

201 939

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

*Vo. Bo.
Carlos Solís
14/IV/82*



URGENCIAS MEDICO DENTALES

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A :

JOSE MARGARITO VITAL MARTINEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

C O N T E N I D O

- I.- Introducción.
- II.- Historia Clínica.
- III.- Accidentes Cardio Vasculares.
 - a.- Síncope.
 - b.- Shock.
 - c.- Paro Cardíaco.
- IV.- Alteraciones del Sistema Circulatorio.
 - a.- Hemorragias.
- V.- Accidentes en Exodoncia y su tratamiento.
 - a.- Fractura Mandibular.
 - b.- Luxación Temporomandibular.
 - c.- Apertura del Seno Maxilar.
 - d.- Inclusión de una Raíz en el Seno Maxilar.
 - e.- Trismus.
- VI.- Anexo para Primeros Auxilios.

I N T R O D U C C I O N

Por definición, Urgencia es una circunstancia imprevista que exige acción inmediata.

La incidencia de casos de urgencias en Odontología ha aumentado considerablemente en los últimos años por negligencia o limitaciones del Odontólogo.

Muchas de las reacciones indeseables que se presentan en la práctica odontológica son casos que requieren tratamiento sencillo, sin embargo hay reacciones inesperadas en que el Dentista está obligado a tomar las medidas necesarias para combatir la evolución de accidentes graves dentro del consultorio dental.

Es mejor prevenir los accidentes y adelantarse a éstos que tener que intervenir para tratarlos.

Se pueden evitar reacciones urgentes realizando y valorando cuidadosamente la Historia Clínica y el estado Físico del Paciente.

La pregunta accidental o incorrecta; se encuentra en buen estado de salud, no puede considerarse ya una evaluación correcta en Odontología, se necesita realizar la Historia Clínica completa ya que es de suma importancia por que los accidentes menores, enfermedades graves y la muerte pueden estar relacionadas directamente con el anestésico o el tratamiento odontológico. Estas complicaciones pueden evitarse en gran parte examinando al paciente antes de la intervención quirúrgica.

La función del Odontólogo es llegar a un diagnóstico correcto y tratar de corregir el problema, si existiera alguna duda sobre el plan de tratamiento, el Dentista deberá consultar con el médico general del paciente para elaborar entre ambos un tratamiento adecuado del paciente.

El Odontólogo es responsable ante su paciente de consultar a su médico y de ser orientado aunque no dirigido por el consejo de éste. La mayor parte de los casos la consulta con el médico altera muy poco el plan de tratamiento en ocasiones será necesario demorarlo o posponerlo indefinidamente.

La prevención de una emergencia grave es, el servicio más importante que el Odontólogo deberá prestar al paciente pero no se puede restar importancia a la necesidad del tratamiento inmediato y eficaz a una emergencia real.

La incidencia de muerte súbita e imprevista es tan elevada, que en muchos casos puede ocurrir en el consultorio dental, la mayoría de las causas primarias de muerte súbita e inesperada son influenciadas por la tensión física o emocional. Esto es más que justificativo para controlar el estado de ansiedad del paciente que aparenta buena salud obviamente es causa suficiente para adquirir conocimientos sobre prevención, reconocimiento y tratamiento de las urgencias que hacen peligrar la vida.

HISTORIA CLINICA

La Historia Clínica es el estudio inicial y maniobras -- que nos permiten estudiar al enfermo, es la selección detallada y ordenada de los antecedentes, signos y síntomas de un paciente que permite conocerlo desde el punto de vista médico e integrar un diagnóstico.

Las maniobras consisten en:

- a).- Interrogatorio.
- b).- Exploración Física.

El interrogatorio puede ser:

- a).- Directo.
- b).- Indirecto.

Interrogatorio Directo:

Consiste en hablar con el paciente obteniendo de él los síntomas y signos que nos llevarán a un diagnóstico.

Interrogatorio Indirecto:

Consiste en hablar con otra persona relacionada con el paciente para obtener los mismos datos.

La Exploración Física:

Es un conjunto de procedimientos que son:

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| a).- Inspección | f).- Medición |
| b).- Palpación | g).- Termometría |
| c).- Percusión | h).- Transiluminación |
| d).- Auscultación | i).- Punción Explorada |
| e).- Olfación | j).- Inspección general |

Todos éstos procedimientos nos darán como resultado los signos y síntomas del paciente para obtener un diagnóstico correcto.

SINTOMAS:

Es una manifestación subjetiva de enfermedad.

SIGNOS:

Es toda manifestación objetiva de enfermedad.

SINDROME:

Es el conjunto de signos y síntomas de fisiopatología común y fisiología diferente que habitualmente se presentan juntos.

DIAGNOSTICOS:

Es la recopilación de datos obtenidos del paciente y el conocimiento del estudio de salud del individuo.

SALUD:

Es el equilibrio biológico, psíquico y social del individuo y no sólo la ausencia de algún estado patológico.

ENFERMEDAD:

Es el desequilibrio biopsicosocial del individuo o toda manifestación de signos o síntomas.

La Historia Clínica, se compone de la siguiente forma:

- a).- Ficha de Identificación
- b).- Antecedentes Personales Patológicos
- c).- Antecedentes Personales no Patológicos
- d).- Antecedentes Hereditarios y familiares.
- e).- Antecedentes Anestésicos y Alergias
- f).- Antecedentes Quirúrgicos y Traumáticos.
- g).- Interrogatorio por Aparatos y Sistemas.

Una buena Historia Clínica es indispensable para encontrar informes acerca de la duración, síntomas y modificaciones de una enfermedad que el Odontólogo la interprete fácilmente.

Cuando en la consulta, tratamos un paciente con alguna - alteración sistemática, necesitamos tener el conocimiento de - éste con respecto a sus síntomas y signos tanto generales como bucales, además de conocer los métodos auxiliares de diagnósticos para cada caso en particular y en caso de solicitar la valoración médica se haga en forma adecuada.

A continuación se detalla una Historia Clínica que puede ser la forma correcta de valoración.

HISTORIA CLINICA

Fecha _____ No. de Expediente _____
 Nombre _____ Sexo _____
 Edad _____ Edo. Civil _____
 Domicilio _____ Teléfono _____

ANTECEDENTES PERSONALES

PATOLOGICOS

Pararripción.	Tosferina.
Varicela.	Viruela.
Parasitosis.	Paludismo.
Reumatismo.	Tuberculosis.
Diabetes.	Convulsiones.
Amigdalitis.	Rubeola.
Gonorrea.	Sífilis.

ANTECEDENTES PERSONALES

NO PATOLOGICOS

Habitación.	Tabaquismo.
Higiene.	
Personal.	Alcoholismo.
Tabaquismo.	Toxicomanías.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS
Y FAMILIARES

Padecimientos con carácter Hereditario:

Cardiópatas.	Tuberculosis.
Diabétes.	Bocio.
Neuropatías.	Epilepsia.
Tumores.	Hemofilia.

ANTECEDENTES DE ANESTESICOS
Y FARMACOS

Experiencia de anestesia general.
Experiencia de anestesia local.
Alergias a Fármacos (tipo).
Alergias a Sustancias Químicas.
Alergias a Vegetales.

ANTECEDENTES QUIRURGICOS
Y TRAUMATICOS

Intervenciones Quirúrgicas.	Secuelas Cicatrizales.
Fracturas.	Golpes.

INTERROGATORIO POR APARATOS
Y SISTEMAS

APARATO DIGESTIVO:

Anorexia.	Disfagia.
Dispepsia.	Meteorismo.
Diarrea.	Nauseas.
Hemorragias.	Estreñimientos.

APARATO RESPIRATORIO:

Tos.	Espectoraciones.
Epistaxis.	Disnea.
Cianosis.	

SISTEMA CIRCULATORIO:

Dolor Precordial.	Disnea de Esfuerzo.
Cefaleas.	Edema en Tobillos.
Mareos.	Lipotimias Constantes.

APARATO URINARIO:

Poliuria.	Disuria.
Nicturia.	Hematuria.
Piuria.	Edema Palpebral.

APARATO GENITAL:

Embarazo.	Antecedentes de Aborto.
Menstruación	Leucorrea.
Dismenorrea.	Menopausia.

SISTEMA NERVIOSO:

Sueño	Parestesias.
Parálisis.	Temblores.
Irritabilidad.	Problemas Emocionales.

APARATO MUSCULO-ESQUELETICO:

Mialgias.	Artalgias.
Parálisis.	Deformaciones.

SISTEMA ESTOMAGNATICO:**Examen Bucal:**

Exploración de tejidos blandos y duros; color, consistencia,
textura de:

Labios.	Lengua.
Carillos.	Frenillos.
Encia.	Paladar.
Piso de la boca.	

OCCLUSION:

Tipos de Oclusión.

Articulación Temporomandibular.

Puntos prematuros de contacto.

Color de Dientes.

Presencia de bolsas parodontales.

Obturaciones y Restauraciones, tártaro dentario y caries.

Exodoncias realizadas.

OBSERVACIONES:

La realización de la Historia Clínica, al Paciente debe hacerse con preguntas sencillas y de fácil entendimiento para él, esto se hace con la finalidad de obtener respuestas satisfactorias y elaborar un tratamiento adecuado.

A continuación se mencionan los indicadores normales de salud, así como los valores normales de los exámenes clínicos de Laboratorio.

PULSO

LAS CONSIDERACIONES NORMALES SON:

Adulto Normal 60/80 p/min.

Niño Normal 60/100 p/min.

En caso de anormalidades menores de 60 ó mayores de 100 pulsaciones por minuto se debe tomar en consideración, para consultar al médico general.

PRESION ARTERIAL

La presión Arterial no es fija, ésta puede variar de 90/60 hasta 150/100 mm/hg en el adulto normal, así como puede variar de 20 a 30 mm/hg, en un corto período debido al ejercicio ó a la excitación.

TEMPERATURA

La temperatura puede ser normal o subnormal

Temperatura Corporal es de 34 a 35°C.

Temperatura BUcal es de 36.1 y 37.2°C.

EXAMEN CLINICO DE
LABORATORIO

Las pruebas de laboratorio es un método auxiliar del - diagnóstico se realiza una vez hecha la Historia Clínica, así quedarán resueltas todas las dudas sobre el diagnóstico del paciente.

No es necesario realizar todos los exámenes de laboratorio a cada uno de nuestros pacientes, pero resulta importante conocerlos para poder emplearlos según las necesidades del -- mismo. Los valores más importantes de las pruebas de labora-- torio son:

HEMORRAGIA Y COAGULACION.

Tiempo de Sangrado (DUKE).	1 a 3 min.
Tiempo de Sangrado (IVY).	Límite superior de normalidad 12 min.
Tiempo de Coagulación.	1 a 7 min.

ANALISIS DE SUERO SANGUINEO
(Química Sanguínea)

Glucosa.	-80 - 120	-mg. %
Acido Urico.	-3 -6	mg. %
Urea.	-15 -39	mg/100 ml-
Cratinina.	-8 -1.4	mg. %

BIOMETRIA HEMATICA

Citología.	Hombre	Mujer
Leucocitos.	5,000 a 10,000 X Mm ³	
Eritrocitos.	5,200 a 3,000	4,700 a 3,000
Hemoglobina.	14 a 17.5 g%	12.5 a 15.5 g%
Hematocritos.	40 a 50 %	37 a 47 %

ANALISIS DE ORINA

Cantidad excretada normalmente es 1500 ml. en 24 hrs.

Glucosa	0
Acetona	0
P.H.	4.6-8.0
Densidad	1005-1030
Cloro	130 meg/L
Sodio	140/meg/L
Potasio	35/meg/L

Sobre estos valores normales de pruebas de Laboratorio se disipará cualquier duda para el tratamiento del paciente para - lograr un mejor diagnóstico y pronóstico preparatorio.

LIPOTIMIA

Es el desajuste transitorio y pasajero en el Paciente, y se acompaña de obnubilación y centelleo.

La Lipotímia se origina por emociones, estados de Strees e hipoglucemia.

La clasificación que se le da es benigna, porque no existe pérdida del conocimiento y los signos vitales no se alteran, éste estado no requiere mayor tratamiento porque el desajuste es pasajero e inmediatamente vuelve a la normalidad con el simple reposo.

SINCOPE

Se denomina Síncope a la pérdida brusca y transitoria -- del conocimiento; la pérdida brusca del conocimiento se debe a la disminución del aporte Sanguíneo al cerebro.

ETIOLOGIA

Su origen se clasifica en:

- a).- Circulatorio Periférico.
- b).- Perturbaciones Cardíacas.
- c).- Perturbaciones Cerebrales -
y Metabólicas.

a).- Circulatorios Periféricos:

Entre éstos se encuentran:

Ataque vasovagales o Vasodepresores, por situaciones de -
Strees con predominio intenso al Parasimpatico; como son -
las emociones, cólicos Nefróticos, Punciones por aneste--
sias, de los cuales resulta una dilatación de los Vasos -
Intramusculares esplénicos con acumulación de sangre que -
provoca una anoxia cerebral Sincopal.

b).- Perturbaciones Cardíacas:

Entre esta se encuentra la detención transitoria del coraz
zón, la Hipotensión Pulmonar primaria en niños con este--
nosis pulmonar cerrada y especialmente al requerir un ma-
yor volúmen que no es satisfactorio como al realizar ejer-
cicios físicos.

c).- Perturbaciones Cerebrales y Metabólicas:

Se clasifican los siguientes:

Hemorragia interna, La Acidosis Respiratoria en Pacientes tratados con insulina, en individuos con problemas emocionales, también se puede presentar después de haber ingerido excesos de hidratos de carbono.

DIAGNOSTICO

Se basa en la presentación de un cuadro general y local - de muerte aparente, con palidez acentuada, abolición de conciencia, de la motilidad, suspensión aparente de la respiración que puede llegar a ser tan superficial que dejan de ser ostensibles.

El síncope debe distinguirse de:

Shock.- No hay detención de la respiración, ni pérdida -- del conocimiento y el pulso es débil pero Perceptible.

Lipotimia.- No existe pérdida del conocimiento y las funciones cardiacas y respiratorias son ostensibles.

SIGNOS Y SINTOMAS

Antorcas y Signos del Síncope:

Tempranos:

Palidez.

Salivación.

Nauseas: a veces regurgitaciones estomacales.

Tardíos:

Dilatación de las pupilas.

Bostezos.

Hiperpnea (respiraciones de profundidad anormal).

Bradycardia.

Pérdida de la conciencia.

Movimientos convulsivos.

EVALUACION

Si es favorable, hay rápidamente recoloración de la piel - y regreso de los movimientos respiratorios y del pulso, en caso contrario sigue un curso fatal, porque el cerebro no resiste más de 5 min. de izquemía cesando todos los funcionamientos del - - tronco cerebral.

TRATAMIENTO

En el estado de Síncopa se coloca al paciente en posición de Trendelemburg, que consiste en poner la cabeza más baja que el cuerpo inclinando el sillón hacia atrás un poco más de la posición horizontal y que las piernas queden más elevadas que la cabeza.

Con esta posición puede regresar a la parte superior del cuerpo, una considerable cantidad de sangre que se encuentra en las extremidades inferiores.

Se afloja la ropa apretada que impida la respiración en esta etapa resulta valiosa la inhalación de estimulantes como el amoníaco, si todo esto resulta inútil se administrará oxígeno con mascarilla hasta que la cabeza del paciente recobre su color.

Después de recuperar la conciencia el paciente deberá quedarse en la misma posición durante los primeros 30 min. en la cual el sillón se volverá en etapas a su posición normal antes de que el paciente se ponga de pié.

En ocasiones el paciente vuelve a caer en estado de Síncopa, en caso de complicaciones de orden circulatorio o pulmonar se recurre inmediatamente a los analépticos respiratorios; por ejemplo la Niquetamida de la cual se aplicará una inyección de-

cc. subcutánea; con este procedimiento bastará para que el -
ciente se recupere.

SHOCK

El Shock puede definirse como una caída o derrumbe de la circulación efectiva a nivel celular, ésto ocurre en muchos tipos de accidentes tales como:

Insuficiencia Cardíaca, Hipovolemia, Dilatación Vascolar.

El Shock es una falla circulatoria Periférica tal que la perfusión de los tejidos es inadecuada para encontrar requerimientos nutritivos y remover los productos de desperdicio del metabolismo.

Varios tipos de Shock resultan de la falla en uno o más de los tres componentes mayores del Sistema Circulatorio como lo son:

El Corazón, Resistencia Periférica y el Volúmen Sanguíneo.

Existen varios tipos de Shock; los más comunes son:

SHOCK HIPOVOLEMICO

SHOCK NEUROGENICO

SHOCK CARDIACO

SHOCK SEPTICO

SHOCK HIPOVOLEMICO

Es ocasionado por hemorragias internas ó externas quemaduras y obstrucción intestinal, acidosis diabética y enfermedad de Addison, es la disminución del volúmen Sanguíneo ocasionado por pérdida de sangre, plasma, agua o electrolitos del cuerpo; los cambios característicos del Shock hipovolémico -- son:

- a).- Disminución de la presión venosa.
- b).- Aumento de la resistencia periférica, taquicardia.

SHOCK CARDIOGENICO

Es ocasionado por infarto al miocardio, arritmias cardíacas y falla cardíaca congénita.

El principal problema es una falla del corazón, con baja del funcionamiento cardíaco, la sangre es empujada hacia la periferia. Existe disminución de la presión arterial y del flujo sanguíneo tisular.

Existe reducción de los niveles de oxígeno tisular permitiendo que el organismo sobreviva crónicamente con el rendimiento cardíaco reducido.

SHOCK NEUROGENICO U OBSTRUCTIVO

Es ocasionado por una falla de la resistencia Periférica-arterial como estancamiento de sangre en vasos dilatados.

Depende de la presión de la vena cava en el síndrome mediastínico, cabe mencionar que algunas causas principales del Shock neurogénico, son las mismas del Shock cardiogénico.

Este disminuye el volúmen de expulsión cardíaca y por lo tanto se disminuye presión arterial y el flujo tisular, el mecanismo fundamental de compensación es un incremento de la resistencia vascular periférica.

SHOCK SEPTICO O POR SECUESTRACION

Es ocasionado por infecciones tales como Peritonitis, Meningitis, Pancreatitis, pero más frecuentes se ocasionan por septicemias tipo Gram negativas, reacciones anafilácticas, y barbitúricos. La hipovolemia se debe al resultado del estancamiento de sangre en la circulación y la pérdida de líquidos -- del espacio vascular se debe al aumento generalizado en la permeabilidad capilar; así como puede ser también una toxina directa que afecte al corazón con depresión de la función cardíaca.

La Sepsis Gram positiva ocasionalmente produce hipovolemia, pero en este caso la pérdida de líquidos es limitada - al área de infección.

CAMBIOS METABOLICOS DEL SHOCK

En el Shock hay depresión de metabolismo celular, así todo el metabolismo cesa por la aproximación de la muerte, antes del colapso total y de muerte, los factores metabólicos individuales se presentan invariablemente con el Shock.

Signos y Síntomas del Shock:

Tegumentos frios, pálidos y húmedos.

Nauseas y fatiga.

Postración por hipoxia cerebral.

Taquicardia.

Gasto cardiaco disminuido.

Oliguria.

Acidosis.

La Clasificación Clínica del Shock es:

SHOCK SUAVE.

SHOCK MODERADO.

SHOCK SEVERO.

SHOCK SUAVE

Cuando existe pérdida del 10% al 20% del volumen sanguíneo, se manifiesta por pobre perfusión a la piel como resultado del aumento de la actividad simpática.

Los Síntomas son:

Piel Pálida, Humeda y Fría empezando primero por las extremidades inferiores, el paciente se queja de frío y sed; la taquicardia puede estar o no presente, aumentando específicamente el reflejo gravitatorio, la respuesta renal puede restaurar el volumen de sangre normal.

SHOCK MODERADO

Cuando existe pérdida del 20% al 40% del volumen sanguíneo, las respuestas fisiológicas intentan preservar los restos del flujo sanguíneo al corazón y cerebro a expensas de otras vísceras. Los pacientes tienen marcada hipervolemia y pobre flujo renal.

SHOCK SEVERO

Ocurre cuando más del 40% del volúmen sanguíneo se ha -- perdido, ésto significa inadecuada perfusión de dos o más órganos en forma crítica, el corazón y el cerebro.

Los Síntomas Cerebrales son:

Inquietud, agitación, estupor y por último la muerte.

Las manifestaciones cardíacas en ese momento pueden in-- cluir arritmias e isquemia del miocardio.

Esta clasificación del Shock puede ser modificada por -- los pacientes de edad avanzada, que pueden padecer arterioes-- clerosis con una resistencia vascular periférica fija o un ba-- jo índice cardíaco sin poder activar los mecanismos de coagu-- lación.

TRATAMIENTO DEL SHOCK

El tratamiento será realizado lo más pronto posible que-- consiste en la reanimación respiratoria. Se deben asegurar las vías aéreas desde el principio de la resucitación, mantener fi na y adecuada la ventilación en el paciente, se administrará - oxígeno por catéter nasal o endotraqueal dependiendo de la se-- veridad del mal, se realizara la Traqueotomía.

Restauración del volúmen Sanguíneo; posterior a la resucitación del Shock, deberá compensarse la pérdida de globulos-rojos y Plasma de la Circulación,

Existen dos tipos de Fluídos que utilizan para la resucitación del Shock y son:

Cristaloides

Coloides

CRISTALOIDES

Son soluciones de electrolitos como la solución de cloruro de sodio al 0.9% el tratamiento con esta solución es favorable porque compensa el volúmen Vascular en períodos cortos.

COLOIDES

Se utilizan para tratar el Shock Hipovolémico y consiste en Sangre, Plasma, Suero, cero-albúmina y sustitutos del plasma. Todo esto se realiza cuando se diagnostico la severidad -- del Shock del paciente en el consultorio dental y se traslado oportunamente a un centro hospitalario.

REANIMACION
RESPIRATORIA.

METODO DE BOCA A BOCA:

Es el más usado y se corrige una buena ventilación pulmonar y es sencillo de realizarlo.

En primer lugar hay que tener las vías respiratorias libres de cuerpos extraños y de que la lengua se halle en posición correcta y se procede de la siguiente forma:

- 1.- Se coloca al paciente en decúbito supino sobre un plano duro colocando una almohada debajo de los hombros, se inclina la cabeza hacia atrás.
- 2.- Se tracciona la mandíbula hacia arriba hasta que la cabeza esté inclinada.

3.- Una vez libres de cuerpos extraños las vías respiratorias, se unen las bocas del operador y del paciente tapándole la nariz e impulsando fuerte al aire hasta que el torax se eleve, la frecuencia en que se realice es de 12 a 15 veces por minuto.

- 4.- Se retira la boca del operador y se escuchara con el -- fin de percibir la expiración, si el aire no circula se revisará la posición de cabeza y boca la lengua puede - obstruir el paso del aire, en este caso hay que traccionarla hacia afuera y mantenerla en esta posición.

Existe un insulflador de boca de diseño especial y fá-- cil manejo para practicar este método con el mismo manejo, el método de boca a boca se completa con una persona que realiza presiones expiratorias sincronizadas en la base del tórax.

OXIGENO - TERAPIA

La administración de oxígeno está indicada principalmente en las intoxicaciones por bióxido de carbono en personas que tienen un trastorno de la permeabilidad alveolo-capilar y en donde la difusión de oxígeno se halla - disminuído administrando oxígeno puro (100%) el oxígeno acelera la desintoxicación, después de un paro cardiaco permite corregir la hipoxia tisular y disminuir la le-- sión celular o cerebral en particular.

El oxígeno se administra mediante una mascarilla, para garantizar la función respiratoria normal deberá llegar a los espacios alveolares un mínimo de 6 a 8 litros de oxígeno por minuto.

EL MASAJE CARDIACO.

Está indicado como complemento de la reanimación respiratoria y se realiza en un plazo inferior de 4 minutos, se debe asociar con la respiración de boca a boca.

EL METODO A SEGUIR ES EL SIGUIENTE:

Se coloca al paciente en posición decúbito supino sobre una superficie dura, apoyar la palma de la mano derecha sobre la base del esternón y encima la mano izquierda. Hacer presión a intervalos de un segundo con la mano izquierda para deprimir el esternón y dejar que vuelva a su posición original entre-- presión y presión.

PARO CARDIACO

Durante la anestesia se ocasiona una depresión controlada del Sistema Nervioso lo cual permite realizar maniobras quirúrgicas sin dolor; sin embargo en el enfermo se suprimen importantes reflejos protectores y respuestas hemostáticas que mantienen las funciones cardiorrespiratorias normales, pero una situación contraria trae una depresión en la función circulatoria que puede llevar al paro cardíaco al conjugarse con una alteración funcional inesperada, ya sea por cambios de volumen sanguíneo o disminución de la resistencia periférica.

Los Signos y Síntomas son:

Palidez de Tegumentos, Mucosas y Conjuntivas.

Pulso Débil.

Caída de la Presión Venosa.

Caída de la Presión Arterial.

Puede llegar a desaparecer el pulso y la presión sanguínea, cuando esto ocurre, el paciente soportará mejor el paro circulatorio si la ventilación es adecuada porque los tejidos no tendrán deficiencias de oxígeno ni exceso de anhídrido carbónico. La suspensión del latido cardíaco puede presentar signos previos y sigue en general a otros acontecimientos como lo son, la hemorragia e hipoxia activa o pasiva.

La interrupción de la circulación debe reconocerse de inmediato pero necesariamente se identifica con la suspensión de la actividad miocárdica o fibrilación ventricular.

El tejido cerebral normal sufre daños de carácter irreversible cuando se suspende la circulación por más de 5 minutos.

TRATAMIENTO:

Tan pronto se diagnostique el paro circulatorio, el Odonólogo no debe titubear en iniciar las maniobras de resucitación que son:

a).- MASAJE CARDIACO.

Por maniobras externas cuya eficiencia se identifica por la presencia del pulso carotídeo para lograr que los centros nerviosos estén irrigados.

b).- ADMINISTRACION DE OXIGENO Y VENTILACION POSITIVA INTERMITENTE CON OXIGENO PURO.

Una vez realizado ésto se debe precisar la naturaleza del accidente que pudo ser provocado por:

- 1.- Suspensión verdadera de la actividad Miocárdica o Asistólica.

2.- Por contracción desordenada de las fibras miocárdicas o fibrilación ventricular.

Se debe determinar el diagnóstico correcto por que el manejo de cada caso deberá ser diferente.

TRATAMIENTO DEL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

PARO CARDIACO TOTAL O ASISTOLICO:

- a).- Masaje Cardiaco.
- b).- Si en 2 minutos no hay sístoles espontáneas y sólo-contracciones se administrarán 5 cc. de adrenalina-al 1/1000 intracardiaca o endovenosa.
- c).- Sino existe respuesta positiva, reanudar con masaje cardíaco intermitente una vez por segundo durante -15 compresiones.
- d).- Si a pesar de la adrenalina está dilatado y fláci--do, se administrará 5 cc. de cloruro de calcio al -10%.

FIBRILACION VENTRICULAR:

- a).- Masaje Cardiaco.
- b).- Urgente aplicación de Novacaina al 1% intracardiaca 5 cc.
- c).- Masaje Cardiaco.

d).- Aplicar nuevamente novacaina al 1%.

e).- Si persiste la fibrilación aplicar cloruro de calcio 5 cc. al 1% ó 5 cc. de adrenalina, si existe pero absoluto.

En ambos casos el paciente debe estar bajo oxigenoterapia.

CUIDADOS SIGUIENTES

Si la reanimación resulta con éxito, se debe tener en cuenta que es muy posible que el paro cardiaco se repita dentro de las 48 hrs. siguientes además durante este período es frecuente una inestabilidad de la presión arterial y de la respiración y encefalograma isquémica transitoria.

De acuerdo con esto el paciente debe estar monitorizado electrocardiográficamente durante este período.

Si el paro Cardíaco ocurrió por fibrilación ventricular se instalará una infusión endovenosa de lignocaina que será sustituida dos días después por la ingestión oral de procainomida.

Si el paro Cardíaco fue por asístole, se debe tener en cuenta que no se produzca bloqueo de la conducción, en cuyo ca

so se implantará un marcapaso artificial para prevenir la posi
bilidad de una nueva Asístole.

Todo este tratamiento se realizará en Centro Hospitala--
rio.

Alteraciones del Sistema Circulatorio

H E M O R R A G I A S

En la práctica dental a veces ocurren hemorragias prolongadas o intensas debido a una maniobra quirúrgica o por defecto - de los mecanismos hemostáticos normales como el de la coagula- - ción.

Antes de la intervención quirúrgica en la Historia Clínica debe dejar establecido si el paciente en alguna ocasión ha tenido tendencia a sangrado intenso.

Una hemorragia anormal puede ocurrir aunque no haya Historia de este tipo y los resultados de exámenes de laboratorio -- sean normales.

Aparte de la coagulación de la sangre otros factores que - contribuyen a la hemostasia en condiciones normales son: La Contracción refleja de las paredes de los vasos sanguíneos y el -- efecto Vasoconstrictor de las plaquetas destruídas.

La hemorragia por cirugía o traumatismo se detiene aplican do presión directamente en el sitio de la herida. Después de la extracción de una pieza dentaria, la hemorragia se detiene indicando al paciente morder con firmeza una compresa o gasa esté-

ril colocada sobre el alveólo, si se requiere se puede empapar la compresa en solución de trombina antes de aplicarlo en el alveólo; Después de realizar cirugía periodontal, la hemorragia cede a la aplicación de apósito quirúrgico de óxido de cinc y eugenol.

Si se secciona un vaso sanguíneo grande que se manifiesta por la salida de sangre en forma pulsátil o en borbotones, se aplicara presión durante cinco minutos por lo menos, de ser posible estos vasos deben ser ligados o pinzarse durante igual tiempo; Si la hemorragia continúa se sutura el vaso cuando sea posible.

Se puede introducir en la herida celulosa oxidada o compresa de gelatina absorbible humedecida con solución de trombina, estas soluciones no deben emplearse si se requiere epitelización rápida.

La hemorragia capilar puede ser detenida aplicando localmente un estíptico como el sulfato férrico (solución de Monsel). Este medicamento será poco útil si ha seccionado una arteria o una vena.

La hemorragia de hueso puede detenerse mediante presión con un instrumento romo sobre un canal de vaso nutricio y con cera para hueso. El ejemplo rutinario de Vasoconstrictores o-

medicamento tromboplásticos después de actos quirúrgicos está-
contraindicando, por ejm: después de extraer un diente la - -
aplicación de un Vasoconstrictor puede impedir que el alveólo
se llene de sangre provocando de esta forma un alveolitis y --
La aplicación local de Vasoconstrictor puede desencadenar au--
mento de la presión sanguínea.

La hemorragia excesiva se puede deber a carencia de pro-
trombina que retrasa la coagulación normal. Puede existir hi-
poprotrombina en enfermos con trombosis coronarias, cuyo tra-
tamiento médico es a base de anticoagulantes. La suspensión -
de estos medicamentos se hará bajo autorización médica.

La administración de Vitamina K es de escaso valor para
restablecer un nivel normal de protombina ya que ésta actúa-
por un mínimo de 24 horas.

La inyección de Vitamina K intravenosa resulta más efi-
caz dentro de tres a cuatro horas cuando un paciente resulta
tener hemorragias intensas será útil posponer la cirugía has
ta consultar el caso con el médico.

ACCIDENTES EN EXODONCIA Y SU TRATAMIENTO

Existe en muchos casos en que la falta de experiencia y - a preparación inadecuada del odontólogo llega a causar serios problemas en el paciente en el acto de las extracciones dentales.

Es necesario tener en cuenta los conocimientos adecuados para su tratamiento de éstos; los accidentes más comunes son:

FRACTURA MANDIBULAR:

Este tipo de fractura es raro, pero es conveniente tener en mente la conducta del Odontólogo y el tratamiento a seguir si se presenta el caso.

En el transcurso de la extracción dentaria, la fractura - presenta un mínimo de signos clínicos, al momento de producirse un chasquido y un dolor pronunciado, se debe tener precaución, al principio no habrá desplazamiento ni movilidad espontánea, si hay sospecha al diagnóstico se afirmará tratando de hacer vascular los fragmentos óseos con la ayuda de un instrumento, lo cual ocasionará la movilidad de un grupo de dientes, o de un fragmento óseo.

TRATAMIENTO:

Consiste en realizar la reducción de la fractura llevando

En seguida la mandíbula a su posición de reposo y aplicando de inmediato una mentonera que se realiza con una venda elástica de 5 cm. de ancho sujeta a nivel de la unión. Parietooccipital sujetándola de una grapa de tela adhesiva para evitar el desplazamiento de la mentonera, se realiza otro ventaje al rededor del cráneo.

Se recomendarán de inmediato analgésicos por vía intramuscular y se remite al paciente con el Cirujano Maxilo-Facial para el tratamiento adecuado.

LUXACION TEMPOROMANDIBULAR:

Este se presenta con más frecuencia al realizar una extracción dentaria inferior. Al terminar la extracción el paciente no puede cerrar la boca, ya que los cóndilos son incapaces de retornar a la cavidad glenoidea por haber sufrido desplazamiento hacia abajo y adelante del cóndilo temporal donde permanecen sin recobrar su posición fisiológica.

Existe dolor a nivel de los cóndilos así como mialgia intensa debido a la tensión exagerada de los músculos.

TRATAMIENTO:

La Luxación debe ser reducida tan pronto como sea posible y para esto se emplea la técnica de Nélaton, que consiste en apoyar la cabeza del paciente en el cabezal del sillón en posición-

vertical apoyándose el dentista con sus dedos pulgares, sobre las caras oclusales de los molares inferiores, mientras con -- los otros dedos se soportan las ramas horizontales de la mandíbula por su parte extrema, en estas condiciones se realiza presión fuerte de arriba hacia abajo varias veces ya que es necesario vencer la tensión de los músculos hasta bajar la mandíbula, en un segundo tiempo se realiza la retropulción del hueso, llevando el maxilar hacia atrás, una vez reducida la luxación-- se verifica la articulación dentaria y se mantienen ambos maxilares en oclusión mediante una mentonera que se dejará durante unos días.

Se presenta cierto dolor condilar que cede fácilmente con la administración de analgésicos intramusculares.

APERTURA DEL SENO MAXILAR:

La extracción de un diente que se encuentra en el canino-- y el tercer molar superior, una maniobra quirúrgica errónea -- presentará el riesgo de producir una comunicación buco-sinusal.

Este problema puede evitarse planeando correctamente la -- intervención, estudiando las placas radiográficas y evitar -- las maniobras bruscas o el uso de instrumentos inadecuados.

En el caso de lesión del seno sin que haya resto radicu-- lar dentro del mismo, la lesión queda en evidencia realizando el signo del "Soplido" que consiste en apretar la nariz del pa

iente pidiéndole que sopla por ésta con la boca abierta, la salida del aire a través del orificio, provoca un ruido peculiar incluso a veces una burbuja de sangre estalla, haciendo visible la fuga del aire.

TRATAMIENTO:

Se lava con suero fisiológico por vía alveolar sin emplear presión, en seguida se avivan los bordes alveolares con sonda y se coloca dentro del alveólo un tapón de gelatina celulosa embebida en Trombina, se procede a suturar procurando que el afrontamiento de los bordes sea perfecto.

Se recomienda antibióticos a base de ampicilina en dosis de 2 gramos diario durante 8 días.

INCLUSION DE UNA RAIZ EN EL SENO MAXILAR:

En términos generales, el aspecto clínico es el mismo que el cuadro anterior a la excepción de que la raíz o el ápice de esta se encuentra dentro del seno maxilar.

TRATAMIENTO:

Si la raíz o el ápice de ésta se encuentra dentro del alveólo se tratará de hacerla descender por una sonda muy fina, si esto no da resultado se realizará una alveolotomía hasta poder contraer la raíz o el ápice.

Una vez desaparecida la raíz se procede a suturar y prescribir antibióticos y remitirlo al cirujano maxilo facial - - quien se encargará de realizar el tratamiento correspondiente.

TRISMUS:

Su interpretación es dolor y limitaciones de los músculos para poder abrir la boca, es la inhabilidad de abrir la boca - por espasmomuscular.

Es una complicación común en anestesia regional y particularmente después del bloque del nervio dentario inferior.

Su causa principal en el tratamiento del músculo durante la inserción de la aguja, también después de la inyección de la solución anestésica en músculos y tendones hemorragias o infecciones.

Si el Trismus se origina de un trauma se recomienda, ligeros ejercicios y analgésicos para aliviar el dolor, también la recomendación de relajantes musculares es efectivo.

El Trismus puede prevenirse utilizando agujas esterilizadas con punta filosa, para que el trauma por inserción no presente, deben evitarse las inserciones respectivas en la misma área.

VI.- ANEXOS PARA PRIMEROS AUXILIOS.

- a).- Baumanómetro.
- b).- Estetoscopio.
- c).- Obús de Oxígeno.
- d).- Jeringas Hipodérmicas, 2.5, y 10 ml.
- e).- Gasa Estéril.
- f).- Pinzas de Disección con Dientes.
- g).- Porta-agujas y Material de Sutura.
- h).- Pinzas Hemostáticas.
- i).- Tijeras.
- j).- Vendas Elásticas de 5 cm.
- k).- Esponjas de Gelatina Tipo Celofam.

MEDICAMENTOS

- a).- Amoniaco aromático.
- b).- Adrenalina al 1/1000
- c).- Niquetamida.
- d).- Cloruro de calcio.
- e).- Analgésicos.

CONCLUSIONES

El conocimiento adecuado nos permite y orienta en forma atinada, el Diagnóstico de Manifestaciones Patológicas en el organismo que pueden desencadenar reacciones desfavorables para el dentista.

Esta tésis nos habla de un extracto de la gran variedad de problemas existentes para el dentista.

Que incluye:

La prevención de las urgencias en el consultorio dental que se puede realizar por medio de la Historia Clínica.

Así como la evolución y el tratamiento de problemas Patológicos que se llegan a presentar en el consultorio dental.

Espero que esta Tésis me ayude a realizar en lo personal y al Odontólogo en general a cumplir con la responsabilidad y el conocimiento necesario para seguir adelante.

La seriedad, conocimiento y responsabilidad que se debe prestar a éstas urgencias es factor importante.

BIBLIOGRAFIA

- 1).- FARRERAS ROSSMAN
Medicina Interna
Vol. i, Edición Marín.
- 2).- F.M. Mc CARTHY
Emergencias en Odontología
Edición, al Ateneo.
- 3).- ALFONSO SANCHES SILVA
Introducción a la Técnica
Quirúrgica.
- 4).- URGENCIAS ODONTOLOGICAS
TRATAMIENTO Y PREVENCION
"MELBA BARRERA MARTINEZ"
"Tesis año 1977"
Facultad de la U.N. VERACRUZANA.
- 5).- COMPLICACIONES Y ACCIDENTES
EN EL USO DE LA ANESTESIA EN
ODONTOLOGIA.
"Raúl Campos Hdéz."
"Tesis año 1979".

- 6).- PRACTICA ODONTOLOGICA
Vol. 1, núm. 5 y 6
Julio, Agosto, Septiembre,
Octubre, de 1980.
- 7).- HARRISON
Medicina Interna
4ª Edición.
Prensa Med. Mex.
- 8).- J. Suros
Semiología médica
y técnica exploratoria.
Ed. Salvat.
- 9).- BURKET W. LESTER
Medicina Bucal
Diagnóstico y Tratamiento.
Segunda Edición.
Ed. Interamericana.