

10-387



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

La Urgencia Médica en la
Práctica Odontológica

TESIS

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

presentan:

GUADALUPE GONZALEZ RAMIREZ
ROCIO SALAZAR LOPEZ

México, D. F.

1982



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.

LA URGENCIA MEDICA EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

- I. INTRODUCCION
 - II. LA HISTORIA CLINICA MEDICO-DENTAL
INTERPRETACION E IMPORTANCIA.
 - III. CONTROL DEL DOLOR:
 - IV. INTERACCION ENTRE DROGAS
RECETADAS CON MAYOR FRECUENCIA.
 - V. DROGAS Y EQUIPO PARA URGENCIAS.
 - VI. LIPOTIMIAS:
 - VII. ACCIDENTES CON LOS ANESTESICOS
LOCALES:
 - VIII. URGENCIAS AGUDAS EN EL CONSULTORIO
DENTAL.
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFIA.

TEMA I

INTRODUCCION

LA DENOMINACIÓN DEL PRESENTE TRABAJO 'LA URGENCIA MÉDICA EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA' PRETENDE JUSTIFICAR A NUESTRO SENTIR, -- UNA GRAN CARENCIA Y AL MISMO TIEMPO, INDUCIR A UN ESTUDIO MÁS - PROFUNDO, DE ESTAS SERIAS EVENTUALIDADES QUE EN LA PRÁCTICA DIARIA, CUALQUIER ODONTÓLOGO PUEDE ENFRENTAR.

PRETENDE JUSTIFICAR UNA GRAN CARENCIA, EN NUESTRO SENTIR, YA QUE EL PERFIL ACADÉMICO DEL ODONTÓLOGO ES EMINENTEMENTE TÉCNICO-PRÁCTICO, CON ENFOQUE A LA PATOLOGÍA ORAL Y A SU RESOLUCIÓN A ESE NIVEL, OLVIDANDO FRECUENTEMENTE LA PATOLOGÍA GENERAL, DE QUE PUEDE SER PORTADOR EL PACIENTE ODONTOLÓGICO Y DE QUE, EN CUALQUIER MOMENTO PUEDE ENFRENTAR UNA URGENCIA MÉDICO-DENTAL COMO PODRÍA SER UN PARO CARDIO-RESPIRATORIO, INDUCIDO O COINCIDENTE CON EL ANESTÉSICO USADO.

¿CUÁL SERÁ LA CONDUCTA DEL ODONTÓLOGO ANTE UN PACIENTE, QUE EN SU GABINETE, PRESENTE UNA 'CRISIS HIPERTENSIVA O UNA HIPER O HIPOGLUCEMIA? CONSIDERAMOS QUE EL MOMENTO ES ANGUSTIANTE Y QUE - DEBEMOS, NO SÓLO RECONOCER ESTA URGENCIA SINO TAMBIÉN CONTROLAR LA, YA QUE DE ELLO PUEDE DEPENDER, EN OCASIONES, LA VIDA DEL PACIENTE.

EN LOS ALBORES DE LA VIDA PROFESIONAL DE CUALQUIER ODONTÓLOGO, SURGEN ÉSTAS Y MUCHAS MÁS INTERROGANTES, MUCHAS DE ELLAS FUNDAMENTADAS EN LA ESCASA EXPERIENCIA Y LOS LIMITADOS CONOCIMIENTOS DE QUE SOMOS PORTADORES AL INICIAR NUESTRA VIDA PROFESIONAL.

NUESTRA SATISFACCIÓN SERÁ GRANDE SI ESTE TRABAJO, QUE ES LA INVESTIGACIÓN Y RECOPIACIÓN DE DATOS DE ORDEN MÉDICO, PERO VIGENTES EN EL PACIENTE ODONTOLÓGICO, SIRVAN PARA FUNDAMENTAR UN DIAGNÓSTICO E INICIAR UN TRATAMIENTO URGENTE AUMENTANDO EL ACERVO DE CONOCIMIENTOS DEL ODONTÓLOGO.

PERO NUESTRA SATISFACCIÓN SERÁ MAYOR SI GENERA INQUIETUDES ACADÉMICAS EN LOS ODONTÓLOGOS QUE LA LEAN, INDUCIÉNDOLES A BUSCAR UNA MAYOR PREPARACIÓN QUE A LA VEZ PERMITA AFRONTAR CON TODA LA DIGNIDAD DE NUESTRA PROFESIÓN ESTAS CONTINGENCIAS QUE EN LA PRÁCTICA SURGEN CADA DÍA.

LA RESPONSABILIDAD DEL ODONTÓLOGO ANTE EL PACIENTE CON UNA URGENCIA DENTAL, ES LA DE ALIVIAR EL DOLOR Y DETERMINAR SI LA CONDICIÓN ES, O PUEDE CONVERTIRSE EN UNA AMENAZA A LA SALUD GENERAL DEL PACIENTE. TAMBIÉN ES SU RESPONSABILIDAD CAPACITARSE LO MEJOR POSIBLE PARA RECONOCER LAS MANIFESTACIONES BUCALES DE LAS ENFERMEDADES GENERALES.

NUEVAMENTE CONSIDERAMOS, QUE EL OBJETIVO PRINCIPAL EN LA INTEGRACIÓN DE ESTE TRABAJO, ES INQUIETAR Y A SU VEZ MOTIVAR AL PRACTICANTE DE LA ODONTOLOGÍA A UNA SUPERACIÓN ACADÉMICA QUE LE PERMITA EN FORMA INMEDIATA EL RECONOCIMIENTO DE LA URGENCIA MÉDICO-DENTAL ENCONTRANDO SU ETIOLOGÍA, CONOCIENDO LA FISIOPATOLOGÍA Y FUNDAMENTANDO EN ELLO EL TRATAMIENTO ADECUADO.

TEMA II
LA HISTORIA CLINICA MEDICO-DENTAL
INTERPRETACION E IMPORTANCIA

CONSIDERAMOS A LA HISTORIA CLÍNICA DENTAL, EL INSTRUMENTO ACADÉMICO BÁSICO PARA UN BUEN ESTUDIO, DEL PACIENTE ODONTOLÓGICO. ESTE DOCUMENTO ES INCUESTIONABLE Y DE UN GRAN VALOR, YA QUE LA ELABORACIÓN CUIDADOSA DE LA MISMA, NOS PROPORCIONARÁ DATOS QUE INTERPRETADOS JUICIOSAMENTE PODRÁ PONERNOS EN ALERTA PARA DETECTAR LOS PROBLEMAS QUE NOS PUEDAN GENERAR UNA URGENCIA Y EN CONSECUENCIA, ESTAR PREPARADOS PARA AFRONTAR Y RESOLVER CON MÁS EFICACIA Y PRONTITUD EL EVENTO INESPERADO, AL CUAL ESTAMOS EXPUESTOS DURANTE EL MANEJO DEL PACIENTE DENTAL.

LA HISTORIA DENTAL NOS AYUDA A COLECCIONAR DATOS VALIOSOS EN CUANTO A PADECIMIENTOS ANTERIORES, TANTO SISTÉMICOS COMO BUCALES, CON EL FIN DE REALIZAR UN TRATAMIENTO DENTAL FUTURO.

EN ORDEN DE JERARQUÍAS LA PRIMERA ETAPA SERÁ, LA OBTENCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE PARA POSTERIORMENTE SER EVALUADA JUICIOSAMENTE. LAS MANIFESTACIONES PRODUCIDAS POR UNA ENFERMEDAD SE DENOMINAN SÍNTOMAS, ÉSTOS NOS LOS DESCRIBE EL PACIENTE. LOS SIGNOS DE UNA ENFERMEDAD SON LOS DATOS OBJETIVOS DE LA MISMA Y SON DESCUBIERTOS POR EL CLÍNICO, DESPUÉS DE EXAMINAR CUIDADOSAMENTE AL PACIENTE, Y DE HABER LLEVADO UNA DETALLADA EVALUACIÓN DEL ESTADO FÍSICO DEL MISMO, ASÍ COMO TODOS LOS INFORMES DE LABORATORIO Y RADIOGRAFÍAS.

LOS PACIENTES QUE ESTÉN DEMASIADO ENFERMOS, COMO PARA RECIBIR UN TRATAMIENTO COMPLETO SE LES TRATARÁ SÓLO EL PROBLEMA DE URGENCIA,

REANUDANDO SU REHABILITACIÓN BUCAL, CUANDO SE HAYA CORREGIDO EL PADECIMIENTO AGUDO Y SOLAMENTE DEBE APLAZARSE ÉSTE, CUANDO EL PADECIMIENTO PONGA EN PELIGRO LA VIDA DEL PACIENTE,

PARA LA ELABORACIÓN DE UNA BUENA HISTORIA CLÍNICA, ES INDISPENSABLE LA COMPRENSIÓN, SIMPATÍA, CORTESÍA Y HABILIDAD PARA LOGRAR - QUE EL PACIENTE SE SIENTA TRANQUILO, YA QUE UNA MUESTRA DE INDIFFERENCIA, DE PREMURA O INTOLERANCIA, SUELE IRRITAR O CONTRARIAR AL PACIENTE, PROPORCIONÁNDONOS DATOS CONFUSOS O FALSOS,

PODEMOS EMPLEAR UN FORMATO PREVIAMENTE DISEÑADO DE TIPO DICOTÓMICO, EN EL QUE SE MARQUE SÍ O NO CON UNA X CON EL FÍN DE ABREVIAR EL TIEMPO Y NO CONFUNDIR A NUESTRO PACIENTE,

HISTORIA CLINICA MEDICO DENTAL DEL PACIENTE

SE DIVIDE EN DOS: EL ASPECTO ADMINISTRATIVO Y EL INTERROGATORIO CLÍNICO.

I.- ADMINISTRATIVO

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____
DIRECCION _____
TELEFONO _____ ALTURA _____ PESO _____
FECHA _____ OCUPACION _____ ESTADO CIVIL _____

II.- CLINICO: INDIQUE CON UNA CRUZ SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA O NEGATIVA Y LLENE LOS ESPACIOS EN BLANCO.

ANTECEDENTES

A) HEREDO FAMILIARES

SUS PADRES VIVEN? SI NO

DE QUÉ FALLECIERON?

EN SU FAMILIA HAY ANTECEDENTES DE:

SÍFILIS SI NO

TUBERCULOSIS SI NO

DIABETES SI NO

ALÉRGICOS SI NO

HEMORRÁGICOS SI NO

TRAUMÁTICOS SI NO

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PREVIAS, SI NO

DE QUÉ FUERON INTERVENIDOS SI NO

B) ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

QUÉ DESAYUNO CON FRECUENCIA?

QUÉ COME CON FRECUENCIA?

QUÉ CENA CON FRECUENCIA?
 SU ALIMENTACIÓN ES
 CÓMO ES SU HIGIENE BUCAL? BUENA, ,REGULAR, , MALA,
 FUMA?. SI NO
 CUÁNTAS CAJETILLAS?
 TOMA? ,SI NO

C) ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

SE DIVIDEN EN DOS:

LOS QUE PADECIO EN LA INFANCIA:

SARÁMPION ,SI NO
 A QUÉ EDAD,
 DIFTERIA SI NO
 A QUÉ EDAD?.
 VARICELA ,SI NO
 A QUÉ EDAD?.
 PAROTIDITIS, ,SI NO
 A QUÉ EDAD?,

D) LOS QUE PADECE ACTUALMENTE:

SU SALUD ES BUENA, SI NO
 HA HABIDO ALGÚN CAMBIO EN SU SALUD DURANTE EL AÑO PASADO?SI NO
 MI ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO FUÉ,
 MI ÚLTIMO EXAMEN DENTAL FUÉ,
 SE ENCUENTRA Ud. BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO?, ,SI NO
 SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE, CUÁL ES EL PADECIMIENTO QUE SE ESTÁ
 TRATANDO?,
 NOMBRE, TELÉFONO Y DIRECCIÓN DE MI MÉDICO,

HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE O SE HA SOMETIDO A ALGUNA -
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE IMPORTANCIA?, SI NO
SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE, QUÉ PADECIMIENTO O INTERVENCIÓN FUÉ?

.
PADECE O HA PADECIDO ALGUNO DE LOS TRASTORNOS SIGUIENTES O ENFER-
MEDADES?

- ALERGIAS SI NO
- URTICARIA O ERUPCIONES CUTÁNEAS, SI NO
- DIABETES SI NO
- TIENE NECESIDAD DE ORINAR MÁS DE SEIS VECES DURANTE EL DÍAS? NO
- TIENE SED LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO, SI NO
- SE LE SECA LA BOCA FRECUENTEMENTE?, SI NO
- HEPATITIS, ICTERICIA, O ENFERMEDAD DEL HIGADO?, SI NO
- ARTRITIS, SI NO
- TUBERCULOSIS, SI NO
- FIEBRE REUMÁTICA, SI NO
- TUVO HEMORRAGIAS EXCESIVAS O ANORMALES DESPUÉS DE EXTRA-
CIONES, CIRUGÍA O TRAUMATISMOS?, SI NO
- ALGUNA VEZ HA NECESITADO UNA TRANSFUSION DE SANGRE?..... SI NO
- SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE, EXPLIQUE LAS CIRCUNSTANCIAS

.
PADECE ALGÚN TRASTORNO DE LA SANGRE COMO ANEMIA, SI NO
ESTÁ TOMANDO ALGUNA DROGA O MEDICAMENTO?, SI NO
SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE, ANOTE LO QUE ESTÁ TOMANDO

.
ES USTED ALERGICO O REACCIONA DESFAVORABLEMENTE A LOS FARMACOS
SIGUIENTES?

ANESTÉSICOS LOCALES	SI	NO
PENICILINA O ALGÚN OTRO ANTIBIÓTICO.	SI	NO
SULFAS	SI	NO
BARBITÚRICOS, SEDANTES O PASTILLAS PARA DORMIR.	SI	NO
ASPIRINAS	SI	NO
PROBLEMAS RESPIRATORIOS		
RESPIRA USTED BIEN?	SI	NO
HA TENIDO PROBLEMAS DE LOS BRONQUIOS?	SI	NO
TOSE CON FRECUENCIA?.	SI	NO
EXPECTORA SANGRE AL TOSER?.	SI	NO
PROBLEMAS DIGESTIVOS		
TIENE PROBLEMAS AL PASAR LOS ALIMENTOS?.	SI	NO
PADECE CÓLICOS?.	SI	NO
PADECE DIARREAS?.	SI	NO
PADECE ESTREÑIMIENTO?.	SI	NO
TIENE HEMORROIDES?	SI	NO
DOLOR EN LA REGIÓN ANAL?.	SI	NO
ARDOR EN LA REGIÓN ANAL?.	SI	NO
ULCERA GÁSTRICA?.	SI	NO
ENFERMEDAD DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
DOLOR DE CABEZA FRECUENTE?.	SI	NO
DESMAYOS FRECUENTES O CONVULSIONES?.	SI	NO
ATAQUES EPILÉPTICOS?.	SI	NO
PRESENTA PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA FRECUENTEMENTE?	SI	NO
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR		
DIFICULTAD AL RESPIRAR?.	SI	NO

EDEMA EN LOS TOBILLOS?, SI NO
 PALPITACIONES?, SI NO
 EDEMA PALPEBRAL?, SI NO
 DOLOR EN LA REGIÓN PRECORDIAL AL REALIZAR ALGÚN ESFUERZO?, SI NO
 ESCUCHA ALGUNOS ZUMBIDOS O RUIDOS?, SI NO
 VE LUCECITAS?, SI NO
 HIPERTENSIÓN?, SI NO
 HIPOTENSIÓN?, SI NO
 LESIONES CARDIACAS CONGÉNITAS?, SI NO
 ENFERMEDADES VENÉREAS?, SI NO
 HA SIDO OPERADO O SOMETIDO A TRATAMIENTO CON RAYOS X PARA
 DETECTAR ALGÚN TUMOR O ALGUNA OTRA AFECCIÓN EN LA BOCA O
 LABIOS?, SI NO
 HA PADECIDO ALGÚN TRASTORNO RELACIONADO CON ALGÚN TRATAMIEN
 TO DENTAL ANTERIOR?, SI NO
 LE MOLESTA ALGÚN DIENTE?, SI NO
 SE LE ACUMULA ALIMENTO ENTRE LOS DIENTES?, SI NO
 LE SANGRAN LAS ENCÍAS, CUANDO SE CEPILLA LOS DIENTES?, SI NO
 LE RECHINAN LOS DIENTES DURANTE LA NOCHE?, SI NO
 SIENTE DOLOR EN LOS OÍDOS O CERCA DE ELLOS? SI NO
 LE HAN PROPORCIONADO ALGUNA VEZ INSTRUCCIONES PARA EL CUIDA
 DO ADECUADO DE SUS DIENTES EN SU CASA?, SI NO
 TIENE UD. ALGUNA ÚLCERA O TUMOR EN LA BOCA?, SI NO

MUJERES

ESTÁ UD. EMBARAZADA? SI NO
 TIENE PROBLEMAS CON SU CICLO MENSTRUAL?, SI NO

SIGNOS VITALES:

TENSIÓN ARTERIAL, TEMPERATURA
 FRECUENCIA CARCIADA, RESPIRACIONES

INTERPRETACION DE LOS PUNTOS DE LA HISTORIA CLINICA

- I.- EL ASPECTO ADMINISTRATIVO.- NOS PROPORCIONA UN MEDIO DE -- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.
- II.- EL INTERROGATORIO CLÍNICO.- NOS AYUDA A ELABORAR UN BUEN - DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE, PRINCIPIANDO CON UN RECORDATORIO DE LAS ENFERMEDADES DE LA INFANCIA HASTA LOS QUE PADECE AC TUALMENTE, ASÍ COMO LAS CONSECUENCIAS DE LOS ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES; YA QUE ÉSTOS TIENEN UNA GRAN POSIBILI-- DAD DE SER TRASMITIDOS COMO EN EL CASO DE LAS ENFERMEDADES VENÉREAS, TUBERCULOSIS, DIABETES, TRASTORNOS ALÉRGICOS Y - HEMORRAGICOS ASÍ COMO TRAUMÁTICOS.
- III.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.- ESTE PUNTO DE LA HISTORIA CLÍNICA, NOS REFIERE EL TIPO DE ALIMENTACIÓN DEL - PACIENTE (EN CUANTO A CALIDAD Y CANTIDAD) ASÍ COMO LOS HÁ- BITOS ORALES (HIGIENE DENTAL), COMO PERJUDICIALES A SU SA- LUD (ETILISMO, TABAQUISMO).
- IV:- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.- ESTE PUNTO DE LA HIS TORIA CLÍNICA NOS AYUDA A CONOCER LAS ENFERMEDADES QUE PA- DECIÓ EN LA INFANCIA COMO: SARAMPIÓN, DIFTERIA, VARICELA, PAROTIDITIS, ETC., Y LAS QUE PADECE EN ESE MOMENTO.
 - 1.- SU SALUD ES BUENA?
ESTA PREGUNTA NOS AYUDA A ESTABLECER UNA BASE DE COMPREN-- SIÓN ENTRE EL PACIENTE Y EL DENTISTA.
 - 1.1.- HA HABIDO ALGÚN CAMBIO EN SU SALUD DURANTE EL AÑO PASADO?
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA ES INDISPENSABLE REALIZAR -- UNA INVESTIGACIÓN MINUCIOSA DEL CAMBIO OCURRIDO.

- 2.- MI ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO TUVO LUGAR EL _____
MI ÚLTIMO EXAMEN DENTAL TUVO LUGAR EL _____

LAS RESPUESTAS A ESTAS PREGUNTAS NOS INDICAN SI EL PACIENTE SE PREOCUPA O NO POR SU BIENESTAR PERSONAL.

- 3.- SE ENCUENTRA Ud. BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO?

LA RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL TRATAMIENTO MÉDICO Y EL -- EJERCICIO ODONTOLÓGICO ES MUY IMPORTANTE. ES INDISPENSABLE QUE EL DENTISTA POSEA CONOCIMIENTOS BÁSICOS ACERCA DE LOS PADECIMIENTOS GENERALES Y LOS MÉTODOS PARA TRATARLOS ESPECIALMENTE AQUELLOS RELACIONADOS CON LA TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA.

- 3.1.- SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE, CUÁL ES EL PADECIMIENTO QUE SE LE ESTÁ TRATANDO?

SE DEBE INTERROGAR AL PACIENTE ACERCA DEL MOTIVO DE LA CONSULTA MÉDICA, YA QUE ESTE EXAMEN PUEDE SEÑALAR TRASTORNOS MÉDICOS IMPORTANTES, PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE TRATAMIENTO DENTAL.

- 4.- NOMBRE Y DIRECCIÓN DE MI MÉDICO, ASÍ COMO EL TELÉFONO, SON DE SUMA IMPORTANCIA ESTOS DATOS, YA QUE MUCHOS PACIENTES CON PROBLEMAS SERIOS, REQUIEREN LA AUTORIZACIÓN DE SU MÉDICO ANTES DE SOMETERSE A UN TRATAMIENTO DENTAL.

- 5.- HA PADECIDO Ud. ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE O SE HA SOMETIDO A UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE IMPORTANCIA?

UNA ENFERMEDAD GRAVE ES AQUELLA QUE PONE EN PELIGRO LA VIDA DEL PACIENTE. SI ÉSTE HA SIDO SOMETIDO A UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, EL DENTISTA DEBE DE AVERIGUAR EL TIPO DE LA INTERVENCIÓN, SI SE PRESENTAN COMPLICACIONES DURANTE LA CONVALECENCIA, SI HUBO REACCIONES ALÉRGICAS A LOS MEDICA--

-MENTOSO ALGÚN OTRO TIPO DE REACCIONES INDESEABLES.

6.- PADECE O HA PADECIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

6.1.- ALERGIAS.- SI HAY UNA HISTORIA DE ALERGIAS DEBE OBTENERSE MAYOR INFORMACIÓN ANTES DE INSTITUIR UN TRATAMIENTO DENT-- TAL. HAY REACCIONES ALÉRGICAS A MEDICAMENTOS, ANESTÉSICOS, POLVO, ANIMALES, POLEN, ETC.,

6.2.- URTICARIA O ERUPCIONES CUTÁNEAS.- ESTOS ESTÁN RELACIONADOS CON ALERGIAS DE LOS ALIMENTOS Y DROGAS. LA MAYORÍA DE ES-- TAS REACCIONES SON INESPECÍFICAS, SE DEBE INVESTIGAR LOS - ALIMENTOS Y DROGAS USADAS PARA IDENTIFICAR LOS ALERGENOS,

6.3.- DIABETES.- POR LO GENERAL LOS PACIENTES DIABÉTICOS SON MÁS SUSCEPTIBLES A LAS INFECCIONES QUE LOS NO DIABÉTICOS. PARE CE SER QUE LA INFECCIÓN POSEE UNA INFLUENCIA DIRECTA SOBRE LAS NECESIDADES DE INSULINA AUN CUANDO ÉSTE RECIBA SU DO-- SIS DIARIA. ES POSIBLE QUE PRESENTE UN COMA DIABÉTICO SI - HAY INFECCIÓN.

SE CREE QUE ES MEJOR CITAR A LOS PACIENTES INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE HABER COMIDO. POR LO GENERAL LA DIABETES SUELE ACOMPAÑARSE DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: POLIURIA, POLIDIPSIA, POLIFAGIA (AUMENTO EN LA CURVA DE TOLERANCIA DE LA GLUCOSA A NIVEL DE LABORATORIO),

LA DIABETES MELLITUS SE PRESENTA EN DOS FORMAS QUE SE CLA SIFICAN COMO FORMA ADULTA Y JUVENIL, CONTROLANDO MÁS FÁCIL MENTE LA ADULTA.

6.4.- TIENE NECESIDAD DE ORINAR MÁS DE 6 VECES DIARIAS?

ESTO PUEDE SER PROVOCADO POR UNA ENFERMEDAD FUNCIONAL, -- TRASTORNO RENAL O DIABETES. EL AUMENTO EN LA FRECUENCIA -

DE MICCIÓN QUE SE PRESENTA EN LA DIABETES SE DENOMINA POLIURIA Y ES UNO DE LOS SÍNTOMAS DEL PADECIMIENTO, ALIENTO CETÓNICO

6.5.- TIENE SED LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?

LA POLIDIPSIA JUNTO CON LA POLIURIA PUEDEN INDICAR UN ESTADO DIABÉTICO. SI EL PACIENTE NOS INFORMA DE UNA PÉRDIDA DE PESO CONSIDERABLE, AUNADO A UN AUMENTO DE APETITO Y RETARDO EN LA CICATRIZACIÓN DE CORTADURAS, NO DEBEMOS DESCARTAR LA POSIBILIDAD DE LA DIABETES. ANTES DE COMENZAR CUALQUIER TRATAMIENTO DENTAL, DEBEMOS EXIGIR AL PACIENTE UN CERTIFICADO MÉDICO EN DONDE NOS INFORME QUE ESTÁ DEBIDAMENTE CONTROLADO.

7.- PADECE O HA PADECIDO ENFERMEDADES COMO HEPATITIS, TIENE ICTERICIA Ó ALGUNA OTRA ENFERMEDAD DEL HÍGADO?

7.1.- HEPATITIS.- HAY DOS TIPOS DE HEPATITIS DE SUMA IMPORTANCIA. LA HEPATITIS INFECCIOSA QUE DEBE SER DE GRAN PREOCUPACIÓN PARA EL DENTISTA DEBIDO AL PELIGRO DE CONTAGIO. Y LA HEPATITIS POR SUERO LLAMADA EN OCASIONES HEPATITIS POR AGUJA. LOS ODONTÓLOGOS PUEDEN SER FACTORES IMPORTANTES, EN LA PROPAGACIÓN DE LA HEPATITIS POR SUERO, DEBIDO A UNA MALA ESTERILIZACIÓN DEL INSTRUMENTAL Y AL NO TENER LA PRECAUCIÓN DE UTILIZAR AGUJAS DESECHABLES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTÉSICOS LOCALES INYECTABLES.

7.2.- ICTERICIA.- ES UN SÍNTOMA CAUSADO POR EL EXCESO DE PIGMENTOS BILIARES EN LA SANGRE, ESTE ESTADO PUEDE SER PROVOCADO POR UNA INCAPACIDAD DE LAS CÉLULAS HEPÁTICAS PARA EXCRETAR LA BILIS O POR UNA OBSTRUCCIÓN EN EL SISTEMA BILIAR. TODO

PACIENTE ICTERICO ES SOSPECHOSO Y DEBE SER EXAMINADO POR SU MÉDICO ANTES DE SOMETERLO A UN TRATAMIENTO DENTAL.

- 7.3.- ENFERMEDAD DE HÍGADO.- ÉSTAS SUELEN SER ACOMPAÑADOS POR UNA ICTERICIA GRAVE, PUEDEN PRESENTARSE HEMORRAGIAS ESPONTÁNEAS EN LA CAVIDAD BUCAL O HEMORRAGIAS ABUNDANTES DESPUÉS DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.
- 8.- ARTRITIS.- ÉSTA ES BIEN IMPORTANTE SI ESPECIALMENTE SE ENCUENTRA AFECTADA LA ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR. LA LIMITACIÓN DE EXCURSIONES MANDIBULARES PUEDE AFECTAR ADVERSAMENTE EL TRATAMIENTO YA QUE SI EL PACIENTE ESTÁ INCAPACITADO PARA ABRIR SUFICIENTEMENTE LA BOCA, NO SE PUEDEN LLEVAR A CABO LOS TRATAMIENTOS DENTALES.
- 9.- TUBERCULOSIS.- ÉSTA REQUIERE POR LO MENOS DE DOS REVISIONES ANUALES. CUANDO NO HAYA INDICIOS DE ESTA VIGILANCIA, EL DENTISTA ESTÁ AUTORIZADO A POSPONER EL TRATAMIENTO HASTA COMPROBAR, MEDIANTE RADIOGRAFÍAS Y PRUEBAS DE LABORATORIO, QUE LA ENFERMEDAD SE ENCUENTRA EN PERIODO INACTIVO.
- 10.- FIEBRE REUMÁTICA.- LA MEDIDA DE PRECAUCIÓN QUE DEBE TOMARSE AL ENCONTRAR ANTECEDENTES DE FIEBRE REUMÁTICA ES CUANDO SE INTENTA REALIZAR UN TRATAMIENTO QUE PUEDE PROVOCAR HEMORRAGIAS COMO EN LAS EXTRACCIONES O EN LAS ODONTOXESIS.
- 11.- HA TENIDO HEMORRAGIAS EXCESIVAS O ANORMALES DESPUÉS DE EXTRACCIONES, CIRUGÍA O TRAUMATISMOS?
ÉSTA PREGUNTA SE HACE CON EL OBJETO DE AVERIGUAR SI HA HABIDO TRASTORNOS HEMORRÁGICOS, AUN CUANDO EXISTAN PRUEBAS DE LABORATORIO QUE RESULTEN NORMALES. ÁLGUNAS VECES SE OBSERVAN HEMORRAGIAS EXCESIVAS DESPUÉS DE UN TRATAMIENTO CON COR

-TICOESTEROIDES O SALICILATOS.

11.1. ALGUNA VEZ HA NECESITADO UNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE?

LAS TRANSFUSIONES DE SANGRE SUELEN ADMINISTRARSE DURANTE -
LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS MAYORES CON EL OBJETO DE --
MANTENER EN EQUILIBRIO LOS LÍQUIDOS CORPORALES.

12.- PADECE UD. ALGÚN TRASTORNO DE LA SANGRE COMO ANEMIA?

LA ANEMIA SE ENCUENTRA DENTRO DE LAS DISCRACIAS SANGUÍNEAS,
ES UNA DISMINUCIÓN EN LA CANTIDAD NORMAL DE LOS ERITROCI--
TOS O LA HEMOGLOBINA. ÉSTA PUEDE SER CAUSADA POR LA PÉRDI--
DA DE SANGRE, Y EL AUMENTO DE LA DESTRUCCIÓN DE LOS MISMOS.

13.- ESTÁ USTED TOMANDO ALGUNA DROGA O MEDICAMENTO?

SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE ANOTE LO QUE ESTÁ TOMANDO, YA
QUE ES DE SUMA IMPORTANCIA QUE EL DENTISTA CONOZCA EL MEDI--
CAMENTO QUE TOMA EL PACIENTE. ÉL PLAN DE TRATAMIENTO DENTAL
PUEDE MODIFICARSE SEGÚN EL CASO.

14.- ES UD. ALÉRGICO O REACCIONA DESFAVORABLEMENTE A LOS FÁRMA--
COS SIGUIENTES?

14.1.-ANESTÉSICOS LOCALES.- LAS REACCIONES ADVERSAS MÁS FRECUEN--
TES QUE SE PRESENTAN CON LOS ANESTÉSICOS LOCALES EMPLEADOS
EN EL CONSULTORIO DENTAL, SON SÍNCOPES LEVES O DESMAYOS.
EXISTEN REACCIONES ALÉRGICAS O LOS ANESTÉSICOS LOCALES CO--
MO NOVOCAINA, PROCAINA, XILOCAINA. ÉL DENTISTA DEBE DETER--
MINAR SI ESTA REACCIÓN ADVERSA ES DE CARÁCTER PSICOLÓGICO
O FISIOLÓGICO, CON EL FÍN DE DAR UN TRATAMIENTO ADECUADO.
LAS REACCIONES ADVERSAS DE TIPO PSICOLÓGICO, PUEDEN SER --
CONTROLADAS EN GRAN PARTE POR EL DENTISTA, TRANQUILIZANDO
AL PACIENTE O DANDOLE UN SEDANTE PREVIO A LA CONSULTA O --

AMBAS, TAMBIÉN ES DE SUMA IMPORTANCIA CONOCER UNA REACCIÓN ALÉRGICA REAL QUE TRASTORNE O PONGA EN PELIGRO LA VIDA DEL PACIENTE.

- 14.2. PENICILINA O ALGÚN OTRO ANTIBIÓTICO.- LOS ANTIBIÓTICOS SON MEDICAMENTOS QUE SE UTILIZAN EN PROBLEMAS INFECCIOSOS, DENTRO DE ÉSTOS SE ENCUENTRA LA PENICILINA QUE TINE UNA GRAN CAPACIDAD DE PRODUCIR REACCIONES ANAFILACTICA, QUE VAN DESDE SIMPLES ERUPCIONES CUTÁNEAS HASTA CHOQUE ANAFILACTICO - MORTAL. SI EXISTEN ANTECEDENTES DE REACCIONES ALÉRGICAS NO DEBE ADMINISTRARSE POR NINGÚN MOTIVO LA PENICILINA, Y SE PROCEDERÁ A TRATARLO CON SUMA CAUTELA.
- 14.3. SULFAS.- LAS SULFAS SON TAMBIÉN UTILIZADAS EN PROBLEMAS INFECCIOSOS Y EN OCASIONES SE COMBINAN CON ANTIBIÓTICOS, AÚN SE CONSIDERAN ÚTILES PARA INFECCIONES DE TRACTO URINARIO Y ES NOTORIA LA TENDENCIA DE ESTE MEDICAMENTO PARA PROVOCAR REACCIONES ADVERSAS, TANTO ALÉRGICAS COMO TÓXICAS.
- 14.4. BARBITÚRICOS, SEDANTES O PASTILLAS PARA DORMIR.- DEBEMOS CONOCER EL MOTIVO POR EL CUAL EL PACIENTE ESTÁ TOMANDO ESTE TIPO DE MEDICAMENTOS, YA QUE TAMBIÉN PUEDEN PROVOCAR ERUPCIONES CUTÁNEAS, SI ÉSTO SE PRESENTA DEBE CAMBIARSE EL TIPO DE BARBITÚRICO.
- 14.5. ASPIRINA.- HAY QUE DETERMINAR LA DOSIS Y EL MOTIVO DEL TRATAMIENTO. LA ASPIRINA PUEDE PROVOCAR VARIAS REACCIONES INDESEABLES, EN LOS QUE SE ENCUENTRAN URTICARIA, EDEMA Y HEMORRAGIAS SECUNDARIAS A DISCRASIAS SANGUÍNEAS.
- 15.- PROBLEMAS RESPIRATORIOS.- CUANDO EXISTE UNA TOS PERSISTENTE Y CON SANGRE SE DEBE OBLIGAR AL PACIENTE A SOLICITAR ATEN--

-CIÓN MÉDICA ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO DENTAL. LA TOS TAMBIÉN PUEDE DEBERSE A UNA IRRITACIÓN PRODUCIDA POR EL CIGARRO, AUNQUE TAMBIÉN PUEDE DEBERSE A UN PROCESO MALIGNO, ENFISEMA O TUBERCULOSIS.

16.- PROBLEMAS DIGESTIVOS.- LOS PADECIMIENTOS DEL APARATO DIGESTIVO PUEDEN O NO ALTERAR EL TRATAMIENTO DENTAL, EL DENTISTA DEBE GUIARSE POR LOS CONSEJOS DEL MÉDICO YA QUE ALGUNOS MEDICAMENTOS EMPLEADOS, CON FRECUENCIA PARA EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS PUEDE PRODUCIR SEQUEDAD GENERAL EN LA BOCA. DEBEMOS TOMAR EN CUENTA QUE EN PACIENTES QUE PRESENTEN ÚLCERA GÁSTRICA NO DEBE ADMINISTRÁRSELES MEDICAMENTO POR VÍA ORAL, SOBRE TODO QUE CONTENGAN ÁCIDO ACETIL SALISILICO, SI NO POR VÍA RECTAL, INTRAMUSCULAR O ENDOVENOSO.

17.- ENFERMEDAD DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.- LA MAYOR PARTE DE LOS DOLORS DE CABEZA QUE SUFREN LOS PACIENTES SE DEBEN A ESTADOS DE TENSIÓN Y SON LOCALIZADOS GENERALMENTE EN LA REGIÓN FRONTAL. LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PUEDE SER CAUSA TAMBIÉN DE FUERTES DOLORS DE CABEZA QUE POR LO COMUN SE LOCALIZA EN LA REGIÓN OCCIPITAL. CUANDO EL DOLOR ES UNILATERAL, EN LA REGIÓN TEMPORAL PUEDE ESTAR RELACIONADO CON TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR, O CON ESPASMOS EN LOS MÚSCULOS MASTICATORIOS.

CUANDO EL PROBLEMA ES DEBIDO A UN TRASTORNO OCULAR (GLAUCOMA) ES NUESTRO DEBER AVERIGUAR, SI EL PACIENTE ESTÁ UTILIZANDO ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO, YA QUE LOS ANTICIAOLOGOS ESTÁN CONTRAINDICADOS EN PACIENTES CON ESTE PROBLEMA POR--

QUE TIENDEN A ELEVAR AÚN MÁS LA PRESIÓN INTRAOCULAR.

EN LO REFERENTE A DESMAYOS Y CONVULSIONES FRECUENTES TRATAMOS DE DESCUBRIR UNA PREDISPOSICIÓN A LOS SÍNCOPEs DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES EN LA BOCA. TENEMOS EL DEBER DE IDENTIFICAR A LOS PACIENTES QUE PADECEN CONVULSIONES O EPILEPSIA PARA DEDICARLES MAYOR ATENCIÓN, PODEMOS ENTREVISTARNOS CON SU MÉDICO, EL CUAL NOS AYUDARÁ A DETERMINAR SI ES CONVENIENTE MODIFICAR LA DOSIFICACIÓN DE LOS ANTICONVULSIVOS DURANTE EL TRATAMIENTO DENTAL.

ESTÁ COMPROBADO QUE LOS ANTICONVULSIVOS (DILANTINA) PROVOCAN EFECTOS DIRECTOS SOBRE EL PARODONTO.

18.- ENFERMEDAD CARDIVASCULAR.

18.1. DIFICULTAD AL RESPIRAR.- Ésto puede deberse a diversas causas. Quizá la más importante sea la insuficiencia cardíaca. A veces personas obesas con corazones normales pueden presentar disnea después de realizar ejercicios leves. También la necesidad de usar varias almohadas para poder respirar con facilidad, puede deberse a una insuficiencia cardíaca, así como el edema de los tobillos y párpados, debemos remitir al paciente con un médico.

EN EL CASO DE PACIENTES QUE PRESENTEN HIPERTENSIÓN O HIPOTENSIÓN ES IMPORTANTE CONSULTAR CON SU MÉDICO, NO CONVIENE INICIAR UN TRATAMIENTO DENTAL ANTES DE QUE EL MÉDICO NOS PROPORCIONE LOS DATOS PERTINENTES.

CUANDO EXISTE EL ANTECEDENTE DE UNA ENFERMEDAD CARDIVASCULAR, COMO INSUFICIENCIA CORONARIA O INFARTOS AL MIOCARDIO, DEBEMOS EFECTUAR EL TRATAMIENTO, SOBRE TODO SIENDO CIRUGÍA

BUCAL, CON LA COLABORACIÓN DEL MÉDICO DEL PACIENTE, YA QUE ESTE TIPO DE PADECIMIENTOS SON TRATADOS CON ANTICUAGULANTES Y ES NECESARIO REDUCIR LA DOSIS PERO NO SUPRIMIRLA.

- 19.- ENFERMEDADES VENÉREAS.- PARA EL DENTISTA ES IMPORTANTE QUE EL PACIENTE NOS MUESTRE UN CERTIFICADO EN DONDE SE INDIQUE QUE SE ENCUENTRA LIBRE DE ENFERMEDADES VENÉREAS. SIN ESTOS DATOS, EL DENTISTA NO SÓLO PONE EN PELIGRO SU PROPIA SALUD, SINO TAMBIÉN LA DE LOS OTROS PACIENTES QUE SE TRATEN EN EL CONSULTORIO.

MEDIANTE UN BUEN INTERROGATORIO PODEMOS OBTENER DATOS VALIOSOS, COMO LA EXISTENCIA DE ARTRITIS GONOCOCICA DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR, O LA PRESENCIA DE LESIONES SIFILÍTICAS SECUNDARIAS (PLACAS MUCOSAS) Y TERCIARIAS (GOMA) EN LA BOCA. CUANDO HA HABIDO UNA ENFERMEDAD VENÉREA, AUNQUE ÉSTA HAYA SIDO TRATADA ANTES, EXISTE LA POSIBILIDAD DE REINFECCIÓN.

- 20.- HA SIDO OPERADO O SOMETIDO A TRATAMIENTO CON RAYOS X PARA TUMOR O ALGUNA OTRA AFECCIÓN EN LA BOCA O LABIOS?

SI EN LA HISTORIA CLÍNICA, APARECE QUE EL PACIENTE SE HA SOMETIDO A UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA LA EXTIRPACIÓN DE UN TUMOR, SE DEBE HACER UN EXAMEN MINUCIOSO DE LOS GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES, YA QUE EL TRATAMIENTO A BASE DE RADIACIÓN PUEDE ORIGINAR PROBLEMAS DURANTE EL TRATAMIENTO DENTAL, ESPECIALMENTE SI ES DE CIRUGÍA BUCAL. SI LA RADIACIÓN HA SIDO EN LA REGIÓN DE LA CABEZA Y CUELLO, CON FRECUENCIA SE OBSERVA UNA REDUCCIÓN DE LA SECRECIÓN SALIVAL --

-(XEROSTOMIA) Y LA DEGENERACIÓN DE LA DENTICIÓN CON UNA --
COMBINACIÓN DE RESERCIÓN GINGIVAL Y CARIES CERVICAL,
EN ESTE CASO EL PACIENTE DEBE DE SOMETERSE A LA EXTRACCIÓN
DE TODAS LAS PIEZAS DENTARIAS PRIMERO Y DESPUÉS LA COLOCA-
CIÓN DE SU DENTADURA TOTAL, LA RADIACIÓN EN EL HUESO PRODU-
CE UNA OSTEONECROSIS DEL MISMO, LO QUE ES INDICATIVO PARA
EVITARSE LAS EXTRACCIONES DENTARIAS EN EL ÁREA DEL HUESO -
IRRADIADO.

21.- HA PADECIDO UD. ALGÚN TRASTORNO RELACIONADO CON ALGÚN TRA-
TAMIENTO DENTAL ANTERIOR?

LA RESPUESTA AFIRMATIVA ES DE IMPORTANCIA PARA LA PLANEAA--
CIÓN DEL TRATAMIENTO DENTAL, YA QUE ÉSTO NOS PUEDE INDICAR
LA TENDENCIA A HEMORRAGIAS EXCESIVAS, DESPUÉS DE EXTRACCIÓN-
ES, REACCIONES ATÍPICAS A LOS ANESTÉSICOS LOCALES Y A LAS -
TORUNDAS DE ALGODÓN, SENSIBILIDAD AL MERCURIO Y A CUALQUIER
OTRA REACCIÓN ADVERSA.

21A.- LE MOLESTA A USTED UN DIENTE?

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA NOS OBLIGA A INVESTIGAR EL SI-
TIO, INTENSIDAD Y TIPO DE DOLOR, ADEMÁS DE DETERMINAR LA -
CAUSA MEDIANTE EL INTERROGATORIO, EL DOLOR ES CONSTANTE?,
SE DEBE AL CALOR, FRÍO, PRESIÓN, O DUELE SIN MOTIVO? SI ES
SENSIBILIDAD AL FRÍO PUEDE DEBERSE A UNA RESTAURACIÓN RE--
CIÓN COLOCADA, PERO TAMBIÉN NOS PUEDE INDICAR UNA HIPEREMIA
PULPAR, CON LA POSIBILIDAD DE QUE EL PROCESO SEA REVERSIBLE
POR LO CONTRARIO CUANDO LA CAUSA ES EL CALOR, NOS INDICA UN
PROCESO PULPAR IRREVERSIBLE, LA SENSIBILIDAD A LA PRESIÓN,
NOS INDICA UN TRAUMATISMO O INFLAMACIÓN PERIAPICAL.

21b.- SE LE ACUMULA ALIMENTO ENTRE LOS DIENTES?

ESTO INDICA PRESENCIA DE CARIES, PUNTOS DE CONTACTO INTERDENTARIAS ABIERTAS, TAMBIÉN PUEDE DEBERSE A LA FORMACIÓN DE BOLSAS PARODONTALES.

21c.- LE SANGRAN LAS ENCÍAS CUANDO SE CEPILLA LOS DIENTES?

NORMALMENTE LAS ENCÍAS NO SANGRAN AL EFECTUAR EL CEPILLADO DENTAL, SI ÉSTO OCURRE PUEDE DEBERSE A UNA ENFERMEDAD PERIODONTAL INCIPIENTE, SI EL SANGRADO ES ESPONTÁNEO ES NECESARIO PROFUNDIZAR EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE PARA DETERMINAR SI EXISTE UNA DISCRACIA SANGUÍNEA.

21d.- LE RECHINAN LOS DIENTES DURANTE LA NOCHE?

ESTE FENÓMENO PUEDE DEBERSE A UN TRAUMATISMO OCLUSAL (BRUXISMO) DEBEMOS INVESTIGAR SOBRE LOS ANTECEDENTES FISIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE.

21e.- TIENE Ud. DOLOR EN LOS OÍDOS O CERCA DE ELLOS?

UN DOLOR EN LA ARTICULACIÓN TÉMPORO MANDIBULAR PUEDE SER LA CAUSA DEL DOLOR DEL OÍDO O CERCA DE ÉL.

21f.- LE HAN HECHO ALGÚN TRATAMIENTO PERIODONTAL (PARA LA PIORREA)?

UNA RESPUESTA AFIRMATIVA NOS PROPORCIONA DATOS IMPORTANTES DEBIENDO AVERIGUAR QUÉ FUÉ LO QUE SE REALIZÓ, CUÁNTO TIEMPO DURARON LOS TRATAMIENTOS?

21g.- LE HAN PROPORCIONADO ALGUNA VEZ INSTRUCCIONES PARA EL CUIDADO ADECUADO DE SUS DIENTES?

COMO REVISIONES DENTALES PERIÓDICAS, CEPILLADO CORRECTO, ESTIMULACIÓN INTERDENTARIA. EL ESTADO DE LA BOCA EN ESTE MOMENTO NOS INDICA SI EL PACIENTE HA SEGUIDO LAS INSTRUCCIONES DENTALES QUE LE FUERON DADAS.

21h.- TIENE Ud. ALGUNA ÚLCERA O TUMOR EN LA BOCA?

ESTAS LESIONES PUEDEN SER DE ORIGEN HERPÉTICO CAUSANDO CONSIDERABLES MOLESTIAS POR ESO ES IMPORTANTE CONOCER EL TAMAÑO, PORCIÓN Y FRECUENCIA DE ESTAS LESIONES.

22.- ESTA Ud. EMBARAZADA?

ES IMPORTANTE SABER SI LA PACIENTE SE ENCUENTRA EMBARAZADA PARA EVITAR LA EXPOSICIÓN A LOS RAYOS X O TRATAMIENTOS DOLOROSOS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE, YA QUE EN EL PRIMER CASO PUEDE OCASIONAR PADECIMIENTOS CONGÉNITOS, TAMBIÉN NOS FACILITA EL RECONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS ASOCIADOS CON EL EMBARAZO. EN LOS TRES ÚLTIMOS MESES SON DE IMPORTANCIA PORQUE UN ESFUERZO PUEDE PROVOCAR UN PARTO PREMATURO.

23.- TIENE Ud. PROBLEMAS CON EL CICLO (REGLA) MENSTRUAL?

LAS MANIFESTACIONES MÁS FRECUENTES CON ESTE TRASTORNO SON: ODONTALGIA, PERIODÓNTICA U ODONTALGIA MENSTRUAL, EDEMA DE LA ENCÍA MARGINAL, ÚLCERA AFTOSA, HERPES LABIAL, LEVE AUMENTO DEL TIEMPO DE COAGULACIÓN DE LA SANGRE.

TEMA III

CONTROL DEL DOLOR

EN ODONTOLOGÍA COMO EN MEDICINA, EL DOLOR Y LA INFECCIÓN SON URGENCIAS EN EL SENTIDO ESTRICTO DE LA PALABRA,

EL DOLOR SE PRESENTA COMO RESULTADO DE INFECCIONES, TRAUMA Y -- TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR O TRASTORNOS -- OCLUSALES, DEBEMOS INSTITUIR MEDIDAS TERAPÉUTICAS GENERALES Y LO CALES, A CONTINUACIÓN SE EMPLEARÁN ANALGÉSICOS PARA ALIVIAR EL - DOLOR HASTA QUE EL TRATAMIENTO DIRECTO HAYA ELIMINADO LA CAUSA,

DEFINICIONES,

LA SENSACIÓN CONOCIDA COMO DOLOR ES COMÚN A LAS SENSIBILIDADES - CUTÁNEAS, PROFUNDA Y VISCERAL, EN OTRAS PALABRAS, EXISTE EN CASI TODO EL CUERPO. PUEDE DEFINIRSE COMO UNA SENSACIÓN DESAGRADABLE, CON UN CONTENIDO AFECTIVO CONSIDERABLE (RESPUESTA SUBJETIVA) Y MAL LOCALIZADA,

ESTÍMULO ESPECÍFICO,- NO HAY ESTÍMULO ESPECÍFICO DEL DOLOR; LA - ESTIMULACIÓN POR CUALQUIER VARIEDAD DE ENERGÍA PRODUCE DOLOR SI ES SUFICIENTEMENTE INTENSA,

EL DOLOR ES LA SENSACIÓN MÁS PRIMITIVA, Y UNA DE LAS MÁS IMPOR-- TANTES. SE PIENSA EN GENERAL QUE LOS RECEPTORES DEL DOLOR SON - LAS TERMINACIONES NERVIOSAS LIBRES DE LAS FIBRAS MIELÍNICAS PE-- QUEÑAS. SON LOS RECEPTORES MÁS AMPLIAMENTE DISTRIBUIDOS DEL CUER PO, Y LOS HAY EN LA PIEL, CÓRNEA, VASOS SANGUÍNEOS, MÚSCULOS, -- TENDONES, ARTICULACIONES Y CASI TODAS LAS VÍSCERAS. EL UMBRAL DE EXCITABILIDAD DE ESTOS RECEPTRES ES ALTO; POR CONSIGUIENTE, LOS

ESTÍMULOS QUE LOS ACTIVAN SON DE INTENSIDAD TAL QUE CONSTITUYE --
UNA AMENAZA PARA LA SALUD Y LA VIDA. POR ESA RAZÓN, SE LLAMAN A
MENUDO NOCIOCEPTORES (NACERE, LESIONAR), PRODUCEN REFLEJOS DE --
PROTECCIÓN Y DEFENSA. POR SU VITAL IMPORTANCIA, LOS IMPULSOS DE
LOS NOCIOCEPTORES SIEMPRE TIENEN PREEMINENCIA EN LA ACTIVIDAD RE-
FLEJA DEL SISTEMA NERVIOSO.

CARACTERÍSTICAS.- EL DOLOR SE DESCRIBE DE DISTINTAS MANERAS: QUE
MANTE, PULSÁTIL, PUNZANTE, LANCINANTE. MUCHAS VECES, ESTAS DES--
CRIPCIONES IDENTIFICAN A LA SENSACIÓN A TRAVÉS DE SU DURACIÓN O
SU AGENTE CAUSAL. EL DOLOR PROLONGADO SE REFIERE A MENUDO COMO --
SENSACIÓN DE QUEMADURA, A PESAR DE QUE NO INTERVENGA ENERGÍA CA-
LÓRICA. UN DOLOR AGUDO SE CALIFICA DE VIVO Y DIFUSO; DEL DOLOR --
CONSTANTE, SE DICE A VECES QUE ES LENTO.

UNA EXPLICACIÓN DE LOS DISTINTOS ORÍGENES DE LAS SENSACIONES DOLO-
ROSAS, ES POR LOS TEJIDOS VECINOS EN RESPUESTA AL ESTÍMULO APLICA-
DO. ESTO EXPLICARÍA LA MALA LOCALIZACIÓN, LA PROPAGACIÓN APARENTE
DE LA SENSACIÓN EN LA ZONA AFECTADA, Y LA ESTRECHA RELACIÓN ENTRE
DOLOR Y LESIÓN TISULAR.

DOLOR REFERIDO.- SE PUEDE PRODUCIR DOLOR ESTIMULANDO UNA FIBRA --
NERVIOSA EN CUALQUIER LUGAR DE SU TRAYECTO, PERO LA SENSACIÓN --
SIEMPRE SE REFIERE O PROYECTA A LAS TERMINACIONES DE ESTE NERVIPO.
EL DOLOR NO SIEMPRE PUEDE LOCALIZARSE EXACTAMENTE, SOBRE TODO --
CUANDO ES INTENSO Y DE LARGA DURACIÓN, LA SENSACIÓN PARECE ENTON-
CES DIFUNDIR A REGIONES VECINAS, COMO EN UN DOLOR DE DIENTE.

ODONTOLOGIA

- ALIVIAR EL DOLOR ES UNA DE LAS OBLIGACIONES DEL DENTISTA. NO ES -

FÁCIL CUANDO LA CAUSA ES DESCONOCIDA, SE TIENE QUE HACER UNA CUIDADOSA SELECCIÓN CON EL OBJETO DE ELIMINAR, O POR LO MENOS, IDENTIFICAR LA ETIOLOGÍA INTRABUCAL A FIN DE INSTITUIR UN TRATAMIENTO PRECISO, SI LOS SÍNTOMAS SON VAGOS Y NO ESTÁN RELACIONADOS ENTRE SÍ SE DEBE CONTEMPLAR LA NECESIDAD DE ENVIAR AL PACIENTE CON EL ESPECIALISTA MÉDICO O DENTAL APROPIADO.

DOLOR DENTAL

- 1.- ODONTALGIA.- TEJIDOS DUROS Y BLANDOS TIPOS INTRABUCALES.
- 2.- DOLOR FUNCIONAL.- TRASTORNOS MIOGÉNICOS' POR EJEMPLO DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR, ETC.,
- 3.- DOLOR SINTOMÁTICO ASOCIADO-SINUSITIS, NEURALGIA, SÍNDROMES VASCULARES, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA, ETC.,
- 4.- DOLOR REFERIDO.- CUANDO LA CAUSA DEL DOLOR SE ENCUENTRA EN UN SITIO LEJANO AL IDENTIFICADO POR EL PACIENTE, POR EJEMPLO TUMOR O DOLOR QUE SE ORIGINA EN EL CUADRANTE OPUESTO, ETC.
- 5.- DOLOR PSICOLÓGICO.- MOLESTIA O HISTORIA RELACIONADA CON ANOMALÍAS BUCALES, CASI SIEMPRE SON DE ETIOLOGÍA SUBJETIVA, DEBE NOTARSE SIN EMBARGO QUE ES INDISPENSABLE AVERIGUAR SI EL DOLOR ORGÁNICO ES CAUSADO POR SÍNTOMAS ORGÁNICOS ANTES DE TOMAR UNA DECISIÓN FINAL.

CONTROL DEL DOLOR

EL DOLOR SIEMPRE ES EL PRINCIPAL SÍNTOMA QUE PRESENTA EL PACIENTE. EN EL POCO TIEMPO DISPONIBLE, DEBE SEGUIRSE UN ORDEN LÓGICO PARA:

- 1.- LOCALIZAR EL DOLOR MEDIANTE:
 - A.- RELATO DEL PACIENTE,

B.- EXAMEN RADIOGRÁFICO.

C.- PERCUSIÓN.

D.- PRUEBAS DE VITALIDAD PULPAR.

2.- DETERMINAR LA DURACION DEL DOLOR:

A.- PEDIR AL PACIENTE QUE DESCRIBA SU DOLOR, ES SORDO, AGUDO, INTERMITENTE O CONTÍNUO?

B.- AVERIGUAR CUÁL FUÉ EL PRIMER SIGNO DE MOLESTIA, FUÉ PROVOCADO POR PRESIÓN, CAMBIOS TÉRMICOS, ESTÍMULOS QUÍMICOS, DULCES O ACUMULACIONES DE MATERIALES DE DESECHO?

C.- DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD BUCAL GENERAL PARA CLASIFICAR AL PACIENTE.

3.- ALIVIO DEL DOLOR:

A.- BUSCÓ EL PACIENTE ALIVIO TOMANDO ANALGÉSICOS? EN QUÉ MOMENTO DESPUÉS DE TOMAR LOS ANALGÉSICOS SINTIÓ ALIVIO? POR EJEMPLO, FUÉ SUFICIENTE TOMAR ASPIRINA SIMPLEMENTE PARA CALMAR EL DOLOR?

B.- AYUDARON LAS APLICACIONES DE CALOR O FRÍO?

4.- TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO:

DEBE REALIZARSE EN EL MOMENTO, AL PACIENTE DE URGENCIA NO LE INTERESA OIR LA DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE TRATAMIENTO LE INTERESA MÁS EL ALIVIO DE SU DOLOR.

SE PUEDE ALIVIAR EL DOLOR DISMINUYENDO LA IRRITABILIDAD DEL NERVIOS, POR EJEMPLO POR COMPRESIÓN, FRÍO, FÁRMACOS (ANALGÉSICOS Y NARCÓTICOS COMO ASPIRINA, MORFINA, CODEÍNA, NOVOCAÍNA), O REDUCIENDO LA SENSIBILIDAD DE LAS CÉLULAS CEREBRALES, COMO EN LA ANESTESIA GENERAL.

PRESCRIPCIONES QUE SE UTILIZAN CON MÁS FRECUENCIA PARA ALIVIAR EL DOLOR.

1.- INDICACIÓN: ANALGÉSICO PARA ADULTOS CON DOLOR INTENSO (SE REQUIERE RECETARIO PARA NARCÓTICOS).

DEMEROL - 50 MG.

SEGÚN SEA NECESARIO PARA EL DOLOR.

2.- INDICACIÓN.- ANALGÉSICO PARA NIÑOS CON DOLOR INTENSO (SE REQUIERE RECETARIO PARA NARCÓTICOS),

DEMEROL (ELIXIR) 50 MG. POR ML 30 ML

TOMAR UNA O MEDIA CUCHARADA CADA 4 HORAS.

3.- INDICACIÓN.- ANALGÉSICO PARA NIÑOS CON DOLOR LEVE (SE REQUIERE RECETARIO PARA NARCÓTICOS),

CODEINA 15 MG, 20 TABLETAS

TOMAR UNA TABLETA CADA 4 HORAS

4.- INDICACIÓN.- ANALGÉSICO PARA NIÑOS CON DOLOR LEVE QUE NO TOLERAR TABLETAS (SE REQUIERE RECETARIO PARA NARCÓTICOS)

CODEINA (JARABE) -15 MG POR 5 ML.

50 ML, TOMAR UNA CUCHARADITA CADA 4 HRS.

5.- INDICACIÓN.- ANALGÉSICO PARA ADULTO CON DOLOR LEVE (SE REQUIERE RECETARIO PARA NARCÓTICOS).

CODEINA -30 MG 20 TABLETAS

TOMAR UNA TABLETA CADA 4 HRS.

6.- INDICACIÓN.- ANALGÉSICO PARA ADULTO CON DOLOR LEVE

DARVON - 65 MG 12 CÁPSULAS

TOMAR UNA CÁPSULA 4 VECES AL DÍA

TEMA IV

INTERACCION ENTRE DROGAS RECETADAS CON MAYOR FRECUENCIA POR EL ODONTOLOGO

CASI TODOS LOS DÍAS, EN LA PRÁCTICA DE LAS PROFESIONES DE LA SALUD, TENEMOS CONTACTO CON PACIENTES QUE EN ALGUNA FORMA PUEDEN HACER USO EXCESIVO DE DROGAS. ES MUY IMPORTANTE COMPRENDER ESTE PROBLEMA Y SUS POTENCIALES CONSECUENCIAS, ESPECIALMENTE COMO RESULTADO DE CUALQUIER TRATAMIENTO QUE PUEDE DARSE EN EL CONSULTORIO DENTAL.

ASI MISMO, ES IMPORTANTE QUE EL EQUIPO DE SALUD DENTAL PUEDA INTERACTUAR DE MANERA EFICAZ CON EL PACIENTE PARA SATISFACER SUS NECESIDADES.

INTERACCION DE LOS FARMACOS.

LOS EFECTOS DE UN FÁRMACO PUEDEN SER MODIFICADOS POR LA ADMINISTRACIÓN PREVIA O SIMULTÁNEA DE OTRO FÁRMACO Y A VECES SE MEJORA EL TRATAMIENTO HACIENDO USO PROCEDENTE DE LA MEDICACIÓN COMBINADA. COMO ES FRECUENTE QUE UN ENFERMO RECIBA 4 O 5 MEDICAMENTOS DURANTE UNA ENFERMEDAD, DEBE TAMBIÉN CONSIDERARSE LA COMBINACIÓN NO PLANEADA DE LOS EFECTOS DE LOS MEDICAMENTOS. LA INTERACCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS PUEDE RESULTAR DE ALTERARSE LA ABSORCIÓN, DISTRIBUCIÓN, BIOTRANSFORMACIÓN O EXCRECIÓN DE UN FÁRMACO POR OTRO O DE LA COMBINACIÓN DE SUS ACCIONES O EFECTOS.

INTERACCION ENTRE DROGAS QUE OCUPA EL ODONTOLOGO Y PACIENTES QUE TOMAN DROGAS.

EL ODONTÓLOGO DEBERÁ DETERMINAR SI LA DROGA QUE SE ENCUENTRA TO-

-MANDO EL PACIENTE Y LA DROGA QUE DEBE ADMINISTRAR REACCIONARÁ O NO DESFAVORABLEMENTE. POR EJEMPLO: PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN TOMANDO MEDICAMENTOS PRESCRITOS POR SU MÉDICO (ANTIDEPRESORES). Y SI EL DENTISTA DECIDE ADMINISTRAR ALGÚN ANALGÉSICO, NARCÓTICO, PARA ESTE PACIENTE, DEBERÁ DE EVITAR EL USO DE LA MEPERIDINA - - (DEMEROL) LA INTERACCIÓN ENTRE LA MEPERIDINA Y LAS DROGAS CON -- EFECTOS ANTIDEPRESORES, PUEDE PONER EN PELIGRO LA VIDA DEL PACIENTE POR INHIBICIÓN DE AMINO OXIDASA QUE PROVOCARÍA UNA SEVERA DEPRESIÓN.

INTERACCION ENTRE DROGAS Y ENFERMEDAD.

SE DEBE DETERMINAR SI CADA DROGA QUE SE ADMINISTRE REACCIONARÁ - DESFAVORABLEMENTE CON ALGÚN TRASTORNO EXISTENTE. POR EJEMPLO: SI SE DETERMINA QUE ES NECESARIO DISMINUIR EL FLUJO DE SALIVA PARA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTES CON GLAUCOMA, SE TIENE QUE EVITAR ADMINISTRAR UN ANTICOLINERGICO CON PROPIEDADES SIMILARES A LOS DE LA ATROPINA. TALES AGENTES ANTICOLINÉRGICOS PUEDEN PROVOCAR AUMENTO DEL LÍQUIDO INTRAOCULAR.

INTERACCION DE PROCEDIMIENTO Y DROGA.

SI EL ODONTÓLOGO IGNORA QUE SU PACIENTE SE ENCUENTRA TOMANDO -- GRANDES DOSIS DE UN ANTICUAGULANTE POR VÍA ORAL COMO PUEDE SER EL CASO DE UN PACIENTE CON INFARTO RECIENTE O UNA PERSONA CON UNA - TROMBOFLEBITIS Y PROCEDE HACER EXTRACCIONES MÚLTIPLES, LA SITUACIÓN DE URGENCIA RESULTANTE SERÁ GRAVE, YA QUE POR EL EFECTO DEL ANTICOAGULANTE SE PRESENTARÁ UNA HEMORRAGIA MASIVA QUE PUEDE COMPROMETER LA INTEGRIDAD DEL PACIENTE, SIENDO ESTO UN EJEMPLO - DE ESTE TIPO DE INTERREACCIONES.

PREVENCIÓN DE INTERACCIONES.

SABEMOS QUE LA GRAN MAYORÍA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS QUE ESTÁN BAJO CONTROL MÉDICO -ESTE SE HACE MEDIANTE DROGAS-, POR LO CUAL, EL ODONTÓLOGO DEBERÁ DE PREVENIR INTERACCIONES DESFAVORABLES EN PACIENTES QUE PADEZCAN ESTE TIPO DE ENFERMEDADES. POR EJEMPLO: - UN PACIENTE DIABÉTICO CONTROLADO CON INSULINA O CON CLOROPROPAMIDA; UN PACIENTE HIPERTENSO CONTROLADO CON RESERPINA, UN PACIENTE EPILÉPTICO CONTROLADO CON DIFENILHIDANTOINA, EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA CONTROLADO CON DIGITALES, ETC.,

EL DENTISTA USA DROGAS QUE PUEDEN DESEQUILIBRAR O ALTERAR EL DELICADO CONTROL EN QUE SE ENCUENTRA LA ENFERMEDAD CRÓNICA. ESTE - DESEQUILIBRIO ES EL RESULTADO DE UNA INTERACCIÓN, APROPIADO COMO UNA EXACERBACIÓN DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA O COMO SIGNOS DE SOBREDOSIFICACIÓN DE LA DROGA QUE SE UTILIZÓ PARA CONTROLAR LA ENFERMEDAD. SI LA INTERACCIÓN DE LA DROGA QUE ADMINISTRA EL DENTISTA AUMENTA LOS EFECTOS DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA O DISMINUYE LOS - - EFECTOS DE LA DROGA QUE CONTROLA LA ENFERMEDAD, SE PRODUCE UNA - EXACERBACIÓN DE ESTE TRASTORNO. SI SUCEDE LO CONTRARIO, SIENDO - QUE LA DROGA ADMINISTRADA AUMENTA EL EFECTO DE LA DROGA QUE CONTROLA LA ENFERMEDAD O DISMINUYE LOS EFECTOS DE LA ENFERMEDAD, -- APARECERÁN SEÑALES DE DOSIFICACIÓN DE LA DROGA UTILIZADA PARA EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD,

EN EL CASO DEL PACIENTE DIABÉTICO CONTROLADO CON CLOROPROPAMIDA (DIABENESE) SI EL DENTISTA PRESCRIBE O ADMINISTRA ASPIRINA, SE -- PRODUCIRÁ UN DESEQUILIBRIO Y EL PACIENTE PUEDE TENER UN CHOQUE - HIPOGLUCEMICO YA QUE LA ASPIRINA AUMENTA LOS EFECTOS DE LA DROGA

QUE CONTROLA LA ENFERMEDAD LO QUE DA COMO RESULTADO SÍNTOMAS DE SOBREDOSIFICACIÓN.

EN OTRO CASO, EN UN PACIENTE QUE PADECE ÚLCERA PÉPTICA Y ESTÁ -- CONTROLADO CON METANTELINA (BANTHAINÉ) Y UN ANTIACIDO, FOSFATO - DE ALUMINIO. SI SE LE PRESCRIBEN GRANDES DOSIS DE SALICILATOS O AGENTES ANTI-INFLAMATORIOS A BASE DE ESTEROIDES, SE PRESENTARÁ UN DESEQUILIBRIO DE ESTA SITUACIÓN CONTROLADA Y EL PACIENTE REVELA-- RÁ UN AUMENTO DE LA ULCERACIÓN PEPTICA.

LOS SALICILATOS PUEDEN IRRITAR LA MUCOSA GÁSTRICA Y LOS GLUCOCÓR TICOIDES PUEDEN AUMENTAR LA ACIDEZ GÁSTRICA. CUALQUIERA DE ESTOS EFECTOS AUMENTARÍA EL DESEQUILIBRIO, LO QUE DARÍA COMO RESULTADO UNA EXACERBACIÓN DE LA ENFERMEDAD.

INTERACCION ENTRE DROGAS RECETADAS CON MAYOR FRECUENCIA POR EL --
ODONTOLOGO:

<u>DROGA DE ELECCIÓN</u>	<u>DROGA CON LA QUE REACCIONA</u>	<u>POSIBLE INTERACCIÓN</u>
ANALGÉSICO (NO NARCÓTICOS) ASPIRINA (SALICILATOS)	ANTICOAGULANTE (COUMARIN) HIPOGLUCÉMICOS BUCALES (SULFONILUREAS) DIFENILHIDANTOINA (DILANTINA),	POTENCIALIZA EL ANTI COAGULANTE. AUMENTA EL EFECTO HIPOGLUCÉMICO. GRANDES DOSIS DE ASPIRINA -- AUMENTA EL EFECTO ANTICONVULSIVAMENTE,
ACETAMINOFEN (TEMPRA, TILANOL)	ANTICOAGULANTE (COUMARIN)	POTENCIALIZA EL ANTI COAGULANTE,
ANALGÉSICOS (NARCÓTICOS) COMO GRUPO GENERAL DE DROGAS	TRANQUILIZANTES FENOTIACÍNICOS, TODOS LOS SEDANTES E HIPNÓTICOS, O CUALQUIER DEPRESOR DE LA RESPIRACIÓN, INHIBIDORES DE LA OXIDASA MONOAMÍNICA (PARNATE, MAPLAN, ETC.),	POTENCIALIZA LA SEDACIÓN Y LA DEPRESIÓN RESPIRATORIA. POTENCIALIZACIÓN EXIGE DOSIS REDUCIDAS,
MEPERIDINA DEMEROL	ATROPINA .	EFFECTO AUDITIVO
ANESTÉSICOS (LOCALES)	DEPRESORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y DEPRESORES CARDIOVASCULARES,	EL EFECTO DE LOS DEPRESORES PUEDE SER AUMENTADO,
PROCAINA	INHIBIDORES DE LA OXIDASA MONOAMÍNICA SULFONAMIDAS	PUEDE AUMENTAR EL EFECTO DE LA PROCAINA PUEDE DISMINUIR EL EFECTO DE LA SULFONAMIDAS,
VASOCONSTRICTORES Y OTRAS DROGAS AUTÓNOMICAS ADRENALINA	DEXTROTIROXINA (CLOXIN)	LA INSUFICIENCIA CORONARIA ES PRECIPITADA EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE CARDIOPATÍAS CORONARIAS,

<u>DROGA DE ELECCIÓN</u> SIMPATOMIMÉTICOS	<u>DROGA CON LA QUE REACCIONA</u> ISOPROTERENOL (ISUPREL), INHIBIDORES DE LA OXIDASA MONOAMÍNICA, O ANTIHISTA- MÍNICOS, ANTIDEPRESORES TRICICLICOS (ELAVIL, PERTOGRANE, TRO- FRANIL, AVENIL, VIVACTIL)	<u>POSIBLE INTERACCIÓN</u> POTENCIALIZAN LOS - EFECTOS DE LA DROGA NO USARLOS SIMULTÁ- NEAMENTE. PUEDE AU- MENTAR LA ACTIVIDAD DE CUALQUIER DE ELLOS
ANTIBIÓTICOS PENICILINA	ASPIRINA Y FENILBUTAZONA (BUTAZOLIDINA)	AUMENTA LA ACCIÓN DE LA PENICILINA POR DESPLAZA- MIENTO DEL SITIO DE UNIÓN,
	TETRACICLINAS Y AGENTES BAQ TERIOSTÁTICOS (CLORANFENI- COL, SULFAS, ETC.) ANTIÁCIDOS (DIVALENTES Y TRIVALENTES),	INTERFIEREN EN EL SI- TIO DE ACCIÓN DE LA PENICILINA. HACEN IN- SOLUBLE LA PENICILINA Y REDUCEN LA ABSORCIÓN
TETRACICLINAS	PENICILINA	INHIBE LA ACCIÓN DE LA PENICILINA
	ANTICOAGULANTES	AUMENTA LA ACCIÓN DE LOS ANTICOAGULANTES, POR DESTRUCCIÓN DE LA FLORA GASTROINTESTINAL QUE SINTETIZA LA VITA- MINA K.
	ANTIÁCIDOS (IONES DIVALEN- TES Y TRIVALENTES) Y LECHE	LOS IONES METÁLICOS PESADOS FORMAN COMPLE- JOS INSOLUBLES QUE NO SON ABSORBIDOS EN EL CONDUCTO GASTROINTES- TINAL.
LINCOMICINA (LINCOCIN) VÍA ORAL	KAOPECTATE	REDUCE LA ABSORCIÓN DEL LINCOCIN, SE RECOMIENDA NO USAR NADA POR VÍA BU- CAL DOS HORAS ANTES O DESPUÉS DE TOMAR LINCQ CIN POR VÍA BUCAL.

TEMA V

DROGAS Y EQUIPO DE URGENCIAS

TOMANDO EN CUENTA QUE LA INTEGRIDAD DEL PACIENTE ESTÁ EN PRIMER TÉRMINO, TODO CONSULTORIO DEBERÍA ESTAR EQUIPADO CON UN CARRO DE URGENCIA EN EL QUE SE TRANSPORTEN TODOS LOS INSTRUMENTOS NECESARIOS PARA ATENDER CUALQUIER TIPO DE URGENCIA.

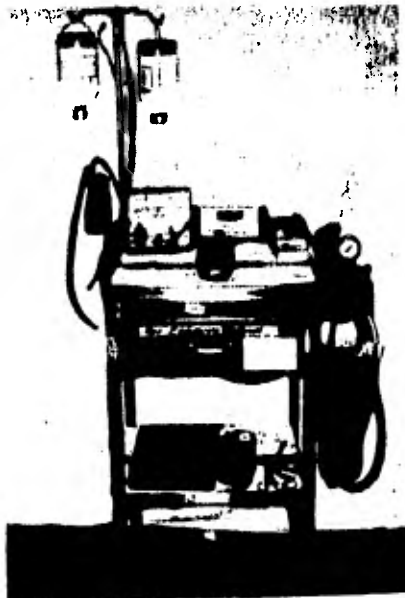
LOS MEDICAMENTOS Y EQUIPO APROPIADOS, DISTRIBUIDOS EN DIVERSAS ÁREAS SEPARADAS DEL CONSULTORIO NO SERÁN BENÉFICOS CUANDO SE DISPONE DE POCO TIEMPO Y DE ESCASA AYUDA. EL CARRO DEBE DE SER MÓVIL PARA QUE SE PUEDA DESPLAZAR A CUALQUIER PARTE DEL CONSULTORIO DENTAL INCLUYENDO LA SALA DE ESPERA, SE LE FIJARÁ EL RÓTULO DE "CARRO DE URGENCIAS" Y SE LE CUBRIRÁ CON UNA CUBIERTA DE PLÁSTICO PARA CONSERVAR LOS INSTRUMENTOS LO MÁS LIMPIOS POSIBLE. PARA EVITAR EL EXTRAVÍO DE INSTRUMENTOS DE URGENCIAS, COMO AGUJAS O JERINGAS RELATIVAMENTE ACCESIBLES, EL CARRO DEBERÁ AMARRARSE Y CERRARSE. TRAS UNA VERIFICACIÓN PERIÓDICA DEL CARRO DE URGENCIAS, DURANTE LA CUAL SE CAMBIARÁN MEDICAMENTOS CADUCOS, BATERIAS DESGASTADAS Y SOLUCIONES ALTERADAS, SE CERRARÁ OTRA VEZ EL CARRO Y SE ENGRAPARÁ AL NUDO UNA TARJETA CON LA FECHA DE LA VERIFICACIÓN. SI ALGUNA PERSONA EXTRAE ALGO DEL CARRO DE URGENCIA, ESTO SERÁ NOTORIO YA QUE DEBERÁ ROMERSE EL NUDO.

PRECAUCIONES SENCILLAS COMO ÉSTAS PUEDEN AHORRAR INNUMERABLES MOMENTOS DE APRENSIÓN INNECESARIA.

EL CARRO DE URGENCIA DEBE CONTENER LOS ARTÍCULOS BÁSICOS SIGUIENTES:

1. ESTETOSCOPIO
2. ESFIGMOMANÓMETRO
3. SOLUCIÓN AMONIACAL
4. OXÍGENO A PRESIÓN POSITIVA
5. MASCARILLA FACIAL COMPLETA
6. EQUIPO PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA
7. UN FRASCO DE 500 ML. DE SOLUCIÓN DE DEXTROSA A 5% PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA
8. CÁNULAS BUCOFARÍNGEAS DE DIVERSOS TAMAÑOS.
9. APARATO PORTÁTIL DE SUCCIÓN.
10. CRONÓMETRO.
11. FORMA DE CONTROL DE URGENCIA Y PLUMA.
12. JERINGAS Y AGUJAS DE DIVERSOS TAMAÑOS
13. TORUNDAS CON ALCOHOL
14. TORNQUETE
15. TELA ADHESIVA.

CARRO DE URGENCIAS



ESTOS SON LOS UTENSILIOS MÍNIMOS NECESARIOS DE UN CARRO DE URGENCIA.

CADA UNO DE ELLOS ES NECESARIO PARA QUE CON EL EQUIPO DE URGENCIA SE DETERMINEN LAS REACCIONES FUNCIONALES BÁSICAS COMO LA PRESIÓN ARTERIAL Y EL PULSO, SE APLIQUE LA ASISTENCIA RESPIRATORIA DE URGENCIA, SE ESTABLEZCA UNA VÍA DIRECTA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS MEDIANTE UN EQUIPO DE INFUSIÓN INTRAVENOSA, Y REGISTRE CADA INCIDENTE Y SU DURACIÓN EN RELACIÓN CON EL PRINCIPIO DE LA SITUACIÓN DE URGENCIA, ÉSTE ÚLTIMO FACTOR ES SUMAMENTE IMPORTANTE. EL AUXILIAR DEBE TOMAR NOTA DEL MOMENTO DE INICIO DEL TRASTORNO URGENTE Y DEBE PONER EN MARCHA EL CRONÓMETRO.

A MEDIDA QUE SE APLICA CADA FASE DEL TRATAMIENTO DE URGENCIA, DEBE REGISTRARSE EN LA FORMA DE CONTROL DE URGENCIA, ESTO INCLUYE EL REGISTRO DE LA PRESIÓN ARTERIAL, LA FRECUENCIA DEL PULSO Y LOS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS, ASÍ COMO SU DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN.

OXIGENO.

EL OXÍGENO ES EL ELEMENTO MÁS IMPORTANTE PARA LA SUPERVIVENCIA DEL HOMBRE, ES UTILIZADO POR TODAS LAS CÉLULAS DEL CUERPO COMO UN INGREDIENTE BÁSICO DEL METABOLISMO CELULAR, DESEMPEÑA UNA FUNCIÓN IMPORTANTE EN LA ELIMINACIÓN DEL BIÓXIDO DE CARBONO DE LAS CÉLULAS A TRAVÉS DE LOS PULMONES.

A DIFERENCIA DE MUCHAS OTRAS SUBSTANCIAS, EL CUERPO NO PUEDE ALMACENAR OXÍGENO PARA SU UTILIZACIÓN FUTURA, POR LO TANTO, UNA VEZ QUE SE HA AGOTADO LA FUENTE DE OXÍGENO, OCURRE UNA DEFICIENCIA CELULAR DEL MISMO CASI DE INMEDIATO, ALGUNOS TEJIDOS SON AFECTADOS MÁS RÁPIDAMENTE QUE OTROS, SIENDO EL ENCÉFALO UNO DE LOS ÓRGANOS

1 Apertura de la válvula del tanque de oxígeno.



3 Coloque firmemente la máscara facial sobre la boca y la nariz del paciente para asegurar la administración de una máxima concentración de oxígeno. La válvula de exhalación debe estar abierta por completo.



2 Ajuste de la válvula de flujo de oxígeno.



4

Si es necesario impulsar oxígeno hacia los pulmones (1) gire la válvula en dirección retrógrada hasta obtener la presión deseada (2). Apriete en forma repetida la bolsa de respiración hasta que se establezca la respiración natural.



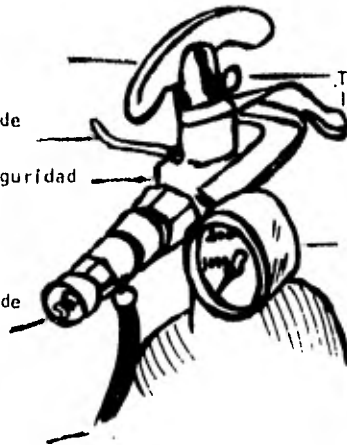
Válvula manual del tanque de oxígeno.

Gancho de soporte de la máscara.

Mascarilla para seguridad

Válvula del flujo de oxígeno

Tubo de conexión a la máscara.



Tornillo para asegurar la llave.

Llave manual de fijación.

Medidor de la presión del tanque (muestra el contenido del cilindro).

Cilindro de oxígeno.

DEL CUERPO QUE MÁS DEPENDE DE ESTE ELEMENTO.

CUANDO SE PRESENTA HIPOXIA (FALTA DE OXÍGENO) OCURRE UNA RETENCIÓN DE BIÓXIDO DE CARBONO (HIPERCAPNIA), ESTO AUMENTA LA ACIDEZ DE LOS TEJIDOS Y PROVOCA LA MUERTE DE LAS CÉLULAS, SI NO SE ATACA ESTE TRASTORNO, SE PRODUCE MUERTE DEL CUERPO, POR LO TANTO ES MUY IMPORTANTE QUE EN TODO CONSULTORIO DENTAL SE CUENTE CON UN SUMINISTRO URGENTE DE OXÍGENO PARA QUE SE UTILICE EN CASO DE INSUFICIENCIA O PARO RESPIRATORIOS.

HAY DOS MÉTODOS BÁSICOS MEDIANTE LOS CUALES SE PUEDE LOGRAR ESTO: 1) LA ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO A 100%, Y 2) EL USO DEL AIRE DE LA HABITACIÓN.

EL MEDIO MÁS EFICAZ DE RESPIRACIÓN ARTIFICIAL ES PROPORCIONAR AL PACIENTE UN SUMINISTRO DE OXÍGENO A 100%, PUESTO QUE LA MÍNIMA CONCENTRACIÓN DE OXÍGENO REQUERIDA ES SÓLO DE 20%, DICHO SUMINISTRO ELIMINA CUALQUIER DEFICIENCIA HÍSTICA QUE SE HAYA ORIGINADO Y PROPORCIONA UN AMPLIO MARGEN DE SEGURIDAD DURANTE LOS ESFUERZOS DE RESUCITACIÓN, LA FORMA MÁS CONVENIENTE DE ALMACENAR OXÍGENO A 100% EN EL CONSULTORIO DENTAL ES EL USO DE UN CILINDRO TIPO "E", LOS CILINDROS QUE CONTIENEN GASES SE DESIGNAN CON LAS LETRAS "A" "B" "C" "D", ETC., SEGÚN SU TAMAÑO, EL CILINDRO "E" ES UN RECIPIENTE QUE MIDE 76 CM. DE ALTURA, 11 CM. DE ANCHO Y PESA 8,5 KG, EL OXÍGENO QUE CONTIENE ESTÁ A UNA PRESIÓN DE 168,7 KGS. POR CM², EN SU EXTREMO SUPERIOR EL CILINDRO TIENE UNA VÁLVULA PARA ABRIR Y CERRAR LA SALIDA DE OXÍGENO, NO DEBE PERMITIRSE QUE EL OXÍGENO DEL TANQUE SALGA DIRECTAMENTE A LA MASCARILLA Y A LA BOLSA DE OXÍGENO A LA PRESIÓN QUE SE ENCUENTRA EN EL TANQUE, PUES SE ROM--

-PERÍAN LOS CONDUCTOS DE HULE ASÍ COMO LA BOLSA DE DEPÓSITO, Y SE DAÑARÍA EL SISTEMA, PARA EVITAR ESTO, SE COLOCA UNA VÁLVULA REDUCTORA O ALGÚN OTRO DISPOSITIVO REGULADOR ENTRE EL CUELLO DEL TANQUE Y EL PACIENTE, LO CUAL REDUCIRÁ LA PRESIÓN DE 168.7 KG. POR CM,² A UNA PRESIÓN QUE PUEDA SER TOLERADA POR LOS PULMONES DEL PACIENTE.

EL VOLUMEN DE OXÍGENO QUE SALE POR LA MÁSCARA Y SE SUMINISTRA AL PACIENTE SE MIDE EN LITROS POR MINUTO, ALGUNOS EQUIPOS CUENTAN CON AGUJAS QUE INDICAN EL VOLUMEN DE SALIDA.

ANTE LA PRESENCIA DE UNA URGENCIA, PRIMERO DEBE ABRIRSE EL TANQUE HACIENDO GIRAR LA MANIJA DEL EXTREMO SUPERIOR DEL MISMO, ESTO PERMITIRÁ LA SALIDA DE OXÍGENO. LUEGO, SE HARÁ GIRAR EL MEDIDOR DE FLUJO PARA QUE EL OXÍGENO FLUYA HACIA LA MÁSCARA. SE CALIBRARÁ EL FLUJO A UNA VELOCIDAD QUE PERMITA EL LLENADO DE LA BOLSA DE DEPÓSITO AL AJUSTAR LA MÁSCARA A LA CARA DEL PACIENTE. ESTO PERMITIRÁ QUE EL OPERADOR APRIETE LA BOLSA CON SU MANO IZQUIERDA PARA PRODUCIR PRESIÓN POSITIVA. A UN FLUJO DE 3 LITROS POR MINUTO, EL CILINDRO "E" DEBE DURAR CINCO HORAS Y MEDIA. SIN EMBARGO, EN LA ATENCIÓN DE URGENCIAS, LA VELOCIDAD DE FLUJO SUELE SER MÁS ALTA Y NO ES RARO QUE EL CILINDRO SE VACÍE POR COMPLETO EN EL TÉRMINO DE -- UNA HORA, POR ESO ES IMPORTANTE QUE EN EL CARRO DE URGENCIAS SE TENGA SIEMPRE DE RESERVA CUANDO MENOS UN CILINDRO DE OXÍGENO.

AL CAMBIAR LOS TANQUES, DEBE TENERSE MUCHO CUIDADO EN NO ACERCAR A ÉSTOS GRASA DE ALGUNA LLAVE O CUALQUIER OTRO HIDROCARBURO COMO EL TETRACLORURO DE CARBONO, PUES SE CORRE EL PELIGRO DE PRODUCIR UNA EXPLOSIÓN MORTAL. ESTO SE DEBE AL HECHO DE QUE SE PRODUCE -- GRAN CANTIDAD DE CALOR CUANDO EL OXÍGENO A UNA PRESIÓN DE 168.7 -

KG. CM.² SALE DEL TANQUE, POR LO TANTO SI SE UTILIZAN CUALESQUIERA HERRAMIENTAS PARA CAMBIAR TANQUES, DEBERÁN SER ETIQUETADAS CON CLARIDAD Y UTILIZADAS SÓLO PARA ESE FIN.

EL SEGUNDO MÉTODO CONSISTE EN UTILIZAR EL OXÍGENO DEL AIRE DE LA HABITACIÓN Y PUEDE SER ADECUADO EN SITUACIONES DE URGENCIA HASTA QUE PUEDA ADMINISTRARSE OXÍGENO A 100%. EL MEJOR EJEMPLO DE ESTE SISTEMA ES LA BOLSA TIPO ÁMBÚ, ÉSTA CONSISTE EN UNA MÁSCARA QUE CUBRE TODO EL ROSTRO, UNA BOLSA DE DEPÓSITO Y UNA VÁLVULA BIDIRECCIONAL QUE PERMITE EL LLENADO DE LA BOLSA CON EL AIRE DE LA HABITACIÓN Y LUEGO LO IMPULSA A TRAVÉS DE LA MÁSCARA CUANDO SE COMPRIME LA BOLSA.

AMBOS MÉTODOS DE ADMINISTRACIÓN DEPENDEN DE LA EXISTENCIA DE UNA VÍA AÉREA PERMEABLE. CUALQUIER OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA, DESDE SU EXTREMO EN LOS LABIOS Y LAS FOSAS NAALES HASTA SU OTRO EXTREMO EN LOS ALVEOLOS DE LOS PULMONES, VOLVERÁN INÚTILES LOS ESFUERZOS DE RESUCITACIÓN. LA OBSTRUCCIÓN EN LA PARTE SUPERIOR DE LA VÍA AÉREA DE LOS LABIOS A LA FARINGE, PUEDEN ELIMINARSE EN EL CONSULTORIO DENTAL. PARA ELLO SE NECESITA INSPECCIONAR LA CAVIDAD BUCAL PARA DETERMINAR LA CAUSA DE LA OBSTRUCCIÓN Y, SI ES POSIBLE, ELIMINARLA. UN MEDIO EFICAZ PARA ESTABLECER UNA VÍA AÉREA SUPERIOR PERMEABLE CONSISTE EN LA APLICACIÓN DE UNA CÁNULA BUCOFARÍNGEA. ÉSTA ES UN TUBO DE HULE O DE PLÁSTICO DISEÑADO DE TAL FORMA

QUE PROTRUYE UNA VEZ QUE PASA LA BASE DE LA LENGUA AL INTRODUCIR-
LA EN LA BOCA. EL CENTRO DE LA CÁNULA ES HUECO Y CREA UNA VÍA ---
ABIERTA DESDE LOS LABIOS HASTA LA FARINGE. DEBE TENERSE CUIDADO -
EN TIRAR DE LA LENGUA HACIA ADELANTE DURANTE LA COLOCACIÓN DE LA
CÁNULA PARA QUE NO OBSTRUYA LA FARINGE.

LA OBSTRUCCIÓN EN EL TERCIO MEDIO DE LA CÁNULA, DESDE LA EPIGLO-
TIS, HASTA LOS PULMONES, NO ES FÁCIL DE TRATAR EN EL CONSULTORIO
DENTAL, POR LO GENERAL, REQUIERE PRACTICAR UNA TRAQUEOSTOMÍA, IN-
TERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA ABRIR LA VÍA RESPIRATORIA ABAJO DE LA
OBSTRUCCIÓN.

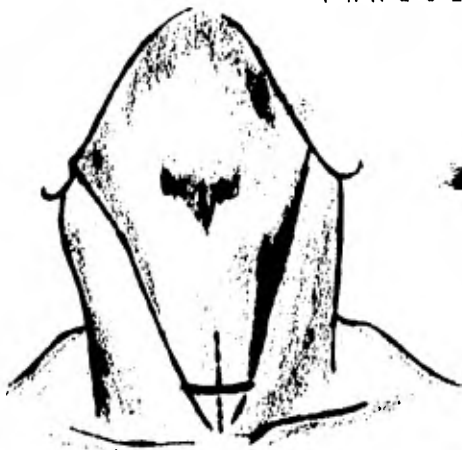
UNA ALTERNATIVA EFICAZ A LA TRAQUEOSTOMÍA, Y REALIZABLE CON MAYOR
FACILIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL, ES LA CONIOTOMÍA.

ESTO REQUIERE LA COLOCACIÓN DE UN TUBO CIRCULAR EN LA TRÁQUEA, -
INMEDIATAMENTE ABAJO DEL CARTÍLAGO TIROIDES.

PARA ESTO SE NECESITA SÓLO UN PAR DE TIJERAS Y EL PRACTICAR LA -
CRICOTIROIDOTOMÍA ADECUADA.

ES UN PROCEDIMIENTO QUE PUEDE SALVAR VIDAS EN DETERMINADAS CIR--
CUNSTANCIAS Y DEBE SER CONOCIDO POR TODO ODONTÓLOGO.

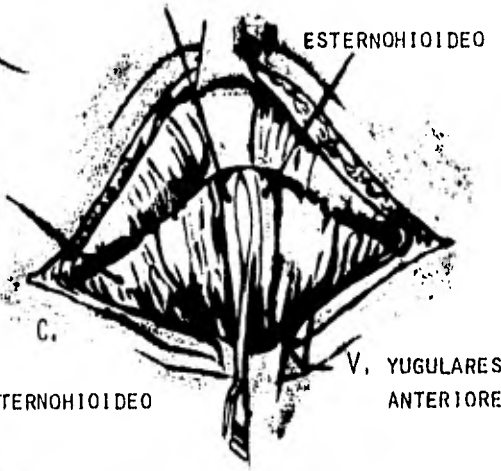
TRAQUEOSTOMIA



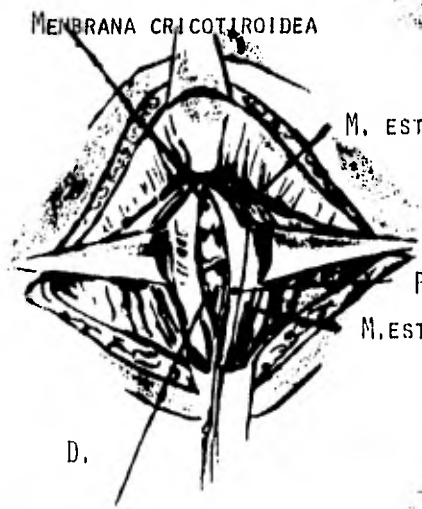
A.
M. ESTERNOMASTOIDEO



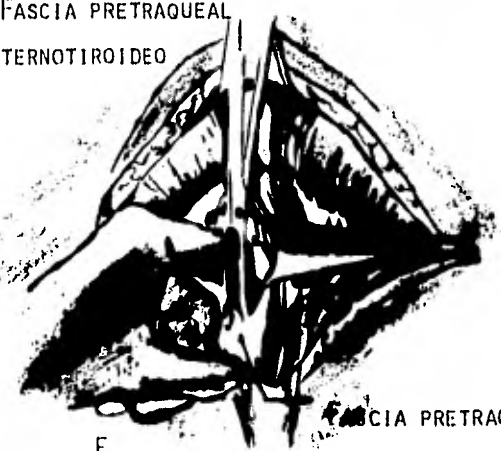
B
APONEUROSIS



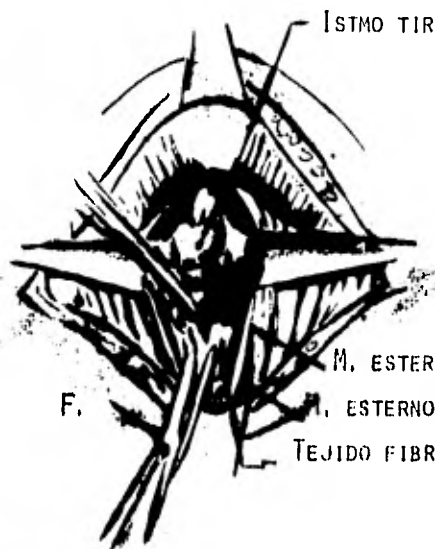
C.
ESTERNOHIOIDEO
V. YUGULARES ANTERIORES



D.
MEMBRANA CRICOTIROIDEA
M. ESTERNOHIOIDEO
FASCIA PRETRAQUEAL
M. ESTERNOTIROIDEO
ISTMO DEL TIROIDES.



E.
FASCIA PRETRAQUEAL



ISTMO TIROIDEO

M. ESTERNOHIOIDEO

M. ESTERNOTIROIDEO

TEJIDO FIBROAREOLAR



TRAQUEOSTOMIA.

LA TRAQUEOSTOMÍA PUEDE EFECTUARSE COMO OPERACIÓN ELECTIVA O DE -
URGENCIA, A MENUDO SE HACE COMO INTERVENCIÓN DE URGENCIA.

ILUSTREMOS LA TÉCNICA DE LA TRAQUEOSTOMÍA.

- A. LA ILUSTRACIÓN INDICA LAS DOS INCISIONES EMPLEADAS, TRANSVER-
SAL Y LONGITUDINAL; ES PREFERIBLE LA TRANSVERSA.
- B. LA INCISIÓN SE PROFUNDIZA POR EL PLANO DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO;
OBSÉRVESE SU CONTINUACIÓN POR LAS FIBRAS DEL MÚSCULO CUTÁNEO
DEL CUELLO SUBYACENTE.
- C. SE SEPARAN PERFECTAMENTE COLGAJO SUPERIOR E INFERIOR DE PIEL,
GRASA SUBCUTÁNEA Y CUTÁNEO DEL CUELLO; CON BISTURÍ, SE SECCIO
NA EN LA LÍNEA MEDIA LA CAPA ANTERIOR DE LA APONEUROSIS CERVI
CAL PROFUNDA.
- D. SE SEPARAN LOS MÚSCULOS ESTERNOHIOIDEOS, Y PUEDEN VERSE LOS -
BORDES ANTERIORES SUBYACENTES DE LOS MÚSCULOS ESTERNOTIROIDEOS.
SE PRACTICA UNA INCISIÓN EN LA CAPA MEDIA O PRETRAQUEAL DE LA
APONEUROSIS CERVICAL PROFUNDA, PARA DESCUBRIR EL ISTMO DE LA
GLÁNDULA TIROIDES.
- E. EL CIRUJANO INTRODUCE EL ÍNDICE IZQUIERDO DEBAJO DE LA FASCIA
PRETRAQUEAL, Y LA INCISIÓN EN ELLA SE EXTIENDE CAUDALMENTE POR
DISECCIÓN CON TIJERAS.
- F. SE COMPLETÓ LA INCISIÓN DE LA FASCIA PRETRAQUEAL, Y SE DESCU-
BRIÓ UNA PARTE DE LA TRÁQUEA. CON PINZAS DE DISECCIÓN, SE TO-
MA EL BORDE INFERIOR DEL ISTMO DEL TIROIDES Y POR DISECCIÓN -
CON TIJERAS SE CORTAN SUS INSERCCIONES CON LA CARA ANTERIOR DE
LA PORCIÓN PROXIMAL DE LA TRÁQUEA.
- G. SE SEPARA HACIA ARRIBA EL ISTMO DEL TIROIDES; LA LÍNEA DE GUIO

-NES INDICA EL SEGMENTO OVALADO DE TRÁQUEA QUE VA A EXTIRPARSE, QUE INCLUYE UN SEGMENTO DEL TERCER ANILLO, Y FRECUENTEMENTE DEL CUARTO, NO SE ABRE LA TRÁQUEA MÁS ARRIBA, PARA PREVENIR LA ESTENOSIS LARÍNGEA ULTERIOR. INMEDIATAMENTE ANTES DE ABRIR LA TRÁQUEA, SE INYECTAN DENTRO DE ELLA 8 A 10 GOTAS DE COCAÍNA AL 10%. ESTA MANIOBRA ORIGINALMENTE ACONSEJADA POR SIR ST. CLAIR THOMSON, DISMINUYE LA TOS AL ABRIR LA TRÁQUEA.

H. SE ESTÁ COMPLETANDO EL CORTE DE LAS INSERCIONES RESTANTES DEL SEGMENTO OVALADO DE LA PORCIÓN TRAQUEAL ANTERIOR (H) ANTES DE INTRODUCIR LA CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA (I) EN EL ADULTO, SUELEN EMPLEARSE CÁNULAS DE NÚMEROS 5 Y 6. EN NIÑOS Y ADOLESCENTES PUEDEN USARSE CÁNULAS DESDE EL NÚMERO 0 AL NÚMERO 4.

J. SE INTRODUCE LA CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA Y SE QUITA EL OBTURADOR, PARA COMPLETAR LA OPERACIÓN. PUEDEN PONERSE UNO O DOS PUNTOS DE PIEL, PARA APROXIMAR SIN TENSIÓN LOS LABIOS CUTÁNEOS. ESTE TIPO DE HERIDA SIEMPRE ESTÁ POTENCIALMENTE INFECTADA Y, POR ELLO SE EVITA LA SUTURA APRETADA O EN CAPAS DE LA INCISIÓN, A VECES NO SE EMPLEAN SUTURAS Y LA HERIDA SE CUBRE CON COMPRESAS DE GASA HÚMEDAS Y ESTÉRILES.

DROGAS DE URGENCIAS

- 1.- DROGA.- (VALIUM) DIAZEPAN.
DOSIFICACIÓN: DE 5 A 10 MG.
ADMINISTRACIÓN: ORAL, INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA.
INDICACIONES: HISTERIA, CONVULSIONES.
- 2.- DROGA.- SOLU-MEDROL SUCCINATO DE METILPREDNISOLONA
DOSIFICACIÓN: 15-30 MG. X KG. DE PESO.
ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA.
INDICACIONES: CHOQUE PROFUNDO, SENSIBILIDAD AGUDA, ANAFILAXIA, CRISIS SUPRARRENAL, Y CHOQUE QUE NO REACCIONA A LOS MÉTODOS HABITUALES.
- 3.- DROGA.- SULFATO DE MORFINA.
DOSIFICACIÓN: 10 MG.
ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSO, SUBLINGUAL.
INDICACIONES: DOLOR GRAVE DE INFARTO AL MIOCARDIO.
- 4.- DROGA.- BENADRYL.- CLORHIDRATO DE DIFENHIDRAMINA
DOSIFICACIÓN: 25 A 50 MG. POR VÍA ORAL, 3 VECES AL DÍA Ó PARENTERAL DE 1 A 5 ML.
ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR, VENOSA U ORAL.
INDICACIONES: (ANTHISTAMINICO) REACCIONES ALÉRGICAS.
- 5.- DROGA.- EFEDRINA.
DOSIFICACIÓN: DE 15 A 25 MG.
ADMINISTRACIÓN: INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA, SUBLINGUAL.
INDICACIONES: (HIPOTENSIÓN) PRESIÓN ARTERIAL 80/60, ASOCIADO CON CHOQUE PRIMARIO.
- 6.- DROGA.- ADRENALINA (SOLUCIÓN 1:1 000) (1 MG. POR ML.)
DOSIFICACIÓN: (NIÑOS) DE 0.1 A 0.3 MG.
(ADULTOS) DE 0.2 A 0.5 MG.
0.2 A 1.0 MG.
ADMINISTRACIÓN: LAS DOS PRIMERAS SUBCUTÁNEAS Y LA TERCERA INTRAVENOSA, SUBLINGUAL.

INDICACIONES: LAS DOS PRIMERAS EN CASO DE ASMA AGUDA, BRON--
COSPASMOS, REACCIÓN ALÉRGICA Y EN LA TERCERA ES
POR ANAFILAXIA AGUDA.

7.- DROGA.- AMINOFILINA (AMINOFILIN)

DOSIFICACIÓN: 200 A 250 MG.

ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA, MUY LENTA, OBSERVAR PRESIÓN AR-
TERIAL.

INDICACIONES: ASMA, BRONCOSPASMOS.

TABLETAS 3-4 POR DÍA (0.60 A 0.80 MG.) VÍA ORAL

8.- DROGA.- NITROGLICERINA.

DOSIFICACIÓN.- 0.5 MG.

ADMINISTRACIÓN: SUBLINGUAL.

INDICACIONES: ANGINA DE PECHO.

ISOSORBIDE (ISORBID)

5 MG. SUBLINGUAL.

INSUF. CORONARIA Y ANGINA DE PECHO.

ANTIISTAMINICOS MAS UTILIZADOS

CLASE Y NOMBRE COMÚN, CLORHIDRATO DE DIFENHIDRAMINA

NOMBRE COMERCIAL; BENADRYL

DURACIÓN DE LA ACCIÓN: 4 A 6 HORAS.

PREPARADO CORRIENTE.- CÁPSULAS DE 25 A 50 MG.

OTROS PREPARADOS.- INYECCIÓN, ELIXIR.

DOSIS.- (ADULTO) 50 MG.

CLASE Y NOMBRE COMÚN.- DIMENHIDRINATO

NOMBRE COMERCIAL.- DRAMAMINE

DURACIÓN DE LA ACCIÓN.- 4 A 6 HORAS.

PREPARADO CORRIENTE.- TABLETAS DE 50 MG.

OTROS PREPARADOS.- INYECCIÓN, SUPOSITARIOS, JARABE.

DOSIS (ADULTO) 50 MG. HASTA CADA 4 HRS.

CLASE Y NOMBRE COMÚN.- MALEATO DE CARBINOXAMINA.

NOMBRE COMERCIAL LENTOSTAMIN.

DURACIÓN DE LA ACCIÓN.- 3 A 4 HORAS.

PREPARADO CORRIENTE.- TABLETAS DE 4 MG. TABLETAS DE ACCIÓN REPETIDA 8 A 12 MG.

OTROS PREPARADOS.- ELIXIR.

DOSIS (ADULTO) 4 MG.

CLASE Y NOMBRE COMÚN.- CLORHIDRATO DE TRIPELENAMINA

NOMBRE COMERCIAL.- PIRIBENZAMINE

DURACIÓN DE LA ACCIÓN.- 4 A 6 HORAS.

PREPARADO CORRIENTE.- TABLETAS DE 50 MG.- TABLETAS DE ACCIÓN DIFERENCIADA 50 A 100 MG.

OTROS PREPARADOS.- CREMA (APLICACIÓN LOCAL) 2 POR 100.

DOSIS (ADULTO) 50 MG.

CLASE Y NOMBRE COMÚN.- CITRATO DE TRIPELENAMINA

NOMBRE COMERCIAL.- PYRIBENZAMINE

DURACIÓN DE LA ACCIÓN.- 8 HORAS.

PREPARADO CORRIENTE.- ELIXIR 37.5 MG. SOBRE 5 ML.

DOSIS.- 75 MG.

CLASE Y NOMBRE COMÚN.- MALEATO DE PIRILAMINA
NOMBRE COMERCIAL.- HISTATEX.
DURACIÓN DE LA ACCIÓN.- 4 A 6 HORAS.
PREPARADO CORRIENTE.- TABLETAS 25 Y 50 MG.
OTROS PREPARADOS.- DIVERSOS (EN COMBINACIONES)
DOSIS (ADULTO) 25 A 50 MG.

CLASE Y NOMBRE COMÚN.- CLORHIDRATO NAFAZOLINA.
NOMBRE COMERCIAL.- VASOCON-A.
DURACIÓN DE LA ACCIÓN.- 3 A 4 HORAS.
PREPARADO CORRIENTE.- SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.5 POR 100)MENOS IRRITANTE.

CLASE Y NOMBRE COMÚN.- CLORHIDRATO DE METAPIRILENO.
NOMBRE COMERCIAL.- HISTADYL.
DURACIÓN DE LA ACCIÓN.- 4 A 6 HORAS.
PREPARADO CORRIENTE.- CÁPSULAS DE 25 Y 50 MG. Y TABLETAS DE 50 MG.
OTROS PREPARADOS.- INYECCIÓN Y JARABE.
DOSIS (ADULTO) 25 A 50 MG.

CLASE Y NOMBRE COMÚN.- ALQUILAMINAS -MALEATO DE CLOROFENIRAMINA
NOMBRE COMERCIAL.- CLOROTRIMETÓN Y OTRAS.
DURACIÓN DE LA ACCIÓN.- 4 A 6 HORAS.
PREPARADO CORRIENTE.- TABLETAS 4 MG. DE ACCIÓN REPETIDA 8 Y 12 MG
OTROS PREPARADOS.- INYECCIÓN, JARABE, REPETABS.
DOSIS.- 2 A 4 MG.

TEMA VI

L I P O T I M I A S

EN EL CONSULTORIO DENTAL UN ACONTECIMIENTO FRECUENTE ES EL DESMAYO, ASOCIADO CON EL DESMAYO COMÚN SE ENCUENTRAN OTROS TIPOS DE SÍNDROMES CLÍNICOS, QUE PUEDEN IMITAR AL SÍNCOPE, LO QUE COMPLICHA Y CONFUNDE EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. COMO ES MAYOR CADA VEZ EL NÚMERO DE PERSONAS QUE BUSCAN ATENCIÓN DENTAL Y COMO LA MAYORÍA DE ESTAS PERSONAS SON DE EDAD AVANZADA, EL ODONTÓLOGO DEBERÁ ASUMIR UNA MAYOR RESPONSABILIDAD PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD DEL PACIENTE, EL CUAL ESTÁ OBLIGADO A HACER UN DIAGNÓSTICO RÁPIDO Y EFICAZ Y TRATAR LAS URGENCIAS REALES QUE SE PRESENTEN EN SU PRÁCTICA.

DEFINICIONES

PUEDE DEFINIRSE LA LIPOTIMIA COMO UNA PÉRDIDA PASAJERA DEL CONOCIMIENTO. TIENE SU ORIGEN EN UNA DEPRESIÓN DE LA ACCIÓN CARDIACA CAUSADA POR ALGÚN FACTOR DEL MEDIO, COMO FRÍO O CALOR, POR HAMBRE O POR SHOCK MENTAL DERIVADO DE UNA SENSACIÓN DE DOLOR O ESPANTO. COMO CONSECUENCIA DE ELLO SE INTERRUMPLE EL FLUJO DE LA SANGRE AL CEREBRO CON LOS POSIBLES SÍNTOMAS DE MAREO, DIFICULTAD VISUAL, ZUMBIDO DE OÍDOS, PALIDEZ Y CONDUCTA INSEGURA. LA CRISIS CULMINA CON LA CAÍDA O DERRUMBAMIENTO DE LA VÍCTIMA ACOMPAÑADA PROBABLEMENTE DE UN LARGO SUSPIRO. MOMENTÁNEAMENTE PARECE SUSPENDIDA LA VIDA YA QUE LA RESPIRACIÓN Y EL PULSO, POR EJEMPLO, SON A VECES CASI IMPERCEPTIBLES.

SINCOPE

ESTA ES LA REACCIÓN ADVERSA MÁS COMÚN QUE MUESTRAN LOS PACIENTES EN EL CONSULTORIO DENTAL. ES UNA REACCIÓN FÍSICA A UN ESTÍMULO - PSÍQUICO. EL TEMOR AL PROCEDIMIENTO DENTAL PRODUCE UNA REACCIÓN EN CADENA DE VASODILATACIÓN GENERAL Y, POR LO TANTO, UNA DISMINUCIÓN EN EL VOLUMEN DE SANGRE QUE RETORNA AL CORAZÓN. ESTO DA LUGAR A LOS SÍNTOMAS DE VÉRTIGO, DEBILIDAD, NÁUSEA, SUDACIÓN Y PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA. EL PACIENTE MANIFIESTA UN PULSO DÉBIL, - SUDACIÓN FRÍA Y UN DESCENSO DE LA PRESIÓN ARTERIAL. SUS PUPILAS SUELEN DILATARSE Y SI NO SE APLICAN DE INMEDIATO LOS PROCEDIMIENTOS URGENTES APROPIADOS, PUEDE PRESENTAR CONVULSIONES.

TRATAMIENTO

CONSISTE EN COLOCAR AL PACIENTE EN POSICIÓN DE TRENDELEMBURG, - CON LA CABEZA EN SITUACIÓN INFERIOR AL NIVEL DEL CORAZÓN Y LAS PIERNAS COLOCADAS A UN NIVEL SUPERIOR AL DEL CORAZÓN, COMO SE MUESTRA EN LA FOTOGRAFÍA.



ESTO AYUDARÁ AL RETORNO DE SANGRE AL LADO DERECHO DEL CORAZÓN Y EVITARÁ EL ESTANCAMIENTO DE LA MISMA EN LAS PIERNAS. SE LE AFLOJA LA ROPA AL PACIENTE, SE LE ADMINISTRA OXÍGENO Y SE SUCCIONAN LAS SECRECIONES DE SU CAVIDAD BUCAL. SE ADMINISTRA SOLUCIÓN AMONIACAL PARA ESTIMULAR LA RESPIRACIÓN. LA POSICIÓN DE TRENDELEMBURG AYUDA AL RESTABLECIMIENTO DE LA CIRCULACIÓN SANGUÍNEA DEL ENCÉFALO Y ALIVIA EL TRASTORNO SI SE PONE EN PRÁCTICA DE INMEDIATO. LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES REACCIONAN RÁPIDAMENTE AL TRATAMIENTO Y SUS MECANISMOS FUNCIONALES NORMALES PUEDEN EVITAR QUE SE REPITA LA ALTERACIÓN. LOS PACIENTES CON ANTECEDENTES DE ATAQUES DE SÍNCOPE EN EL CONSULTORIO DENTAL PUEDEN SER OBJETO DE MEDICACIÓN PREVIA CON ALGÚN SEDANTE QUE LES ALIVIE LA ANSIEDAD.

COMA.

SE REFIERE A UN ESTADO DE INCONCIENCIA PROLONGADA, POR LO QUE SE DISTINGUE, FÁCILMENTE DEL SÍNCOPE QUE ES TRANSITORIO.

CHOQUE GRAVE.-

LA PERSISTENCIA DEL SÍNCOPE CON PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA, PULSO DÉBIL O AUSENTE E HIPOTENSIÓN PERSISTENTE, DARÁ LUGAR AL TRASTORNO CONOCIDO COMO CHOQUE. EN ÉSTE HAY UNA VASODILATACIÓN GENERALIZADA DEL CUERPO QUE OCASIONA EL ESTANCAMIENTO DE LA SANGRE EN REGIONES COMO LOS BRAZOS Y LAS PIERNAS. ESTO PRODUCE UNA DISMINUCIÓN EN LA CIRCULACIÓN SANGUÍNEA DEL ENCÉFALO Y DE OTRAS ZONAS VITALES. SE PRESENTA PALIDEZ EXTREMA DEBIDO A LA FALTA DE CIRCULACIÓN EN LA PIEL. EL PACIENTE PUEDE RESPIRAR RÁPIDAMENTE (HIPERVENTILACIÓN), LO CUÁL ES UN SIGNO DE QUE HAY POCO OXÍGENO EN EL ENCÉFALO. SI SE PROLONGA ESTE TRASTORNO Y NO SE APLICA TRATAMIENT

-TO ADECUADO, OCURRIRÁ UNA SERIE DE FENÓMENOS QUE FINALMENTE DARÁN POR RESULTADO UN "CHOQUE IRREVERSIBLE". EN ESTA ETAPA SE ENCUENTRA ALTERADO TODO EL SISTEMA METABÓLICO CUYA FUNCIÓN NORMAL MANTIENE EL EQUILIBRIO ADECUADO DEL CUERPO. EL OBJETO DEL TRATAMIENTO URGENTE ES RECONOCER LOS SIGNOS DEL CHOQUE Y APLICAR LAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS APROPIADAS MIENTRAS EL TRASTORNO ES IRREVERSIBLE.

DEBERÁN CONTINUARSE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DESCRITOS EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNCOPE. SE REGISTRARÁN LA PRESIÓN ARTERIAL Y EL PULSO A INTERVALOS REPETIDOS PARA QUE PUEDA HACERSE UNA VALORACIÓN PRECISA DE LA INTENSIDAD DEL CHOQUE. ES BÁSICO EN ESTE MOMENTO ESTABLECER UNA VIA INTRAVENOSA PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS Y LÍQUIDOS.

DEBE LLAMARSE A UN MÉDICO TAN PRONTO SEA EVIDENTE QUE EL PACIENTE TIENE ALGO MÁS QUE UN SÍNCOPE. HAY NUMEROSOS MEDICAMENTOS QUE PUEDEN ADMINISTRARSE PARA MEJORAR LA HIPOTENSIÓN ARTERIAL PERSISTENTE Y PARA LOGRAR QUE LA SANGRE FLUYA AL ENCÉFALO Y A OTROS

ÓRGANOS VITALES, SI EL CHOQUE PERSISTE A PESAR DEL TRATAMIENTO - ADECUADO EN EL CONSULTORIO DENTAL, DEBERÁ TRASLADARSE AL PACIENTE A UN HOSPITAL DONDE SE LE PUEDA DAR TRATAMIENTO MÁS DEFINITIVO.

LA PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA SE PRESENTA GENERALMENTE CUANDO LA PRESIÓN SISTÓLICA BAJA HASTA 70 O 60 MM. HG.

HIPOTENSION POSTURAL

LA HIPOTENSIÓN POSTURAL CON SÍNCOPE SE PRESENTA EN LOS PACIENTES CON ALGÚN DEFECTO CRÓNICO O INESTABILIDAD EN LOS REFLEJOS VASOMOTORES. LA PRINCIPAL CARACTERÍSTICA ES EL DESMAYO O SÍNCOPE QUE SE PRESENTA AL LEVANTARSE O CUANDO SE HA ESTADO DE PIÉ DURANTE UN TIEMPO PROLONGADO.

CUANDO UNA PERSONA SE MANTIENE DE PIÉ DURANTE MUCHO TIEMPO SE PRESENTA UN DESCENSO DE LA PRESIÓN ARTERIAL CEREBRAL, AL MISMO TIEMPO LA CONCENTRACIÓN DE SANGRE EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES DISMINUYE EL RETORNO VENOSO Y EL GASTO CARDIACO.

SÍNDROME DE HIPERVENTILACION

ESTE SÍNDROME PUEDE O NO ESTAR ASOCIADO CON EL SÍNCOPE, DEBIDO A LAS ALTERACIONES BIOQUÍMICAS QUE SE PRESENTAN EN LA SANGRE, ES DEFINIDA COMO AUMENTO DE VENTILACIÓN ALVEOLAR QUE SUMINISTRA OXÍGENO Y RETIRA EL EXCESO DE BIÓXIDO DE CARBONO.

LOS FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL SÍNDROME DE HIPERVENTILACIÓN SON: LA ANGUSTIA, MIEDO, EXCITACIÓN, NERVIOSISMO Y OTROS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS. ES PARTE INTEGRAL DE LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO ELIMINAR ESTOS FACTORES DE TENSION. MUCHAS VECES, EL PACIENTE NO SABE QUE RESPIRA ACELERADAMENTE Y UNA SIMPLE EXPLICACIÓN ASE-

-GURÁNDOLE QUE LO ÚNICO QUE NECESITA PARA EVITAR LA HIPERVENTILACIÓN ES PEDIR AL PACIENTE QUE RESPIRE EN UNA BOLSA DE PAPEL O DE PLÁSTICO.

SINTOMAS DE HIPERVENTILACION.

- 1) SENSACIÓN DE FALTA DE OXÍGENO,
- 2) LIGEREZA EN LA CABEZA Y MAREO CON SENSACIÓN DE QUE LA CABEZA FLOTA,
- 3) INSENSIBILIDAD, COSQUILLEO Y OTRAS PARESTESIAS DE LOS DEDOS - DE LOS PIES Y MANOS Y LABIOS,
- 4) OPRESIÓN, Y CON FRECUENCIA DOLOR LEVE EN EL PECHO,
- 5) PALPITACIONES O SENSACIÓN DE QUE EL CORAZÓN LATE DENTRO DEL PECHO,
- 6) CEFALEA, MAREO O SENSACIÓN DE DESMAYO,
- 7) DEBILIDAD, IRRITABILIDAD Y FATIGA, SE PUEDE PRESENTAR EL SÍNDROME EN CUALQUIER EDAD Y SEXO PERO MÁS EN MUJERES JÓVENES.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LOS DIVERSOS TIPOS DE DESMAYOS Y ATAQUES.

EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS DESMAYOS Y ATAQUES ES CLARO Y FÁCIL, SI SE PRESTA ATENCIÓN A LOS DATOS DEL PACIENTE QUE SE TOMARON EN LA HISTORIA CLÍNICA, Y LA OBSERVACIÓN DEL PACIENTE DURANTE EL ATAQUE. COMO LO SEGUNDO NO SIEMPRE ES POSIBLE, ES IMPORTANTE QUE EL DENTISTA ESTÉ FAMILIARIZADO CON LAS CIRCUNSTANCIAS Y LOS FACTORES QUE PRECIPITAN O ALIVIAN CADA EPISODIO DE DEBILIDAD O DESMAYO.

EL SÍNCOPE SIEMPRE ESTÁ UNIDO A UN DESCENSO DEL PULSO (BRADICARDIA) Y LA PRESIÓN ARTERIAL (HIPOTENSIÓN), PERO SI ESTOS PARÁME-

-TROS ESTÁN RELATIVAMENTE NORMALES, DEBEREMOS CONSIDERAR OTRAS CAUSAS MÁS PROFUNDAS DE LA FALTA DE CONCIENCIA, TALES COMO EMBOLIA, LA PALIDEZ ES CONSTANTE Y PROMINENTE EN EL SÍNCOPE VERDADERO, PERO NO SE PRESENTA EN AFECCIONES CEREBRALES TALES COMO LA EPILEPSIA, LA PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA REPENTINA Y PROLONGADA SE DEBE A HEMORRAGIA CEREBRAL, EMBOLIA CEREBRAL, ES FRECUENTE LESIONARSE EN LAS CAÍDAS CAUSADAS POR EPILEPSIA,

TRATAMIENTO

LA PREVENCIÓN TIENE UN PAPEL SUMAMENTE IMPORTANTE EN EL TRATAMIENTO DE LOS DESMAYOS Y ATAQUES, LA PREVENCIÓN DEPENDE DE LA HISTORIA MEDICA PRECISA, ELABORADA ANTES DE INSTITUIR CUALQUIER TRATAMIENTO DENTAL, SIN ESTO PODRÁ HACER UN MAL DIAGNÓSTICO Y POR LO TANTO, UN MAL TRATAMIENTO.

SI EXISTEN ANTECEDENTES POR DESMAYOS PRODUCIDOS POR LESIONES, CIRUGÍA MENOR, DOLOR AGUDO, VER SANGRE, PUNCIÓN DE LAS VENAS, INYECCIONES DENTALES, O SITUACIONES PROVOCADAS POR LA ANGUSTIA, DEBE UNO ESTAR PREVENIDO YA QUE EXISTE LA POSIBILIDAD DE QUE ESTA SITUACIÓN VUELVA A OCURRIR, DEBEMOS ACLARAR DUDAS RESPECTO A LOS TRASTORNOS MÉDICOS ANTERIORES Y ACTUALES, ESPECIALMENTE CARDIOPATÍAS, JUNTO CON LOS MEDICAMENTOS TOMADOS ACTUALMENTE Y EN EL PASADO, OTROS FACTORES QUE PREDISPONEN AL DESMAYO SON: INGESTIÓN EXCESIVA DE ALCOHOL, INGESTIÓN EXCESIVA DE ALIMENTOS DESACOSTUMBRADOS, MALA NUTRICIÓN Y AYUNO, AMBIENTES CALIENTES CON EXCESO DE GENTE, ESTAR DE PIÉ SIN MOVERSE, HEMORRAGIAS Y TENSIÓN EMOCIONAL.

DEBEMOS TOMAR MUY EN CUENTA EL VALOR QUE TIENE LA HISTORIA CLÍNICA

-CA, LA OBTENCIÓN DE DATOS ADICIONALES SOBRE EL PACIENTE A PARTIR DEL EXAMEN (MÉDICO) FÍSICO SENCILLO CON FRECUENCIA NOS RECOMIENDA YA QUE PUEDE SALVARLE LA VIDA. LOS PACIENTES DEBERÁN SER SOMETIDOS AL REGISTRO DE SU PULSO Y PRESIÓN ARTERIAL ANTES DE CUALQUIER TRATAMIENTO DENTAL. LA PRESIÓN ARTERIAL DEL HOMBRE EN UNA PERSONA NORMAL LOS VALORES SON: DE 120 MM DE HG. CON UNA VARIACIÓN ENTRE 110 MM. HG. Y 130 MM. HG. PARA LA PRESIÓN SISTÓLICA Y PARA LA PRESIÓN DIASTÓLICA VARÍA ENTRE 70 Y 90 MM. DE HG. TOMANDO COMO PROMEDIO UN VALOR DE 80 MM. HG. LA PRESIÓN ARTERIAL EN EL HOMBRE SE TOMA DE LA SIGUIENTE MANERA:

LA PRESIÓN ARTERIAL SE MIDE CON UN ESFIGNOMANÓMETRO Y SE COLOCA EL MANGO DEL ESFIGNOMANOMETRO EN EL TERCIO MEDIO DEL BRAZO SIN QUE QUEDE MUY APRETADO O MUY FLOJO, LOCALIZAR EL PULSO DE LA ARTERIA HUMERAL EN LA PARTE INTERNA DEL PLIEGUE DEL BRAZO, SE COLOCA LA CÁPSULA DEL ESTETOSCOPIO DONDE SE LOCALIZÓ EL PULSO, SE BOMBEA HASTA UNA PRESIÓN DE 200 MM HG. APROXIMADAMENTE, LUEGO EMPIEZA A DISMINUIR LA PRESIÓN LENTAMENTE HASTA QUE SE ESCUCHA EL PRIMER LATIDO LO CUAL INDICA LA PRESIÓN SISTÓLICA, SE SIGUE DISMINUYENDO LENTAMENTE HASTA QUE YA NO SE ESCUCHEN LOS LATIDOS LO QUE SIGNIFICA LA PRESIÓN DIASTÓLICA.

EL PUSLO NO SÓLO DEBERÁ REGISTRARSE EN LO QUE SE REFIERE A FRECUENCIA SINO TAMBIÉN A LO QUE SE REFIERE A RITMO Y CALIDAD. SI EN SU HISTORIA MÉDICA HAY DATOS DE SÍNCOPE ANTERIORES, HIPOTENSIÓN POSTURAL O MEDICAMENTOS DUDOSOS, DEBEMOS REGISTRAR LA PRESIÓN ARTERIAL CON EL PACIENTE EN POSICIÓN SUPINA, SENTADO Y DESPUÉS DE PIÉ.

UNA VEZ QUE SE PRESENTE EL DESMAYO O ATAQUE, DEBEMOS SEGUIR LOS

SIGUIENTES PASOS PARA RESUCITAR AL PACIENTE.

VÍAS RESPIRATORIAS AÉREAS LIBRES.- LA PRIMERA CONSIDERACIÓN EN UNA SITUACIÓN DE URGENCIA ES ESTABLECER UNA VÍA AÉREA FRANCA Y FUNCIONAL.

POSICIÓN.- DEBEMOS COLOCAR AL PACIENTE EN POSICIÓN SUPINA, YA QUE PERMITE EL MÁXIMO RIEGO SANGUÍNEO AL CEREBRO Y DEBERÁ SER LA POSICIÓN DE ELECCIÓN EN CASI TODAS LAS URGENCIAS QUE SE PRESENTEN EN EL CONSULTORIO DENTAL.

DOS CASOS EN LOS QUE NO CORRESPONDE ESTA POSICIÓN SON: TRASTORNOS RESPIRATORIOS AGUDOS, COMO EDEMA PULMONAR O ASMA BRONQUIAL Y EMBARAZO A TÉRMINO. UN PACIENTE QUE NO HA TENIDO PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS PUEDE RESPIRAR MEJOR SENTADO. NO SE RECOMIENDA PONER LA CABEZA DEL PACIENTE ENTRE LAS RODILLAS DURANTE UN DESMAYO O SÍNCOPE. EN ESTA POSICIÓN NO FISIOLÓGICA SE VÉ COMPROMETIDO EL RETORNO VENOSO Y EL FLUJO DE SANGRE AL CEREBRO, AUMENTANDO LA PRESIÓN INTRATORACCICA. ADEMÁS ES IMPOSIBLE OBSERVAR Y VIGILAR SISTEMÁTICAMENTE AL PACIENTE. CON EL PACIENTE EN POSICIÓN SUPINA CON EL CORAZÓN Y EL CEREBRO EN EL MISMO NIVEL, LAS PIERNAS PUEDEN ELEVARSE LIGERAMENTE (20 A 30 GRADOS) PARA MEJORAR EL RETORNO VENOSO.

LOS PASOS PRIMARIOS QUE DEBEMOS INSTITUIR SON: AFLOJAR LA ROPA DEMASIADO CEÑIDA, CUELLOS Y CINTURONES QUE PUDIERAN INTERFERIR EN EL RETORNO VENOSO AL CORAZÓN. ES CONVENIENTE APLICAR TOALLAS FRÍAS O AGUA EN LA CARA ADEMÁS DE INHALANTES DE AMONÍACO, RESULTAN ÚTILES SI EL PACIENTE ESTÁ FRÍO COLOCARLE FRASADAS PARA QUE PUEDA CALENTARSE. NO ES RECOMENDABLE ADMINISTRAR NADA POR LA BO-

-CA HASTA QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRE CONSCIENTE Y ALERTA. SI LA PRESIÓN ARTERIAL SE MANTIENE ANORMAL DESPUÉS DE HABER TOMADO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS INICIALES, SE COLOCA UNA (SOLUCIÓN SALINA -- 0,5) LO CUAL NOS INDICA QUE HAY UN PROCESO PATOLÓGICO MÁS COMPLICADO Y GRAVE, QUE EXIGE UNA CONSULTA MÉDICA INMEDIATA.

LA SEGURIDAD DESEMPEÑA UN PAPEL IMPORTANTE EN EL TRATAMIENTO, EL PERSONAL DEL CONSULTORIO (DENTISTA Y AYUDANTES) DEBERÁN DE PERMANECER CALMADOS Y DAR LA IMPRESIÓN DE QUE SE ENCUENTRA EN COMPLETO CONTROL LA SITUACIÓN. SU CONFIANZA COMUNICARÁ A SU VEZ, CONFIANZA AL PACIENTE Y DISIPARÁ SUS TEMORES.

MANTENIENDO AL PACIENTE EN POSICIÓN HORIZONTAL HASTA QUE LOS SIGNOS VITALES (PULSO, RESPIRACIÓN, PRESIÓN ARTERIAL) HAYAN VUELTO AL NIVEL PREOPERATORIO, REGRESAMOS AL PACIENTE A LA POSICIÓN SENTADA VIGILANDO CUIDADOSAMENTE LA PRESIÓN ARTERIAL Y EL NIVEL DE CONCIENCIA. EL TRATAMIENTO DENTAL PUEDE SER REANUDADO SI LOS SIGNOS VITALES NEUROLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS PERMANECEN ESTABLES.

TEMA VII

ACCIDENTES CON LOS ANESTESICOS LOCALES

EN LA ACTUALIDAD SE ADMINISTRAN MILLONES DE CARTUCHOS DE ANESTESIA LOCAL EN LO QUE SE INFIERE UNA SEGURIDAD RELATIVA Y POCAS COMPLICACIONES SIN EMBARGO, EL USO DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES, NO DEJA DE TENER SUS COMPLICACIONES, Y DEBEMOS ESTAR PREPARADOS PARA CUANDO SURJA ALGUNA REACCIÓN INDESEABLE. SE DEFINE COMO COMPLICACIÓN ANESTÉSICA AL COMPORTAMIENTO NO HABITUAL DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN DE UN ANESTÉSICO REGIONAL.

UNA URGENCIA EXIGE UNA ACCIÓN INMEDIATA Y CUANDO SABEMOS INSTITUIRLA OPORTUNAMENTE, PODEMOS EVITAR MOMENTOS DESAGRADABLES TANTO PARA EL DENTISTA COMO PARA EL PACIENTE.

POR LO TANTO ES NECESARIO HACER UNA REVISIÓN PERIÓDICA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE URGENCIAS PARA ASEGURAR SU APLICACIÓN EFICAZ; YA QUE ESTOS PROCEDIMIENTOS SE REALIZAN OCASIONALMENTE PUDIENDO SALVAR LA VIDA DEL PACIENTE.

ES IMPORTANTE UNA EVALUACION PREANESTESICA YA QUE DE ESTO DEPENDE LA PREVENCIÓN DE ALGUNAS COMPLICACIONES. EN ESTA PARTE TAMBIÉN ES IMPORTANTE EL ESTADO FÍSICO-MENTAL DEL PACIENTE, YA QUE DEBEMOS DISIPAR SUS TEMORES Y VALORAR SU GRADO EMOCIONAL.

LOS PACIENTES QUE DEBEMOS CONSIDERAR DENTRO DE ESTOS RIESGOS SON: PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES.- LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTREN CONTROLADOS CON MEDICAMENTOS COMO RESERPINA O SERPASIL Y TRANQUILIZANTES QUE PUEDEN REACCIONAR ENTRE SÍ Y CON LOS ANESTÉSICOS.

PACIENTES CON PROBLEMAS RESPIRATORIOS.- EN DONDE SE INCLUYE EL - EFISEMA Y ASMA, YA QUE ESTOS PROBLEMAS DISMINUYEN EL PROBLEMA DE OXIGENACIÓN.

PACIENTES CON ENFERMEDADES ALÉRGICAS.- LOS CUALES PRESENTAN ANTECEDENTES DE ANGIOEDEMA, RONCHAS, PRURITO, FIEBRE DE HENO, ASMA Y CON FRECUENCIA ANTECEDENTES FAMILIARES DE HIPERSENSIBILIDAD. POR LO GENERAL ESTE TIPO DE PACIENTES SON MUY SENSIBLES A LOS ANTÍGENOS Y PUEDEN PRESENTAR REACCIONES ANAFILÁCTICAS GRAVES A LA APLICACIÓN DE UNA MÍNIMA CANTIDAD DE ALERGENOS.

PACIENTES DIABÉTICOS.- GENERALMENTE DE (30 A 60 AÑOS DE EDAD) NO CONTROLADOS, NO DEBEMOS INSTITUIR NINGÚN TRATAMIENTO, PUES PUEDE EXISTIR EL RIESGO DE PROBLEMAS DE CICATRIZACIÓN E INFECCIONES -- POSTOPERATORIAS.

PACIENTES CON ENFERMEDAD DEL HÍGADO Y CIRROSIS.- DEBEMOS ELEGIR CON MUCHO CUIDADO EL TIPO DE ANESTÉSICO.

PACIENTES CON DISCRASIAS SANGUÍNEAS Y ENFERMEDADES HEMORRÁGIPARRAS.- EN ESTOS CASOS DEBEMOS EVALUAR MUY BIEN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE YA QUE LA MAYORÍA DE ÉSTOS SE ENCUENTRAN SOMETIDOS A TRATAMIENTOS CON ANTICOAGULANTES.

PACIENTES CON HIPERTIROIDISMO.- SE DEBE ELEGIR ADECUADAMENTE EL ANESTÉSICO LOCAL, Y EN ALGUNAS OCASIONES ESTOS PACIENTES NECESITAN SEDACIÓN.

PACIENTES EMBARAZADAS.- EN ESTOS PACIENTES ES IMPORTANTE APLICAR LES UNA MÍNIMA CANTIDAD DE ANESTÉSICO. HAY QUE RELAJARLA YA QUE EN ESTE ESTADO SU TENSIÓN EMOCIONAL PUEDE SER EXAGERADA. EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE ES IMPORTANTE LA POSICIÓN DEL SILLÓN DENTAL.

PREMEDICACIÓN DEL PACIENTE HIPERACTIVO Y CON ANTECEDENTES ALÉRGICOS.

ANTES QUE NADA DEBEMOS OBSERVAR DETALLADAMENTE AL PACIENTE Y REVISAR PERIÓDICAMENTE SUS OJOS, LOS CUALES NOS INDICARÁN SU ESTADO DE ÁNIMO, ANGUSTIA O APRENSIÓN. A LA VEZ QUE REALIZAMOS UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE SUS SIGNOS VITALES (PRESIÓN ARTERIAL, PULSO, RESPIRACIÓN Y TEMPERATURA).

PREMEDICACIÓN.- ES UNO DE LOS PASOS MÁS IMPORTANTES EN EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE AGITADO O HIPERACTIVO. EL SECOBARBITAL (SECONÁL) O PENTOBARBITAL (NEMBUTAL) PUEDEN SER ADMINISTRADOS POR VÍA ORAL, DANDO LA MITAD DE LA DOSIS (50 MG.) 30 MINUTOS ANTES DE INTERVENIR, ES IMPORTANTE TOMAR NUEVAMENTE LA PRESIÓN ARTERIAL DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN DEL FÁRMACO. OTRO MEDICAMENTO RECOMENDABLE ES EL DIAZEPAM (VALIUM).

EN PACIENTES CON ANTECEDENTES ALÉRGICOS ES CONVENIENTE PREMEDICAR CON CLORHIDRATO DE DIFENHIDRAMINA (BENADRYL) 50 MG EN DÍA ANTERIOR Y EL DÍA DE LA CITA, DE ESTA MANERA SUPRIMIMOS LA LIBERACIÓN DE LA HISTAMINA Y ATENUAMOS LAS REACCIONES ALÉRGICAS.

DIVISION DE LOS ANESTESICOS LOCALES:

LOS ANESTÉSICOS LOCALES SE DIVIDEN EN DOS GRUPOS: DEPENDIENDO DE SU ESTRUCTURA QUÍMICA Y SU FORMA DE DEGRADACIÓN.

EL PRIMER GRUPO ES EL DE LOS QUE POSEEN UNIÓN TIPO ESTER, LOS CUALES SON METABOLIZADOS PRINCIPALMENTE POR LA COLINESTERASA PLASMÁTICA, EN LA SANGRE Y POSTERIORMENTE POR LA COLINESTERASA HEPÁTICA. ESTE TIPO DE ANESTÉSICOS EN DOS PEQUEÑAS SON METABOLIZADAS NETAMENTE EN EL PLASMA.

EL SEGUNDO GRUPO SON LAS DE UNIÓN TIPO AMIDICA, SU METABOLISMO - ES MÁS COMPLICADO, EL SITIO PRIMARIO DE DEGRADACIÓN ES EL HÍGADO, SIENDO ÉSTA POR LA ESTERASA Y OTRAS ENZIMAS, ÉSTE ANESTÉSICO PUE DE PROVOCAR REACCIONES TÓXICAS DE MAYOR DURACIÓN YA QUE PERMANECE MÁS TIEMPO EN LA SANGRE,

NO DEBEMOS EMPLEARLO EN MUJERES EMBARAZADAS, YA QUE ÉSTAS FÁCILMENTE ATRAVIESAN LA BARRERA PLACENTARIA Y PUEDEN CAUSAR BRADICARDIA Y CONVULSIONES GENERALIZADAS EN EL FETO, TAMPOCO SE DEBEN EMPLEAR EN ALCOHÓLICOS O QUIENES SUFREN DE TRASTORNOS HEPÁTICOS,

LOS ANESTÉSICOS LOCALES DE TIPO ESTER NO DEBEN APLICARSE A PACIENTES CON ANTECEDENTES DE COLINESTERASA PLASMÁTICA BAJA O ATÍPICA, AFECCIÓN RARA QUE PUEDE PROVOCAR UNA REACCIÓN MORTAL,

SOLO LOS DERIVADOS DEL ÁCIDO AMINO BENZOICO (ESTER CAUSAN REACCIONES SENSITIVAS ALÉRGICAS Y SE OBSERVAN A MENUDO SENSIBILIDAD CRUZADA ENTRE LOS MIEMBROS DE ESTE GRUPO),

CUANDO ESTÁ CONTRAINDICADA, LA TOXICIDAD DE UN ANESTÉSICO LOCAL - PUEDE REDUCIR SU ACCIÓN CONSIDERABLEMENTE CON LA APLICACIÓN DE UN VASOPRESOR, HAY QUE EVITAR LAS INYECCIONES INTRAVASCULARES, HACIENDO SIEMPRE LA ASPIRACIÓN PARA COMPROBAR QUE NO HA HABIDO PUNCIÓN DE UN VASO SANGUÍNEO, CASI TODAS LAS REACCIONES DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES SON CAUSADOS POR LA APLICACIÓN EXCESIVA DEL ANESTÉSICO, PRUEBAS DE DIFUSIÓN DEMUESTRAN QUE UN SÓLO CARTUCHO ES SUFICIENTE PARA ANESTESIA UN NERVIPO POR EL TIPO DE DISPERSIÓN DE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA LOCAL,

LA ELECCIÓN DE LA AGUJA TAMBIÉN ES IMPORTANTE PARA REALIZAR UNA BUENA ASPIRACIÓN E INYECCIÓN PROFUNDA (27 CORTA Y 27 LARGA), EL

USO DE AGUJAS DESECHABLES REDUCE COMPLICACIONES CAUSADAS POR EL USO REPETIDO Y POR LA FRECUENCIA DE LA ESTERILIZACIÓN.

COMPLICACIONES LOCALES:

ANESTESIA PROLONGADA.- PUEDE SER PRODUCIDO AL TRAUMAR DIRECTAMENTE EL TEJIDO NERVIOSO O PUEDE SER QUIZÁ A LA INCORPORACIÓN DE LA SOLUCIÓN ESTERILIZANTE, U OTRO MATERIAL EXTRAÑO, AL ANESTÉSICO.

ANESTESIA INCOMPLETA.- ÉSTO ES DEBIDO A QUE EL ANESTÉSICO FUÉ -- MAL COLOCADO YA SEA EN UN MÚSCULO O TENDÓN A CIERTA DISTANCIA DEL NERVIO, OTROS FACTORES QUE DISMINUYEN LA EFECTIVIDAD DEL ANESTÉSICO SON LA INFECCIÓN Y LA HIPEREMIA, LA AUSENCIA DE VASOPRESOR -- PROVOCA UNA DISPERSIÓN RÁPIDA DE LA ANESTESIA, DEBIDO A LA INYECCIÓN MUSCULAR PODEMOS OCASIONAR DOLOR Y TRISMUS.

ÍZQUEMIA O NECROSIS TISULAR.- ES LA REACCIÓN QUE PRODUCE EL INYECTAR DEMASIADO LÍQUIDO EN LOS TEJIDOS ESPECIALMENTE EN EL PALADAR.

INFECCIÓN.- ANTES DE LA PUNCIÓN DEBEMOS DE TENER CUIDADO DE NO TOCAR NINGÚN OBJETO ASÍ COMO EVITAR PUNCIONES MÚLTIPLES, YA QUE PODEMOS CONTAMINAR Y PROVOCAR INFECCIONES QUE VAN ACOMPAÑADAS - DE DOLOR E HINCHAZÓN Y EN LOS QUE DEBEMOS UTILIZAR ANTIBIÓTICOS Y SEDACIÓN.

FENÓMENOS ERUPTIVOS.- EN REACCIONES ALÉRGICAS DEBEMOS SUSPENDER CUALQUIER MEDICAMENTO QUE SE ESTÉ ADMINISTRANDO Y UTILIZAR ANTIHISTAMÍNICOS, ADRENALINA Y OXÍGENO INMEDIATAMENTE, SI ES NECESARIO.

AGUJAS ROTAS.- EN CASO DE QUE ESTO SUCEDA, DEBEMOS TOMAR UNA RADIOGRAFÍA PARA PODER DETERMINAR LA PROFUNDIDAD Y LOCALIZACIÓN DE

LA AGUJA Y USAR UNA TÉCNICA ADECUADA PARA LA EXTRACCIÓN DE ÉSTA, HEMATOMA.- AL HACER UNA PUNCIÓN PODEMOS PROVOCAR UNA EXTRAVASACIÓN DE LÍQUIDOS AL ROMPER UN VASO O UNA ARTERIA CON PASO DE SANGRE HACIA LOS TEJIDOS CIRCUNDANTES.

TRISMUS.- EL PASO ANTERIOR NOS PUEDE OCASIONAR UN TRISMUS, EL TRATAMIENTO DEBE INCLUIR EJERCICIOS SUAVES, ENJUAGUE BUCAL TIBIO Y LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DERIVADOS DEL METOCARBAMOL, (ROBAXISAL, ROBACIN).

ANGIOEDEMA.- ES UNA REACCIÓN DE SENSIBILIDAD AL AGENTE ANESTÉSICO, ES UNA HINCHAZÓN INDOLORA, SIN EMBARGO EL PACIENTE TIENE QUE SER OBSERVADO PARA ASEGURARNOS QUE NO EXISTE UN PROBLEMA RESPIRATORIO, DEBEN ADMINISTRAR ANTIHISTAMINICOS, ADRENALINA Y OXÍGENO DEPENDIENDO DE LA GRAVEDAD.

ENFISEMA.- ESTE PROBLEMA NO ES OCASIONADO POR EL ANESTÉSICO LOCAL, SINO POR EL PASO DE AIRE HACIA LOS ESPACIOS ENTRE LOS TEJIDOS MUSCULARES PROVOCADO POR LA TURBINA DE ALTA VELOCIDAD EN ZONAS DE COLGAJOS O ALVEOLOS DENTALES. TAMBIÉN EL ESTORNUDO DEL PACIENTE PUEDE PROVOCAR ESTA COMPLICACIÓN, LA PALPACIÓN PRODUCIRÁ UNA CREPITACIÓN SOBRE LA ZONA QUE NOS AYUDARÁ A DIFERENCIAR ESTA COMPLICACIÓN DE OTRO TIPO DE HINCHAZÓN, ESTO DESAPARECE SIN NECESIDAD DE NINGÚN TRATAMIENTO.

CONVULSIONES.- EL PRIMER PASO A SEGUIR EN EL TRATAMIENTO DE LAS CONVULSIONES ES EL DE OXIGENAR AL PACIENTE, YA QUE UNO DE LOS EFECTOS MÁS INDESEABLES ES LA HIPOXIA (DEBIDO A QUE NO PERMITE UNA BUENA ACTIVIDAD COORDINADORA EN LOS MÚSCULOS RESPIRATORIOS). DEBEMOS PROCEDER CON CUIDADO EN LA ADMINISTRACIÓN DEL OXÍGENO, -

ÉSTE DEBERÁ HACERSE A PRESIÓN POSITIVA YA QUE UNA PRESIÓN EXCESIVA NOS PUEDE OCASIONAR QUE PASE AIRE AL ESTÓMAGO Y ÉSTE PROVOQUE VÓMITO. HAY QUE TENER CUIDADO CON EL VÓMITO, PUES SI EL PACIENTE HA PERDIDO SUS REFLEJOS, EXISTE LA POSIBILIDAD DE QUE HAYA UNA BRONCOASPIRACIÓN Y ESTO OCASIONE UN PARO RESPIRATORIO.

LA TERAPÉUTICA ADECUADA A SEGUIR EN ESTOS CASOS ES EL DIAZEPAM - (VALIUM) YA QUE ÉSTE NO DEPRIME LA RESPIRACIÓN Y SU ADMINISTRACIÓN PUEDE SER POR VÍA INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA, EN DOSIS DE 5 MG. A 10 MG.

EN CASO DE PRESENTARSE UN PARO CARDIOPULMONAR, EL DENTISTA DEBERÁ ESTAR PREPARADO PARA ADMINISTRAR MASAJE CARDIACO EXTERNO Y VENTILACIÓN RESPIRATORIA Y SOLICITAR EL AUXILIO MÉDICO INMEDIATAMENTE (VER CAPÍTULO VII, URGENCIAS AGUDAS).

SOBREDOSIFICACIÓN TÓXICA.- ESTA PRESENTA DOS FASES: LA PRIMERA ES UNA ESTIMULACIÓN AL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, Y LA SEGUNDA UNA DEPRESIÓN AL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL TENIENDO LAS DOS EL MISMO GRADO DE INTENSIDAD.

LA PRIMERA FASE.- PUEDE VARIAR Y OCASIONAR DESDE REACCIONES LEVES COMO: ANGUSTIA, APREHENSIÓN, EXCITACIÓN, TAQUICARDIA, HASTA REACCIONES MÁS GRAVES COMO: NÁUSEAS, VÓMITO Y CONVULSIONES.

LA PRESENCIA DE SABOR METÁLICO ES UNA DE LAS PRIMERAS SEÑALES DE SOBREDOSIFICACIÓN TÓXICA.

ALERGIA.- EL TÉRMINO DE ALERGIA SE UTILIZA PARA ENGLOBAR ESTADOS DE HIPERSENSIBILIDAD, ESTE ESTADO ES ADQUIRIDO POR LA PRESENCIA DE SUBSTANCIAS ESPECÍFICAS Y LA CAPACIDAD ORGANIZADA DEL ORGANIS

-MO PARA REACCIONAR A LA PRESENCIA DE ESTAS SUSTANCIAS O ALERGE
NOS.

LA REACCIÓN ALÉRGICA SE PUEDE PRESENTAR EN DOS FORMAS: 1.- INME-
DIATA O HUMORAL (QUE SE ASOCIA CON LOS ANTICUERPOS CIRCULANTES -
EN EL SUERO SANGUÍNEO). ASÍ SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS SE PRE-
SENTAN INMEDIATAMENTE A LA EXPOSICIÓN DEL AGENTE, DE ESTA FORMA
CATEGORIZAMOS LAS REACCIONES INMEDIATAS EN: SCHOEK ANAFILÁCTICO, -
ASMA, ENFERMEDAD DEL SUERO, REACCIONES CUTÁNEAS GENERALIZADAS Y
EL EDEMA ANGIOEURÓTICO.

2.- RETARDADA O CELULAR,- (QUE NO SE ASOCIA CON LOS ANTICUERPOS
CIRCULANTES DEL INDIVIDUO) ASÍ EXISTE UNA MANIFESTACIÓN ALÉRGICA
POR LA COMBINACIÓN DEL ANTÍGENO CON LOS TEJIDOS DEL ORGANISMO CO
MO PODRÍAN SER: HETEROINJERTOS, IMPLANTES, ETC.

ESTA REACCIÓN PUEDE MANIFESTARSE HORAS DESPUÉS, PARA PODER COM--
PRENDER ESTE FENÓMENO DE HIPERSENSIBILIDAD O ALERGIA DEBEMOS EN-
TENDER QUE LA CAPTACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS EXTRA-
ÑAS TIENE RELACIÓN DIRECTA CON EL SISTEMA RETICULO ENDOTELIAL Y
QUE LA VELOCIDAD DE REACCIÓN DEPENDE DE LA FÓRMULA BLANCA (MACRO
FAGOS, MONOCITOS, LINFOCITOS, ETC.),

LA HIPERSENSIBILIDAD O LAS REACCIONES ALÉRGICAS O ANAFILACTOIDES
QUE NOS PROVOCAN LOS ANESTÉSICOS LOCALES, SON RARAS PERO MUY GRA
VES, LO QUE INDICA QUE DEBEMOS CONOCERLOS Y ESTAR PREPARADOS PA-
RA REMEDIARLOS. LOS SIGNOS ALÉRGÉNICOS MÁAS FRECUENTES SON: RESPI
RACIÓN ASMÁTICA, RONCHAS SOBRE LA PIEL, RINITIS, ANGIOEDEMA Y VA
SO DILATACIÓN CON ERITEMA, EL TRATAMIENTO DEBE SER SUSTITUIDO IN
MEDIATAMENTE, PRINCIPIANDO CON EFEDRINA, 25 MG POR VÍA INTRAVENO

-SA O SUBLINGUAL, DIFENHIDRAMINA (BENADRYL) 50 MG. POR VÍA INTRA
VENOSA O SUBLINGUAL Y SOLU-MEDROL 40 MG POR VÍA INTRAVENOSA.

CUANDO NO HAY OTRO REMEDIO DEBEMOS ADMINISTRAR ADRENALINA CON MU
CHO CUIDADO, YA QUE SE TRATA DE UNA DROGA MUY POTENTE. LA ADRENA
LINA (1:1000) DEBE SER ADMINISTRADA EN DOSIS DE 0.2 MG (0.2 ML)
POR VÍA INTRAVENOSA O SUBLINGUAL CADA 45 SEGUNDOS HASTA OBTENER
RESULTADOS.

SHOK ANAFILÁCTICO.- ES UNA DESCARGA DE HISTAMINA DE LAS CÉLULAS
CEBADAS QUE SE ENCUENTRAN EN EL TEJIDO CONECTIVO, LO QUE PROVOCA
LA SECRECIÓN DE HISTAMINA, SIENDO ÉSTA UNA RESPUESTA INMUNOBIOLO
GICA A UN AGENTE EXTRAÑO OCACIONANDO UNA DILATACIÓN DE LOS VASOS
Y UNA HIPOTENSIÓN ARTERIAL, DONDE HAY UN COLAPSO CIRCULATORIO.

PRESENTANDO LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: DESMAYO, BRONCOESPASMOS, VA
SOCONSTRICCIÓN HIPOXIA AGUDA (FALTA DE OXÍGENO) QUE PUEDE SER -
ACOMPAÑADO DE EDEMA ANGIONEURÓTICO (INFLAMACIÓN) DESEQUILIBRIO -
TOTAL DE TODA LA FISIOLÓGIA DEL ORGANISMO. DONDE SE MANIFIESTA -
CLARAMENTE ES EN LOS LABIOS (TENSOS Y CIANOTICOS) EN LAS MUCOSAS,
ESTO SUCEDE EN SEGUNDOS, EL PACIENTE NO RESPIRA, HAY PÉRDIDA DE
LA CONCIENCIA, SE PRODUCE UNA BRADICARDIA Y NECESITAMOS CONTRARRES
TAR LOS EFECTOS DE LA HISTAMINA.

PASOS IMPORTANTES PARA SACAR DE SHOCK.- 1.- ELIMINAR LA TOXICIDAD
DEL ORGANISMO (BENADRYL Y FLEBOCORTIL),

2.- MANTENER AL PACIENTE EN SU EQUILIBRIO CARDIOVASCULAR (ADRENA
LINA).

3.- MANTENER SU RESPIRACIÓN (OXÍGENO).

LA ACCIÓN DEL ANTIHISTAMÍNICO ES BLOQUEAR A LOS RECEPTORES DE LA

HISTAMINA, ESTE EFECTO ES PRODUCIDO POR MEDIO DE LOS CORTICOESTEROIDES.

EN EL PARO CARDIACO SE PUEDE MANEJAR LA ADRENALINA PARA CONTRARRESTARLO. EL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO SE DEBE REALIZAR EN 5 MINUTOS PARA SACAR AL PACIENTE DEL ESTADO DE SHOCK. APLICAR ADRENALINA POR VÍA INTRAVENOSA, UTILIZANDO EL ESTETOSCOPIO A LA VEZ PARA QUE EN EL MOMENTO QUE EMPIEZA A FUNCIONAR EL CORAZÓN SE DEJA DE APLICAR LA ADRENALINA.

LOS EFECTOS DE LA ADRENALINA SON: TAQUICARDIA, PALPITACIONES, MIEDO, INQUIETUD, TEMBLOR, PALIDEZ, CEFALEA Y ALGUNOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DE VEZ EN CUANDO. ÉSTOS SÍNTOMAS GENERALMENTE DESAPARECEN RÁPIDAMENTE CON UN DESCANSO, QUIETUD Y POSICIÓN RECUMBENTE Y SEGURIDAD.

TEMA VIII

URGENCIAS AGUDAS EN EL CONSULTORIO DENTAL .

EN LA ACTUALIDAD, EN LA PRÁCTICA DE LA ODONTOLOGÍA ES NECESARIO QUE TODO EL PERSONAL AUXILIAR, ASÍ COMO EL ODONTÓLOGO, TENGAN CO-
NOCIMIENTOS DE MEDICINA INTERNA. ES IMPORTANTE OBSERVAR TODO LO
QUE SEA SIGNIFICATIVO Y RELEVANTE EN RELACIÓN AL ESTADO FUNCIO-
NAL Y ANATÓMICO DEL PACIENTE, ASÍ COMO SU ESTADO DENTAL Y LUEGO
COMUNICAR ESTOS HALLAZGOS AL MÉDICO O COMPRENDER SUS DECISIONES,
UNA VEZ QUE ÉL HA OBSERVADO PRIMERAMENTE TALES DATOS CLÍNICOS. -
CUANTA MAYOR INFORMACIÓN TENGA EL EQUIPO ODONTOLÓGICO EN LA CUAL
FUNDAR ESTAS OBSERVACIONES, TANTO MÁS CORRECTAS Y PRECISAS SERÁN.
ESTO AYUDARÁ A CREAR UNA ESTRECHA RELACIÓN ENTRE EL MÉDICO Y EL
PERSONAL AUXILIAR QUIENES SE COMPLEMENTARÁN ENTRE SÍ. EN ODONTO-
LOGÍA TRABAJAMOS CON SERES HUMANOS Y SI NO CONOCEMOS NI ENTENDE-
MOS LOS ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE, SEREMOS MERAMENTE TÉC-
NICOS.

ATENCIÓN DEL PACIENTE CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES:

ESTOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES REQUIEREN UNA
ATENCIÓN ESPECIAL EN EL CONSULTORIO DENTAL, Y EN OCASIONES TRATA-
MIENTOS ESPECIALES ADMINISTRADOS EN EQUIPO, SU CAPACIDAD DE RECÜ-
PERACIÓN DESPUÉS DE UN "STRESS" ES MENOR. ADEMÁS EL EMPLEO MÁS -
DIFUNDIDO DE AGENTES TERAPÉUTICOS POTENTES PARA EL TRATAMIENTO -
DE LOS DISTINTOS TRASTORNOS CARDIOVASCULARES, PLANTEA PROBLEMAS
EN EL MANEJO DE LAS CUESTIONES DENTALES. POR LO QUE ES NECESARIO
LA PREMEDICACIÓN DE ESTOS PACIENTES CON BARBITÚRICOS DE ACCIÓN -

CORTA ANTES DE LA ANESTESIA LOCAL O DE LA REALIZACIÓN DE MANIOBRAS DENTALES QUIRÚRGICAS. ÉSTA PREMEDICACIÓN DEBE DE ADMINISTRARSE EN LA SALA DE ESPERA, 45 MINUTOS ANTES DE REALIZARSE, LAS MANIOBRAS ODONTOLÓGICAS. PARA CASI TODOS LOS ADULTOS SON ADECUADOS DE 30 A 60 MG. DE PENTOBARBITAL O DE 50 A 100 MG. DE SECOBARBITAL. LOS PACIENTES QUE RECIBEN BARBITÚRICOS DEBEN SER ACOMPAÑADOS AL CONSULTORIO POR UN PARIENTE Y NO DEBEN DE CONDUCIR UN AUTOMÓVIL INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA CITA.

ANGINA DE PECHO:

EL CORAZÓN AL IGUAL QUE CUALQUIER OTRO ÓRGANO, DEBE RECIBIR SU PROPIO SUMINISTRO DE SANGRE PARA REALIZAR SU FUNCIÓN. LA IRRIGACIÓN DEL CORAZÓN CORRESPONDE A LAS ARTERIAS CORONARIAS, LAS CUALES SE ORIGINAN EN LA AORTA, Y CUANDO SE ESTRECHAN POR LA FORMACIÓN DE DEPÓSITOS GRASOS EN EL INTERIOR DE SUS PAREDES, PRODUCEN ATEROSCLEROSIS, LA CUAL ES UNA DE LAS CAUSAS PRINCIPALES DE LA ANGINA DE PECHO. A MEDIDA QUE LA LUZ DE LAS ARTERIAS CORONARIAS SE VUELVE MÁS ESTRECHA, EL CORAZÓN NO PUEDE RECIBIR SUFICIENTE SANGRE OXIGENADA PARA SATISFACER LAS DEMANDAS CUANDO AUMENTA EL TRABAJO CARDIACO. EL RESULTADO ES LA ANGINA DE PECHO, UN DOLOR AGUDO Y OPRESIVO EN LA REGIÓN PRECORDIAL QUE PUEDE IRRADIAR HACIA EL HOMBRO Y EL BRAZO IZQUIERDOS. EL DOLOR DE LA ANGINA DE PECHO EN FORMA CARACTERÍSTICA ES DESENCADENADO POR EL EJERCICIO Y ALIVIADO POR EL REPOSO. LOS PACIENTES QUE SUFREN ESTE PADECIMIENTO, POR LO GENERAL, LLEVAN CONSIGO TABLETAS DE NITROGLICERINA O ISOSORBIDE SUBLINGUAL. ÉSTE MEDICAMENTO, CUANDO SE COLOCA BAJO LA LENGUA, ES ABSORBIDO CON RAPIDEZ HACIA LA CIRCULACIÓN Y PRODUCE DILATACIÓN DE TODOS LOS VASOS SANGUÍNEOS DEL CUERPO, INCLUYENDO LAS ARTERIAS CORONARIAS. A MEDIDA QUE SE DILATAN LOS VASOS AUMEN

-TA EL FLUJO SANGUÍNEO CORONARIO, SE SATISFACE LA NECESIDAD DE OXÍGENO POR EL MIOCARDIO, Y LA VASODILATACIÓN GENERALIZADA REDUCE LA RESISTENCIA CONTRA LA QUE DEBE TRABAJAR EL CORAZÓN.

LA ANGINA DE PECHO DEBE SER CONSIDERADA COMO UN TRASTORNO URGENTE, GRAVE, AUNQUE LA MAYOR PARTE DE LOS ATAQUES SE ALIVIAN CON REPOSO Y NITROGLICERINA O ISOSORBIDE, ALGUNOS PUEDEN PERSISTIR Y DAR POR RESULTADO LESIÓN PERMANENTE DEL MIOCARDIO.

EL TRATAMIENTO DE LA ANGINA DE PECHO EN EL CONSULTORIO DENTAL CONSISTE EN:

- 1.- RECONOCIMIENTO DEL TIPO DE DOLOR CARACTERÍSTICO DE ESTE PADECIMIENTO.
- 2.- SUSPENDER TODO TRATAMIENTO DENTAL EN PROCESO.
- 3.- SUMINISTRAR OXÍGENO MEDIANTE MÁSCARA.
- 4.- ADMINISTRAR NITROGLICERINA O ISOSORBIDE POR VÍA SUBLINGUAL.
- 5.- DAR DE ALTA AL PACIENTE CUANDO HAYA CESADO EL DOLOR, REMITIRLO INMEDIATAMENTE A SU MÉDICO Y PROGRAMARLO PARA OTRO TIEMPO, PREVIA AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE O CARDIÓLOGO.

SI SE SABE QUE UN PACIENTE SUFRE DE ANGINA DE PECHO, DEBERÁN TOMARSE CIERTAS MEDIDAS ANTES DE SOMETERLO A TRATAMIENTO DENTAL.

- 1.- PRESCRIBIR UN TRANQUILIZADOR ANTES DE LA CITA.
- 2.- PROHIBIRLE FUMAR LAS 48 HORAS PREVIAS A LA CITA, YA QUE EL TABAQUISMO DIFICULTA LA OXIGENACIÓN ADECUADA DE LA SANGRE.
- 3.- PROGRAMAR LA CITA A MEDIA MAÑANA O A MEDIA TARDE, PUES LOS ALIMENTOS ABUNDANTES PUEDEN PRODUCIR UN ATAQUE DE ANGINA DE PECHO.
- 4.- ADMINISTRAR NITROGLICERINA POCO ANTES DE INICIAR LA INTERVENCIÓN.

INFARTO AL MIOCARDIO:

ESTE ES UN TRASTORNO QUE SE PRODUCE CUANDO UN TROMBO OCLUYE UNA DE LAS RAMAS MAYORES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS, LO CUAL IMPIDE EL SUMINISTRO DE SANGRE AL MÚSCULO CARDIACO LLAMADO MIOCARDIO Y PROVOCA SU MUERTE (INFARTO), DE AHÍ EL TÉRMINO DE INFARTO AL MIOCARDIO. A MENUDO SE LE REFIERE COMO UNA OCLUSIÓN CORONARIA O UNA TROMBOSIS CORONARIA, ESTO, NO OBSTANTE, ES INCORRECTO DEBIDO A - QUE PUEDE OCURRIR INFARTO AL MIOCARDIO SIN QUE HAYA OCLUSIÓN O TROMBOSIS CORONARIA Y VICEVERSA, LA OCLUSIÓN PUEDE SER EL RESULTADO DEL ESTANCAMIENTO DE SANGRE Y SU COAGULACIÓN ULTERIOR EN UN VASO SANGUÍNEO ATROSCLERÓTICO.

A MENUDO UN ANTECEDENTE DE ANGINA DE PECHO PRECEDE A UN INFARTO MIOCARDICO, EL CUAL ES UNA URGENCIA MÉDICA POTENCIALMENTE MORTAL.

LOS SÍNTOMAS DE UN INFARTO DEL MIOCARDIO SON VARIABLES, PERO PUEDEN COMENZAR EN FORMA DE DOLOR LEVE, CASI COMO INDIGESTIÓN, EN LA REGIÓN RETROSTERNAL E IRRADIAR HACIA EL HOMBRO IZQUIERDO Y HACIA EL BRAZO IZQUIERDO, DE MANERA SIMILAR AL DE LA ANGINA DE PECHO. SIN EMBARGO EL DOLOR AUMENTA DE INTENSIDAD, POR LO GENERAL, DURA 30 MINUTOS O MÁS Y PUEDE SER PRODUCIDO POR EL MAYOR TRABAJO DEL CORAZÓN DESPUÉS DE UNA COMIDA ABUNDANTE, RAZÓN POR LA CUAL, AL PRINCIPIO, PUEDE CONFUNDIRSE CON INDIGESTIÓN. EL PACIENTE PUEDE TENER DISNEA (DIFICULTAD PARA RESPIRAR), NÁUSEA, VÓMITO, SUDOR FRÍO, DESPLOME DE LA PRESIÓN ARTERIAL ASÍ COMO PULSO RÁPIDO Y DÉBIL, PUDIENDO FALLECER DE INMEDIATO. EL DOLOR TAMBIÉN PUEDE SER INTENSO DESDE EL PRINCIPIO COMO EN LA ANGINA DE PECHO,

LAS CUATRO PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE DESPUÉS DE OCLUSIÓN CORO

-NARIAS, SON DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO, EDEMA PULMONAR, FIBRILACIÓN VENTRICULAR Y ROTURA DEL CORAZÓN. EL DESCANSO ABSOLUTO ES MUY NECESARIO, PUES MIENTRAS MAYOR SEA EL DESCANSO MEJOR SERÁ LA POSIBILIDAD DE REPARACIÓN DE LA ZONA DAÑADA, EN LAS CIRCUNSTANCIAS MÁS IDEALES EL MÚSCULO DAÑADO PUEDE SER REPARADO POR TEJIDO CICATRIZAL DE TAL FORMA QUE EL CORAZÓN, NUNCA VUELVE A RECUPERAR SU EFICIENCIA ANTERIOR.

TODO EL FLUJO SANGUÍNEO CESA REPENTINAMENTE, ESTO SE DEBE A PARO CARDIACO O FIBRILACIÓN VENTRICULAR. EL VERDADERO PROBLEMA EN EL PARO CIRCULATORIO ES EVITAR LOS EFECTOS DAÑINOS AL CEREBRO, CUATRO O CINCO MINUTOS DE PARO CIRCULATORIO CAUSAN DAÑO PERMANENTE AL CEREBRO EN MÁS DE UN 50% DE LOS PACIENTES.

EL MASAJE CARDIACO CON TÓRAX CERRADO HACE CIRCULAR LA SANGRE SIN IMPORTAR SI EL CORAZÓN SE ENCUENTRA EN PARO O FIBRILACIÓN, INSUFLAR LOS PULMONES CON OXÍGENO, AYUDARÁ A RESTAURAR CANTIDADES ADECUADAS DE OXÍGENO AL CEREBRO Y LAS ARTERIAS CORONARIAS. SI NO ESTÁ BIEN OXIGENADO EL MÚSCULO CARDIACO ES MUY DIFÍCIL RESTAURAR EL CICLO NORMAL.

SI ESTA URGENCIA OCURRE EN EL CONSULTORIO DENTAL, DEBERÁN TOMARSE LAS SIGUIENTES MEDIDAS:

- 1.- SE COLOCARÁ AL PACIENTE EN POSICIÓN DE TRENDELENBURG (CON LA CABEZA A UN NIVEL MÁS BAJO QUE LOS PIES) SI SE ENCUENTRA EN ESTADO DE CHOQUE.
- 2.- SE LE ADMINISTRARÁ OXÍGENO.
- 3.- SE LE TOMARÁ SU PRESIÓN ARTERIAL.
- 4.- SE COMENZARÁ A ADMINISTRAR LÍQUIDOS POR VÍA INTRAVENOSA.

- 5.- PARA EL ALIVIO DEL DOLOR SE LE ADMINISTRARÁ DE PREFERENCIA - MORFINA, 10 A 15 MG. IM SI NO SE DISPONE DE ESTE MEDICAMENTO, ENTONCES SE LE APLICARÁ DEMEROL, 75-125 MG. IM. LOS NITRATOS NO ALIVIAN EL DOLOR, EL CUAL SE PROLONGA DURANTE MÁS DE 5 MINUTOS.
- 6.- SE LE MANTENDRÁ EL CALOR AL PACIENTE Y SE LE REAFIRMARÁ QUE - SE ESTÁ CONTROLANDO LA SITUACIÓN.
- 7.- SE LLAMARÁ A UN MÉDICO O A UNA AMBULANCIA. ÉSTA ES UNA URGENCIA MÉDICA QUE REQUIERE HOSPITALIZACIÓN.

UNA DE LAS COMPLICACIONES QUE PUEDE PRESENTAR EL PACIENTE DESPUÉS DE UN INFARTO MIOCÁRDICO, ES LA FORMACIÓN DE COÁGULOS SANGUÍNEOS. UNA VEZ QUE SE HA PRODUCIDO OCLUSIÓN DE LAS ARTERIAS CORONARIAS, EL MIOCARDIO EN ESA ZONA PARTICULAR SUFRE NECROSIS, MUERTE O INFARTO (TÉRMINOS QUE SON SINÓNIMOS). LUEGO, DESPUÉS DE LOS PRIMEROS DOS DÍAS EL TEJIDO EN LA ZONA INFARTADA SE VUELVE MUY BLANDO Y PULPOSO. PUEDEN FORMARSE COÁGULOS EN LA PARED DEL CORAZÓN OPUESTA A LA REGIÓN INFARTADA, O PUEDEN FORMARSE EN LAS VENAS, ESPECIALMENTE EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES, DEBIDO A LA FALTA DE ACTIVIDAD POR EL REPOSO EN CAMA A QUE OBLIGA EL INFARTO AL MIOCARDIO. ÉSTOS COÁGULOS PUEDEN SER TRANSPORTADOR POR LA CIRCULACIÓN - (SE LES LLAMA ÉMBOLOS CUANDO SE DESPLAZAN Y TROMBOS CUANDO PERMANECEN EN UN LUGAR) A OTRAS PARTES DEL CUERPO, DEPENDIENDO DE SU LOCALIZACIÓN FINAL PUEDEN PRODUCIR O NO COMPLICACIONES.

POR ESTA RAZÓN A MUCHOS PACIENTES QUE SON HOSPITALIZADOS DESPUÉS DE SUFRIR UN INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO SE LES ADMINISTRA ANTI--COAGULANTES (MEDICAMENTOS QUE AYUDAN A PREVENIR LA FORMACIÓN DE COÁGULOS SANGUÍNEOS) POR LO GENERAL SE LES COMIENZA A APLICAR HEPARINA, LA CUAL SE ADMINISTRA POR VÍA INTRAVENOSA Y ACTÚA RÁPIDA

-MENTE PERO SU EFECTO ES DE Poca DURACIÓN, ÉSTOS MEDICAMENTOS --
PROLONGAN EL TIEMPO DE COAGULACIÓN Y MEDIANTE SU USO, EL MÉDICO
TRATA DE AUMENTAR EL TIEMPO DE COAGULACIÓN SANGUÍNEA AL DOBLE O
AL TRIPLE DEL NORMAL. EN ALGUNAS OCASIONES PUEDE EXISTIR SOBREDOSIFICACIÓN DEL MEDICAMENTO, UNO DE LOS SIGNOS DE ESTA COMPLICACIÓN ES EL SANGRADO ESPONTÁNEO DE LAS ENCÍAS.

¿QUÉ OCURRE CUANDO ESTOS PACIENTES SE PRESENTAN AL CONSULTORIO DENTAL PARA TRATAMIENTO YA SEA PARA UN RASPADO O UNA EXTRACCIÓN? SI EL PACIENTE NO ESTÁ TOMANDO SUS ANTICOAGULANTES, SE PUEDE CORRER EL RIESGO DE FORMACIÓN DE TROMBOS; MIENTRAS QUE SI EL PACIENTE ESTÁ TOMANDO ANTICOAGULANTES, SE CORRE EL RIESGO DE QUE SANGRE EN FORMA EXCESIVA POR UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO. EN LA ACTUALIDAD, EL TRATAMIENTO CONSISTE NO EN SUSPENDERLE LOS ANTICOAGULANTES AL PACIENTE, SINO EN ADMINISTRÁRSELOS MIENTRAS SE MANTENGA EN LA DOSIS TERAPÉUTICA, O SEA, CON UN TIEMPO DE PROTROMBINA 1 Y MEDIO A 2 Y MEDIO VECES MAYOR DEL NORMAL. DEBE ESTABLECERSE CONTACTO CON EL MÉDICO PARA QUE VALORE EL TIEMPO DE PROTROMBINA DEL PACIENTE Y NOS ACLARE SU ESTADO DE SALUD PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO NECESARIO. MIENTRAS EL TIEMPO DE PROTROMBINA SE MANTENGA EN VALORES TERAPÉUTICOS EL SANGRADO SUELE PODERSE CONTROLAR MEDIANTE MEDIDAS LOCALES ADECUADAS EN LA ZONA OPERADA. SI SE EFECTÚA UNA EXTRACCIÓN DENTAL, SE MEZCLA TROMBINA, UNO DE LOS FACTORES DE LA COAGULACIÓN, CON AGUA ESTÉRIL Y LUEGO SE APLICA A UNA PORCIÓN DE GELFOAM, DESPUÉS DE ESTO SE COLOCA EN EL ALVEOLO EL CUAL SE SUTURA FIRMEMENTE. SI DEBE HACERSE UN RASPADO ENTONCES EL PROCEDIMIENTO DEBE LIMITARSE PRIMERO A UN CUADRANTE Y LUEGO A OTRO. LA TROMBINA DE ACCIÓN LOCAL PUEDE SER COLOCADA EN

LA REGIÓN MEDIANTE EL USO DE UNA GASA.

CADA VEZ MAYOR NÚMERO DE PACIENTES SOMETIDOS A TRATAMIENTO ANTI-COAGULANTE SE PRESENTARÁN AL ODONTÓLOGO Y SU EQUIPO DENTAL, YA QUE CON LOS ADELANTOS DE LA MEDICINA UN MAYOR NÚMERO DE ELLOS SOBREVIVE A LOS INFARTOS AGUDOS DEL MIOCARDIO, NO DEBE TENERSE TEMOR, SINO QUE DEBE HABER UNA COMPRESIÓN INTEGRAL DEL ESTADO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE, ENTRE EL MÉDICO, EL DENTISTA Y EL HIGIENISTA.

PARO CARDIACO:

ESTÁ ES LA URGENCIA MÁS GRAVE, QUE PUEDE OCURRIR AL PACIENTE DENTAL PUES EL IMPULSO ESENCIAL DE LA VIDA SE HA DETENIDO Y LA MUERTE PUEDE OCURRIR EN POCOS SEGUNDOS. EL PARO CARDIACO PUEDE PRESENTARSE COMO UN FENÓMENO NO TARDÍO DEL CHOQUE GRAVE O POR SÍ SÓLO SIN QUE HAYA EXISTIDO NINGÚN TRASTORNO PREVIO. LA TAREA DEL EQUIPO DENTAL ES RECONOCER SU EXISTENCIA LO MÁS PRONTO POSIBLE Y APLICAR DE INMEDIATO LOS PROCEDIMIENTOS DE RESUCITACIÓN. EL TÉRMINO "PARO CARDIACO" SUELE SIGNIFICAR LA MUERTE SÚBITA E INESPERADA DE UN PACIENTE. LAS CAUSAS MÁS COMÚNES DE PARO CARDÍACO SON REACCIONES ALÉRGICAS A UN MEDICAMENTO, SUSCEPTIBILIDAD A LA ANESTESIA, ATAQUE CARDIACO, AHOGAMIENTO, CHOQUE ELÉCTRICO Y ASFIXIA.

LA DETERMINACIÓN DE UN PARO CARDIACO RADICA EN LA PRESENCIA O AUSENCIA DE UN PULSO PALPABLE, SI NO SE CUENTA CON EQUIPO ELECTRÓNICO SOFISTICADO COMO UN ELECTROCARDIOSCOPIO, EL PULSO ES EL ÚNICO SIGNO DISPONIBLE AL EQUIPO DENTAL. SIEMPRE QUE UN PACIENTE PIERDA LA CONCIENCIA Y NO TENGA PALPABLE EL PULSO CAROTÍDEO (CUELLO), RADIAL (MUÑECA) O FEMORAL (INGLE) DEBE SUPONERSE QUE EL CO-

-RAZÓN HA DEJADO DE LATIR. PUEDE DETENERSE PRIMERO EL CORAZÓN - DEL PACIENTE Y LUEGO SU RESPIRACIÓN, PUES LOS PULMONES NO RECIBEN SANGRE DEL CORAZÓN, O PUEDE SUSPENDERSE PRIMERO LA RESPIRACIÓN Y DESPUÉS EN FORMA SECUNDARIA EL CORAZÓN, EN VIRTUD DE QUE ÉSTE NO RECIBE OXÍGENO.

A VECES ES DIFÍCIL ASEGURAR SI EL PACIENTE HA DEJADO DE RESPIRAR. TAL VEZ UNA DE LAS MEJORES FORMAS DE CONFIRMAR ESTO ES COLOCAR - UNA MANO BAJO LA NARIZ O EL CARRILLO SOBRE LA BOCA DEL PACIENTE, PARA SENTIR LA RESPIRACIÓN DE AIRE CÁLIDO U OBSERVAR EL MOVIMIENTO DEL TÓRAX. CUANDO EL PACIENTE PORTA VESTIMENTA PESADA, ES NECESARIO LEVANTAR ÉSTA PARA QUE PUEDA OBSERVARSE LA PARED TORÁXICA.

PRIMERO SE DETERMINARÁ LA FALTA DE REACCIÓN DEL PACIENTE AGITÁNDOLE EL HOMBRO Y PREGUNTÁNDOLE EN VOZ ALTA SI SE ENCUENTRA BIEN, LUEGO SE OBSERVARÁ SI LA RESPIRACIÓN Y EL PULSO ESTÁN AUSENTES. - UNA INSPECCIÓN DE LAS PUPILAS TAMBIÉN PROPORCIONARÁ INFORMACIÓN VALIOSA. EN CIRCUNSTANCIAS NORMALES, CUANDO SE LEVANTA EL PÁRPADO LAS PUPILAS SUFRIRÁN CONSTRUCCIÓN, SIN EMBARGO 30 A 60 SEGUNDOS DESPUÉS DE QUE LA CIRCULACIÓN AL ENCÉFALO SE HA VUELTO INSUFICIENTE, LAS PUPILAS COMENZARÁN A DILATARSE Y EVIDENCIARÁN LA - NECESIDAD INMEDIATA DE RESTABLECER LA CIRCULACIÓN SANGUÍNEA Y - VENTILACIÓN DEL PACIENTE. OTRA INSPECCIÓN DE LAS PUPILAS DESPUÉS QUE SE HAN APLICADO LAS MEDIDAS DE RESUCITACIÓN, SERVIRÁ PARA DETERMINAR SI LOS ESFUERZOS HAN SIDO EFICACES.

LA AUSENCIA DE LA RESPIRACIÓN Y DEL LATIDO CARDIACO SON SIGNOS - DE MUERTE CLÍNICA. POR FORTUNA AUNQUE EL PACIENTE ESTÁ CLÍNICAMENTE MUERTO, TODAVÍA TRANSCURRIRÁN 4 A 6 MINUTOS SIN PULSO Y - SIN RESPIRACIÓN PARA QUE UN NÚMERO SUFICIENTE DE CÉLULAS NERVIO-

--SAS SE DETERIOREN Y PRODUZCAN LA MUERTE BIOLÓGICA. EL LAPSO ENTRE LA MUERTE CLÍNICA Y LA MUERTE BIOLÓGICA, ES APROXIMADAMENTE DE 4 A 6 MINUTOS, PERÍODO DISPONIBLE PARA PROPORCIONAR TRATAMIENTO URGENTE EN LA FORMA DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR.

FOTOGRAFÍAS.



RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA

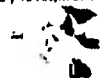
RESPIRACION CONSCIENTE



--Mantenga horizontal al paciente
--Observe el color, el estado de conciencia y la respiración

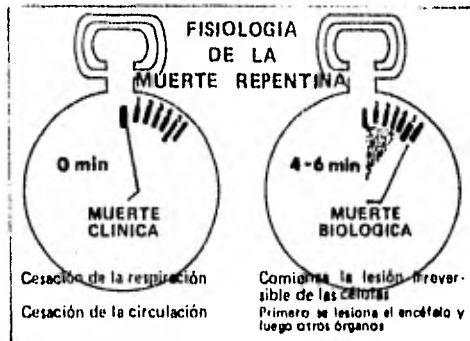
RESPIRACION INCONSCIENTE

INCONSCIENTE--SIN RESPIRACION
PULSO PRESENTE



--Palpación del pulso carotídeo

INCONSCIENTE-- SIN RESPIRACION
PULSO AUSENTE--PUPILAS DILATADAS
(normales) (dilatadas)
--Verificación del estado de las pupilas



LOS DEBERES EN EL TRATAMIENTO URGENTE DEL PACIENTE CON MUERTE REPENTINA INCLUYEN:

- 1.- PREVENCIÓN DE LA MUERTE BIOLÓGICA, PUES YA HAY MUERTE CLÍNICA. POR LO TANTO SE DEBE RECONOCER EL PROBLEMA Y ACTUAR DESPUÉS DE LA MUERTE CLÍNICA DENTRO DE UN TIEMPO DE 4 A 6 MINUTOS. ESTE ES UN LAPSO CONSIDERABLE SI TODOS LOS QUE ACTÚAN EN EL TRATAMIENTO LO HACEN CON EFICIENCIA.
- 2.- SE DEBE PROPORCIONAR VENTILACIÓN ARTIFICIAL.
- 3.- SE DEBE PROPORCIONAR CIRCULACIÓN ARTIFICIAL. DEBE HACERSE NOTAR QUE ES POR COMPLETO INÚTIL PROPORCIONAR CIRCULACIÓN ARTIFICIAL SI LA SANGRE QUE CIRCULA NO ESTÁ OXIGENADA, Y NO TIENE CASO PROPORCIONAR VENTILACIÓN ARTIFICIAL SI LA SANGRE NO ESTÁ CIRCULANDO EN EL CUERPO.
- 4.- DEBEN HACERSE ARREGLOS PARA QUE EL PACIENTE SEA TRANSPORTADO A UN HOSPITAL MIENTRAS SE HACE LA RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR. VENTILACION ARTIFICIAL.

DESCRIBIREMOS PRIMERO UNA TÉCNICA DE VENTILACIÓN ARTIFICIAL EN LAS CIRCUNSTANCIAS MÁS DESFAVORABLES, EN LAS CUALES DEBE PRACTICARSE RESPIRACIÓN BOCA A BOCA DEBIDO A QUE PUEDE NO CONTARSE CON EL EQUIPO APROPIADO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

EL PRINCIPIO DE LA VENTILACIÓN ARTIFICIAL CONSISTE EN QUE LA PERSONA QUE REALIZA LA RESUCITACIÓN EXHALA SU AIRE HACIA LOS PULMONES DEL PACIENTE, O BIEN SE LE ADMINISTRA OXÍGENO EN ALGUNA OTRA FORMA. HAY TRES MÉTODOS PARA IMPULSAR EL AIRE A LOS PULMONES DEL PACIENTE: BOCA A BOCA, BOCA A NARIZ Y BOCA A CÁNULA.

LOS PASOS DE LA VENTILACIÓN ARTIFICIAL CONSISTEN EN DESPEJAR LA

VÍA AÉREA EXTRAYENDO PRIMERO DE LA CAVIDAD BUCAL CUALESQUIERA - OBSTRUCCIONES COMO DENTADURAS, DIENTES FRACTURADOS, AMALGAMA O SALIVA ABUNDANTE, LUEGO DEBERÁ INCLINARSE HACIA ATRÁS LA CABEZA DEL PACIENTE COLOCANDO UNA MANO SOBRE SU FRENTE Y OTRA POR ABAJO DE SU CUELLO PARA QUE ÉSTE SEA LEVANTADO CON UNA MANO MIENTRAS - SE INCLINA LA CABEZA HACIA ATRÁS CON LA OTRA, ES MUY IMPORTANTE QUE ESTA MANIOBRA SE REALICE EN EL MISMO PLANO HORIZONTAL QUE EL RESTO DEL CUERPO, EN VEZ DE COLOCAR UN RESPALDO PARA LA CABEZA - EN EL SILLÓN DENTAL.

SE RECORDARÁ QUE LA LENGUA ESTÁ ADHERIDA A LA MANDÍBULA EN LA - REGIÓN DE LA SÍNFISIS Y QUE LA EPIGLOTIS, LA CUAL CUBRE LA TRAQUEA PARA EVITAR QUE ENTREN A LOS PULMONES ALIMENTOS Y LÍQUIDOS, ESTÁ ADHERIDA A LA LENGUA, TODO ESTO ES IMPORTANTE EN EL PACIENTE INCONSCIENTE, PUES SU MANDÍBULA SE RELAJA Y CAE HACIA ATRÁS DE MANERA QUE LA LENGUA BLOQUEA LA OROFARINGE, POR LO TANTO SI LA MANDÍBULA ES DESPLAZADA HACIA ADELANTE Y LA EPIGLOTIS SE ELEVA DE MODO QUE QUEDA UNA VÍA PERMEABLE PARA EL AIRE DESDE LA BOCA O LA NARIZ HASTA LOS PULMONES.

UNA VEZ QUE LA CABEZA ESTÁ EN POSICIÓN ADECUADA, SE APRIETAN - LAS FOSAS NASALES CON LOS DEDOS, ESTE PASO ES OBVIO, PUES NO -- TENDRÍA CASO EXHALAR AIRE EN LA BOCA DEL PACIENTE SI SE SALIERA POR SU NARIZ, LUEGO LA BOCA DEL OPERADOR DEBE CUBRIR POR COMPLETO LA BOCA DEL PACIENTE, PUES DE LO CONTRARIO LA VENTILACIÓN SERÍA INSUFICIENTE.

FOTOGRAFIAS



FOTOGRAFIAS



RESPIRACION INCONSCIENTE

- VIA AEREA PERMEABLE MEDIANTE LA INCLINACION MAXIMA DE LA CABEZA HACIA ATRAS
- ADMINISTRACION DE OXIGENO
- ASPIRACION DE LAS VIAS AEREAS SI ES NECESARIO



VIAS AEREAS CERRADAS



VIAS AEREAS PERMEABLES
Inclinación máxima de la cabeza hacia atrás



FOTOGRAFÍA



UNA VEZ QUE SE HA CUBIERTO BIEN LA BOCA DEL PACIENTE, SE SOPLA - CON INTENSIDAD SUFICIENTE PARA QUE SE EXPANDA EL TÓRAX DE ÉSTE. ENTRE LAS EXHALACIONES SE DEBE APARTAR LA BOCA PARA QUE SE PUEDA INSPIRAR AIRE FRESCO. DE UNA U OTRA FORMA, DEPENDIENDO DE SI UNA O DOS PERSONAS ATIENDEN AL PACIENTE, LA VENTILACIÓN ARTIFICIAL - DEBERÁ EFECTUARSE ALREDEDOR DE 12 VECES POR MINUTO.

EN OCASIONES, TIENE QUE RECURRIRSE AL MÉTODO DE BOCA A NARIZ, CO MO EN EL CASO DE TRISMUS O ESPASMO DE LOS MÚSCULOS DE LA MANDÍBU LA, ADEMÁS SI EL PACIENTE NO TIENE DIENTES Y NO SE DISPONE DE UNA CÁNULA BUCAL, ENTONCES PUEDE SER DIFÍCIL OBTENER UN CIERRE ADECUA DO ALREDEDOR DE LA BOCA, SIN EMBARGO, APRENDER SÓLO EL MÉTODO DE BOCA A NARIZ NO SERÍA PRÁCTICO, YA QUE PUEDE HABER OBSTRUCCIÓN - NASAL POR PÓLIPOS, TABIQUE DESVIADO O SINUSITIS, EN ESTE MÉTODO LA CABEZA DEL PACIENTE SE COLOCA EN LA MISMA POSICIÓN Y LA MANO

QUE ESTABA ATRÁS DEL CUELLO SE LLEVA AL MENTÓN PARA CERRAR LA BOCA DE MANERA QUE NO ESCAPE AIRE DURANTE LA INFLACIÓN A TRAVÉS DE LA NARIZ. DESPUÉS SE PROCEDERÁ COMO EN LA RESUCITACIÓN DE BOCA A BOCA.

HAY DIVERSOS TIPOS DE EQUIPO AUXILIAR COMO ES LA CÁNULA EN FORMA DE S Y LA BOLSA AMBÚ, QUE PUEDE UTILIZARSE PARA PROPORCIONAR VENTILACIÓN ARTIFICIAL. EL APRENDER LA VENTILACIÓN ARTIFICIAL CON ESTE EQUIPO COMO EL ÚNICO MÉTODO NO SERÍA RAZONABLE, PUES NO SIEMPRE SE CUENTA CON EL MISMO. UNA DESVENTAJA DE LA CÁNULA EN FORMA DE S ES QUE EL ASISTENTE DEBE COLOCARSE ATRÁS DE LA CABEZA DEL PACIENTE PARA USARLA EN FORMA APROPIADA. COMO LO MUESTRAN LAS SIGUIENTES PRIMERAS DOS FOTOGRAFÍAS. ESTO HACE QUE SE OCUPE TIEMPO SI LA MISMA PERSONA DEBE LUEGO CAMBIAR DE LUGAR, POR EJEMPLO, CERCA DE LA PARED TORÁXICA DEL PACIENTE CON EL FÍN DE DAR MASAJE CARDIACO.

SI SE UTILIZA UNA BOLSA AMBÚ O SE ADMINISTRA OXÍGENO EN ALGUNA OTRA FORMA PRIMERO DEBE APLICARSE A LA BOCA DEL PACIENTE UNA CÁNULA BUCOFARÍNGEA, SIGUIENTES DOS FOTOGRAFÍAS, ESTA CÁNULA ESTABLECE UN ACCESO DIRECTO A LA OROFARINGE Y AYUDA TAMBIÉN AL DESPLAZAMIENTO DE LA LENGUA HACIA ADELANTE, RETIRADA DE LA PARED POSTERIOR DE LA FARINGE.

CIRCULACION ARTIFICIAL.

UNA VEZ QUE SE HA ESTABLECIDO UNA VÍA AÉREA APROPIADA Y QUE SE HA INICIADO LA RESPIRACIÓN, SE DIRIGE LA ATENCIÓN A LA CIRCULACIÓN. ÉSTA ES DE VITAL IMPORTANCIA, PUES SI HEMOS TENIDO ÉXITO EN LA VENTILACIÓN ADECUADA DE LOS PULMONES, DEBEMOS AHORA HACER CIRCU--



Fig. 10-15. Introducción de la cánula en forma de S en la boca del paciente.



Fig. 10-18. Inserción de la cánula bucofaríngea.



Fig. 10-16. Ventilación artificial a través de una cánula en forma de S.



Fig. 10-19. Sostén de la mandíbula mientras se usa la bolsa Ambú.



-LAR EL OXÍGENO A LOS ÓRGANOS VITALES DEL CUERPO, PARA VOLVER A ESTABLECER LA CIRCULACIÓN, ES NECESARIO QUE EL EQUIPO DE URGENCIAS PROPORCIONE EN FORMA ARTIFICIAL LA ACCIÓN DE BOMBA DEL CORAZÓN. ESTO SE LLEVA A CABO MEDIANTE EL MASAJE CARDIACO. ESTE PROCEDIMIENTO CONSISTE EN COMPRIMIR EL CORAZÓN A TRAVÉS DE LA PARTE ANTERIOR DEL ESTERNÓN. AL COMPRIMIRLO DE ESTA MANERA, PUEDE ESTABLECERSE UNA ACCIÓN DE BOMBA CARDIACA Y MANTENERSE LA CIRCULACIÓN ARTIFICIAL DEBIDO A QUE EL ESTERNÓN SE ADHIERE A LAS COSTILLAS - MEDIANTE UN CARTÍLAGO QUE LE DÁ CIERTA ELASTICIDAD Y ESTO PERMITE QUE EL ESTERNÓN PUEDE DEPRIMIRSE, PUESTO QUE LA COLUMNA VERTEBRAL SIRVE DE APOYO, ESTO ES COMO SI EL CORAZÓN SE ESTUVIERA COMPRIMIENDO CON LAS MANOS. FOTOGRAFÍAS DE LA CIRCULACIÓN ARTIFICIAL.

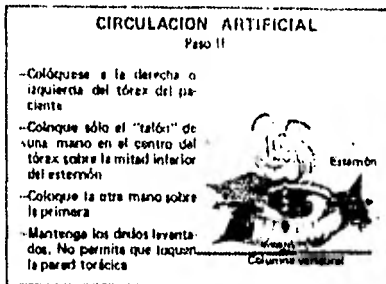
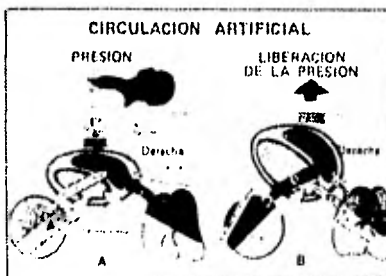


Fig. 10-21. Cortesía de la American Heart Association.



Fig. 10-23. Colocación de la bandeja de Mayo por abajo del dorso del paciente.



SI EL PACIENTE PERMANECE EN EL SILLÓN DENTAL DURANTE ESTE PROCEDIMIENTO, CASI SIEMPRE ES NECESARIO QUE SE COLOQUE ALGO FIRME, - COMO UNA TABLA O UNA BANDEJA DE INSTRUMENTOS ABAJO DEL PACIENTE, DE MANERA QUE LA PRESIÓN APLICADA A LA PARED TORÁXICA SE COMUNI-- QUE AL CORAZÓN Y NO SE DISIPE EN EL ASIENTO BLANDO DEL COLCHÓN - DENTAL. SI SE CUENTA CON AYUDA Y ES POSIBLE, DEBE LEVANTARSE AL PACIENTE DEL SILLÓN Y COLOCARLO EN POSICIÓN SUPINA EN EL PISO.

EL ODONTÓLOGO SE COLOCARÁ A LA DERECHA O A LA IZQUIERDA DEL PA-- CIENTE. PARA LLEVAR A CABO EL MASAJE CARDIACO SE COLOCAN LAS YE-- MAS DE LOS DEDOS EN EL EXTREMO INFERIOR DEL ESTERNÓN SUPERYACENTE AL ESTÓMAGO, ES POSIBLE PALPAR EL APÉNDICE XIFOIDES. EL BRAZO IZ QUIERDO DEL OPERADOR DEBE ESTAR RECTO Y ESTIRADO POR COMPLETO.

SI ESTO NO ES POSIBLE POR LA POSICIÓN DEL PACIENTE, ENTONCES EL OPERADOR DEBE COLOCARSE SOBRE ALGO PARA QUE ESTÉ EN UNA POSICIÓN MÁS ELEVADA ANTE EL PACIENTE, O BIEN SE BAJARÁ A ÉSTE. SI NO SE EFECTÚA DE ESTA MANERA, ES DEMASIADO CANSADO REALIZAR EL MASAJE CARDIACO.

LOS DEDOS DEL OPERADOR DEBEN ESTAR PARALELOS A LAS COSTILLAS PERO SIN TOCARLAS, LUEGO SE COLOCA LA MANO DERECHA EN LA MISMA POSI-- CIÓN SOBRE LA IZQUIERDA Y SE PUEDE INICIAR LA COMPRESIÓN. ES IM-

-PORTANTE QUE LA APLICACIÓN DE LA PRESIÓN SE LIMITE A LA PARTE INFERIOR DEL ESTERNÓN PARA OBTENER LA COMPRESIÓN MÁXIMA Y TAMBIÉN REDUCIR AL MÍNIMO EL PELIGRO DE FRACTURAR COSTILLAS Y LESIONAR LOS ÓRGANOS INTERNOS.

EL TÓRAX PUEDE SER COMPRIMIDO DE 3 A 5 CMS. SI EL ASISTENTE MANTIENE LOS BRAZOS RÍGIDOS Y EXTENDIDOS, Y SE MECE HACIA ADELANTE DE MANERA QUE TODO EL PESO DE SU CUERPO SE APOYE SOBRE EL ESTERNÓN DEL PACIENTE.

ESTO COMPRIME EL CORAZÓN SUBYACENTE CONTRA LA COLUMNA VERTEBRAL Y EXPULSA LA SANGRE DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO HACIA LA CIRCULACIÓN GENERAL, Y LA DEL VENTRÍCULO DERECHO HACIA LOS PULMONES. DESPUÉS RÁPIDAMENTE SE DEJA DE COMPRIMIR PARA PERMITIR QUE LA ELASTICIDAD DE LA PARED TORÁXICA EXPANDA UNA VEZ MÁS EL TÓRAX.

EN ESTE MOMENTO EL VENTRÍCULO DERECHO SE LLENA DE SANGRE VENENOSA DE LOS VÁLOS PERIFÉRICOS Y EL VENTRÍCULO IZQUIERDO SE LLENA DE SANGRE OXIGENADA PROVENIENTE DE LOS PULMONES.

ESTE PROCEDIMIENTO SE REPITE CON UNA FRECUENCIA DE 60 COMPRESIONES POR MINUTO CON EL OBJETO DE HACER CIRCULAR AL ENCÉFALO UN VOLUMEN SUFICIENTE DE SANGRE. SI UNA SOLA PERSONA PRACTICA EL PROCESO



Fig. 10-25. Palpación del apéndice xifoides en el extremo inferior del esternón.



Fig. 10-27. Zona de presión para la circulación artificial. (Cortesía de la American Heart Association).

CIRCULACION ARTIFICIAL
Paso I

- Paciente en posición horizontal y sobre una superficie firme
- Palpación de la punta del esternón (apófisis xifoides)
- Localización de la mitad inferior del esternón
(Sin incluir el apéndice xifoides)

Fig. 10-26. Localización del punto de presión para la circulación artificial. (Cortesía de la American Heart Association).

CIRCULACION ARTIFICIAL
Paso II

Fig. 10-28. Colocación de la enfermera al lado del paciente y aplicación de las manos para la circulación artificial. (Cortesía de la American Heart Association).

-DIMIENTO ES NECESARIO APLICAR COMPRESIÓN A UNA FRECUENCIA DE 80 POR MINUTO, Y EN UN NIÑO O LACTANTE PUEDEN REQUERIRSE 100 A 120 COMPRESIONES POR MINUTO. EL PARO CARDIACO PUEDE OBEDECER A DETERMINAMIENTO DEL CORAZÓN O FIBRILACIÓN VENTRICULAR. EN UN PARO COMO EL QUE OCURRIRÍA EN EL CONSULTORIO DENTAL, SE DARÁ UN GOLPE SÚBITO CON LA PARTE CARNOSA DE LA MANO SOBRE LA REGIÓN PRECORDIAL EN UN INTENTO DE INICIAR LOS IMPULSOS Y SUSPENDER LA FIBRILACIÓN. ESTO SE EJECUTA DE MEJOR MANERA UNA VEZ QUE SE HA OBTENIDO UNA VÍA AÉREA (Y SI HAY AUSENCIA DEL PULSO) ANTES DE INICIAR LA VENTILACIÓN ARTIFICIAL.

VENTILACION Y CIRCULACION ARTIFICIALES POR DOS OPERADORES.

SE DISPONDRÁ DE DOS PERSONAS PARA QUE PUEDAN INTERCAMBIAR LAS FUNCIONES DE ADMINISTRAR VENTILACIÓN Y CIRCULACIÓN ARTIFICIALES. SI ES POSIBLE LAS ENFERMERAS DEBEN COLOCARSE A LADOS OPUESTOS. LOS PULMONES SON INMEDIATAMENTE VENTILADOS CON RAPIDEZ CUATRO VECES Y LUEGO SE APLICA COMPRESIÓN CARDIACA CONTÍNUA CUANDO MENOS UNA VEZ POR SEGUNDO. ENTRE CADA CINCO COMPRESIONES CARDIACAS SE LLEVA A CABO LA VENTILACIÓN ARTIFICIAL MEDIANTE EXHALACIONES INTERPUESTAS, SE CONSIDERA QUE ESTO SE LOGRA DE MEJOR MANERA SI LA PERSONA QUE APLICA EL MASAJE CARDIACO CUENTA SEIS COMPRESIONES, PARA QUE ANTES DE TERMINAR LA SEXTA, EL SEGUNDO OPERADOR PUEDA PROPORCIONAR VENTILACIÓN ARTIFICIAL. ES IMPORTANTE QUE NO HAYA NINGÚN RETRASO EN LAS COMPRESIONES CARDIACAS MIENTRAS SE PROPORCIONA LA VENTILACIÓN.

DESPUÉS DE EJECUTAR LA VENTILACIÓN ARTIFICIAL Y EL MASAJE CARDIACO, ES IMPORTANTE DETERMINAR SI LOS ESFUERZOS HAN SIDO EFECTIVOS.

ESTO SE MANIFESTARÁ POR CONSTRICCIÓN DE LAS PUPILAS, MEJORAMIENTO DEL COLOR DEL PACIENTE Y UN PULSO PALPABLE EN CADA COMPRESIÓN. SI NO SE OBTIENE LA REANUDACIÓN DEL PULSO, ENTONCES LOS ÓRGANOS NO ESTÁN SIENDO BIEN PERFUNDIDOS POR LA CIRCULACIÓN ARTIFICIAL Y DEBE MODIFICARSE LA TÉCNICA. A VECES EL PACIENTE PUEDE COMENZAR A RESPIRAR Y MOVERSE, LO CUAL SIGNIFICARÍA QUE SUFICIENTE SANGRE CIRCULE HACIA EL ENCÉFALO PARA MANTENER SU VIABILIDAD.

SIEMPRE QUE SE EJECUTEN ESTOS PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA, DEBE HACERSE UN ESFUERZO CONSTANTE PARA LLEVAR AL PACIENTE A UN HOSPITAL DONDE PUEDAN APLICARLE TRATAMIENTO DEFINITIVO.

TRASTORNOS CONVULSIVOS.

LOS ATAQUES EPILÉPTICOS PUEDEN PRESENTARSE COMO UNA URGENCIA EN EL CONSULTORIO DENTAL. LAS FORMAS CLÍNICAS DE LA EPILEPSIA PUEDEN DIVIDIRSE EN MAYORES Y MENORES.

LOS ATAQUES DE EPILEPSIA MAYOR TAMBIÉN SE DENOMINAN GRAN MAL. ESTOS SON TRASTORNOS CONVULSIVOS GENERALIZADOS QUE AFECTAN A LA PORCIÓN ENCEFÁLICA ENCARGADA DEL MOVIMIENTO DEL CUERPO -LA CORTEZA MOTORA. SE CARACTERIZAN POR UNA PÉRDIDA REPENTINA DE LA CONCIENCIA Y MOVIMIENTOS RÍGIDOS DE LAS EXTREMIDADES, ESTOS MOVIMIENTOS PUEDEN SER TAN VIOLENTOS QUE EL PACIENTE PUEDE SER ARROJADO DEL SILLÓN DENTAL. LA CAUSA DE ESTAS REACCIONES MUSCULARES ESPÁSTICAS, POR LO GENERAL TIENE SU ORIGEN EN UNA REGIÓN DE TEJIDO LESIONADO EN LA CORTEZA MOTORA. HABITUALMENTE UNA CONVULSIÓN DE EPILEPSIA MAYOR ES AUTOLIMITADA Y EL PACIENTE SE RECUPERA ANTES DE PODÉRSELE DAR ALGÚN TRATAMIENTO, SIN EMBARGO, PUEDE OCURRIR EL TRASTORNO CONOCIDO COMO ESTADO EPILÉPTICO. ESTE CONSISTE EN UNA RECURRENCIA CONTÍNUA DE CONVULSIONES GENERALES SIN RECUP

-RACIÓN DE LA CONCIENCIA. ÉSTE TRASTORNO PUEDE CONTROLARSE MEDIANTE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ANTES DE QUE OCURRA LESIÓN ENCEFÁLICA GRAVE. LOS ATAQUES DE EPILEPSIA MENOR TAMBIÉN SE LLAMAN PEQUEÑO MAL. ÉSTO SE OBSERVA CON FRECUENCIA COMO PERÍODOS DE INACTIVIDAD DEL PACIENTE, EN ÉSTOS PARECE NO HABER EL FENÓMENO DE AURA QUE SUELE OBSERVARSE EN LOS ATAQUES DE EPILEPSIA MAYOR, EL PACIENTE PUEDE MOSTRAR UNA MIRADA EN BLANCO Y POSIBLEMENTE NO HAGA ALGÚN MOVIMIENTO O SÓLO MOVIMIENTOS RÍTMICOS MENORES. ÉSTOS ATAQUES SUELEN LIMITARSE A 30 SEGUNDOS Y SE OBSERVAN CON MAYOR FRECUENCIA EN NIÑOS ENTRE 14 Y 12 AÑOS DE EDAD.

LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES CON EPILEPSIA SON CONTROLADOS POR UNO DE VARIOS MEDICAMENTOS: FENOBARBITAL, DILANTIN, MYSOLINE Y EPAMIN I. V. LA ACCIÓN DE ÉSTOS CONSISTE EN REDUCIR LA ACTIVIDAD DE LAS ZONAS LESIONADAS DEL ENCÉFALO, EN LAS CUALES SE ORIGINAN LOS ESTÍMULOS ANORMALES. PUEDE LLEVARSE A CABO TRATAMIENTO NORMAL, EN ESTOS PACIENTES MIENTRAS ESTÁN TOMANDO SUS MEDICAMENTOS Y TIENEN POCOS PROBLEMAS CON LOS ATAQUES, EN OCASIONES, DURANTE EL TRATAMIENTO DENTAL, ALGÚN PACIENTE PUEDE PRESENTAR UN ATAQUE, YA SEA DE EPILEPSIA MAYOR O MENOR.

EL TRATAMIENTO CONSISTE EN MANTENER UNA VÍA AÉREA PERMEABLE SUCCIONANDO LAS SECRESIONES BUCALES, Y COLOCANDO ENTRE SUS DIENTES UNA SONDA O VARIOS ABATELENGUAS PARA EVITAR LESIÓN DE SU LENGUA. DEBE DETENERSE CON FIRMEZA AL PACIENTE PARA QUE NO SE LESIONE. LA ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO Y EL SOLTAR LA ROPA APRETADA AYUDARÁN A LA RESPIRACIÓN. POR LO GENERAL, LAS CONVULSIONES SON AUTO-LIMITADAS Y SOLO SE REQUIERE MANTENER CÓMODO Y SUJETO AL PACIENTE MIENTRAS PASA LA CRISIS. SI EXISTE ESTADO EPILÉPTICO DEBE ---

APLICARSE TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO Y BUSCAR LA AYUDA DE UN MÉDICO. EL PACIENTE DEBERÁ SER TRATADO DE SU TRASTORNO CONVULSIVO -- POR SU MÉDICO.

REACCION ALERGICA:

SE HA VUELTO MUY FRECUENTE EN LA PRÁCTICA DE LA ODONTOLOGÍA, USAR TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO COMO UNA AYUDA AL TRATAMIENTO DENTAL. - TALES COMO LOS ANALGÉSICOS, ANTIBIÓTICOS, SEDANTES, Y ANESTÉSICOS LOCALES DESEMPEÑAN UNA PARTE IMPORTANTE EN HACER EL TRATAMIENTO DENTAL LO MÁS INDOLORO Y CÓMODO POSIBLE, SIN EMBARGO, EL USO DE CUALQUIER MEDICAMENTO IMPLICA EL RIESGO DE PRODUCIR UNA ALERGIA MEDICAMENTOSA, LO CUAL PUEDE SER DE RIESGO MÍNIMO O PONER EN PELIGRO LA VIDA DEL PACIENTE, POR CHOQUE. LA PENICILINA ES EL MEDICAMENTO QUE MÁS A MENUDO PRODUCE REACCIONES ALÉRGICAS, SE CITA COMO LA CAUSA DE 80% DE TODAS LAS REACCIONES PRODUCIDAS POR ANTIBIÓTICOS QUE PONEN EN PELIGRO LA VIDA.

LA ALERGIA MEDICAMENTOSA PUEDE SER DEFINIDA COMO UN TRASTORNO -- QUE OCURRE CUANDO UN PACIENTE SE HA VUELTO HIPERSENSIBLE A UN MEDICAMENTO AL QUE HA TENIDO EXPOSICIÓN PREVIA. A LA EXPOSICIÓN REPETIDA A UN MEDICAMENTO OCURRE UNA REACCIÓN ANTÍGENO-ANTICUERPO. EN UNA REACCIÓN ALÉRGICA, EL MEDICAMENTO ACTÚA COMO ANTÍGENO Y PREPARA A LAS CÉLULAS ESPECÍFICAS DEL CUERPO PARA UNA REACCIÓN FUTURA. ESTAS CÉLULAS PUEDEN ESTAR LOCALIZADAS EN VARIAS ZONAS - PERO SUELEN SER CÉLULAS DE LA PIEL, DEL SISTEMA RESPIRATORIO, DEL RIÑÓN Y DEL APÉNDICE, ESTAS SE LLAMAN CÉLULAS BLANCO. EL ANTÍGENO TAMBIÉN ESTIMULA LA PRODUCCIÓN DE SUBSTANCIAS CONOCIDAS COMO - ANTICUERPOS. LOS ANTICUERPOS PUEDEN COMBINARSE CON EL ANTÍGENO EN

LAS CÉLULAS BLANCO, ESTA REACCIÓN ENTRE ANTÍGENO-ANTICUERPO PRODUCE DESTRUCCIÓN DE LAS CÉLULAS BLANCO CON LIBERACIÓN DE SUBSTANCIAS QUÍMICAS ESPECÍFICAS, LA MÁS IMPORTANTE DE ÉSTAS SON LA HISTAMINA Y LA BRADICININA. LA HISTAMINA PRODUCE EL EDEMA HÍSTICO Y EL PRURITO QUE SE OBSERVA EN ALGUNAS REACCIONES DE LA PIEL, CUANDO LAS CÉLULAS BLANCO ESTÁN SITUADAS EN LOS PULMONES, LA HISTAMINA PROVOCA UN ESPASMO INTENSO DE LOS PEQUEÑOS BRONQUIOLOS (BRONCOSPASMO). POR OTRA PARTE LA BRADICININA AFECTA A LOS VASOS SANGUÍNEOS, LO CUAL DÁ LUGAR A PÉRDIDA DEL TONO VASCULAR Y CHOQUE. LAS REACCIONES ALÉRGICAS SE CLASIFICAN DE ACUERDO A LA SECUENCIA DE TIEMPO EN EL CUAL OCURREN. LAS REACCIONES INMEDIATAS SE PRESENTAN MINUTOS O POCAS HORAS DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN AL MEDICAMENTO. LAS REACCIONES RETARDADAS OCURREN 36 O 48 HORAS DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN MEDICAMENTOSA. LA REACCIÓN INMEDIATA SE DENOMINA ANAFILAXIA Y PUEDE DIVIDIRSE EN TRES FORMAS: CUTÁNEA, LA CUAL PRODUCE PRURITO Y EDEMA ANGINEURÓTICO DE LA PIEL. RESPIRATORIA, LA CUAL OCASIONA BRONCOSPASMO Y EDEMA LARÍNGEO. VASCULAR, EN LA QUE SE PRODUCE COLAPSO VASCULAR Y CHÓQUE IRREVERSIBLE. LA REACCIÓN RETARDADA SE OBSERVA MÁS COMÚNMENTE COMO UN EXANTEMA CUTÁNEO.

LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE UNA REACCIÓN ALÉRGICA INMEDIATA SON NUMEROSOS Y DIVERSOS. LA FORMA MÁS GRAVE ES LA REACCIÓN ANAFILÁCTICA. ESTA REACCIÓN OCURRE CON MUCHA RAPIDEZ (EN CUESTIÓN DE MINUTOS) DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO Y PROVOCA NÁUSEA, SUDACIÓN Y DESMAYO. ÉSTO PUEDE IR SEGUIDO DE REACCIÓN CUTÁNEA QUE CONSISTE EN URTICARIA, PRURITO INTENSO E HINCHAZÓN. EL -

EDEMA AGUDO CAUSADO POR UNA REACCIÓN ALÉRGICA PUEDE PRESENTARSE EN EL SITIO DE LA INYECCIÓN O ALREDEDOR DE LA CARA, LA GARGANTA O LA LARINGE Y SE DENOMINA EDEMA ANGIOEURÓTICO. EL PROGRESO DE LA REACCIÓN ANAFILÁCTICA DÁ ORIGEN A DIFICULTAD AL RESPIRAR (DISNEA) ESTRIDOR LARÍNGEO (RUIDO AL RESPIRAR) Y CIANOSIS (COLOR AZULADO DE LOS LABIOS Y LA PIEL DEBIDO A LA FALTA DE OXÍGENO) ESTA DIFICULTAD RESPIRATORIA PUEDE OBEDECER A QUE LA HINCHAZÓN DE LA FARINGE O LA LARINGE PRODUCE UN BLOQUEO PARCIAL DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS. SE PRESENTA TAQUICARDIA (FRECUENCIA CARDIACA AUMENTADA) Y EL PACIENTE PUEDE MOSTRAR SIGNOS DE INSUFICIENCIA VASCULAR QUE PUEDEN VARIAR DESDE HIPOTENSIÓN LEVE HASTA CHOQUE DEFINIDO - (HIPOTENSIÓN ARTERIAL INTENSA Y PERSISTENTE). EL TRATAMIENTO DE LAS REACCIONES ALÉRGICAS DEBE INCLUIR LA PREVENCIÓN. UNA REACCIÓN ALÉRGICA A ALGÚN MEDICAMENTO PUEDE PRESENTARSE EN FORMA COMPLETAMENTE INESPERADA. SIN EMBARGO EN LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES HAY CIERTOS INDICIOS QUE DEBEN PREVENIR AL DENTISTA SOBRE LA POSIBILIDAD DE UNA REACCIÓN ALÉRGICA. PUEDE HABER ANTECEDENTES DE ALERGIA MEDICAMENTOSA, DE ALGÚN TRASTORNO ALÉRGICO COMO ASMA, FIEBRE DEL HENO, O UN ANTECEDENTE FAMILIAR DE ALERGIA. CUALQUIERA DE ESTOS FACTORES DEBEN PONER EN SOBREAviso AL EQUIPO DENTAL EN CUANTO A LA POSIBILIDAD DE UNA REACCIÓN ALÉRGICA. LA PENICILINA ES LA CAUSA MÁS FRECUENTE DE ALERGIA EN EL CONSULTORIO DENTAL, LA ASPIRINA, AUNQUE ES ALERGÉNICA POCAS VECES PRODUCE ALERGIA. PUEDEN PRESENTARSE REACCIONES ALÉRGICAS INDEPENDIEMENTE DE LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN QUE SE ESCOJA. POR LO GENERAL SE ACEPTA QUE LA VÍA VUCAL ES LA QUE OFRECE MENOS RIESGOS MIENTRAS QUE LA VÍA PARENTERAL AUMENTA ESTA POSIBILIDAD. SIN EMBARGO NO DEBE PENSARSE QUE LA VÍA BUCAL ES COMPLETAMENTE SEGURA, YA QUE SE HAN COMU-

-NICADO REACCIONES ANAFILÁTICAS GRAVES, INCLUSIVE FALLECIMIENTOS CON EL USO DE PENICILINA BUCAL.

SI EN EL CONSULTORIO DENTAL SE PRESENTARA UNA REACCIÓN ANAFILÁTICA AGUDA, EL TRATAMIENTO GENERAL CONSISTIRÁ EN:

- 1.- MANTENIMIENTO DE VÍAS AÉREAS PERMEABLES.
- 2.- SOSTENIMIENTO DE LA CIRCULACIÓN.
- 3.- TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO PARA NEUTRALIZAR EL ALERGENO.
(VER CAPÍTULO DE ACCIDENTES CON LOS ANESTÉSICOS);

MANTENIMIENTO DE VIAS AEREAS PERMEABLES.

ESTE ES UN PROCEDIMIENTO BÁSICO PARA CUALQUIER TRASTORNO URGENTE. ES ESENCIAL DETERMINAR EL NIVEL DE LA OBSTRUCCIÓN SI SE QUIERE LOGRAR LA VENTILACIÓN APROPIADA DE LOS PULMONES. EL EDEMA EN LA FARINGE, O LA EPIGLOTIS Y EN EL CASO DE EDEMA ANGIOEURÓTICO PUEDE REQUERIR INTUBACIÓN, TRAQUEOSTOMÍA O CONIOTOMÍA SI NO PUEDE PASARSE OXÍGENO A TRAVÉS DE LA OBSTRUCCIÓN MEDIANTE EL USO DE UNA MÁSCARA COMPLETA PARA LA CARA Y PRESIÓN POSITIVA. LA OBSTRUCCIÓN EN LOS BRONQUIOS DEBIDO A BRONCOSPASMO REQUERIRÁ LA ADMINISTRACIÓN DE UN MEDICAMENTO BRONCODILATADOR COMO LA EPINEFRINA O LA AMINOFILINA PARA PERMITIR LA VENTILACIÓN ADECUADA DE LOS PULMONES.

SOSTENIMIENTO DE LA CIRCULACION:

DEBERÁ INICIARSE LA VIGILANCIA CONSTANTE DEL PULSO Y LA PRESIÓN ARTERIAL AL PRIMER SIGNO DE UNA REACCIÓN ALÉRGICA. EL PACIENTE DEBE SER COLOCADO EN POSICIÓN DE TRENDELENBURG. SI LA POSICIÓN DEL PACIENTE NO ALIVIA EL PROBLEMA DE HIPOTENSIÓN, PUEDE SER NECESARIO ADMINISTRAR MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS PARA ELEVARLA. EN -

GENERAL SE ESTÁ DE ACUERDO EN QUE EL MEDICAMENTO DE ELECCIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL CHOQUE ALÉRGICO (HIPOTENSIÓN ARTERIAL PERSISTENTE) ES LA EPINEFRINA (ADRENALINA) ESTE MEDICAMENTO TIENE TRES EFECTOS BENÉFICOS EN ESTE TRATAMIENTO, ES UN AGENTE ANTIHISTAMÍNICO QUE NEUTRALIZA A LA HISTAMINA LIBERADA EN LAS REACCIONES ALÉRGICAS, UN BRONCODILATADOR Y UN VASOCONSTRICTOR POTENTE. (CONSTRICCIÓN DE LOS VASOS SANGUÍNEOS PARA AUMENTAR LA PRESIÓN ARTERIAL, ÉSTE ES UN MEDICAMENTO QUE PUEDE SALVAR LA VIDA DEL PACIENTE Y DEBE CONTARSE CON EL MISMO EN TODO CONSULTORIO DENTAL COMO PARTE DEL EQUIPO DE URGENCIA. LA EPINEFRINA SUELE ADMINISTRARSE POR VÍA INTRAMUSCULAR O SUBCUTÁNEA, EL TRATAMIENTO ULTERIOR DEL CHOQUE DESPUÉS DE ESTA ETAPA INICIAL DEBERÁ SER COORDINADO CON UN MÉDICO, (VER CAPÍTULO DE ACCIDENTES CON LOS ANESTÉSICOS).

CONCLUSIONES

UN ANÁLISIS DE ESTE TRABAJO, NOS LLEVA A HACER DIFERENTES CONSIDERACIONES LAS QUE, TODAS ELLAS NOS PROVOCARÁN INQUIETUDES, YA QUE EN UN MOMENTO DADO, EL PACIENTE PORTADOR DE UNA PATOLOGÍA ORAL, UN PACIENTE CON UN PADECIMIENTO ESTRICTAMENTE ODONTOLÓGICO PUEDE PRESENTAR ALGUNA COMPLICACIÓN, EN LA QUE PODRÍA VERSE INVOLUCRADA SU INTEGRIDAD Y NOSOTROS COMO ODONTÓLOGOS VERNOS COMPROMETIDOS EN SU MANEJO.

EN EL CONSULTORIO DENTAL PUEDEN OCURRIR DIVERSAS URGENCIAS QUE TIENEN DIFERENTES CAUSAS Y REQUIEREN TRATAMIENTOS DIFERENTES, -- PUEDEN NO MANIFESTAR INDICIO ANTES DE SU OCURRENCIA Y PERMITIRNOS POCO TIEMPO PARA INDECISIONES EN SU TRATAMIENTO. ES UNA FORTUNA QUE LA GRAN MAYORÍA DE LAS PERSONAS REACCIONESN FAVORABLEMENTE AL TRATAMIENTO DENTAL Y PUEDAN ACEPTAR SIN PROBLEMAS LAS TENSIONES A QUE SON SOMETIDOS. SIN EMBARGO HAY OCASIONES EN LA PRÁCTICA DIARIA DE LA ODONTOLOGÍA EN LOS QUE SE REQUIERE TRATAMIENTO URGENTE PARA EVITAR UN DESENLACE CATASTRÓFICO.

EL ESTUDIO SISTEMÁTICO DEL PACIENTE INICIADO CON LA ELABORACIÓN DE UNA BUENA HISTORIA CLÍNICA, CON UNA INTERPRETACIÓN ADECUADA DE LOS DATOS OBTENIDOS, SERÁ DE SUMA IMPORTANCIA PUES SERÁ LA BASE DEL CONOCIMIENTO PARA IMPARTIR UN TRATAMIENTO RÁPIDO Y EFICAZ EN LA URGENCIA MÉDICO DENTAL. A MENUDO HAY POCOS DATOS PARA SUPONER UN FALLECIMIENTO INMINENTE Y EL ODONTÓLOGO DEBE ESTAR ALERTA PARA PONER EN PRÁCTICA LO MÁS RÁPIDAMENTE POSIBLE MEDIDAS URGENTES. EN MUCHAS SITUACIONES CRÍTICAS EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL -

RECONOCIMIENTO DE LOS SÍNTOMAS Y LA APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO - ES LO QUE DETERMINA LA RECUPERACIÓN O LA MUERTE DEL PACIENTE. TODOS LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO DENTAL DEBEN ESTAR MUY FAMILIARIZADOS CON LAS POSIBLES URGENCIAS Y EN TODO CONSULTORIO DENTAL SE DEBE ESTABLECER UN PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO EN URGENCIAS PARA QUE CADA MIEMBRO SE FAMILIARICE EN SUS DEBERES ESPECÍFICOS. LA REPETICIÓN MENSUAL DE ESTE ADIESTRAMIENTO PERFECCIONARÁ LAS HABILIDADES DEL PERSONAL DEL CONSULTORIO Y ALGÚN DÍA PUEDA SALVAR LA VIDA DE UNA PERSONA.

CONCLUIMOS QUE ES UNA NECESIDAD IMPERIOSA Y ES UNA OBLIGACIÓN - INALINEABLE PARA TODO ODONTÓLOGO LA SUPERACIÓN DIARIA FUNDAMENTADA EN EL ESTUDIO TANTO DE LOS ASPECTOS MÉDICOS Y ESPECÍFICAMENTE LOS ODONTOLÓGICOS.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BERNTEIN ARTHUR
MANUAL DE URGENCIAS MÉDICO QUIRÚRGICAS.
4A. EDICIÓN,
CENTRO REGIONAL DE AYUDA TÉCNICA.
ALIANZA PARA EL PROGRESO.
- 2.- BURKET H. D.
MEDICINA BUCAL.
SEXTA EDICIÓN 1976.
- 3.- BHASKAR S. N. SYNOPSIS OF ORAL PATHOLGY
2ND. ED. C. V. MOSBY CO.
ST. LOUIS 1965.
- 4.- G. KUSCHINSKY - H. LULLMAN
MANUAL DE FARMACOLOGÍA
EDITORIAL MARTIN.
1968.
- 5.- MC. CARTHY F. M.
EMERGENCIAS IN DENTAL PRACTICE : PREVENTION AND TREATMENT
2A. ED. SAUNDERS CO.
PHILADELPHIA 1972.
- 6.- MCEROY - MALONE
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.
1A. EDICIÓN 1971. ED. INTERAMERICANA.
- 7.- MARTIN J. DUME/DONAL F. BARTH
MEDICINA INTERNA Y URGENCIAS EN
ODONTOLOGÍA
1A. EDICIÓN 1980,
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO.

B I B L I O G R A F I A

- 8.- RÍOS CENTENO GUILLERMO
TRATADO DE CIRUGÍA BUCAL.
EDITORIAL MUNDI, 1979.
- 9.- SCHOTTELIUS
TRATADO DE FISIOLÓGIA.
17A. EDICIÓN, 1973.
EDITORIAL INTERAMERICANA.
- 10.- THE MERCK MANUAL 10TH ED.
' BY C. E. LYGT, MERCK SHARP DOHME RESEARCH
LABORATORIES.
- 11.- WHEELER/JACK'S
HANDBOOK OF MEDICINE
12TH ED. LIVINGSTONE LTD. LONDON.
- 12.- CLÍNICAS MÉDICAS DE NORTEAMÉRICA.
HIPERTENSIÓN ARTERIAL.
1977. ED. INTERAMERICANA.
- 13.- CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DE NORTEAMÉRICA.
ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA.
ENERO 1973.
EDITORIAL INTERAMERICANA.
- 14.- CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DE NORTEAMÉRICA.
URGENCIAS ODONTOLÓGICAS.
JULIO 1973. ED. INTERAMERICANA.
- 15.- MADDEN JOHN L.
ATLAS DE TÉCNICAS EN CIRUGÍA
2A. ED. EDITORIAL INTERAMERICANA, 1967.