene la función de asesorar, coordinar y supervisar dicha actividad.

RECURSOS FISICOS CON LOS QUE CUENTA EL I.M.S.O.
"ERMITA ZARAGOZA"

A) Unidades Dentales, tres de Operatorio una de Diagnostico	
B) C. E. y E.	1
C) Aparato de rayos "X"	1
D) Compresoras	2
E) Estantes	2
F) Ventiladores	3
G) Bancos	
H) Escritorios	2
I) Bancas	2
J) Botes para basura	6

RECURSOS HUMANOS CON LOS QUE CUENTA EL I.M.S.O.
"ERMITA ZARAGOZA".

Profesor titular del I.M.S.O.	1	
Profesor auxiliar del titular	1	
Pasantes de Odontología	4	
Estudiantes que asisten al	I.M.S.O.	X

RECURSOS MATERIALES CON LOS QUE CUENTA EL I.M.S.O
"ERMITA ZARAGOZA"

INSTRUMENTAL

1) Alveolotomos	2	20)Bisturí Kirkland	1
2) Fórceps 53 l	2	21) Lima para hueso	1
3) Fórceps 53 r	2	22)Legra	1
4) Fórceps 18 l	1	23)Pinza portaaguja	1
5) Fórceps 23	1	24)Tijeras para encía	1
6) Fórceps 17	1	25)Tijeras restas	1
7) Fórceps 69	1	26)Pinzas portagrapas	1
8) Fórceps 150	2	27)Pinzas para abombar	1
9) Fórceps 151	1	28)Estetoscopio	1
10) Fórceps 65	1	29)Baumanometro	2
11) Fórceps 138	1	30)Termometro	1
12) Fórceps 139	1	31) Pinza perforadora	1
13) Fórceps 122	2	32)Abrebocas	3
14) Elevador de bandera	3	33)Vibrador	1
15) Elevador de ápice de ángulo	2	34)Amalgamador	1
16) Elevador recto	4	35)Pieza de baja	1
17) Elevador recto de ápice	1	36)Cavitron	1
18) Tirapuentes	1	37)Lampara de resina	1
19) cucharillas de Lucas	2	38)Esterilizadores	2

MATERIAL

- | | |
|------------------------------|---------------------------|
| 1) Oxido de zinc | 24) Amalgama |
| 2) Eugenol | 25) Mercurio |
| 3) Furacine | 26) Anestésico |
| 4) Cemento de fosfato | 27) Radiografías |
| 5) Aposito quirúrgico | 28) Agujas |
| 6) C. A | 29) Alcohol |
| 7) Dical | 30) Pasta abrasiva |
| 8) Ionómero | 31) Vaselina |
| 9) Barniz de copal | 32) Amaglos |
| 10) Formocresol | 33) Mantas |
| 11) IRM | 34) Cera |
| 12) Hidróxido de calcio puro | 35) Algodón |
| 13) KER | 36) Diques de hule |
| 14) Arsénico | 37) Gasas |
| 15) Optosil | 38) Yeso piedra |
| 16) Xantopren | 39) Papel para articular |
| 17) Activador | 40) Acrílico |
| 18) Flúor | 41) Líquido para acrílico |
| 19) Agua oxigenada | 42) Alginato |
| 20) Suero fisiológico | 43) Calorímetro |
| 21) Benzal | 44) Hilo retractor |
| 22) Resina | |
| 23) Zoni - t | |

DISEÑO ESTADISTICO

Porcentaje, promedio y media.

Los datos tendrán un número de folio, se agrupan por edad y sexo

Para realizar el procesamiento de datos se utilizara la estadística descriptiva, para realizar el promedio, porcentaje y media del numero de casos de exodoncias con complicaciones dentro del Modelo de Servicio.

Para sacar el promedio se utilizara la siguiente fórmula

$$\bar{X} = \frac{\sum X_i}{n}$$

El promedio también conocida como media aritmética o simplemente media, donde \bar{X} , es igual a la suma de los datos ($\sum X_i$) dividida entre n , que es el número de los casos.

Para sacar el porcentaje se utilizara la siguiente formula.

$$N1 \quad \frac{100}{N} = X$$

Donde $N1$ = al número de casos por 100

N = al número total de casos.

Una vez obtenido los resultados se harán gráficas y tablas, de los datos mismos, para mejorar su interpretación y análisis.

DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

A partir del comienzo del periodo 98-1 se realizara la captura de datos de casos clínicos que se presenten dentro del Modelo de Servicio Ermita Zaragoza, esto a través de las historias clínicas. Esta actividad se llevara a cabo durante el tiempo que comprenden los periodos que van del 98-1 al 98-2.

Una vez terminada la recolección de datos, se llevara a cabo el procesamiento y análisis de datos.

DESARROLLO

El presente trabajo se realiza con la captura de datos de las diferentes historias clínicas, de los pacientes que requieren exodoncia dentro del Modelo de Servicio Ermita Zaragoza, durante los periodos 98-1, 98-2

Una vez que el paciente, se presenta a solicitar el servicio Odontológico, se procede al llenado de la historia clínica (de tratamiento o de urgencia según sea el caso) a modo de obtener el estado general y bucal del mismo. Esta será llenada conforme a lo establecido dentro de la misma, teniendo cuidado de no pasar por alto ninguno de los apartados, ya que podrían ser de gran importancia para la salud del paciente; en caso de ser una historia clínica de urgencias, se pregunta brevemente sobre el estado general del paciente, sin pasar por alto datos que resultan importantes como padecimientos sistémicos.

El llenado de la sección odontológica tanto en la historia clínica de tratamiento como de urgencia se debe realizar con el instrumental adecuado para el procedimiento.

Ya que se ha terminado el llenado de la historia clínica y se dio un Diagnostico integral y del diente a tratar , se prepara al paciente para la exodoncia.

En primer lugar se anestesia la zona a tratar una vez que tiene una analgesia adecuada de la zona, ya con el instrumental adecuado (elevadores fórceps que dependerá del diente a extraer) se procede a realizar la exodoncia (la técnica dependerá del diente a extraer).

Al termino de esta, la exodoncia se reporta en la Historia Clínica, anotando el número de diente extraído, la fecha y la complicación que se pudo haber presentado durante la misma.

Estos datos se vacían en cuadros de concentración de datos para realizar tablas y gráficos para su mejor análisis.

PRESENTACION DE
RESULTADOS.

PACIENTES CON COMPLICACIÓN DE EXODONCIA.
CORRESPONDIENTE AL PERIODO 98-1

FOLIO	EXPEDIENTE	NOM. PACIENTE	EDAD	SEXO	DIENTE TEM	FARMACOT	COMPLICACION	VISITAS POR COMPLICACION	OSERVACIONES
01	159 Urg	Alicia Luna Rivas	28	Fem	47	Si	No	No	Mala tec.Exodoncia
02	207 Urg	Honorina Morales R	27	fem	46	No	Ninguna	No	Ninguna
03	208 Urg	Teresa Bernal M	43	Fem	33	No	Ninguna	No	Ninguna
04	216 Urg	Luis Saldivar A	9	Mas	64	No	Ninguna	No	Ninguna
05	218 Urg	Emmanuel Luna H	10	Mas	85	No	Ninguna	No	Ninguna
06	224 Urg	Guadalupe Ramirez	22	Fem	14	No	Ninguna	No	Ninguna
07	255 Urg	Luis Castro	22	Mas	37,38	No	Ninguna	No	Ninguna
08	227 Urg	Lucrecia Amabilis	72	Fem	47	No	Ninguna	No	ninguna
09	228 Urg	Ruben Colin G	51	Mas	11,13,26	No	Ninguna	No	Ninguna
010	231 Urg	Aranza Rosalez S	6	Fem	51,61	No	Ninguna	No	Ninguna
011	233 Urg	Laura Tejero R	10	Fem	16	No	Caries extensa	No	Odontoseccion
012	234 Urg	Heriberto Casrtillo S	12	Mas	Rr 12	No	Caries extensa	No	Osteciomia
013	245 Urg	Rubi Castillo	20	Fem	16	No	Ninguna	No	Ninguna
014	214 Urg	Angelica Vargas	7	Fem	84	No	Ninguna	No	Ninguna
015	1020 Tx	Monica Leal Z.	19	Fem	36	No	Ninguna	No	Ninguna
016	1260 Tx	Sotero Narvaez	56	Mas	Rr 14	No	Ninguna	No	Ninguna
017	1323 Tx	Ana Ramos S	38	Fem	11	No	Ninguna	No	Ninguna
018	1326 Tx	Angel Americo V	17	Mas	15	Si		No	Mala tec. Exodoncia
019	1339 Tx	Guillermo Alcantara	10	Mas	64	No	Ninguna	No	Ninguna
020	1341 Tx	Rosa Morales P	21	Fem	47	No	Ninguna	No	Ninguna
021	1342 Tx	Inocente Romero G	54	Mas	18	No	Ninguna	No	Ninguna
022	1341 Tx	Aurelio Gonzalez	30	Mas	37	No	No	Si	Hemiplegia,Luxacion de ATM
023	1354 Tx	Guadalupe Cano	8	Fem	64	No	Ninguna	No	Ninguna
024	1350 Tx	Raul Ramirez Z	11	Mas	75	No	Si	No	Mala tec. Anestesia y de exodoncia.
025	425 Urg	Rosa Chaparro L	44	Fem	12,22,27	No	Ninguna	No	Ninguna
026	268 Urg	Felipe Jaimes M	56	Mas	14	No	Ninguna	No	Proceso imfecioso de 4 dias de duracion
027	228 Urg	Ruben Colin G	51	Mas	26	No	Ninguna	No	Ninguna
028	104 Urg	Nalia Trempo B	8	Fem	63	No	Ninguna	No	Ninguna
029	1354 Tx	Guadalupe Cano	8	fem	55,54	No	Ninguna	No	Ninguna
030	122 Urg	Saul Aguilar M	50	Mas	37	Eritromicina 7 dias	Ninguna	No	Ninguna
031	254 Urg	Carina Perea	21	Fem	47	No	Ninguna	No	Embarazo de 1 mes
032	257 Urg	Tania Castillo	7	Fem	54	No	Ninguna	No	Ninguna
033	225 Urg	Juan Hernandez	41	Mas	47	No	Ninguna	No	Ninguna
034	260 Urg	Norma B. Flores	15	Fem	46	No	Ninguna	No	Mala tec. Anestesia

**HOJA DE CONCENTRACIÓN DE DATOS.
PACIENTES CON COMPLICACIÓN DE EXODONCIA.
CORRESPONDIENTE AL PERIODO 98-1**

FOLIO	EXPEDIENTE	NOM. PACIENTE	EDAD	SEXO	TEM	DIENTE PERM	FARMACO T	COMPLICACIÓN	VISITAS POR COMPLICACIÓN	OSERVACIONES
035	267 Urg	Askari Bribisca	8	Mas	51,52,61,62		No	Si	No	Ninguna
036	264 Urg	Juan Iglesias	29	Mas		26	No	Ninguna	No	Caries extensa
037	1354 Tx	Gpe. Iglesias	8	Fem	75		No	Si	No	Ninguna
038	268 Urg	Mania Salgado	42	Fem		46	No	Ninguna	No	Ninguna
039	270 Urg	Cruz Garcia	84	Mas		48	No	Ninguna	No	Ninguna
040	227 Urg	Gustavo Avila	37	Mas		Rt 46,48	Naproxen	Ninguna	No	Ostectomia
041	273 Urg	Leonel Perez	10	Mas		14	No	Si	No	Ninguna
042	269 Urg	Norma Lara	28	Fem		Rt 16	No	Ninguna	No	Ninguna
043	275 Urg	Adan Romero	12	Mas		16	Naproxen	Si	No	Raices divergentes
044	1343 Tx	Sofia Gonzalez	52	Fem		15	No	Ninguna	No	Ninguna
045	280 Urg	Veronica Marquez	10	Fem	55		No	Ninguna	No	Ninguna
046	281 Urg	Maria Zumarraga	40	Fem		Rt 25	No	Ninguna	No	Ninguna
047	284 Urg	Paulina Hernandez	11	Fem	54,55		No	Ninguna	No	Ninguna
048	257 Urg	Tania Castillo	7	Fem	54,64		No	Ninguna	No	Ninguna
049	270 Urg	Cruz Garcia	84	Fem		37,38	No	Si	No	Odontoseccion
050	286 Urg	Susana Ramirez	45	Fem		15	No	Ninguna	No	Ninguna
051	289 Urg	Arturo Gomes	8	Mas	85		Ampicilina	Ninguna	No	Ninguna
052	294 Urg	Jaqueline Garces	24	Fem		16	Penproxilitina	Si	No	Odontoseccion
053	219 Urg	Elizabeth Gomes	23	Fem		37	No	Si	No	Tec. Inadecuada y seleccion de instrumental
054	293 Urg	Esther Cuevas	63	Fem		45,47	No	Ninguna	No	Destruccion coronal del 47 y mov. 3er grado 45
055	281 Urg	Gpe. Zumarraga	40	Fem		26	No	Ninguna	No	Ninguna
056	260 Urg	Norma Cesar	15	Fem		26	No	Si	No	Odontoseccion
057	271 Urg	Gustavo Avila	37	Mas		Rt46,48	No	Ninguna	No	Ninguna
058	301 Urg	Jorge Sanchez	7	Mas	51,52		No	Ninguna	No	Ninguna
059	300 Urg	Guillermina Vazquez	30	Fem		15	No	Ninguna	No	Ninguna
060	384 Urg	Paulina Hernandez	11	Fem	65		No	Ninguna	No	Ninguna
061	302 Urg	Dario Acevedo	32	Mas		24	No	Ninguna	No	Ninguna
062	295 Urg	Antonio Espinosa	9	Mas	64		No	Ninguna	No	Ninguna
063	1333 Tx	Amalia Sanchez	53	Fem		11	No	Ninguna	No	Ninguna
064	1000 Tx	Fernando Romero	13	Mas		45	No	Si	No	Odontoseccion
065	305 Urg	Irving Rivera	6	Mas	54		No	Ninguna	No	Perdida de la corona

HOJA DE CONCENTRACIÓN DE DATOS.
 PACIENTES CON COMPLICACIÓN DE EXODONCIA.
 CORRESPONDIENTE AL PERIODO 98-2

FOLIO	EXPEDIENTE	NOM. PACIENTE	EDAD	SEXO	DIENTE TEM	FARMACO T	COMPLICACIÓN	VISITAS POR COMPLICACIÓN	OSERVACIONES
066	1365 Tx	Guadalupe Muñoz	54	Fem	32	Ninguna	No	Ninguna	Ninguna
067	296 Urg	Araceli Diaz	30	Fem	45	Ninguna	No	Si	Alveolitis
068	1307 Tx	Julio Ramirez	41	Mas	24	Ninguna	Si	Ninguna	Malia Tecnica de Exodoncia
069	030 Urg	Cecilia Rodriguez	53	Fem	37	Ninguna	No	Ninguna	Ninguna
070	1366 Tx	Julio Cesar Sola	12	Mas	55	Ninguna	No	Ninguna	Ninguna
071	1372 Tx	Jose Foo. Zavaleta	53	Mas	27	Ninguna	No	Ninguna	Ninguna
072	1370 Tx	Bianca Esthela Gtz	26	Fem	16,14	Ninguna	No	Ninguna	Ninguna
073	292 Urg	Marlen Solis	21	Fem	46	Ninguna	Si	Ninguna	Malia Tecnica de Exodoncia
074	311 Urg	Mano Lario	33	Mas	37	Ninguna	No	Ninguna	Ninguna
075	1370 Tx	Balca Esthela Gtz	26	Fem	46	Ninguna	No	Ninguna	Ninguna
076	1383 Tx	Adrina Guzman	15	Fem	46	Ninguna	No	Ninguna	Ninguna
077	314 Urg	Anzibeth Melgarejo	13	Fem	75	Ninguna	No	Ninguna	Ninguna
078	1327 Tx	Cristina Rodriguez	49	Fem	Rr:27	Ninguna	No	Ninguna	Ninguna
079	1383 Tx	Adriana Guzman	15	Fem	16	Ninguna	No	Ninguna	Ninguna
080	316 Urg	Raul Martinez	35	Mas	17	Ninguna	No	Ninguna	Ninguna
081	1389 Tx	Carmen Sanchez	50	Fem	26,27,28	Ninguna	Se suturo	Ninguna	Ninguna
082	1390 Tx	Lourdes Zavala	43	Fem	26	Ninguna	Ent.nerviosa	Ninguna	Ninguna
083	312 Urg	Rosa Ibañez	43	Fem	26	Ampicilina Dipirona	Si	Ninguna	Odontosección
084	319 Urg	Jorge Rodriguez	9	Mas	74	Naproxen	No	Mordedura de labio	Ninguna
085	1384 Tx	Elena Hernandez	38	Fem	Rr:23,22	Ninguna	No	Ninguna	Ninguna
086	1383 Tx	Adriana Guzman	15	Fem	36	Ninguna	No	Ninguna	Ninguna
087	1369 Tx	Mauricia Flores	47	Fem	37	Ninguna	Si	Ninguna	Odontosección
088	1374 Tx	Magdalena Alacaraz	32	Fem	11,12,22	Pentrexil Febrex	Si	Ninguna	Fractura de la corona del 12
089	1397 Tx	Astrid Gonzalez	37	Fem	24	Ninguna	No	Ninguna	Ninguna
090	319 Urg	Jorge Rodriguez	9	Mas	84	Ampicilina	Abceso	Ninguna	Ninguna
091	1397 Tx	Maria Fuentes	53	Fem	21,22	Binotal	No	Ninguna	Ninguna
092	332 Urg	Juana Vasquez	36	Fem	16	Ninguna	Fractura de corona	Ninguna	Ninguna
093	329 Urg	Ma. Guadalupe Garcia	24	Fem	11	Ninguna	No	Ninguna	Ninguna
094	1384 Tx	María Elena Hdez	38	Fem	16	Ninguna	Tec de anestesia	Ninguna	Ninguna
095	1392 Tx	Cristina Quintero	36	Fem	22	Ninguna	No	Ninguna	Ninguna
096	343 Urg	Ramon Bieira	36	Mas	17	Ninguna	No	Ninguna	Ninguna
097	1405 Tx	Ismael Moya	22	Mas	16	Ninguna	Odontosección	Ninguna	Ninguna
098	351 Urg	Ignacio Camino	37	Mas	Super:Num	Ninguna	No	Ninguna	Ninguna
099	338 Urg	Fátima Tovar	8	Fem	74,75	Ninguna	No	Ninguna	Ninguna
100	1404 Tx	Socorro Paz	57	Fem	16	Naproxen	No	Ninguna	Ninguna

**HOJA DE CONCENTRACIÓN DE DATOS.
PACIENTES CON COMPLICACIÓN DE EXODONCIA.
CORRESPONDIENTE AL PERIODO 98-2**

FOLIO	EXPEDIENTE	NOM. PACIENTE	EDAD	SEXO	DIENTE TEM	PERM	FARMACO T	COMPLICACIÓN	VISITAS POR COMPLICACIÓN	OSERVACIONES
101	357 Urg	Nancy Espinoza	19	Fem	26		Naproxen	No	Ninguna	Ninguna
102	1414 Tx	Belen Guzman H	19	Fem	46		Ninguna	Si	Ninguna	Mala Técnica de exodoncia
103	333 Urg	Lesly Vidal	9	Fem	26		Febrax	No	Ninguna	Ninguna
104	361 Urg	Bulmaro Villanueva	50	Mas	24		Ninguna	No	Ninguna	Ninguna
105	1296 Tx	Ivan Sanchez	10	Mas	55,56		Ninguna	No	Ninguna	Ninguna
106	365 Urg	Ma. Adelaida Sanchez	60	Fem	25		Ninguna	No	Ninguna	Ninguna
107	361 Urg	Bulmaro Villanueva	50	Mas	48		Ampicilina	No	Ninguna	Ninguna
108	1296 Urg	Ivan Sanchez	10	Mas	65		Ninguna	No	Ninguna	Ninguna
109	Urg	Julieta Paredes	25	Fem	36		Ampicilina	No	Si	Aveoillitis
110	367 Urg	Alfredo Gonzales	43	Mas	11,12		Ampicilina y Dolac	Si	Si	Fractura transversal de dientes 11y 12
111	1413 Tx	Juan Ramirez	15	Mas	16		Ninguna	No	Ninguna	Ninguna

CUADRO 1

Cuadro de concentración de Datos de Pacientes a los que se les realizó Exodoncia en el Periodo 98 - 1

Folio	Expediente	Sexo	Edad (años)	T	Diente	P	Complicación		Observación
							Si	No	
01	231	Fem	6	51,61				X	
02	233	Fem	10			16	✓		Odontosección
03	214	Fem	7			84		X	
04	354	Fem	8	64				X	
05	104	Fem	8	63				X	
06	1354	Fem	8	55,54				X	
07	257	Fem	7	54				X	
08	1354	Fem	8	75				X	
09	280	Fem	10	55				X	
010	284	Fem	11	54,55				X	
011	257	Fem	7	54,64				X	
012	284	Fem	11	65				X	
013	224	Fem	22		14			X	
014	245	Fem	20		16			X	
015	1020	Fem	19		36			X	
016	1341	Fem	21		47			X	
017	254	Fem	21		47			X	
018	260	Fem	15		46		✓		Malta Tec. de Anestesia.
019	Urg	Fem	24		16		✓		Odontosección.
020	219	Fem	23		37		✓		Malta Tec. de Exodoncia
021	260	Fem	15		26		✓		Malta selec. De Instrumental.
022	159	Fem	28		47		✓		Odontosección
023	207	Fem	27		46		✓		Malta Tec. de Exodoncia.
024	208	Fem	43		33			X	Malta Tec. de Exodoncia
025	1323	Fem	38		11			X	
026	425	Fem	44		22,21,27			X	
027	268	Fem	42		46			X	
028	269	Fem	28		16			X	
029	281	Fem	40		25,26			X	
030	300	Fem	30		15			X	
031	227	Fem	72		47			X	
032	1260	Fem	56		16			X	
033	270	Fem	84		48			X	
034	270	Fem	84		37,38		✓✓		Odontosección
035	293	Fem	63		47,45			X	
036	1333	Fem	53		11			X	
036	36		136		14	31	9	28	

TOTAL

Fuente: Hoja de concentración de datos periodo 98-1

CUADRO 2

Cuadro de concentración de Datos de Pacientes a los que se les realizo exodoncia en el Periodo 98 - 1

Folio	Expediente	Sexo	Edad (años)	T	Diente		Complicación		Observación
					P	P	Si	No	
01	1338	Mas	10	64				X	
02	267	Mas	8	51,52,61,62				X	
03	273	Mas	10		14			X	
04	275	Mas	12		16		✓		Malformación
05	289	Mas	8	85				X	
06	295	Mas	9	64				X	
07	1000	Mas	13		45		✓		Odontosección
08	305	Mas	6	54				X	
09	216	Mas	9	64				X	
010	1350	Mas	11	75			+		Mala Tec. De Anestesia
011	289	Mas	8	85				X	
012	301	Mas	7	51,52				X	
013	1326	Mas	30		15		✓		Mala técnica
014	1341	Mas	41		37		✓		Hemiplejico luxación de
015	Urg	Mas	41		47			X	
016	270	Mas	37		46,48		✓		Ostectomia
017	264	Mas	29		26		✓		Dstrucción. Coronal
018	271	Mas	37		48,46			X	
019	302	Mas	32		24			X	
020	228	Mas	51		26,11,13			X	
021	1342	Mas	54		18			X	
022	268	Mas	56		14		✓		Proceso Infeccioso
023	228	Mas	51		26			X	
TOTAL	23	23	23	13	18	7	15		

TOTAL

CUADRO 3

Cuadro de concentración de Datos de Pacientes a los que se les realizó Exodoncia en el Periodo 98 - 2

Folio	Expediente	Sexo	Edad (años)	Diente		Complicación		Observación
				T	P	Si	No	
01	1246	Fem	10	55,56,66			X	Ninguna
02	333	Fem	9		26		X	Ninguna
03	338	Fem	8	74,75			X	Ninguna
04	314	Fem	13	75			X	Ninguna
05	1383	Fem	15		46,16		X	Ninguna
06	1370	Fem	26		16,17		X	Ninguna
07	292	Fem	21		46	✓		Técnica Exodoncia
08	1370	Fem	26		46		X	Ninguna
09	329	Fem	24		11		X	Ninguna
010	357	Fem	19		26		X	Ninguna
011	1414	Fem	19		46	✓		Técnica Exodoncia
012	368	Fem	25		36			Alveolitis
013	293	Fem	30		45		X	Ninguna
014	1327	Fem	49		Rr27		X	Ninguna
015	1390	Fem	43		26		X	Enfermedad nerviosa
016	312	Fem	43		26	✓		Odontosección
017	1384	Fem	48		Rr22,23		X	Ninguna
018	1369	Fem	47		37	✓		Odontosección
019	1374	Fem	32		11,12,22	✓✓		Fractura de la corona
020	387	Fem	37		24		X	Ninguna
021	332	Fem	36		16	✓		Fractura de la corona
022	1384	Fem	38		16	✓		Técnica de anestesia
023	1392	Fem	36		22		X	Ninguna
024	1365	Fem	54		32		X	Ninguna
025	1389	Fem	50		26,27,28		X	
026	1397	Fem	59		21,22		X	Ninguna
027	365	Fem	60		25		X	Ninguna
TOTAL	27	27	27	6	32	8	19	

69

CUADRO 4

Cuadro de concentración de Datos de Pacientes a los que se les realizó Exodoncia en el Período 98 - 2

Folio	Expediente	Sexo	Edad (años)	Diente			Complicación		Observación
				T	P		Si	No	
01	1366	Mas	12	55				X	Ninguna
02	314	Mas	9	84,74				X	Ninguna
03	1405	Mas	22		16		✓		Odontosección
04	1413	Mas	15		16			X	Ninguna
05	311	Mas	33		37			X	Ninguna
06	316	Mas	35		17			X	Ninguna
07	346	Mas	36		17		✓		Odontosección
08	351	Mas	37		11		✓		Supernumerario
09	357	Mas	43		11,12		✓✓		Fractura transversal 11-12
010	1307	Mas	41		24		✓		Mala Técnica de Exodoncia
011	1372	Mas	53		27			X	Ninguna
012	361	Mas	50		24,28			X	Ninguna
TOTAL	12 expedientes	12		3	12		6	7	

TOTAL

Fuente: Hoja de concentración de datos periodo 98-2

Tabla 1

Porcentaje de pacientes, Masculinos y Femeninos que presentaron complicación dentro del Modelo de Servicio Ermita Zaragoza en los periodos 98-1 y 98-2.

Periodo	No. Pacientes	Sexo	Complicación	Porcentaje
98-1	36	Fem	8	22.2%
98-1	23	Mas	8	34.7%
98-2	27	Fem	7	25.9%
98-2	12	Mas	5	41.6%

71

Fuente : Cuadros 1, 2, 3 y 4.

Tabla 2

Promedio del número de pacientes que presentaron complicación dentro del Modelo de Servicio Ermita Zaragoza, en los periodos 98-1 y 98-2.

Periodo	Sexo	Total de dientes Tem	Complicación	Promedio	Total de dientes Perm.	Complicación	Promedio
98-1	Fem	14	0	0	31	9	0.29
98-1	Mas	13	1	0.07	18	8	0.38
98-2	Fem	6	0	0	32	8	0.25
98-2	Mas	3	0	0	12	6	0.5

72

Tabla 3
 Frecuencia del número de dientes extraídos, en el
 sexo Masculino y Femenino dentro del Modelo de
 Servicio Ermita Zaragoza en los Periodos 98-1 y 98-2.

Periodo	Sexo	Frecuencia de Dientes		Total
		Tem	Per	
98-1	Fem	14	31	45
98-1	Mas	13	18	31
98-2	Fem	6	32	38
98-2	Mas	3	12	15

Fuente : Cuadros 1, 2, 3 y 4.

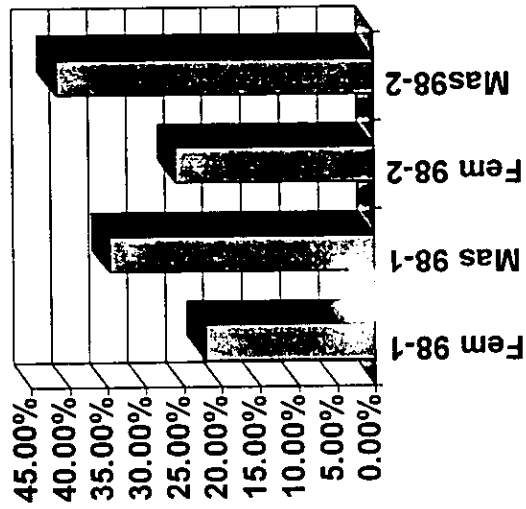
Tabla 4
 Frecuencia de número de dientes que presentaron complicación
 al momento de las extracción, en el sexo Masculino y Femenino
 dentro del Modelo de Servicio Ermita Zaragoza en los
 Periodos 98-1 y 98-2.

Periodo	Sexo	Frecuencia de Dientes		Total
		Tem	Per	
98-1	Fem	0	9	9
98-1	Mas	1	7	8
98-2	Fem	0	8	8
98-2	Mas	0	6	6

Fuente : Cuadros 1, 2, 3 y4.

Gráfica 1

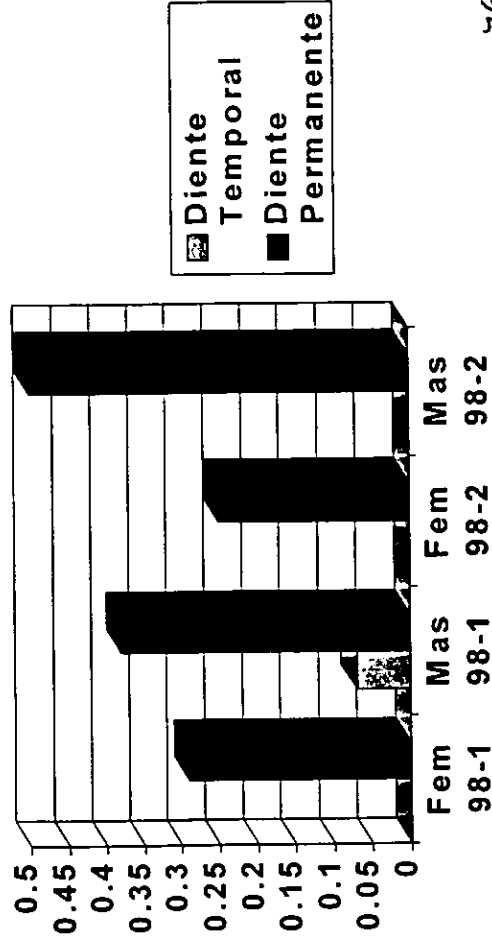
Gráfica de pacientes Masculinos y Femeninos que presentaron complicación dentro del Modelo de Servicio Ermita Zaragoza en los Periodos 98-1 y 98-2



Fuente: Tabla 1

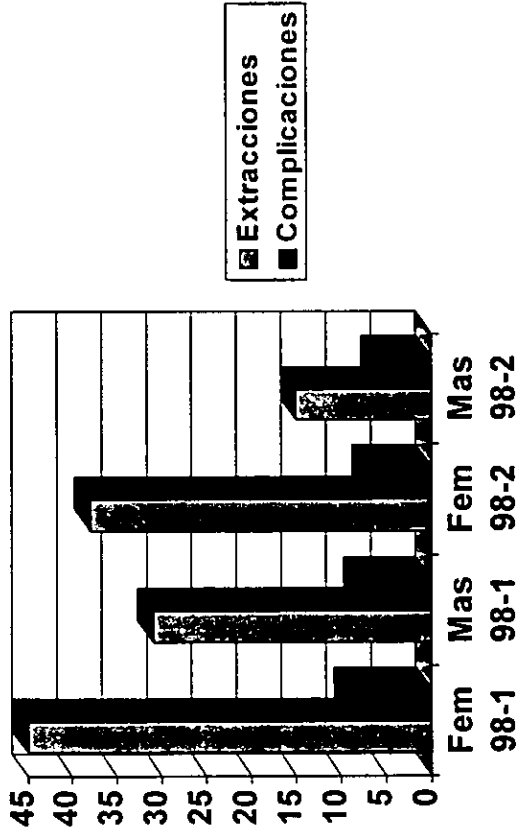
Gráfica 2

Gráfica de promedio de dientes Temporales y Permanentes que presentaron complicación en el sexo Masculino y Femenino dentro del Modelo de Servicio Ermita Zaragoza.



Gráfica 3

Gráfica de frecuencia de dientes extraídos y dientes que presentaron complicación en el sexo Masculino y Femenino en el Modelo de Servicio Ermita Zaragoza en los periodos 98-1 y 98-2.



Fuente : Tablas 3 y 4

ANALISIS DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos de las exodoncias que presentaron complicación dentro del Modelo de Servicio Ermita Zaragoza durante los periodos 98-1 y 98-2, se presentaron de la Siguiete Manera:

Al sacar el porcentaje de los pacientes que presentaron complicaciones al momento de realizar la exodoncia para el período 98-1 sexo femenino corresponde el 22.2% y para el sexo Masculino el 34.7%, en el período 98-2, el sexo Femenino obtuvo el 25.9% y el sexo Masculino un 41.6% (Tabla 1)

El promedio del número de dientes que presentaron complicación al momento de ser extraídos se dio de la siguiente manera. En el periodo 98-1 sexo Masculino, el promedio para dientes temporales es de 0 y para los dientes permanentes de 0.29%, en el sexo Femenino el promedio en dientes temporales fue de 0.07% y para dientes permanentes de 0.38%. En el periodo 98-2, los promedios que se obtuvieron para el sexo Masculino son, para dientes temporales de 0 y en dientes permanentes de 0.25%, para el sexo Femenino corresponde un 0% para dientes temporales y 0.5% para dientes permanentes (Tabla 2)

En la frecuencia de número de dientes extraídos dentro del Modelo de Servicio Ermita Zaragoza periodos 98-1 y 98-2, se presentaron de la siguiente manera.

Periodo 98-1, en el sexo Femenino fueron extraídos 45 dientes, de los cuales 14 fueron temporales y 31 permanentes; en el sexo Masculino se extrajeron 31 dientes 13 temporales y 18 permanentes. En el período 98-2, fueron extraídos 38 dientes en el sexo Femenino, 6 dientes temporales y 32 permanentes; en el sexo Masculino, fueron extraídos 15 dientes 3 temporales 12 permanentes. (Tabla 3).

Al sacar la frecuencia de número de dientes extraídos que presentaron complicaciones al momento de la extracción se obtuvieron los siguientes resultados, en el período 98-1 sexo Femenino, se complicaron 9 exodoncias todas ellas en dientes permanentes, el sexo Masculino se dio una complicación en diente temporal y 7 en dientes permanentes, dando un total de 8, en el período 98-2, en el sexo Femenino, se extrajeron 8

dientes permanentes con complicaciones y el sexo Masculino presento 6 dientes permanentes con complicación al momento de realizar la exodoncia, en los dos casos no se presentaron complicaciones al momento de realizar la exodoncia en dientes temporales (Tabla 4)

Al realizar el análisis de los resultados se puede observar que aunque existe una gran frecuencia de dientes extraídos, dentro del Modelo de Servicio Ermita Zaragoza, periodos 98-1, 98-2, tanto el porcentaje así como el promedio de complicaciones de estas no es tan elevado como se hubiera supuesto, por lo tanto a pesar de que existen complicaciones al momento de realizar las exodoncias, estas no representan una cifra significativa, en comparación con el número de exodoncias exitosas realizadas dentro del mismo, lo que es importante es el hecho de saber que estas complicaciones se dan por la falta de conocimiento y habilidades de algunos de los alumnos que brinda el Servicio Odontológico dentro del Modelo de Servicio Ermita Zaragoza.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CONCLUSIONES

A través del análisis realizado a los resultados obtenidos a lo largo del presente trabajo, se concluye, que las exodoncias realizadas dentro del Modelo de Servicio Ermita Zaragoza durante los periodos 98-1,98-2, que presentaron complicaciones, en su mayoría se dieron por el manejo inadecuado, de las técnicas de anestesia (este problema se presentó sobre todo al momento de anestesiarse el nervio dentario inferior) así como en el mal manejo del instrumental por parte de algunos alumnos. Se denota una falta de conocimientos sobre las técnicas de exodoncia sobre todo al momento de realizar odontosección, así como el mal manejo de los elevadores en la gran mayoría de los casos, con los fórceps el problema se dio al no saber identificar el adecuado al caso, lo anterior dio como resultado exodoncias dolorosas y de duración prolongada para el paciente.

Por lo tanto el problema es a nivel de conocimientos por parte del alumnado que asiste a brindar el Servicio Odontológico dentro del Modelo de Servicio Ermita Zaragoza.

PROPUESTAS

Es importante el poder realizar un estudio sobre algunas de las causas sobre el porque algunos de los alumnos del 4to. Año de la Carrera de Cirujano Dentista no maneja adecuadamente las técnicas de exodoncia, tomando en cuenta que al llegar al 4to año de la carrera ya tienen que ser capaces de resolver los casos más comunes, como será una exodoncia.

Se recomienda a los profesores responsables del Modelo de Servicio el aplicar un examen diagnóstico (esto es al comenzar y al finalizar el periodo escolar) al alumnado, a fin de determinar los conocimientos con que cuentan, para así prever complicaciones posteriores, al momento de realizar los diferentes procedimientos que se llevan a cabo dentro de este.

Sería importante en subsecuentes investigaciones sobre complicaciones en exodoncia el indagar un poco más acerca del nivel Socioeconómico del paciente a fin de determinar si esto tiene alguna relación sobre el número de casos de exodoncia en la población que acude a solicitar el servicio Odontológico al Modelo de Servicio Ermita Zaragoza.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Tesis: Silvia Martínez Murillo; Valdes Bustamente María Guadalupe. "ACCIDENTES Y COMPLICACIONES Y SU TRATAMIENTO". Asesor C.D Laura Pérez Flores. ENEP Zaragoza 1983.
- 2.- Lacayo de la Ossa, Jaime. "ALVEOLITIS". Rev "El Odontólogo" Panamá Pag. 42-45.
- 3.- Garden - Osburn. "ANATOMIA HUMANA". Editorial Interamericana.
- 4.- James M. Bell. "ANESTESIA LOCAL CLINICA , FUNDAMENTOS Y PRACTICA". Editorial Salvat Editores 1978.
- 5.- Niel Bjorn Jergensen; JESS Hayden Jr. "ANESTESIA ODONTOLOGICA". Tercera Edición, Editorial Interamericana. Cap 4.
- 6.- Birn Herluf, Winter J. Erick, "ATLAS DE CIRUGIA ORAL". Editorial Salvat. 1975. Pag 17-35.
- 7.- Ries Centeno A. Guillermo. "CIRUGIA BUCAL PATOLOGICA, CLINICA Y TERAPEUTICA". Editorial El Ateneo, 1987. Cap. 4.
- 8.- Graziani, Mario. "CIRUGIA BUCO - MAXILAR"; 1980 Sao Pablo Brasil.
- 9.- Kruger, Gustavo. "CIRUGIA BUCO - MAXILO - FACIAL". Quinta edición. Buenos Aires. Editorial Medica Panamericana.
- 10.- D. Duralte Avellanal. "CIRUGIA ODONTOMAXILAR". Pag. 427.
- 11.- Raspall, Guillermo. "CIRUGIA ORAL". Editorial Panamericana. 1994, Pag 116-124.
- 12.- Eyer, Federico Carlos. "CLINICA ODONTOLOGICA". 1985 Río de Janeiro, Editorial La Medica.
- 13.- Miller Samuel Charles. "DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO BUCAL"
"Traducción de Editorial La Medica. Rosario Argentina 1957.
- 14.- Quiroz C. Chacho F. "ECONOMIA DENTAL, ALGO EN QUE PENSAR", En Rev A. D. M. México 1997 Ene - Feb Vol IV, Pag 12-13.

- 15.- Frank Mc. Carthy. "EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA". Segunda Edición. El Ateneo, Argentina.
- 16.- Tesis: Rodrigues Morales Yolanda; Sánchez Mosqueda Angélica. "EXODONCIA Y SUS TECNICAS". Asesor, Jorge Rojas González. ENEP Zaragoza 1981.
- 17.- Takao, Kimura Fujikami. "EXTRACCIONES DENTARIAS: COMO PREVENIR Y TRATAR COMPLICACIONES". Rev, El Odontólogo Moderno, Cuba Feb 1973. Pag 37-50.
- 18.- Kronfeld - Boyle. "HISTOPATHOLOGY OF THE TEETH AND THEIR SURROUNDING STRUCTURES". 1988.
- 19.- Howe, L.Geoffrey. "LA EXTRACCION DENTARIA". Editorial Manual Moderno. Pag 88-90
- 20.- H. de Canales , Francisca. "METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION". Sexta Reimpresión. Editorial Limusa, Grupo Noriega Editores, 1992.
- 21.- Centeno Avila, Javier. "METODOLOGIA Y TECNICAS EN EL PROCESO DE LA INVESTIGACION". Segunda edición. Editorial Contraste 1981.
- 22.- Alcayata, O.C. Olazabal. R. A. "PATOLOGIA, ANATOMIA Y FISILOGIA BUCODENTAL" 1960 Editorial Buenos Aires.
- 23.- Guimareas Ferreira. Raphael. "PATOLOGIA Y FORMULARIO ODONTO - ESTOMATOLOGICO". 1988 Río de Janeiro.
- 24.- Gorling, Roberto J. Y Goldman, Henry M. "THOMA'S ORAL PATHOLOGY". Rev. A. D. A. 1992 Vol III., Pag 20-15.
- 25.- Quiroz Gutierrez, Fernando. "TRATADO DE ANATOMIA HUMANA". Editorial Interamericana. Tomo II.
- 26.- Kruger, O. Gustavo. "TRATADO DE CIRUGIA BUCAL". Cuarta Edición. Editorial Interamericana. Pag 12-13.
- 27.- Winter. "TRATADO DE EXODONCIA". Editorial Pubul, 1930 Barcelona.

ANEXOS

U N A M
FES-ZARAGOZA
CIRUJANO DENTISTA
HISTORIA CLINICA

No. DE REG.

U. M. A. I. _____

FECHA:

"A" DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

SEXO EDAD FECHA DE NACIMIENTO LUGAR DE NACIMIENTO _____ OCUPACION _____

DIRECCION: _____ TELEFONO

ALFABETA ESTUDIOS No. DE MIEMBROS DE LA FAMILIA NUMERICAMENTE QUE LUGAR OCUPA ENTRE SUS HNOS. EDO. CIVIL

"B" TIPO DE CONSULTA DERIVADO POR

"C" ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: _____

"D" ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS :

SERVICIOS DOMICILIARIOS : AGUA BAÑO DRENAJE

HIGIENE GENERAL ¿CUANTAS COMIDAS HACE AL DIA? ¿CUANTOS DIAS A LA SEMANA INGIERE? CARNE HUEVO

LACTEOS VERDURAS FRUTA PAN TORTILLA OTROS : _____

¿CUANTAS VECES AL DIA INGIERE? GOLOSINAS REFRESCOS No. DE BIBERONES AL DIA HABITOS ORALES

DESCRIBA : _____

EMBARAZADA No. DE SEMANAS No. DE EMBARAZOS CONTROLADO

IMUNIZACIONES : BCG DPT POLIO SARAMPION OTRAS : _____

"E" ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS :

FIEBRES ERUPTIVAS MALFORMACIONES CONGENITAS NEOPLASIAS OTRAS ENFERMEDADES ALCOHOLISMO

TABAQUISMO DROGAS DESCRIBA : _____

¿HA SIDO HOSPITALIZADO? MOTIVO : _____

¿HA PRESENTADO ANTECEDENTES ALERGICOS? DESCRIBA : _____

¿SE LE HA ADMINISTRADO ALGUN ANESTESICO? TIPO : _____

¿TUVO ALGUNA REACCION ADVERSA? DESCRIBA : _____

¿SE LE HA ADMINISTRADO PENICILINAT NOMBRE : _____

¿TUVO ALGUNA REACCION ADVERSA? DESCRIBA : _____

¿ESTA TOMANDO ACTUALMENTE ALGUN MEDICAMENTO? NOMBRE : _____

BASE FARMACOLOGICA : _____

USO : _____ DOSIS : _____

"F" MOTIVO DE CONSULTA : _____

FECHA DE APARICION : _____ SIGNOS Y SINTOMAS : _____

EVOLUCION : _____



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"
UNIDADES MULTIPROFESIONALES DE ATENCION INTEGRAL.

EXP. No. _____
U. M. A. I. _____
FECHA: _____

ODONTOLOGIA
HISTORIA CLINICA PARA PACIENTES
DE URGENCIA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____ OCUPACION: _____

DOMICILIO: _____ TELEFONO: _____

DERIVADO POR: _____

I MOTIVO DE LA CONSULTA: _____

II PADECIMIENTO ACTUAL: _____

FECHA DE APARICION: _____ EVALUACION

SIGNOS Y SIPTOMAS: _____

III ANTECEDENTES PERSONALES, PATOLOGICOS Y NO PATOLOGICOS.

ESTUDIOS DIAGNOSTICOS COMPLEMENTARIOS: