

244



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**EMERGENCIAS MÉDICO ODONTOLÓGICAS MÁS
FRECUENTES EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL
EXPERIENCIA CON PASANTES DE LA CARRERA**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTAN:

HILDA RANGEL SOTO

LUCÍA VIRGINIA JUÁREZ DÍAZ

DIRECTOR: C.D. NANCY JACQUES MEDINA

Nancy Jacques

ASESOR: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ



MÉXICO, D. F.

2001



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 DIOS

Por darme la vida y permitirme lograr mis metas.

A MI ESPOSO E HIJO

Por toda su comprensión, apoyo y paciencia durante estos años.

A MIS PADRES

Por su sacrificio y ayuda, para que pudiera terminar mi carrera.

A MI DIRECTORA

C.D. NANCY JAQUES MEDINA

Por su valiosa colaboración para la realización de esta Tesina.

AL C.D. ALFONSO BUSTAMANTE B.

Por su valiosa colaboración en el Seminario de Odontología Comunitaria.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Por darme la oportunidad y los medios necesarios para la culminación de mis Estudios.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por darme la Vida.

A MIS PADRES:

A mi papá: A quien dios ha llamado a su lado.

A MI MAMÁ:

Por su apoyo, sus desvelos y por haberme inculcado principios morales y deseos de superación Te quiero Mamy.

A MI ESPOSO Y A MI HIJA:

*Por quererme y apoyarme
Te amo Alberto, Te quiero Karlita.*

A MIS HERMANOS:

*Rosy, Hugo, Yolanda y Roberto
Los quiero mucho.*

A MI DIRECTORA:

*C.D. Nancy Jacques Medina.
Por su Valiosa Colaboración para la realización de esta tesina.*

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.

*Por darme la oportunidad y los medios necesarios
para mi preparación académica.*

INDICE

PAG.

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	CONSIDERACIONES GENERALES	2
2.1.	DEFINICIÓN	3
2.2.	IMPORTANCIA DE LAS EMERGENCIAS MÉDICO ODONTOLÓGICAS	3
2.3.	FRECUENCIA DE LAS EMERGENCIAS MÉDICO ODONTOLÓGICAS	3
2.4.	VALORACIÓN DEL PACIENTE	5
2.5.	PROCEDIMIENTOS BÁSICOS EN LA ATENCIÓN DE UNA EMERGENCIA	8
2.6.	EMERGENCIAS MÉDICO ODONTOLÓGICAS MÁS FRECUENTES	10
2.6.1.	PARO CARDIORESPIRATORIO	10
2.6.2.	TRASTORNOS CARDIOVASCULARES	11
2.6.3.	CRISIS CONVULSIVA GENERALIZADA	18
2.6.4.	TRASTORNOS ENDOCRINOS	20

2.6.5.	HIPOGLUCEMIA	24
2.6.6.	TRASTORNOS RELACIONADOS A FÁRMACOS	26
2.6.7.	TRASTORNOS HEMORRÁGICOS	32
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	35
4.	JUSTIFICACIÓN	35
5.	OBJETIVOS	36
5.1.	GENERALES	36
5.2.	ESPECÍFICOS	36
6.	METODOLOGÍA	37
6.1.	MATERIAL Y MÉTODO	37
6.2.	TIPO DE ESTUDIO	37
6.3.	POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA	37
6.4.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	38
6.5.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	38
6.6.	VARIABLES DE ESTUDIO	38
7.	RESULTADOS	39
8.	CONCLUSIONES	50
9.	BIBLIOGRAFÍA	51
10.	ANEXOS	53

1. INTRODUCCIÓN

En la práctica del odontólogo pueden producirse urgencias que amenazan la vida del paciente, aunque las situaciones de riesgo vital no son habituales en la práctica odontológica diaria, existen diversos factores que pueden aumentar su frecuencia como son:

1. El creciente número de personas mayores que solicitan tratamiento dental.
2. Los avances terapéuticos en la profesión médica.
3. La creciente tendencia hacia citas más prolongadas.
4. La creciente utilización de fármacos en las consultas odontológicas.

Por otra parte, existen recursos a disposición de los profesionales que minimizan el riesgo de que se produzcan situaciones de amenaza vital, por ejemplo:

1. La evaluación física previa al tratamiento del paciente odontológico, que consta de un interrogatorio e historia clínica complementada por el paciente, la exploración física del mismo y la historia dialogada.
2. La posible modificación de la atención dental para reducir los riesgos del paciente. McCarthy ha estimado que mediante las técnicas de disminución de estrés se puede evitar el 90% de todas las urgencias vitales.

El conocimiento del estado físico previo del paciente permitirá al odontólogo llevar a cabo modificaciones en la planificación del tratamiento dental, reduciendo significativamente la incidencia de urgencias médicas agudas.

En este contexto se analizará el nivel de conocimientos del pasante de la carrera sobre emergencias médico odontológicas.

2. CONSIDERACIONES GENERALES

El ejercicio de la profesión dentro del consultorio trae para el profesional de la salud frecuentes circunstancias inesperadas, para las cuales debe estar convenientemente preparado a fin de afrontarlas en la forma más adecuada posible. Especialmente en el caso de la odontología, los procedimientos utilizados en el paciente pueden desencadenar reacciones sorprendentes, que van desde el estado de tensión emocional, hasta situaciones graves que pueden ponerlo en serios aprietos. La previsión del profesional, pero sobre todo su preparación y habilidad, son condiciones que lo ayudan a sortear con éxito la mayoría de las emergencias.

Cabe analizar, aspectos fundamentales que el odontólogo de hoy no puede desconocer u omitir en forma negligente. Un aspecto trascendental es el relacionado con la historia clínica del paciente; ciertos antecedentes personales o familiares, que deben tomarse en cuenta siempre que el profesional vaya a emprender un procedimiento. Esto implica que el interrogatorio debe ser minucioso, cuidadoso y convenientemente analizado. Las respuestas afirmativas del paciente no sólo deben llevar al profesional a tomar ciertas medidas de cautela, sino que pueden ser motivo de consulta a especialistas en la materia, quienes deben medir el porcentaje de riesgo, corregir irregularidades y recomendar al odontólogo medidas de precaución.

Las consideraciones planteadas obligan a tomar todo tipo de precauciones y a insistir sobre la necesidad de una excelente preparación para el ejercicio de la profesión.

2.1. DEFINICIÓN DE EMERGENCIA

Es la situación en la que existe peligro inmediato de muerte, donde se requiere de una actuación rápida y efectiva para tratar de evitar el éxitus del individuo. Su instauración es brusca, rápida y muy grave (1).

Es un proceso agudo de instauración súbita, que exige asistencia médica inmediata, para prevenir un daño grave o aliviar al paciente (2).

2.2. IMPORTANCIA DE LAS EMERGENCIAS MÉDICO ODONTOLÓGICAS.

Es necesario que los profesionales estén más alerta en temas de medicina de urgencias.

A pesar de que se estudian las medidas para prevenir cualquier situación que pone en peligro la vida, aún así pueden suceder, no hay urgencias propias de la práctica odontológica, cualquier situación puede presentarse. El manejo efectivo del estrés en el consultorio será el instrumento para disminuir su ocurrencia, así como el conocimiento de los fármacos.

Cualquier situación en la que pelagra la vida es una fatalidad en potencia, el no poder reconocer los signos y síntomas clínicos puede hacer que una urgencia relativamente inocua se complique.

Es importante que el odontólogo esté preparado y capacitado para asistir en el reconocimiento y el manejo de cualquier emergencia que suceda.

2.3. FRECUENCIA DE LAS EMERGENCIAS MÉDICAS EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA.

Aunque en la consulta de odontología puede verse todo tipo de urgencias médicas, algunas son más frecuentes que otras, generalmente se

trata de situaciones debidas por completo al estrés o que se exageran cuando el paciente se encuentra en un ambiente estresante.

Entre las situaciones provocadas por estrés se encuentra el síncope y la hiperventilación, mientras que en los problemas médicos preexistentes que se exageran por el estrés se encuentran las urgencias cardiovasculares, el broncoespasmo y las convulsiones.

Otras situaciones de urgencias vital, que se producen en las consultas de odontología con más frecuencia, son las reacciones asociadas a la administración de fármacos (3).

FRECUENCIA DE LAS EMERGENCIAS

- Síncope
- Hipoglucemia
- Crisis convulsiva
- Angina de pecho
- Crisis hipertensiva
- Insuficiencia suprarrenal aguda
- Crisis tiroidea
- Urticaria
- Edema angeoneurótico
- Crisis asmática
- Shock anafiláctico
- Sobredosis por fármacos
- Obstrucción de vías aéreas
- Interacciones farmacológicas
- Paro cardiorespiratorio
- Hemorragias

2.4. VALORACIÓN DEL PACIENTE

En todos los enfermos dentales es esencial efectuar el interrogatorio y hacer un examen físico inicial rutinarios, porque es posible que en la valoración de un paciente incluso aparentemente sano se encuentren en el interrogatorio o el examen datos de importancia suficiente para hacer que el odontólogo valore nuevamente el plan de tratamiento, modifique un medicamento o incluso posponga una terapéutica particular en tanto se dispone de datos de diagnóstico adicionales.

PROCEDIMIENTOS RACIONALES PARA EL DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN DEL RIESGO MÉDICO.

HISTORIA CLÍNICA

1. Procedimiento Diagnóstico.
2. Obtención y registro del interrogatorio del paciente.
3. Componentes del interrogatorio del paciente.
 - a) Información rutinaria (demográfica y de referencia).
 - b) Molestia principal y antecedentes de la enfermedad actual.
 - c) Antecedentes dentales.
 - d) Antecedentes médicos.
 - e) Antecedentes familiares, sociales y ocupacionales.
 - f) Revisión de sistemas.
 - g) Interrogatorio amplio y de selección.
 - h) Cuestionario para interrogatorio médico.
4. Examen del Paciente.
 - o Procedimiento General.
 - o Signos vitales.
 - e Medición de la presión arterial.

Muchos procedimientos dentales causan estrés a los pacientes y pueden elevar la presión arterial. Así mismo, la inyección intravascular accidental o la absorción rápida de anestésicos locales que contienen adrenalina pueden originar un aumento apreciable de la presión. En Hipertensos, quizá se requieran sedación preoperatoria adecuada y citas breves; puede ser aconsejable suprimir la adrenalina o reducir la cantidad utilizada. El síncope debido a ansiedad o medicamentos suele acompañarse de hipotensión sistémica.

Si un paciente recibe tratamiento para hipertensión o no visita con regularidad a un médico, es necesario medir la presión arterial antes de iniciar el tratamiento dental. Se ha demostrado que el registro sistemático de la presión arterial en el consultorio dental es un método valioso para el hallazgo de casos médicos. No es seguro emplear los síntomas únicamente para determinar si un paciente es hipertenso, ya que muchos enfermos con presión arterial elevada son asintomáticos a pesar de una afección cardiovascular progresiva secundaria a una presión arterial elevada.

d) Examen de cabeza, cuello y cavidad bucal, incluso glándulas salivales, articulación temporomandibular, ganglios linfáticos y función de los pares craneales.

5. PROCEDIMIENTOS SUPLEMENTARIOS DE EXAMEN

a).- Estudios de laboratorio en odontología.

Los estudios de laboratorio son una extensión del examen físico, en el cual se obtienen muestras de tejidos, sangre, orina, etc, y que se someten a examen microscópico, bioquímico, microbiológico o inmunológico.

Las lesiones de la cavidad bucal también pueden complicarse o resultar directamente por enfermedades sistémicas coexistentes y los estudios de laboratorio necesarios en la práctica dental son los que se

utilizan ampliamente en medicina. Con frecuencia, la enfermedad sistémica que sospecha el odontólogo puede tener mayor importancia para la salud del paciente que la lesión bucal existente y al detectar un problema de este tipo el odontólogo investiga en efecto un problema médico. Se ha argumentado que el paciente en quien se sospecha una enfermedad sistémica debe referirse a un médico sin que el odontólogo ordene estudios adicionales. Este procedimiento es claramente el correcto en algunas circunstancias y se requiere juicio profesional. Sin embargo, en muchas situaciones son apropiados los estudios de laboratorio hechos por el odontólogo antes de la referencia médica y quizá se requieran a fin de identificar la naturaleza del problema del paciente.

b) Examen especializado de otros órganos.

6). ESTABLECIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO

7) PLAN DE TRATAMIENTO.

VALORACIÓN DEL RIESGO MÉDICO EN PACIENTES DENTALES

- a) Plan de tratamiento
- b) Valoración del riesgo médico.
- c) Procedimiento de referencia médica (consulta).

8) CONSULTAS DE MEDICINA BUCAL.

9) EXPEDIENTE MÉDICO-DENTAL

ORGANIZACIÓN, CONFIDENCIALIDAD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

- a) Expediente orientado a problemas y diagrama de estado.

- b) Confidencialidad de expediente del paciente.
- c) Consentimiento informado. (5).

2.5. PROCEDIMIENTOS BÁSICOS PARA LA ATENCIÓN DE UNA EMERGENCIA.

A. POSICIÓN DEL PACIENTE.

Para que las medidas básicas de reanimación sean efectivas, el paciente deberá estar en posición supina, en una superficie dura y plana, preferentemente horizontal.

B. MANIOBRAS PARA OBTENER Y MANTENER UNA VÍA AÉREA PERMEABLE.

En el paciente inconsciente la vía aérea superior puede llegar a obstruirse a causa de la relajación de los músculos del tracto respiratorio superior. Si se sospecha la obstrucción de la vía aérea superior por un cuerpo extraño, la vía aérea debe ser permeable, bien manualmente, o si ello no es efectivo mediante maniobras de Heimlich.

A menudo la permeabilidad de la vía aérea puede asegurarse mediante una serie de maniobras mecánicas que implican la boca, el mentón y la mandíbula.

Se inclina la cabeza hacia atrás, puede resultar muy efectivo para la apertura de la vía aérea y de ser así, los signos de obstrucción respiratoria, tales como el estridor pueden desaparecer.

Tracción de la mandíbula (la cual se realiza colocando, los dedos por detrás de ambos ángulos mandibulares y desplazando la mandíbula hacia adelante) o la elevación del mentón puede proporcionar un completo control de la vía aérea superior.

C. RESPIRACIÓN ARTIFICIAL.

Una vez que se ha establecido la permeabilidad de la vía aérea, los enfermos con una ventilación inadecuada requieren ventilación artificial; las técnicas boca-boca, boca-nariz, boca-estoma han sido utilizadas con resultados variables.

En la reanimación individual, deberá realizarse dos insuflaciones de 1-1,5 seg. cada una, después seguirá con dos insuflaciones cada 15 compresiones torácicas.

Si la realizan dos personas, debe efectuarse una insuflación después de cada 5 compresiones torácicas.

D. COMPRESIÓN CARDÍACA EXTERNA.

Las compresiones torácicas deberán iniciarse con el establecimiento de la vía aérea y de la ventilación. El masaje cardíaco debe realizarse con el paciente colocado en decúbito supino sobre una superficie dura y colocando el talón de una de las manos sobre la mitad inferior del esternón y la segunda encima de la primera.

Con los codos extendidos, deben realizarse las compresiones para que el esternón se deprima entre 4-5 cm. en los adultos.

Los conocimientos actuales sugieren que son los cambios en la presión intratorácica, causados por la compresión los que provocan un aumento del gasto cardíaco.

La eficacia de las compresiones torácicas se comprobará mediante la palpación de los pulsos femorales o carotídeos después de cuatro ciclos de compresión y ventilación.

E. APLICACIÓN PARENTERAL DE FÁRMACOS Y FLUIDOS

- Acceso intravenoso en una vena periférica: Administrando adrenalina 1 mg. en bolo IV cada 3-5 min.
- Bicarbonato de sodio (1 meq/kg).

- Lidocaína 1.5 mg/kg en bolo.
- Sulfato de magnesio 1-2 g. IV
- Atropina (0.5-1.0 mg IV)
- Gluconato de calcio.
- Dopamina (5-20 mg/kg/ min.) 400 mg en 250 de solución

2.6. EMERGENCIAS MÉDICO ODONTOLÓGICAS MÁS FRECUENTES

2.6.1. PARO CARDIORESPIRATORIO.

CONCEPTO

Contracción auricular ausente o insuficiente que inmediatamente produce una insuficiencia circulatoria sistémica.

ETIOLOGÍA

Causas cardíacas como la disfunción eléctrica en el 80% de los enfermos y el fallo mecánico en el 20%.

Son causas adicionales el Shock circulatorio o las alteraciones de la ventilación que llevan a una acidosis respiratoria importante, así como:

Trauma, hemorragias, intoxicaciones, asfixia, anafilaxis y electrocuciones.

SÍNTOMAS

Pérdida de la conciencia, una respiración rápida y superficial que conduce a la apnea, una hipotensión arterial profunda con pulsos no palpables sobre los vasos principales y falta de ruidos cardíacos. Al poco tiempo se produce una hipoxemia tisular que da lugar a lesión de órganos vitales.

TRATAMIENTO

- Horizontalizar la silla odontológica.

- Atender lo fundamental que es la ventilación pulmonar.
- Despejando las vías respiratorias (retirar prótesis si las tiene).
- Aflojar las ropas, retirarle toda presión e iniciar sin pérdida de tiempo la maniobra de respiración boca a boca y masaje cardíaco en forma sincronizada y técnica.
- Proceder al traslado inmediato y adecuado al medio hospitalario más cercano, en donde se continuará el manejo con entubación traqueal, desfibrilación y tratamiento farmacológico (6).

2.6.2. TRASTORNOS CARDIOVASCULARES

ARTERIOSCLEROSIS CORONARIA

La mayoría de las afecciones coronarias (AC) se deben al depósito subíntimo de ateromas en las arterias grandes y medianas, que riegan el corazón.

FISIOPATOGENIA

La placa aterosclerótica está formada por lípidos intracelulares y extracelulares acumulados, células musculares lisas, tejido conjuntivo y glucosaminoglicanos.

La primera lesión detectable es la estría grasa, que más tarde evoluciona a la placa fibrosa.

Para explicar la patogenia de la aterosclerosis se han propuesto dos hipótesis principales: La hipótesis lipídica y la de la lesión endotelial crónica, probablemente están relacionadas entre sí. (7).

FACTORES DE RIESGO

Los principales factores de riesgo, no reversibles de aterosclerosis, son la edad, el sexo masculino y la historia familiar de aterosclerosis prematura.

Los principales factores de riesgo reversibles son: Niveles lipídicos séricos anormales, hipertensión, consumo de cigarrillos, diabetes mellitus, obesidad, inactividad física infección por *chlamydia pneumoniae*.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

La aterosclerosis es silenciosa de modo característico hasta que aparece una estenosis crítica, la trombosis, un aneurisma o un émbolo. Inicialmente, los signos y síntomas reflejan la incapacidad del flujo circulatorio de aumentar según la demanda (Por Ej. angina de esfuerzo).

Típicamente, la aterosclerosis coronaria es de comienzo insidioso, muchas veces se distribuye irregularmente en distintos vasos y puede interferir bruscamente, con la perfusión de segmentos de miocardio.

Las principales complicaciones, son la angina de pecho, el infarto al miocardio y la muerte cardíaca súbita por arritmias (8).

ANGINA DE PECHO

Síndrome clínico debido a la isquemia del miocardio, que se caracteriza por molestias o presión precordial, típicamente precipitado por el esfuerzo; y aliviadas por el reposo o la nitroglicerina sublingual.

ETIOLOGÍA

Generalmente, una obstrucción arterial coronaria crítica por aterosclerosis, el espasmo, una embolia coronaria pueden ser la causa o la estenosis aórtica calcificada.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Dolor vago, escasamente molesto, o puede convertirse rápidamente en una grave e intensa sensación precordial de opresión, de localización variable pero generalmente detrás del esternón, puede irradiarse al hombro izquierdo y hacia abajo, por el interior del brazo izquierdo, incluso hasta los dedos.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es esencialmente clínico y se basa en las características del dolor el E.C.G. puede ser normal durante el reposo y en ausencia de dolor, cuando clínicamente se sospecha la existencia de la angina de pecho es obligado recurrir a las pruebas de esfuerzo, sea mediante electrocardiografía realizada en condiciones de esfuerzo o mediante estudios radioisotópicos (9).

TRATAMIENTO

Tiene tres objetivos: aliviar el dolor anginoso, prevenir nuevas crisis e interrumpir el progreso de la aterosclerosis coronaria.

Para el tratamiento de las crisis anginosas se utiliza nitroglicerina sublingual, la cual debe administrarse tan pronto como empieza el dolor e incluso utilizarse con carácter profiláctico si el paciente a de realizar algún esfuerzo que presumiblemente le ocasionará dolor (10).

CONSIDERACIONES DENTALES

Los ataques agudos de angina pueden ocurrir como resultado del estrés relacionado con servicios dentales, en particular extracciones.

Si el paciente presenta un ataque de angina cuando se encuentra en el sillón dental, debe aplicarse de inmediato bajo su lengua una tableta o pulverización de nitroglicerina. En un paciente con angina de pecho conocida, se recomiendan profilácticamente fármacos antiangina de acción relativamente corta, como el dinitrato de isosorbide en tabletas sublinguales (además de cualquier nitrato de acción prolongada que esté tomando el enfermo) antes de iniciar el tratamiento dental o una fase en particular estresante de la terapéutica odontológica (11).

INFARTO DE MIOCARDIO

Con este término se designa la necrosis miocárdica aguda de origen isquémico, secundaria generalmente a la oclusión trombótica de una arteria coronaria (13).

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Aproximadamente 2/3 de los enfermos experimentan síntomas prodrómicos de días a semanas antes del episodio, como angina inestable o en aumento, disnea o fatiga.

El primer síntoma de IM. agudo suele ser un dolor visceral, subesternal, profundo, descrito como fijo y continuo o de presión, muchas veces con irradiación a la espalda, mandíbula o brazo izquierdo.

El dolor es similar al de la molestia de angina de pecho pero suele ser más intenso, duradero y aliviado poco o sólo temporalmente por el reposo o la nitroglicerina.

A la exploración, el paciente suele presentar dolor intenso, estar inquieto y aprensivo, con la piel pálida, fría y diaforética. Puede ser evidente la cianosis periférica o central. El pulso puede ser filiforme y la P.A. variable.

DIAGNÓSTICO

El dolor es el síntoma dominante en la mayoría de los casos; sus características son similares en cuanto a calidad, localización e irradiación al de la angina; no obstante, suele ser más intenso y prolongado, no responde a la nitroglicerina y se acompaña de manifestaciones vegetativas.

El ECG es esencial para el DX.

TRATAMIENTO

Tiene 3 objetivos

En la fase aguda.

- a) Suprimir el dolor
- b) Prevenir las arritmias, en especial la fibrilación ventricular.

- c) Reducir el tamaño de la necrosis
- d) Prevenir y tratar las complicaciones mecánicas.
 - Evaluación del pronóstico a largo plazo
 - La prevención de nuevos episodios isquémicos.
 - Rehabilitación funcional, social y laboral.

ATENCIÓN DENTAL.

La atención de pacientes con cardiopatía coronaria en el consultorio dental es una fase cada vez más importante en la práctica diaria.

El odontólogo se encuentra en una posición única para proporcionar al enfermo un servicio de salud importante mediante un interrogatorio cuidadoso a fin de descubrir síntomas actuales o antecedentes de cardiopatía, tomar el pulso y medirle la presión arterial.

Los pacientes con cardiopatía coronaria requieren atención especial en el consultorio dental por que es posible que tengan menor capacidad para soportar situaciones de estrés y, en muchos casos, el tratamiento puede agravar una afección cardiovascular existente.

Los pacientes cuyo tratamiento dental causa un estrés particular pueden beneficiarse con premedicación ansiolítica antes del tratamiento. Con este fin en particular son útiles las benzodiazepinas bucales de acción rápida y suele utilizarse diazepam, 45 minutos antes de tratamiento dental. Dosis 5 mg. (10).

SÍNCOPE

Es la pérdida pasajera del conocimiento, caracterizada por falta de respuesta y pérdida del tono postural, con recuperación espontánea.

FISIOPATOLOGÍA:

Disminución súbita del flujo sanguíneo cerebral.

ETIOLOGÍA:

Hipotensión arterial,
Disminución del gasto cardíaco
Alteraciones neurológicas,
Alteraciones metabólicas
Mecanismo no establecido.
Crisis de ansiedad,
Histeria.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

El paciente con síncope no responde a los estímulos y pierde el tono postural

- Desmayo
- Vértigos
- Aturdimiento.

El síncope de etiología cardíaca empieza y termina típicamente de forma brusca y espontánea, se presenta sin avisar.

El síncope vasovagal, se ve típicamente precipitado por los estímulos físicos o emocionales desagradables (por ej., dolor, miedo, visión de la sangre). Generalmente tiene lugar en posición erecta.

El síncope debido a convulsiones es de comienzo brusco y se acompaña de sacudidas o convulsiones musculares, incontinencia y mordedura de la lengua.

El síncope por embolia pulmonar generalmente indica una obstrucción vascular pulmonar y muchas veces se acompaña de disnea, taquipnea, molestias torácicas, cianosis e hipotensión.

El síncope de comienzo gradual (con síntoma de advertencia) y de eliminación lenta indica cambios metabólicos, como hipoglucemia o hipocapnia de hiperventilación.

DIAGNÓSTICO

La historia y la exploración física, con especial atención a las alteraciones cardiovasculares y neurológicas, definen típicamente, los procedimientos diagnósticos necesarios.

TRATAMIENTO

Típicamente, la adopción de la postura horizontal termina el episodio sincopal y no es necesario otro tratamiento inmediato, a menos que lo exija la causa subyacente. La elevación de las piernas restablece más rápida la perfusión cerebral.

ENCEFALOPATÍA HIPERTENSIVA

Es una consecuencia aguda o subaguda de la hipertensión grave.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Cefaleas
- Embotamiento
- Confusión o estupor, con o sin convulsiones.

La encefalopatía hipertensiva es la crisis típica, que se ha convertido en un acontecimiento raro por el moderno tratamiento antihipertensivo. Es un trastorno cerebral potencialmente reversible, limitado a los casos graves de hipertensión.

Se cree que su patogenia consiste en un fenómeno de ruptura de la autorregulación cerebral de la perfusión sanguínea, en el que la P-A muy elevada se transmite directamente al lecho capilar con transudación y exudación de plasma al tejido cerebral, provocando un edema cerebral.

A menudo, se producen alteraciones neurológicas rápidamente cambiantes como ceguera cortical transitoria, hemiparesia y defectos hemisensoriales. La P-A siempre está elevada, por lo general con presiones diastólicas >140 mm H.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

El diagnóstico depende del cuadro clínico característico y de la exclusión de otras posibles afecciones. Hay que pensar en otras posibles encefalopatías metabólicas pero la mayoría de ellas no se acompaña, por lo general, de una P-A muy elevada.

El tratamiento consiste en una reducción progresiva (pero no brusca) de la P-A a niveles casi normales en 4 a 6 hrs. El fármaco de elección es el nitroprusiato sódico, aunque se puede utilizar otros fármacos como: la nitroglicerina, nicardipino o labetalol.

CONSIDERACIONES DENTALES

El odontólogo debe tener en su consultorio equipo (estetoscopio y baumanómetro) para medir la presión arterial.

En todos los adultos es necesario tomar la presión arterial en la primera visita al consultorio dental y cuando menos una vez al año después; en los enfermos con hipertensión conocida debe tomarse la presión en cada visita para comprobar que no existe riesgo o peligro por el estrés del procedimiento dental.

En un paciente dental con presión arterial elevada es necesario considerar cuidadosamente el plan terapéutico, la premedicación y selección de un anestésico y determinar la duración y tiempo de los procedimientos quirúrgicos (11).

2.6.3. CRISIS CONVULSIVAS GENERALIZADAS

Transtorno paroxístico y recurrente de la función cerebral caracterizado por crisis breves y repentinas de alteración de la conciencia

acompañada de actividad motora, fenómenos sensitivos o conducta inapropiada.

ETIOLOGÍA

Las convulsiones son el resultado de un trastorno focal o generalizado de la función cortical debido a procesos cerebrales o sistémicos. También puede aparecer como consecuencia y síntoma de privación tras un consumo continuado de alcohol, hipnóticos o tranquilizantes.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

En las crisis generalizadas la descarga neuronal difunde a toda la corteza bilateralmente. Se caracterizan por que producen pérdida de la conciencia y alteraciones motoras desde su inicio. Algunos tipos de crisis generalizadas son los espasmos infantiles y las ausencias, las crisis tónico-clónicas y atónicas, y las crisis mioclónicas.

DIAGNÓSTICO

Las crisis generalizadas se deben con más probabilidad a una causa metabólica, en el adulto, deben inducir la búsqueda de una lesión focal no sospechada.

Los estudios diagnósticos iniciales deben incluir un EEG y niveles séricos de glucosa, sodio, magnesio y calcio. El EEG intercrítico en las crisis tónico-clónicas primariamente generalizadas se caracteriza por descargas simétricas de ondas lentas y agudas.

TRATAMIENTO

El tratamiento se orienta inicialmente hacia el control de las crisis, así como al tratamiento del trastorno primario.

Debe aconsejarse una vida normal y se recomienda el ejercicio. En las crisis agudas tónico-clónicas generalizadas debidas a la enfermedad febril, ingestión de alcohol u otras sustancias tóxicas o trastorno metabólico

agudo, debe tratarse la causa al tiempo de las crisis. El status epiléptico debe tratarse de inmediato. Si el paciente tan sólo ha presentado una crisis, debe administrarse DFH a dosis completa adultos 300-500 mg. durante 7 a 10 días

Cabe mencionar que en el caso de que el paciente sea epiléptico, sólo se realizará un tratamiento odontológico si este está controlado y haya tomado su anticonvulsivo (12).

2.6.4. TRASTORNOS ENDOCRINOS.

INSUFICIENCIA SUPRARRENAL AGUDA. ENFERMEDAD DE ADDISON

ETIOLOGÍA

Alededor del 70% de los casos se deben a una atrofia ideopática de la corteza suprarrenal, probablemente causada por procesos autoinmunes. Los casos restantes son consecuencia de una destrucción de la glándula suprarrenal por granulomas, tumores, amiloidosis o necrosis inflamatoria, puede ser causada también por administración de fármacos.

CUADRO CLÍNICO

Las manifestaciones más comunes son:

- Astenia
- Hipotensión
- Pérdida de peso.
- Síntomas gastrointestinales
 - Anorexia
 - Náusea
 - Vómito
 - Dolor abdominal

Apetito exagerado por la sal.

- Hiperpigmentación cutánea (cara, cuello y manos)
- En las mucosas tanto bucal como vaginal la pigmentación no es difusa sino más bien circunscrita, en ocasiones punteada, de color gris o incluso azulado.

DIAGNÓSTICO

- **PRUEBAS DE LABORATORIO**

TRATAMIENTO

Gracias a la disponibilidad actual de compuestos hormonales, los pacientes con insuficiencia suprarrenal pueden llevar a cabo una vida normal, e incluso dedicarse a labores que requieran esfuerzo físico considerable.

El esquema posológico habitual consiste en la administración diaria por vía oral de 20mg de hidrocortisona repartidos en dos dosis, y la fluorhidrocortisona a la dosis de 0.1 mg por día.

CONSIDERACIONES DENTALES

1. Pacientes que toman una dosis normal, es decir, el equivalente a 20mg de hidrocortisona al día (durante al menos un mes) Se puede suponer que existe cierto grado de supresión, por lo que se seguirán las mismas indicaciones, que en el siguiente apartado, a no ser que su médico de cabecera indique lo contrario.
2. Pacientes que toman una dosis doble de lo normal, equivalente a 20-40 mg de hidrocortisona al día (durante al menos un mes). Se podrá realizar el tratamiento odontológico de rutina después de haber doblado la dosis habitual durante la mañana del tratamiento.
3. Paciente que toma una dosis superior al doble de lo normal, es decir mayor del equivalente a 40 mg, de hidrocortisona al día. En estos

enfermos no se considera necesario aumentar la dosis, puesto que tienen una cobertura suficiente con su dosis habitual.

- 4 Paciente que ha tomado corticoesteroides en los últimos 12 meses. Consultaremos con su médico para ver en cual de los apartados lo incluimos. Si hace más de 12 meses que los tomó y el paciente se encuentra en buen estado, no hará falta suplementos de corticoesteroides y podrá efectuar el tratamiento normal.

CRISIS TIROTÓXICA

La crisis tirotóxica, también llamada tormenta tiroidea o tirotoxicosis descompensada, es definida como un aumento de los síntomas de tirotoxicosis que amenaza la vida, en la cual se presenta fiebre.

FISIOPATOLOGIA

Es poco claro por qué algunos pacientes con hipertiroidismo, desarrollan de modo súbito una descompensación aguda, que amenaza la vida, sin embargo a menudo, una enfermedad infecciosa u otro estrés, tal como una operación, provoca el síndrome. La bronconeumonía fue aparentemente la causa precipitante más común, aunque otras causas incluían procedimientos quirúrgicos, pielonefritis e infarto al miocardio (13).

DIAGNÓSTICO:

Es difícil, ya que descansa en el reconocimiento de los signos y síntomas exagerados de tirotoxicosis. La fiebre es fundamental y las temperaturas rectales inferiores a 38.3 °C sugieren otro diagnóstico.

CRITERIOS PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO.

1. Indicios de síntomas y signos de hipertiroidismo.
2. Un nivel normal de T4 libre
3. Un nivel de TSH sérica inhibida

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Aparición brusca de los síntomas más floridos de hipertiroidismo.
- Fiebre
- Intensa debilidad
- Contusión muscular
- Intranquilidad extrema con grandes oscilaciones emocionales.
- Confusión
- Psicosis o incluso coma
- Hepatomegalia con ictericia leve
- Colapso cardiovascular y Shock

TRATAMIENTO

SE DIVIDE EN 4 CATEGORÍAS GENERALMENTE

- a) Medidas de apoyo
 - b) Inhibición de la síntesis de hormona tiroidea
 - c) Inhibición de la liberación de H. tiroidea desde la glándula tiroidea
 - d) Inhibición de la actividad betaadrenérgica periférica
-
- a). 1 acetaminofen para la hipertermia
 - a). 2 esponjas de alcohol
 - a). 3 almohadillas de enfriamiento
 - a). 4 dosis altas de antibióticos
-
- b).1 Precozmente, administrando uno de los preparados con tiourea, metimizol o propiltiouracilo, vía oral o por sonda nasogástrica.
-
- c.1 Yodo en altas dosis por vía oral o por sonda nasogástrica.
-
- d.1 Reserpina, Guanetidina y propanolol.

CONSIDERACIONES DENTALES

En los pacientes cuya enfermedad está controlada no hay inconveniente en realizar cualquier tratamiento dental, pero en los no controlados evitaremos la anestesia con adrenalina (está contraindicado su uso), las infecciones agudas y maniobras quirúrgicas. Así pues, en caso de urgencia dental se aconseja tratamiento conservador a base de antibióticos y analgésicos.

2.6.5. HIPOGLUCEMIA

DEFINICIÓN:

Es un síndrome, o estado de alteración del metabolismo energético normal.

SINTOMATOLOGÍA:

POR LIBERACIÓN DE ADRENALINA

- Sudoración
- Temblor
- Taquicardia
- Ansiedad
- Hambre

LOS SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

- Mareos
- Cefalea
- Visión borrosa
- Disminución de la agudeza mental
- Pérdida de la habilidad motora fina
- Confusión
- Conducta anómala
- Convulsiones

- Pérdida del conocimiento

CLASIFICACIÓN

Hipoglucemia postprandial (Reactiva)

Hipoglucemia del ayuno.

DIAGNÓSTICO

Habitualmente no se requieren pruebas diagnósticas especiales en los pacientes con diabetes mellitus que desarrollan síntomas de hipoglucemia ya que ésta casi siempre se relaciona con el tratamiento

En pacientes no diabéticos que presenten síntomas los análisis que se efectuarán son:

- Glucosa
- Insulina
- Péptido de conexión de la insulina (péptido c)
- Cortisol.
- Toxinas y fármacos. sobre todo sulfonilureas
- Alcohol.

HIPOGLUCEMIA POSTPRANDIAL

Prueba de tolerancia oral a la glucosa de cinco horas de duración.

TRATAMIENTO:

El tratamiento inicial de la hipoglucemia grave (que provoca confusión y coma) consiste en la administración intravenosa de 25 a 50 g, de glucosa en solución al 50%, seguida de venoclisis constante de glucosa, hasta el momento en que el paciente sea capaz de comer por sí mismo

CONSIDERACIONES DENTALES

Habrà que diferenciar el tipo de intervención a que va a ser sometido el paciente, así como si está controlado o no y si se trata su diabetes con insulina, con antidiabéticos orales o simplemente con dieta. Puesto que en estos pacientes el riesgo de infección está aumentado y además se ha

observando que la cicatrización está retrasada. Es conveniente la profilaxis antibiótica. En los tratamientos que presentan riesgo, como son las extracciones y el tratamiento parodontal. Si el paciente no está controlado, evitar el tratamiento dentario, excepto si es un tratamiento de urgencia.

Es importante enfatizar que para manejar al paciente diabético en odontología, éste debe estar controlado; el día de su cita, esta debe ser temprano, el paciente debe acudir desayunado o comido y sus medicamentos tomados. Se deben evitar las situaciones de estrés (14).

2.6.6. TRASTORNOS RELACIONADOS CON FÁRMACOS

ANAFILAXIA

Una reacción sistémica mediada por IgE aguda, a menudo explosiva, que se produce en una persona previamente sensibilizada que recibe el antígeno sensibilizante.

ETIOLOGÍA

Los agentes causales más frecuentes son las enzimas parenterales, los productos sanguíneos, los antibióticos B-lactámicos, la inmunoterapia con alérgeno (desensibilización), y las picaduras de insectos.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los síntomas varían y raramente un solo paciente sufre todos los síntomas. Al cabo de 1- 15 min. (pero raramente pasadas 2 h.).

- El paciente se siente incómodo
- Agitado
- Eritema generalizado
- Palpitaciones
- Parestesias
- Prurito

- Zumbidos de oídos.
- Tos
- Estornudos
- Urticaria
- Angioedema.
- Dificultad para respirar debido al edema laríngeo o el broncoespasmo.

Las náuseas, los vómitos, el dolor abdominal y la diarrea son menos frecuentes.

El Shock puede aparecer en otros 2 min. y el paciente puede tener convulsiones, incontinencia, no responder a estímulos y fallecer. Puede producirse un colapso cardiovascular primario sin síntomas respiratorios.

TRATAMIENTO:

Es obligado el tratamiento inmediato con adrenalina.

Para reacciones leves: Administrar 0,01 ml/Kg de adrenalina acuosa a 1:1,000 s.c. (dosis habitual de 0,3-0,5 ml en adultos)

Después de que los síntomas se resuelvan, debe administrarse un antihistamínico oral durante 24 hrs.

URTICARIA

Consiste en habones y eritema local en la dermis superficial.

ETIOLOGÍA.

- Alergia a fármacos
- Picaduras de insectos
- inyecciones desensibilizantes
- Ingestión de ciertos alimentos

SÍNTOMAS Y SIGNOS

- El prurito generalmente es el primer síntoma

- Habones que pueden medir de 1 a 5 mm o aumentar de tamaño.

DIAGNÓSTICO

La causa de la urticaria aguda suele ser obvia.

TRATAMIENTO:

Debido a que la urticaria aguda generalmente desaparece en 1 a 7 días, el tratamiento es sobre todo paliativo.

La sintomatología suele aliviarse con un antihistamínico oral, como 50-100 mg de difenhidramina cada 4h, 25-100 mg., de hidoxizina dos veces al día o 4-8 mg de ciproheptadina ciproheptadina cada 4h.

ANGIOEDEMA

Es una tumefacción más profunda debido a áreas edematosas en la dermis profunda y el tejido subcutáneo y puede afectar también a las mucosas.

ETIOLOGÍA

- Alergia a fármacos
- Picaduras de insectos
- Inyecciones desensibilizantes
- La ingestión de ciertos alimentos.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Se caracteriza por una tumefacción dolorosa y difusa del tejido subcutáneo libre, el dorso de las manos o los pies, los párpados, los labios, los genitales y las mucosas.

El edema de la vía aérea superior puede producir dificultad respiratoria y el estridor puede confundirse con asma.

TRATAMIENTO

Adrenalina al 1:1,000, 0,3 ml por vía s.c , puede complementarse con un tratamiento tópico, por ejemplo, un agente-adrenérgico nebulizado y un antihistamínico i.v. (p. ej. 50-100 mg de difenhidramina). Esto suele evitar la

obstrucción de la vía aérea, pero podría ser necesario intubar o realizar traqueostomía y administrar O₂.

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS

La administración simultánea o sucesiva de varios medicamentos a un mismo paciente puede modificar la actividad de cada uno de dichos medicamentos. La interacción puede ser de tipo farmacocinético o farmacodinámico, produciéndose los efectos de las dos sustancias sobre los mismos receptores o sobre receptores diferentes.

INTERACCIONES FARMACODINÁMICAS

Se produce sinergia cuando dos sustancias tienen una actividad cualitativamente parecida. Puede ser aditiva parcial, aditiva completa o potenciadora, cuando los efectos se acentúan mutuamente.

La potenciación concierne a dos sustancias que tienen una actividad cualitativamente diferente. Aumenta la actividad pero exagera tanto los efectos buscados como la toxicidad general y los efectos indeseables de uno u otro componente. A veces aparecen los efectos indeseables propios de la asociación y se habla entonces de toxicidad paradójica.

El antagonismo puede existir entre 2 sustancias que actúan sobre los mismos receptores (antagonismo competitivo) o sobre receptores diferentes (antagonismo no competitivo). Puede ser parcial o total, cuando las dos sustancias se anulan exactamente.

INTERACCIONES FARMACOCINÉTICAS

1. En el aspecto de la absorción: las sales de calcio, de hierro y de magnesio disminuyen la absorción digestiva de las tetraciclinas por formación de complejos. Las sustancias tóxicas gastrointestinales reducen la absorción

de algunos antiinflamatorios no esteroideos. Los alcalinizantes disminuyen la absorción gástrica de la Aspirina.

2. En el plano de la difusión, los vasoconstrictores limitan la difusión hística de los anestésicos locales prolongando el efecto localmente.
3. A nivel del transporte, los medicamentos que se unen fuertemente a las proteínas pueden desplazar de sus puntos de fijación a los que se unen medianamente a las proteínas. El resultado es un aumento de la fracción libre de estos últimos y un riesgo de sobredosificación. Se trata generalmente de sustancias de tipo ácido débil, cuyo volumen de distribución es bajo: anticoagulantes cumarínicos, sulfamidas, salicilatos, antiinflamatorios no esteroideos y metotrexate.
4. En el aspecto del metabolismo, se trata de la inhibición enzimática (la cimetidina disminuye la activación de los anticoagulantes cumarínicos y de la lidocaína y, por tanto, aumenta la toxicidad de estos últimos), o bien de la inducción enzimática (el fenobarbital y la rifampicina aumentan el catabolismo de los anticoagulantes cumarínicos y reducen el efecto terapéutico).
5. A nivel de la eliminación renal, pueden intervenir dos procesos dependiendo del lugar anatómico.
 - a) Secreción tubular activa. Entre los ácidos y las bases orgánicas, se producen interacciones debidas a la competitividad por los sistemas de transporte (el probenecid se utiliza para inhibir la excreción de penicilina).
 - b) Reabsorción y papel del pH urinario. Estos fenómenos afectan sobre todo a los ácidos y bases débiles en forma no ionizada y liposoluble.

INTERACCIONES POR INCOMPATIBILIDADES FÍSICOQUÍMICAS.

Son reacciones que se producen *in vitro*, antes de la administración de medicamentos a los pacientes (precipitación) por mezcla de soluciones

ácidas y alcalinas, e inactivación de la penicilina G. por solución isotónica de glucosa).

CASOS DE INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS-ALCOHOL ETÍLICO

El alcohol es un inductor enzimático cuando se toma de forma regular. Contrariamente, cuando se ingiere de una sola vez y a dosis masivas inhibe algunas transformaciones biológicas.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS

1. Dosis: La interacción de dos sustancias sólo tiene una traducción clínica a partir de una cierta dosis absorbida.
2. Vía de administración: Algunas interacciones pueden evitarse mediante la administración de sustancias por diferentes vías.
3. La naturaleza de los medicamentos asociados: El riesgo es mayor si se asocian dos medicamentos que tienen los mismos efectos indeseables (por ejem. asociación de noramidopirina y cloramfenicol que aumenta el riesgo de agranulocitosis).

EN LA PRÁCTICA, Se aconseja:

1. Interrogar al paciente sobre los medicamentos que recibe en la actualidad o que ha tomado últimamente.
2. No prescribir varios medicamentos, excepto en los casos de necesidad real. Existe una jerarquía en los cuidados que deben prodigarse, pues el odontólogo no puede tratarlo todo simultáneamente
3. En caso necesario, hay que ponerse en contacto con el médico que lleva al paciente (15)

2.6.7. TRASTORNOS HEMORRÁGICOS

La hemorragia postoperatoria es una de las complicaciones más comunes de la extracción dental. En muchos casos tiene su origen en el trauma excesivo al tejido, ocasionado por una técnica operatoria imperfecta, o por no comprimir el margen óseo del alvéolo después de la extracción.

En ocasiones la diatesis hemorrágica sistémica o fármacos son los responsables de la hemorragia dental; de hecho, un sangrado prolongado después de una extracción dental puede ser la primera indicación de una anomalía hematológica.

En general, los principales factores que normalmente intervienen en una hemorragia dental son:

1. Retracción de los vasos sanguíneos rotos. Después de la extracción dental los vasos sanguíneos rotos se contraen y retraen, provocando así la hemostasis.
2. Tapón plaquetario. Las plaquetas se adhieren a los márgenes de los vasos sanguíneos rotos y actúan como un tapón mecánico.
3. Coagulación sanguínea. Las plaquetas liberan los factores de coagulación, lo que da por resultado la conversión del fibrinógeno, en fibrina.

Las condiciones patológicas o los fármacos que interfieren con cualquiera de estos procesos, pueden provocar o contribuir a una hemorragia dental.

FACTORES QUE INTERFIEREN CON LA RETRACCIÓN DE UN VASO SANGUÍNEO ROTO.

- a) Las púrpuras vasculares
- b) Enfermedad Von Willebrand
- c) Teleangiectasia hemorrágica congénita

2.6.7. TRASTORNOS HEMORRÁGICOS

La hemorragia postoperatoria es una de las complicaciones más comunes de la extracción dental. En muchos casos tiene su origen en el trauma excesivo al tejido, ocasionado por una técnica operatoria imperfecta, o por no comprimir el margen óseo. Del alvéolo después de la extracción.

En ocasiones la diatesis hemorrágica sistémica o fármacos son los responsables de la hemorragia dental; de hecho, un sangrado prolongado después de una extracción dental puede ser la primera indicación de una anomalía hematológica.

En general, los principales factores que normalmente intervienen en una hemorragia dental son:

1. Retracción de los vasos sanguíneos rotos. Después de la extracción dental los vasos sanguíneos rotos se contraen y retractan, provocando así la hemostasis.
2. Tapón plaquetario. Las plaquetas se adhieren a los márgenes de los vasos sanguíneos rotos y actúan como un tapón mecánico.
3. Coagulación sanguínea. Las plaquetas liberan los factores de coagulación, lo que da por resultado la conversión del fibrinógeno, en fibrina.

Las condiciones patológicas o los fármacos que interfieren con cualquiera de estos procesos, pueden provocar o contribuir a una hemorragia dental.

FACTORES QUE INTERFIEREN CON LA RETRACCIÓN DE UN VASO SANGUÍNEO ROTO.

- a) Las púrpuras vasculares
- b) Enfermedad Von Willebrand
- c) Teleangiectasia hemorrágica congénita

FACTORES QUE INTERFIEREN CON EL TAPÓN PLAQUETARIO.

- a) Trombocitopenia.
- b) Inhibición de la agregación plaquetaria.

FACTORES QUE INTERFIEREN CON LA COAGULACIÓN SANGUÍNEA.

La coagulación es un proceso biológico complejo, el cual tiene como tarea conservar el volumen sanguíneo en caso de daño vascular. Después de una extracción dentaria (o cualquier otra causa de hemorragia), las plaquetas liberan factores de coagulación que dan por resultado la formación de fibrina.

Condiciones patológicas que interfieren con la coagulación sanguínea.

- a) Hemofilia
- b) Enfermedad de Christmas
- c) Enfermedad del hígado y tracto biliar.

FARMACOS QUE INTERFIEREN CON LA COAGULACIÓN SANGUÍNEA (ANTICOAGULANTES).

1. HEPARINA

La heparina se encuentra en grandes cantidades en las células cebadas del hígado y pulmón, previene la conversión de protrombina a trombina y afecta así directamente la formación de fibrina.

En altas concentraciones la heparina reduce la adhesividad de las plaquetas.

2. ANTICOAGULANTES ORALES.

Los anticoagulantes orales actúan antagonizando la acción de la vitamina K en el hígado:

La interacción entre los coagulantes orales y muchos otros fármacos (inclusive los que se dan en la práctica dental) puede interferir con el control

anticoagulante, y puede precipitar la hemorragia dental o el sangrado de otros sitios en esta forma.

Pueden presentarse interacciones con los siguientes fármacos comúnmente administrados en la práctica dental.

1. Analgésicos simples (aspirina y otros salicilatos).
2. Sedantes e hipnóticos (barbitúricos, glutetimida y dicloralfenazona).
3. Fármacos antibacterianos.

WARFARINA DE SODIO (MAREVAN)

Derivado de la cumarina, es quizá el anticoagulante oral más seguro y siempre debe ser el fármaco de primera elección.

TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DENTAL.

En muy pocos casos de hemorragia dental, el sangrado se puede atribuir a una diatesis sistémica o a los fármacos. En ocasiones, la hemorragia dental excesiva es el rasgo distintivo que presenta una condición hemorrágica. Es muy común que no haya una causa sistémica aparente para identificar el sangrado y se deben usar medidas locales para producir la hemostasis. Las más importantes de estas son el desbridamiento del alvéolo, sutura cuidadosa y presión firme, de preferencia bajo anestesia local.

Algunas veces puede ayudar la aplicación de un apósito de material extraño en el sitio del sangrado, con lo que se estimula la formación de fibrina y se aumenta la solidez del coágulo (16).

- La celulosa oxidada: Gasa con dióxido de nitrógeno.
- La esponja de gelatina.
- La espuma de fibrina humana:

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como profesionistas del área de salud, dentro de nuestra práctica odontológica tenemos que estar preparados para cualquier evento que se presente.

Además es necesario enfatizar que no siempre trabajamos con pacientes sanos, generalmente estos tienen algún compromiso orgánico, reciben terapia farmacológica o no están controlados, lo cual complica aún más el manejo y tratamiento que debemos aplicar.

4. JUSTIFICACIÓN

Durante la práctica profesional del Odontólogo, con frecuencia se presentan emergencias médico odontológicas, como lipotimia, síncope, crisis hipertensiva, reacción alérgica a algún fármaco o hemorragias; afortunadamente eventos como paro cardiorespiratorio, edema angioneurótico, no son frecuentes. Esto no significa que no debemos estar preparados para tratarlos, ya que cada paciente que llega a nuestro consultorio está expuesto a sufrir cualquiera de estas emergencias.

Es importante por lo tanto tener conocimiento de medicina bucal y farmacología, los cuales se deben estar actualizando constantemente y así estar preparados en la realización de nuestra práctica profesional.

El papel del odontólogo cada vez es más amplio, incluyendo el adecuado control del dolor y la ansiedad, la exploración selectiva y una buena preparación en urgencias.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como profesionistas del área de salud, dentro de nuestra práctica odontológica tenemos que estar preparados para cualquier evento que se presente.

Además es necesario enfatizar que no siempre trabajamos con pacientes sanos, generalmente estos tienen algún compromiso orgánico, reciben terapia farmacológica o no están controlados, lo cual complica aún más el manejo y tratamiento que debemos aplicar.

4. JUSTIFICACIÓN

Durante la práctica profesional del Odontólogo, con frecuencia se presentan emergencias médico odontológicas, como lipotimia, síncope, crisis hipertensiva, reacción alérgica a algún fármaco o hemorragias; afortunadamente eventos como paro cardiorrespiratorio, edema angioneurótico, no son frecuentes. Esto no significa que no debemos estar preparados para tratarlos, ya que cada paciente que llega a nuestro consultorio está expuesto a sufrir cualquiera de estas emergencias.

Es importante por lo tanto tener conocimiento de medicina bucal y farmacología, los cuales se deben estar actualizando constantemente y así estar preparados en la realización de nuestra práctica profesional.

El papel del odontólogo cada vez es más amplio, incluyendo el adecuado control del dolor y la ansiedad, la exploración selectiva y una buena preparación en urgencias.

5.OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de preparación que tienen los pasantes de la carrera, ante situaciones de Emergencias Médico Odontológicas.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el grupo etario y sexo de los pasantes de la carrera del Seminario de Titulación de Odontología Comunitaria.
- Determinar el nivel de conocimientos sobre Emergencias Médico Odontológicas que tienen los pasantes
- Identificar el tipo de práctica profesional, que tienen los pasantes de la carrera del Seminario de Titulación de Odontología Comunitaria.
- Conocer el tiempo en que egresaron de la facultad los pasantes de la carrera.

6. METODOLOGIA

6.1. MATERIAL Y MÉTODO

La población de estudio de nuestra investigación se realizó con los pasantes inscritos en los seminarios de titulación, siendo nuestra muestra los 27 integrantes del Seminario de Titulación de Odontología Comunitaria de la Facultad de Odontología, UNAM, se les aplicó un cuestionario para medir el nivel de preparación ante situaciones de riesgo o Emergencias Médico Odontológicas, con preguntas abiertas para que el pasante se pudiera expresar con sus propias palabras, ya que el hecho de realizar preguntas con opciones, podría condicionar su respuesta.

Se diseñó un instrumento, para la recopilación y análisis de datos (anexo).

6.2. TIPO DE ESTUDIO

Nuestra investigación fue observacional, descriptiva, transversal y prospectiva.

6.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pasantes de la carrera, inscritos en la XXV promoción en el seminario de Titulación de la Facultad de Odontología, UNAM.

MUESTRA

Pasantes inscritos en el Seminario de Titulación de Odontología Comunitaria de la Facultad de Odontología, UNAM.

6.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pasantes inscritos en el Seminario de Titulación de Odontología Comunitaria.

6.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pasantes inscritos en otros seminarios de titulación.

6.6. VARIABLES DE ESTUDIO

Edad

Sexo

Nivel de preparación ante situaciones de riesgo o de Emergencias Médico-odontológicas.

Tipo de práctica profesional.

Tiempo de egreso de la Facultad.

7. RESULTADOS

- Nuestra población de estudio fué de 27 pasantes de los cuales el 78% fueron del sexo femenino y el 22% del sexo masculino (Gráfica 1).
- La edad de los pasantes fluctuó entre 23 y 42 años de edad. Siendo mayor el porcentaje en pasantes de 27 años (Gráfica 2).
- El tiempo de egreso de la carrera fué: el 30% recién egresados, el 37% de 1 a 3 años, el 30% de 4 a 6 años y el 3% más de 6 años (Gráfica 3).
- El tipo de práctica profesional que tienen los pasantes fué: Privada (63%) institucional (7%) y no ejercen el (30%). (Gráfica 4).
- En relación a la pregunta si ha tenido alguna emergencia en su consultorio o durante su carrera el resultado fué: El 37.03% si han tenido una emergencia, el 59.25% no ha tenido emergencias en su consultorio o durante su carrera y el 3.72% no contesto (Gráfica 5).
- En relación a las preguntas sobre el nivel de preparación de los pasantes ante situaciones de riesgo de emergencias médico odontológicas tenemos: el 48.14% no sabe cuales son las manifestaciones clínicas de las crisis hipertensivas, el 40.75% si las conoce y el 11.11% no contesto (Gráfica 6).
- En relación a ¿qué es síncope? y como tratarlo: El 7.40% no sabe, el 70.47% si sabe lo que es síncope y el 22.13% no contesto (Gráfica 7).
- En la pregunta si ésta capacitado para los procedimientos de R.C.P. obtuvimos que el 38% si sabe realizarlos y el 62% no sabe. (Gráfica 8).
- La pregunta No. 7 sobre los medicamentos y equipo que tienen en su consultorio para enfrentar una emergencia médico odontológica se encontró que el 40.7% no contesto, el 16.6% contestó que no tenía ningún medicamento, el 3.7% contestó que no ejerce; sólo tiene oxígeno el 3.7%. solo tiene avapena el 3.7%, tener oxígeno, adrenalina,

Baumanómetro y estetoscopio el 3.7%; Otro mencionó tener norepinefrina, analgésicos, salbutamol y valium 3.7%; constituye el 3.7% el que tiene alcohol, glucosa, epinefrina, baumanómetro y estetoscopio; el 7.40% contestó tener avapena, oxígeno, y jeringas hipodérmicas y por último el 3.7% dijo tener oxígeno, mascarillas, puntas nasales, cánulas de guedel, jeringas y agujas desechables, estetoscopio, baumanómetro, adrenalina, atropina, antihistamínicos y soluciones.

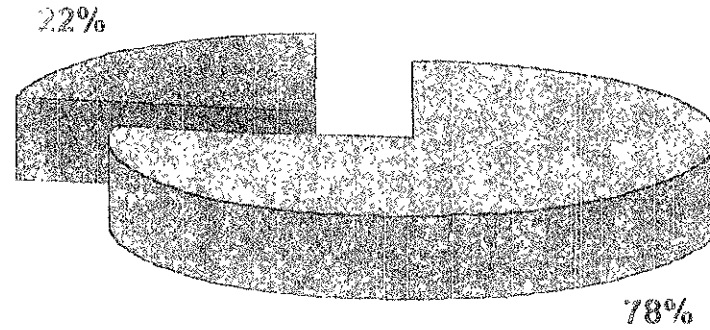
- La pregunta No. 9 se explica en el cuadro No. 1.
- En relación a la pregunta No. 10 que sí sabe como diferenciar en un paciente diabético un coma hipoglucémico de una complicación hiperglucémica, observamos: que el 29% no contesto, el 55% no sabe y el 16% dio una respuesta incompleta.
- Referente a la pregunta No. 13 vimos que el 73% si sabe como tratar una reacción alérgica, el 8% no sabe y el 19% no contesto.
- En cuanto a la pregunta No. 15, encontramos que el 18.5% no sabe cual es el botiquín de emergencias con que debe contar el consultorio dental, el 22.2% no contestaron, el 33.3% si sabe cuales son los medicamentos del botiquín de emergencias y el 26% la respuesta fue incompleta ya que olvidaron mencionar todos los medicamentos.

GRÁFICA 1

EMERGENCIAS MÉDICO-ODONTOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL.

EXPERIENCIA CON PASANTES DE LA CARRERA

SEXO



FUENTE DIRECTA

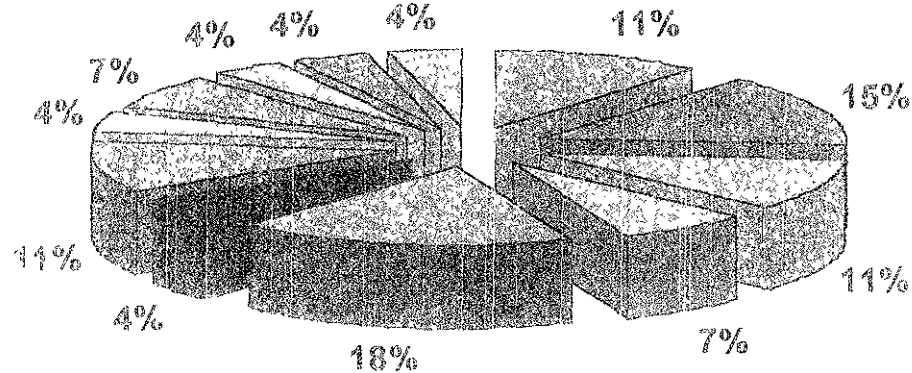
□ FEMENINO ■ MASCULINO

GRÁFICA 2

EMERGENCIAS MÉDICO-ODONTOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL.

EXPERIENCIA CON PASANTES DE LA CARRERA

EDAD



FUENTE DIRECTA

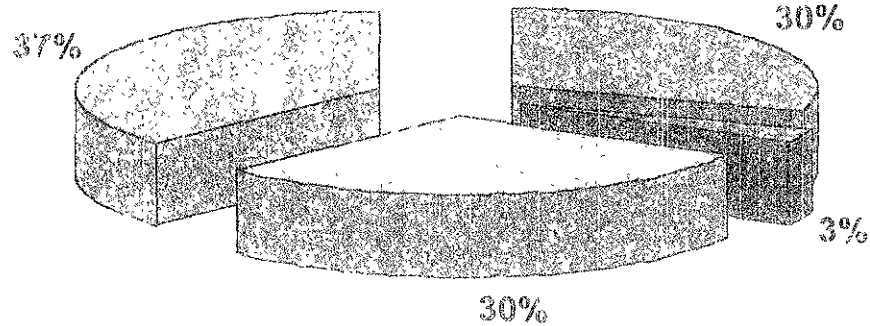
□ 23 □ 24 □ 25 □ 26 □ 27 ■ 29 □ 30 □ 31 □ 32 □ 37 □ 33 □ 42

GRÁFICA 3

EMERGENCIAS MÉDICO-ODONTOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL.

EXPERIENCIA CON PASANTES DE LA CARRERA

¿TIEMPO DE EGRESO DE LA CARRERA?



FUENTE DIRECTA

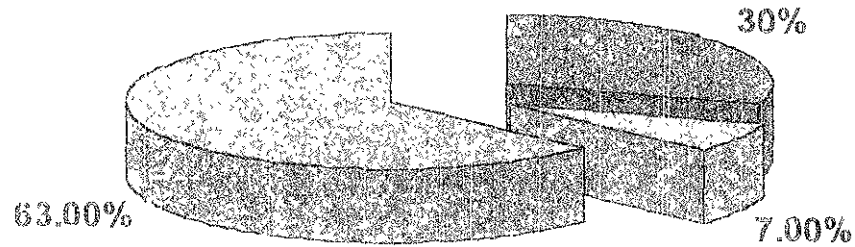
□ RECIÉN EGRESADO ■ MÁS DE 6 AÑOS □ DE 4 A 6 AÑOS □ DE 1 A 3 AÑOS

GRÁFICA 4

EMERGENCIAS MÉDICO ODONTOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL.

EXPERIENCIA CON PASANTES DE LA CARRERA

¿SU PRÁCTICA PROFESIONAL ES?



FUENTE DIRECTA

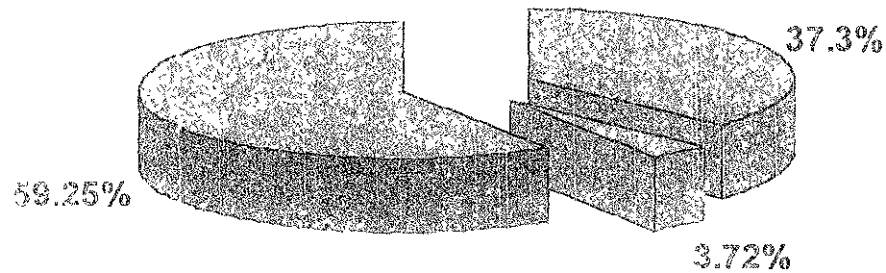
□ NO EJERZO □ INSTITUCIONAL □ PRIVADA

GRÁFICA 5

EMERGENCIAS MÉDICO-ODONTOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL.

EXPERIENCIA CON PASANTES DE LA CARRERA

¿HA TENIDO ALGUNA EMERGENCIA EN SU CONSULTORIO O DURANTE SU CARRERA?



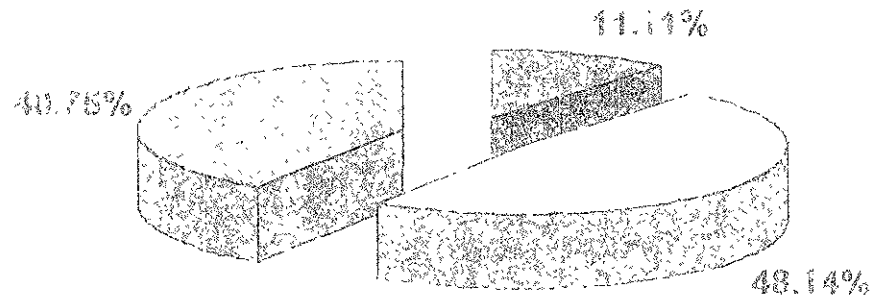
FUENTE DIRECTA

SI NO CONTESTO NO

GRÁFICA 6

FRECUENCIAS MÉDICO ODONTOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL.
EXPERIENCIA CON PASANTES DE LA CARRERA

¿CONOCES CUÁLES SON LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA CRISIS HIPERTENSIVA?



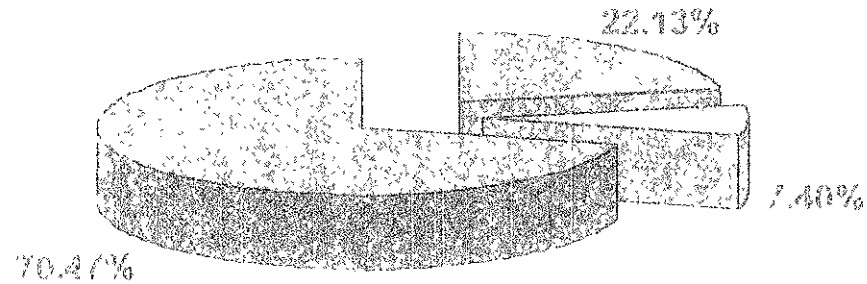
FUENTE DIRECTA

SI NO CONTESTÓ SI NO SABE SI SABE

GRÁFICA 7

EMERGENCIAS MÉDICO-ODONTOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL
EXPERIENCIA CON PASANTES DE LA CARRERA

¿QUÉ ES EL SÍNDROME Y CÓMO TRATARÍA A UN PACIENTE QUE LO PRESENTARA?



CUANTO TIEMPO DIRECTA

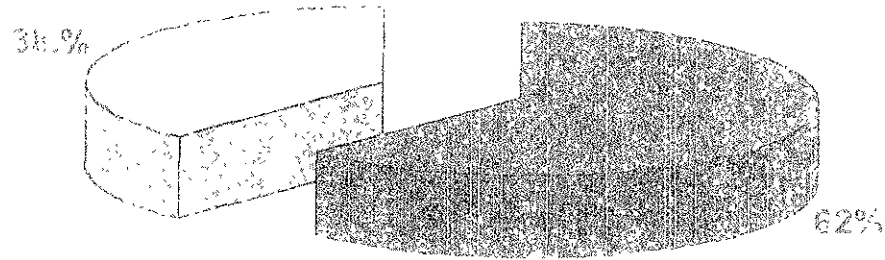
SI NO CONTESTÓ SI NO SABE SI SI SARE

GRÁFICA 8

FRECUENCIAS MÉDICO-ODONTOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL

EXPERIENCIA CON PASANTES DE LA CARRERA

¿ESTÁ CAPACITADO PARA REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS DE LA RUP?



FUENTE DIRECTA

NO FUE

CUADRO I
LAS EMERGENCIAS MÉDICO ODONTOLÓGICAS QUE SE
HAN PRESENTADO EN EL CONSULTORIO DURANTE LA CARRERA
(PREGUNTA 9)

EMERGENCIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DESMAYOS (LIPOTIMIA)	6	22%
HIPERTENSIÓN	2	7%
CONVULSIONES	1	4%
CRISIS NERVIOSA	2	7%
REACCIÓN ALÉRGICA	1	4%
HIPERVENTILACIÓN	1	4%
NO CONTESTÓ	14	52%
TOTAL	27	100%

FUENTE DIRECTA

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

8 CONCLUSIONES

En el análisis de los resultados de nuestra investigación se concluyó que el odontólogo no está capacitado para enfrentar satisfactoriamente las emergencias más comunes que pueden ocurrir dentro de la práctica profesional. Nos dimos cuenta que en relación a lo que constituye el botiquín de emergencias en un consultorio dental sólo el 33.3% saben cuales son los medicamentos que lo conforman. La emergencia más frecuente en el consultorio dental fue el síncope y el 70.47% si sabe en que consiste y como tratarlo.

En relación a como tratar una reacción alérgica encontramos que el 73% si sabe como tratarla. Pero es alarmante constatar que sólo el 38% esta capacitado para realizar los procedimientos de RCP.

Por lo tanto es necesario enfatizar que una emergencia puede complicarse más, ya que no sólo son pacientes sanos los que atendemos en el consultorio, sino que también con antecedentes patológicos tanto agudos como crónico degenerativos.

De manera que el Odontólogo debe tener una preparación continua y contar con el equipo y medicamentos básicos que se utilizan para enfrentar cualquier emergencia médico odontológica durante su práctica profesional.

9. BIBLIOGRAFIA

1. BAGAN SEBASTIAN José Vicente, Medicina Oral Edt. Massoni S.A., México, 1995, T.P. 736.
2. FIGUEROA DANIEL. DIABETES, 2ª Edición 1990, Salvat Editores, Barcelona 1990, T.p. 215.
3. JENKINS L. Jon M.D. Manual de Medicina de Urgencias, 2ª Edición, Edt. Masson, México, 1996, Tp. 653
4. Kurt J. Isseidacher Harrison. Principios de Medicina Interna, 13ª Edición, Vol. 11, Edit. Interamericana, México 1994, T.p. 3029.
5. Malcolm A. Lynch, D.D.S. M D. , Vernon J. Brghtman, D.M.P., MD Sc., Ph. D. Martin S. Greenberg, D.D.S. Medicina Bucal de Burket. Novena Edición, McGran-Hill Interamericana, México, Tp. 839.
6. Malagon Londoño Gustavo. Urgencias Odontológica, 2ª Edición, Edt. Panamericana, México 1998, Tp. 189.
7. Mark H. Beers M.D., y Robert Bernon M.D. El Manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento. Decima Edición, Edit. Harcourt, Madrid 1999, Tp. 2828.
8. Pennington George W , Farmacología Dental. 1ra. Edición, Edit. Limusa, México 1991. T.p. 238.
9. Pham Huy Diem Farmacología Odontológica, Edit. Masson, S.A. México, 1994, Tp. 233.
10. Rippe M. James, Manual de Cuidados Intensivos, 2ª Edición, Edt. Salvat, México 1993. Tp. 644.
11. Rose F Luis, Donald Kaye M.D., Medicina Interna en Odontología, Tomo I, Editorial Salvat Editores S.A. Barcelona 1992, Tp. 734.
12. Stakek F. Malamed, Urgencias Médicas en la Consulta Odontologica, 1ª Edición. Edit. Mosby Doyma Libros, México 1994, Tp. 465.
13. Uribe Esquivel Misael. Tratado de Medicina Interna. 2ª Edición, Tomo I, Edit. Panamericana, México, 1995, Tp. 1168.

14. Van Der Bijl P, Victor AM: Adverse Reactions Associated With norepinephrine in dental local anesthesia *Anesth Prog*, 1992;87-89.
15. Engl J. *Mep*, 1991; 324:1785-1790 (*Immunol Allergy Clin North Am* , 1992;12:633-48).
16. Davie EW, Jukikawa K, Kisiel W: The Coagulation Cascade: Initiation, Maintenance And Regulation *Biochemistry*, 1991; 30:103-63.

10. ANEXOS

CUESTIONARIO DE EMERGENCIAS MÉDICO-ODONTOLÓGICAS

Nota. La encuesta es anónima y confidencial, por favor, conteste con honestidad.

- 1.- EDAD:
- 2.- SEXO.
- 1.- Femenino.
- 2.- Masculino.
- 3.- ¿Cuánto tiempo hace que egresó de la escuela?
- 1.- Recién egresado.
- 2.- De 1 a 3 años.
- 3.- De 4 a 6 años.
- 4.- Otro, especifique.
4. ¿Su práctica profesional es?
- 1.- Privada
- 2.- Institucional.
- 3.- No ejerzo.
- 5.- ¿Si la práctica es privada la realiza?
- 1.- Sólo en el consultorio
- 2.- Junto a otro colega.
- 3.- En equipo multidisciplinario
- 6.- ¿Elabora Historia Clínica en su consultorio?
- 1.- SI.
- 2.- NO.

- 7.- ¿Qué medicamentos y equipo tiene en su consultorio para enfrentar una Emergencia Médico-Odontológica?
- 8.- ¿Has tenido alguna emergencia en tu consultorio o durante la carrera?
- 1.- SI.
- 2.- NO.
- 9.- ¿Cuáles han sido?
- 10.- ¿Sabe como diferenciar en un paciente diabético una reacción hiperglucémica de una hipoglucémica, explique?
- 11.- ¿Conoces cuáles son las manifestaciones clínicas de la crisis hipertensiva?
- 12.- ¿Qué es síncope y cómo trataría a un paciente que lo presentara?
- 13.- Si se presenta una reacción alérgica, a una sustancia o medicamento en su consultorio, ¿cómo la trataría?
- 14.- ¿Qué es la Hipotensión Ortostática y cuál es su tratamiento?
- 15.- ¿Cuáles son los medicamentos y equipo con que debe contar un consultorio dental? (Botiquín de emergencia).
- 16.- ¿Estás capacitado para realizar los procedimientos de la RCP?
- 1.- SI.
- 2.- NO.
- 17.- ¿Sabes administrar medicamentos por vía intravenosa?
- 1.- SI
- 2.- NO.
- 18.- Me podrías mencionar cuáles son las emergencias médico-odontológicas, que se pueden presentar en nuestra práctica profesional.