

30
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

MANEJO DE PACIENTE DE ALTO RIESGO
EN EL CONSULTORIO DENTAL

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
GRACIELA BARRERA AVILES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



MEXICO, D. F.

1991



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

I N D I C E

INTRODUCCION	5
PROLOGO	7
CAPITULO I: ASPECTOS MEDICO-LEGALES	9
CAPITULO II: RITMO CARDIACO	13
Lineamientos para la evaluación clinica	13
CAPITULO III: TEMPERATURA	16
CAPITULO IV: PRESION SANGUINEA	17
CAPITULO V: INYECCIONES INTRAVENOSAS	21
CAPITULO VI: INYECCIONES INTRAMUSCULARES	25
Región Glútea	26
Vasto Externo	27
CAPITULO VII: RESUCITACION CARDIORRESPIRATORIA	29
Efectividad de la resucitación	34
CAPITULO VIII: EMBARAZO	37
Manifestaciones BucalES	40
Gingivitis e Hipertrófia Gingival	41

Tratamiento odontológico durante el embarazo	43
Efecto del embarazo sobre los dientes y las estructuras de sosten	47
Trastornos periodontales	47
Radiografías durante el embarazo	50
Efectos nocivos de los rayos-X	50
Anestesia	51
CAPITULO IX:	
HIPERTENSION ARTERIAL	53
Manifestaciones Bucales	54
CAPITULO X:	
EPILEPSIA	57
Manifestaciones Bucales	59
Hiperplasia Gingival por Dilantin	60
CAPITULO XI:	
DIABETES	63
Tratamiento de Acidosis Diabética	67
Manifestaciones Bucales	68
Efecto de la diabetes sobre los tejidos de sosten del diente y sobre la mucosa bucal	69
Cirugía dental en los pacientes diabéticos	71
Medidas destinadas a evitar el aumento de la glucosa sanguínea	71
Relación con infección bucal	73
Cuidado general de la salud dental	74
Cooperación Médico-Dental	75
CAPITULO XII:	
SHOCK ANAFILACTICO	76
Penicilina y Shock Anafiláctico	78

CAPITULO XIII:

INFARTO DEL MIOCARDIO	78
Manifestaciones Bucales	81
Extracciones en pacientes que reciben anticonvulsivos	82

CAPITULO XIV:

DROGADICCION	84
Sinónimos con los que se reconoce a las diferentes drogas	85
Sobrenombres en pacientes farmacodependientes	85
Tratamiento de pacientes farmacodependientes	85
Interacciones farmacológicas de los diversos anestésicos locales usados en odontología con algunos fármacos adictivos	86
Características de los diferentes tipos de adicción a los fármacos	88
Interacciones farmacológicas de medicamentos usados por los adictos y fármacos de uso y prescripción común	99

CAPITULO XV:

SIDA	95
Patogenia de la infección	95
Inmunosupresión por VIH	96
Métodos de diagnóstico	97
Pruebas de detección	97
Métodos de referencia o técnicas de confirmación	98
Grupos de riesgo	98
Vías de transmisión	100
Medidas de prevención para evitar la infección del VIH en la práctica odontológica	101
Protección del Odontólogo	102
Protección para el paciente	102
Protección para el material e instrumental	103
Lesiones bucales en pacientes con infecciones por VIH	104
Candidiasis Eritematosa	105
Candidiasis Pseudomembranosa	106
Gingivitis Necrosante	107
Leucoplasia Velloso	107
Moniliasis Esofágica	108
Lengua Velloso o Descamada	108

Herpes Simple	109
Herpes Zoster	109
Papiloma	110
Carcinoma Epidermoide	110
Carcinoma de Labio	110
Carcinoma de lengua	111
Carcinoma del piso de la boca	111
Xerostomia	111
Sarcoma de Kaposi	111
CONCLUSIONES	114
GLOSARIO	116
BIBLIOGRAFIA	120

INTRODUCCION

Las urgencias que ponen en peligro la vida del paciente, pueden suceder en la práctica odontológica.

Dichas situaciones no ocurren muy frecuentemente dentro del consultorio dental; aunque existen ciertos factores que aumentan la posibilidad de que éstos incidentes se presenten.

1. Como el hecho de que un número cada vez mayor de personas de edad avanzada busquen tratamiento dental.
2. Los avances terapéuticos recientes en la profesión médica.
3. Una tendencia a alargar las citas del tratamiento dental.
4. El aumento de la utilización y administración de fármacos en la práctica odontológica.

También existen elementos que la profesión dental tiene a su disposición y que harán que disminuyan las situaciones que ponen en peligro la vida. Como son:

- a) La evaluación física previa al tratamiento del paciente, que consiste en una historia clínica tanto médica como estomatológica completa.
- b) La modificación del tratamiento dental para disminuir los riesgos médicos para el paciente.

Existen urgencias médicas que se pueden presentar con mayor frecuencia. Estas son situaciones producidas enteramente por estrés o que se exacerban cuando el paciente está muy nervioso. cabe incluir el síncope vasodepresor, síndrome de hiperventilación y los padecimientos cardiovasculares agudos.

El control del estrés en el consultorio dental, será el instrumento para disminuir su frecuencia.

Otras situaciones que ponen en peligro la vida del paciente y que suceden con frecuencia en el consultorio dental, son aquellos asociados con la administración de fármacos, principalmente reacciones derivadas de la administración de anestésicos locales.

La administración de fármacos, ocasiona una variedad de reacciones adversas, alérgicas, psicogénicas y por sobredosis. La mayoría se relacionan con el estrés; sin embargo muchos son producidos por el fármaco mismo.

Cualquier situación en la que peligró la vida es una fatalidad. El no poder reconocer los signos y síntomas clínicos puede hacer que una urgencia relativamente inocua, cambie en una tragedia en el consultorio dental.

PROLOGO

El Odontologo en beneficio propio y en beneficio de sus pacientes, está obligado a actualizarse constantemente; en sus conocimientos sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas de urgencia.

La emergencia o la urgencia son una circunstancia imprevista, que exige acción inmediata. Por lo tanto la amplitud de los temas que esta definición entraña, es virtualmente ilimitada.

Se han escogido temas de interés especial para el odontólogo general, pero que son de gran importancia.

El tratamiento de las urgencias que ponen en peligro la vida no es un ejercicio de arte culinario; para que el clinico esté en condiciones de prevenir, diagnosticar o tratar es imprescindible que posea un conocimiento basico de los antecedentes.

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

La responsabilidad legal y moral de una prevención eficaz y de un tratamiento inmediato, descansa exclusivamente en manos del odontólogo capaz y bien informado.

Es conveniente que haya una colaboración mayor y más íntima entre médicos y odontólogos con la finalidad de brindar al paciente en común la mejor ayuda que sea posible.

No se intentó abarcar todo el campo de la medicina, sino proporcionar conocimientos suficientes de los aspectos médicos de la profesión para que pueda ejercerlo en condiciones óptimas y colaborar inteligentemente con el médico. Demostrando así, la estrecha relación que existe entre el estado de la boca y la salud general.

CAPITULO I

ASPECTOS MEDICOS LEGALES

ASPECTOS MEDICO-LEGALES.

Para no incurrir en problemas médico-legales, debemos estar familiarizados con los casos que se incluyen en la medicina legal.

Jamás se hará procedimiento si el paciente no lo desea, a excepción de menores de edad o en aquellos casos que estén bajo la influencia de alguna droga o que sean personas no capaces de decidir por efecto de la lesión y que no cuenten con familiares o tutores que decidan por ellos.

El artículo 228 del código penal señala.

Los médicos, cirujanos y demás profesionistas similares y auxiliares serán penalmente responsables por los daños que causen en la práctica de su profesión, en los términos siguientes.

I.- Además de las sanciones fijadas para los delitos que resulten consumados, según sean intencionales o por imprudencia punible, se les aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia.

II.- Estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus ayudantes, enfermeras o practicantes, cuando estos obren de acuerdo con las instrucciones de aquéllos.

El artículo 229 del código penal señala.

El artículo anterior se aplicará a los médicos que, habiendo otorgado responsiva para hacerse cargo de la atención de un

lesionado o enfermo, lo abandonen en su tratamiento sin causa justificada y sin dar aviso inmediato a la autoridad correspondiente.

Por tanto, el dentista deberá ajustarse a las consideraciones legales que rigen en la localidad donde ejerce. Además tenemos la obligación de controlar la actividad bajo nuestra responsabilidad.

Las urgencias hacen esto aún más necesario, por lo que se recomienda tener todo el equipo necesario para actuar en situaciones que pongan en peligro la vida del paciente. Una reclamación o una demanda contra el clínico es un suceso traumático y frustrante que puede ocurrir en la práctica dental. No hay reglas escritas para hacer frente a este tipo de situaciones.

Pero existen algunas recomendaciones que nos permitirán deslindar responsabilidades en casos donde se presente este tipo de situaciones.

Para evitar urgencias, se debe conocer el estado de salud anterior y actual del paciente a través de una adecuada historia clínica que dé la pauta para establecer el diagnóstico pronóstico y efectiva elección del tratamiento.

Nunca se debe permitir que un paciente abandone el consultorio bajo la influencia de anestesia o sin acompañante, y sin proporcionar instrucciones precisas respecto al trabajo, manejo de vehículos, alimentos y bebidas.

Hacer y conservar registros de cada paciente, anotando claramente los cuidados y tratamientos convenientes y realizados. Además en este registro se deben incluir radiografías, historia clínica y resultados de pruebas de laboratorio. También deberá estar firmado por el paciente, ya que la firma avala su consentimiento sobre el tratamiento. Se recomienda que el dentista también firme la historia para aclarar responsabilidades en caso de que el paciente proporcione información falsa.

Proceder de inmediato y eficazmente en casos de urgencia prestando auxilio al paciente y pidiendo ayuda especializada en caso necesario. La ley siempre nos favorecerá cuando se demuestre que se prestó auxilio inmediato a un paciente, y cualquier retardo puede considerarse como agravante del incidente original.

Nunca se deben administrar medicamentos a menos de que se esté totalmente seguro del padecimiento.

Se recomienda completar los estudios previos del paciente con radiografías.

Las radiografías correctas y actuales son básicas en todas las fases del tratamiento. Los rayos X son un gran auxiliar en la elaboración de un diagnóstico y pronóstico, y si hay duda y se sospecha respecto a la lectura de la placa, el paciente deberá tener conocimiento del hecho. Además, buscaremos el apoyo de otros colegas respecto a la lectura, de modo que se tenga una base común para la interpretación.

CONCLUSION.

Cuanto más minucioso sea el estudio de un paciente antes de iniciar un tratamiento, menores serán los riesgos en la práctica dental y por ende la posibilidad de tener un problema de tipo médico-legal.

CAPITULO II

RITMO CARDIACO

RITMO CARDIACO (Pulso)

Es la expansión y contracción alterna de la arteria, que corresponde al látido cardiaco.

TECNICA. La frecuencia del pulso o ritmo cardiaco debe ser medida en cualquier arteria accesible. Las más comúnmente utilizadas en la medición de rutina son la braquial, localizada en la parte media del pliegue del codo y la radial en la parte radial y extrema de la muñeca.

Otras arterias como la carótida y la femoral suelen ser utilizadas; sin embargo esto ocurre muy rara vez, ya que están en lugares poco accesibles.

Cuando se quiera palpar el pulso, utilizamos las yemas de los dedos índice y medio, presionamos levemente de tal manera que se sienta la pulsación, no comprimir la arteria ya que se puede obliterar y, en consecuencia no se sentirá ninguna pulsación. El pulgar no debe utilizarse, debido a que tiene arterias de gran tamaño que también pulsan y se puede estar tomando el pulso mismo del médico y no el del paciente.

LINEAMIENTOS PARA LA EVALUACION CLINICA.

Hay tres factores que deben ser evaluados mientras se está tomando el pulso:

La frecuencia cardiaca (registrada en látidos por minuto)

El ritmo del corazón (regular o irregular)

La calidad del pulso (débil, saltón, filiforme).

La frecuencia cardiaca se registra durante un minuto completo: la normal en un adulto en reposo fluctúa entre 60 y 100 latidos por minuto.

Frecuentemente en un atleta que se encuentra en buenas condiciones, la frecuencia cardiaca sera menor (un promedio de 50) y mayor de 100 en un individuo aprensivo. Sin embargo, la patologia clinica significativa tambien puede disminuir (bradicardia) o aumentar (taquicardia) la frecuencia cardiaca.

Se sugiere evaluar las frecuencias cardiacas menores de 60 o mayores de 110 latidos por minuto. Cuando no hay una causa evidente (deportes de duracion, resistencia y ansiedad) ha de considerarse la interconsulta medica si las pulsaciones son normales y se mantiene un ritmo regular relativo.

Ocasionalmente se encuentran contracciones ventriculares prematuras (CPVs) que no son consideradas necesariamente anormales

Las contracciones ventriculares prematuras pueden ser producidas por el habito de fumar, fatiga, estrés, diversas drogas y medicamentos (por ejemplo, epinefrina) y la ingestión de alcohol.

Si hay una frecuencia de 5 o más contracciones ventriculares prematuras y no hay una causa obvia, se debe considerar una interconsulta medica.

Clinicamente, la CPVs se percibe como una pausa mayor que las normales en una frecuencia cardíaca regular (se salta una pulsación). Es notoria debido a que continúa el ritmo normal de frecuencia cardíaca

Cuando son muy frecuentes (más de 5 por minuto) las CPVs indican una irritabilidad miocárdica y puede conducir a una fibrilación ventricular.

El segundo disturbio importante en el pulso se denomina "pulso alternado". No es realmente una arritmia, pero es un pulso cardíaco regular caracterizado por pulsaciones fuertes que alternan con otras débiles. Esto se produce por la desigual fuerza de contracción del ventrículo izquierdo enfermo.

El pulso alternado se observa, frecuentemente, cuando hay insuficiencia del ventrículo izquierdo, hipertensión arterial severa o enfermedad coronaria. El hallazgo del pulso alternante debe conducir a una interconsulta médica.

La calidad del pulso es descrita comúnmente como débil, saltón o filiforme. Estos adjetivos se relacionan con el "tacto" del pulso y se utilizan para describir situaciones como un "pulso muy resaltado" (como el que está presente cuando hay una hemorragia en un accidente cerebrovascular) o un pulso "débil y filiforme" en los pacientes que tienen signos de un colapso cardiovascular.

CAPITULO III

TEMPERATURA

TEMPERATURA.

En Odontología, la temperatura debe medirse en la boca.

El termómetro, esterilizado y sacudido para que el nivel de la columna de mercurio esté abajo, se coloca debajo de la lengua.

El paciente no debe comer, fumar ni tomar nada en los 10 minutos previos a esta medición, se dejará el termómetro en la boca cerrada durante 2 minutos antes de retirarlo.

La temperatura bucal "normal" de 37°C es solamente un promedio: se considera que el promedio normal verdadero fluctúa entre 36.1 a 37.5°C. La temperatura varía (de 0.55 a 2°C) durante el día.

La más baja se registra muy temprano en la mañana y la más alta durante las tardes después del mediodía.

Temperatura mayor de 37.5°C representa fiebre.

Las superiores a 38.3°C generalmente indican una enfermedad activa. Antes de efectuar el tratamiento dental, es preciso averiguar la causa de la fiebre.

Cuando se considera infección dental como probable causa de la elevación de la temperatura, se tratará con antibióticos y antipiréticos (salicilatos).

Otras causas de fiebre pueden ser inflamación, tumores malignos, una alteración del mecanismo de regulación térmica en los ganglios basales, como en la hemorragia cerebral, un traumatismo o una hemorragia.

CAPITULO IV

PRESION SANGUINEA

PRESION SANGUINEA.

El equipo necesario consta de un estetoscopio y un cojín para presión sanguínea-esfigmomanómetro.

El aparato más exacto y confiable es el manómetro de mercurio. El manómetro aneroides se calibra para que pueda leerse en (mm de Hg) y también es bastante exacto si tiene un buen mantenimiento. Su manejo brusco conduce a la obtención de lecturas falsas. De ésta manera el manómetro aneroides para que sea exacto debe calibrarse cuando menos una vez al año, comparandolo siempre con uno de mercurio.

TECNICA. Hay que sentar al paciente en posición vertical en el sillón dental. El brazo que va a ser utilizado debe estar a nivel del corazón, relajado, ligeramente flexionado y apoyado sobre una superficie firme.

Hay que dejar al paciente sentado cuando menos 5 minutos antes de hacer el registro de presión sanguínea.

Esto le permitirá relajarse un poco de tal manera que el valor de la presión arterial será más exacto. Durante este tiempo se llevarán a cabo otros procedimientos que no sean peligrosos o amenazantes (por ejemplo, la revisión del cuestionario o el interrogatorio).

El manguito que sirve para medir la presión arterial debe estar desinflado antes de ser colocado en el brazo, hay que sujetarlo con firmeza alrededor del brazo y colocarlo simétricamente, de modo que el centro de la porción inflable quede sobre la arteria braquial y el tubo de plástico en la parte media del brazo.

El borde inferior del manguito se colocará aproximadamente 1 pulgada (2 a 3 cm) arriba de la fosa anticubital. El manguito estará muy apretado si no se pueden introducir dos dedos por debajo de su borde inferior. Si esto ocurre, el retorno venoso del brazo disminuye y la medición será errónea.

Si por el contrario, está muy suelto, puede ser que se desprenda del brazo muy suavemente y el resultado será una lectura errónea muy elevada. Debe existir una resistencia muy ligera cuando el manguito está colocado apropiadamente.

Se palpa el pulso radial y se infla rápidamente el manguito hasta alcanzar una presión aproximadamente 30 mm Hg sobre el punto en el que el pulso radial desaparece.

El cojín entonces se vacía, o desinfla en forma lenta en un promedio de 2 a 3 mm/seg hasta que el pulso radial reaparece. Esta lectura se denomina la palpación de la presión sistólica. La presión en el cojín es totalmente eliminada.

Para determinar la presión arterial por un método de auscultación más exacto hay que palpar la arteria braquial localizada en la parte media de la fosa antecubital y colocarse el estetoscopio firmemente con las olivas dirigidas hacia adelante.

El diafragma del estetoscopio debe estar en la parte media de la fosa antecubital, sobre la arteria braquial y sin tocar el manguito ni el tubo de plástico (para reducir los ruidos extraños).

Se infla el manguito hasta 30 mm de Hg por arriba del nivel obtenido durante la palpación de la presión sistólica.

Se desinfla gradualmente alrededor de 2 mm de Hg/seg. hasta oír el primer ruido, punto conocido como presión arterial sistólica.

A medida que se desinfla el manguito, los ruidos auscultados cambian en calidad e intensidad. En efecto, comienzan a atenuarse y por fin cesan completamente. Este punto donde no hay ruidos, es el que mejor corresponde al valor de la presión arterial diastólica.

Sin embargo, en algunos casos los ruidos no desaparecen totalmente, entonces se registrara como valor de presión diastólica al punto en que tales ruidos estén más amortiguados.

Se continúa desinflando lentamente el manguito hasta alcanzar un nivel 10 mm de Hg más abajo de aquél en el que desaparecieron los ruidos. Luego se vacía de aire rápidamente el manguito.

Si fueran necesarias algunas lecturas adicionales, hay que esperar cuando menos 15 segundos antes de reiniciar el procedimiento. Esto permite que la sangre atrapada en el brazo circule y que las siguientes lecturas sean más exactas.

La presión arterial se registra como una fracción: 120/80 D o I (brazo sobre el que se realizó el registro).

CAPITULO V

INYECCIONES INTRAVENOSAS



El manguito del aparato de presión se coloca alrededor del brazo y la campana del estetoscopio en la fase antecubital



Das disposiciones comunes de las venas de la fosa cubital anterior y sus relaciones con las arterias profundas (travadas transversalmente) y los nervios adyacentes.

INYECCIONES INTRAVENOSAS.

La vía intravenosa es simple y eficaz para tratar las situaciones de emergencia.

Los medicamentos introducidos por inyección intravenosa actúan con mucha mayor rapidez que cuando se las da por otras vías, y sus acciones farmacológicas son más fáciles de predecir.

Esto nos permite conseguir los efectos deseados en corto lapso, y administrar cantidades adicionales de la droga cuando sea necesario.

EQUIPO. El material que compone la lista siguiente es fácil de conseguir y de conservar en el consultorio:

1. Medicamento inyectable.
2. Jeringa estéril de 5ml.
3. Agujas estériles para inyección intravenosa.
4. Alcohol y algodón.
5. Lazo de goma.
6. Gasas de 2"2.

TECNICA. Las venas más accesibles se encuentran en el pliegue del codo y en el dorso de la mano. Es mejor elegir venas grandes y emplear agujas de pequeño calibre.

Se coloca el lazo de goma alrededor del brazo para obstruir el retorno de sangre y favorecer la distensión de las venas, teniendo cuidado de no aplicar una presión exagerada que interrumpa el flujo arterial.

El paciente debe abrir y cerrar la mano varias veces y finalmente mantenerla cerrada hasta que la vena haya sido punzada.

A veces no se consigue una distensión adecuada cuando las venas son pequeñas; en tales casos podrán aplicarse calor o unas palmadas suaves en la zona para favorecer la dilatación.

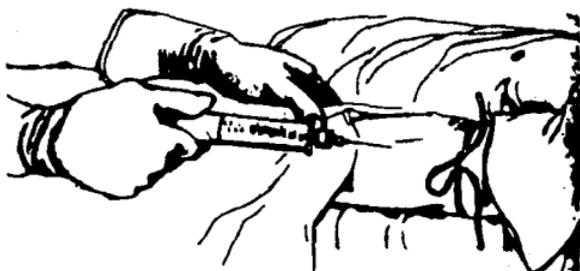
A continuación se desinfecta la piel y se punza con la aguja ubicada al lado de la vena y paralela al eje mayor de ésta, con el bisel hacia arriba. El pulgar de la otra mano se coloca debajo del sitio de punción para fijar la piel, ponerla tensa y evitar el desplazamiento lateral del vaso.

La aguja se coloca en un ángulo de 45º grados con respecto a la piel y se la introduce lentamente hasta alcanzar la luz de la vena: la entrada de sangre en la jeringa indica que se ha logrado el objetivo. Luego se introduce la aguja cuidadosamente bien dentro de la cavidad de la vena.

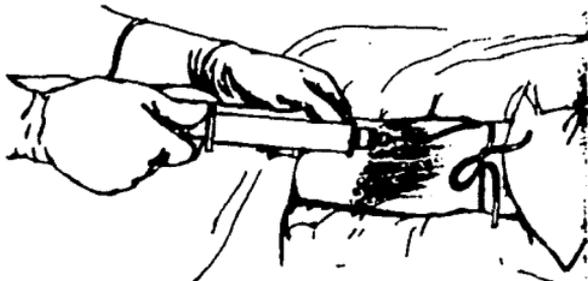
Se quita la ligadura y se procede a inyectar el medicamento con lentitud, estudiando continuamente las reacciones del paciente mientras se practica la inyección.

Si se produce cualquier reacción desfavorable, el operador podrá interrumpir la maniobra para evitar riesgos mayores.

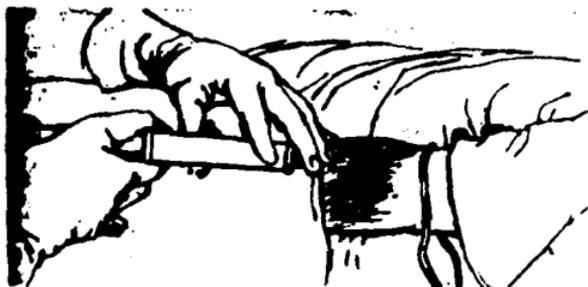
Después de retirar la aguja se ejerce una presión firme sobre la zona para evitar la extravasación de sangre.



El lazo de goma se encuentra en su lugar y la piel ha sido esterilizada antes de proceder a la punción.



A medida que se introduce la aguja, se aplica al émbolo una presión negativa y se inmoviliza la vena con la otra mano.



Se suelta el lazo y se inyecta la droga lentamente.

COMPLICACIONES. A veces la aguja atraviesa la totalidad del vaso y entonces la inyección se hace en el seno de los tejidos. lo cual se manifiesta por una tumorción local dolorosa. En tales circunstancias debe retirarse la aguja y aplicar calor húmedo.

En raras ocasiones se puede punzar por error una arteria superficial; esto se evidencia por un fuerte flujo de sangre roja y brillante que penetra en la jeringa.

Existen ciertos medicamentos que, inyectados por vía arterial provocan una vasoconstricción refleja, con fenómenos de isquemia regional.

En estas circunstancias se observa que la zona distal al sitio de inyección se torna blanda y dolorosa: la inyección de procaina al 1%, con la misma aguja, conseguirá abatir el mecanismo reflejo.

Los fenómenos de flebitis pueden deberse a la irritación producida por la aguja (cuando se la mantiene un tiempo largo en la vena) o al efecto de drogas caústicas.

El paciente se quejará de un dolor local que persiste varios días; a veces, además, esta alteración favorece el desarrollo de trombos.

La inflamación se trata aplicando calor húmedo, 3 o 4 veces por día, hasta la desaparición de los síntomas.

C A P I T U L O V I

INYECCIONES INTRAMUSCULARES

INYECCIONES INTRAMUSCULARES.

Quando no es posible recurrir a la inyección intravenosa, debido a un colapso vascular o al mal estado de las venas, puede utilizarse la vía intramuscular. Esta vía permite, cuando sea necesario, obtener un efecto más prolongado.

Aunque existen diversos sitios apropiados para la inyección, los comunes son el glúteo mayor, el deltoides y el vasto externo.

EQUIPO:

1. Jeringas esterilizadas de 5ml.
2. Aguja para inyección intramuscular.
3. Algodón y alcohol.
4. Gasas de 2*2.

TECNICA: Si se obta por el deltoides, se limpia en primer término la piel con un antiséptico y se la deja secar. Luego se toma el músculo entre el pulgar y los demás dedos de la mano izquierda y se lo comprime entre ellos para traccionarlo y separarlo de las estructuras profundas (nervios, vasos y huesos). Tomando la jeringa con el pulgar y los dos primeros dedos de la mano derecha se introduce la aguja con un movimiento rápido y seco, en dirección perpendicular a la piel. La aguja sólo debe ser introducida las tres cuartas partes de su longitud; de este modo por sí se rompe; se la podrá extraer, fácilmente con una pinza.

Cuando la aguja se encuentra en plena masa muscular se sostiene la jeringa con la mano izquierda y se aplica una presión negativa al émbolo, con el pulgar y el índice de la mano derecha.

Si no aparece sangre en la jeringa, la mano izquierda retorna a su posición inicial, traccionando el músculo y separándolo de las estructuras profundas, y se inyecta el líquido lentamente.

Una vez retirada la aguja, se aplica un vigoroso masaje en la región para aumentar la absorción del medicamento.

REGION GLUTEA: El cuadrante superoexterno de la región glútea es la zona que más se emplea para las inyecciones intramusculares; el músculo que suele inyectarse es el glúteo mayor.

Es imperioso localizar correctamente el cuadrantes superoexterno porque en los cuadrantes superointerno e inferointerno abundan los vasos y nervios (en particular el nervio ciático) y una lesión del nervio en este nivel podría tener graves repercusiones sobre la extremidad correspondiente.

Recomendamos que el paciente esté tendido boca abajo, con los pies vueltos hacia adentro. En esta posición se logra la máxima relajación y es menos probable que el paciente vea la llegada de la aguja.

Antes de aplicar la inyección, se limpia bien la piel con alcohol y se elige una aguja de calibre y longitud adecuados. La aguja debe tener suficiente longitud para llegar al vientre del músculo, evitándose así la inyección con el tejido subcutáneo profundo, que produciría nódulos pertinaces y dolorosos.

Sosténgase la jeringa con el índice y el pulgar, y con la otra mano pongase en tensión la piel de la nalga.

Manteniendo la aguja en ángulo recto con la piel, introdúzcase la aguja en la piel y el músculo se distienda y vaya dando cabida al líquido, evitándose así el dolor generado por los nervios sensibles a la presión, que están en pleno tejido muscular.

VASTO EXTERNO: La zona apta para inyecciones es una estrecha banda que se extiende desde el ancho de una mano por debajo del trocánter mayor, hasta la misma distancia por encima de la rodilla.

Esta zona es muy accesible con el paciente en decúbito dorsal o ventral.

La aguja se introduce paralelamente al piso hasta una profundidad de 2.5 cm.

En esta localización las complicaciones graves son improbables porque no hay nervios ni vasos de importancia.

Otra ventaja de este sitio es que se pueden inyectar fácilmente cantidades mayores de líquido de una sola vez que en la región glútea.

Siempre que se dé una inyección, no importa quién la dé, se requiere cuidadosa capacitación, conocimientos de anatomía y conciencia de los peligros que encierra.

C A P I T U L O V I I

RESUCITACION CARDIORESPIRATORIA

RESUCITACION CARDIORRESPIRATORIA.

Cuando el paciente pierde de pronto el conocimiento en el sillón de odontología, esto puede deberse a un síncope vasodepresivo. Este estado es muy común y se diagnostica con facilidad.

El paciente está inconsciente, a veces apneico al principio.

La jactitación (movimientos involuntarios de la cabeza) es uno de los signos iniciales más frecuentes.

La piel está pálida, a menudo húmeda, con perlas de sudor. A veces hay dilatación pupilar y los globos oculares describen movimientos circulares o permanecen fijos en posición excéntrica.

Hay aceleración y debilidad de las respiraciones y el pulso.

Trátase al paciente en decúbito y verifíquese que no esté obstruida la vía aérea. Es útil dar a inhalar esencias aromáticas amoniacales, lo mismo que oxígeno..

Si bien es cierto que el paro cardiorrespiratorio también ocasiona pérdida del conocimiento, todos los demás signos son perceptiblemente distintos. La respiración falta o se detiene después de algunas bloqueadas.

El color de la piel es gris ceniciento. Las pupilas se dilatan y están en posición central y fijas. No hay pulso.

Si no se palpa el pulso inmediatamente, se inicia el tratamiento sin demora. Anótese la hora exacta.

Ante todo se baja el sillón de odontología hacia atrás y se lo inclinamos de modo que los pies estén a la altura de la cabeza o un poco más elevados.

Si el respaldo del sillón es muy mullido, se coloca debajo de la espalda del paciente una tabla de 30*60cm desde los hombros hasta la cintura. Esto puede hacerse bajando el posabrazo del lado derecho. Se vuelve al paciente sobre su costado izquierdo, hacia el otro lado del sillón y, colocada la tabla, se retorna al paciente al decúbito dorsal sobre ésta. Se ajusta la almohadilla para la cabeza, de modo que quede a la misma altura que el respaldo. El sillón debe reclinarsse al máximo para que el masaje cardíaco sea más eficaz.

Otro método para aplicar la comprensión cardíaca consiste en colocar al paciente en el suelo y arrodillarse junto a él (cualquiera de ambos lados). Localizado el esternón, se aplican las manos según se describe más adelante. Con los brazos del operador rígidos, se hace fuerza con los músculos de la espalda para comprimir el torax hasta 4 o 5 cm. Así resulta mucho menos cansado.

Primero se le pide a la asistente dental que llame una ambulancia y luego avise a la unidad de atención coronaria del hospital más cercano.

Retiramos todos los artefactos y cuerpos extraños de la boca. Luego extendemos el cuello del paciente como para despejar la vía aérea. Esto se hace aplicando la mano sobre la frente para empujar la parte superior del cráneo hacia

atrás y abajo, mientras la otra mano se aplica detrás del maxilar inferior para elevar y extender el cuello.

Después se hacen 3 o 4 aspiraciones rápidas y profundas boca a boca. Y con los dedos pulgar e índice se cierran las fosas nasales completamente.

Si el procedimiento es útil, el pecho del paciente se extenderá, retiramos la boca y sin dejar de comprimir la nariz y de hiperextender el cuello, repetimos la operación.

Otro método consiste en ventilar los pulmones soplando por la nariz. En este caso se mantiene cerrada la boca oprimiendo el mentón hacia arriba, para cerrar los labios.

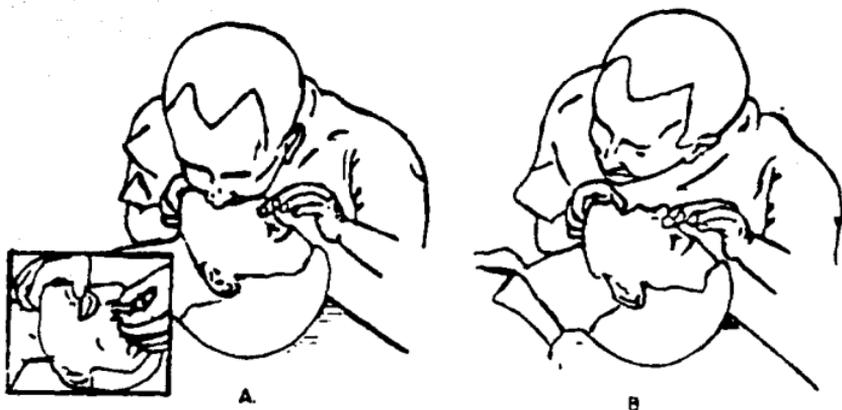
Verificamos que el tórax se eleve con cada respiración.

Después de esto, volvemos a tomar el pulso (el carotídeo sería el más satisfactorio) y en caso de que no se palpe reanudamos el masaje cardíaco inmediatamente.

El sitio apropiado para la compresión cardíaca se determina de la siguiente manera:

Se coloca un dedo de una mano sobre el apéndice xifoides, palpando el extremo inferior del esternón, y se aplica el talón de la otra mano sobre el esternón, en contacto con el dedo. Después se coloca la otra mano sobre la primera.

Los dedos de la mano inferior deben estar dispuestos paralelamente a las costillas, pero sin tocar a estas. Nos apoyamos hacia adelante, empleando los músculos de la espalda, para presionar sobre la porción inferior del esternón. No deberemos presionar sobre el xifoides.



RESPIRACION BOCA A BOCA.

A. El paciente se encuentra en decúbito dorsal, con la cabeza y el cuello extendidos en línea recta, el mentón elevado y las fosas nasales ocluidas.

La boca del operador debe hallarse en estrecho contacto con la piel del paciente mientras expulsa aire en el pulmón de éste.

B. Cuando el tórax del paciente ha alcanzado una expansión completa, separe rápidamente la boca y aproveche para inspirar. Esto permite que el tórax de la víctima vuelva a su posición primitiva, expulsando el aire forzado por el operador. Repita éste maniobra a razón de 12 a 20 veces por minuto.

Las maniobras de compresión (masaje cardíaco externo) deben realizarse a razón de una vez por segundo, mediante un movimiento firme y uniforme, sin características de golpe.

Después de los primeros movimientos de compresión, el esternón podrá ser desplazado $4/5$ cm hacia abajo.

Al final de cada compresión, deberemos mantener la presión durante una fracción de segundo para permitir que el corazón se vacíe, y luego levante rápidamente las manos; la elasticidad natural del tórax hará que éste se expanda y que el corazón se llene nuevamente. En los niños se usa sólo una mano.

Si uno se encuentra solo, al finalizar 15 maniobras de compresión procedemos a ventilar los pulmones con dos espiraciones rápidas y profundas, alternando las dos técnicas hasta que pueda disponer uno de un auxiliar. Cuando contemos con un ayudante, que éste llame a una ambulancia rápidamente; y luego podrá encargarse de la ventilación, mientras uno continúa con el masaje cardíaco.

En este caso, la ventilación deberá hacerse una vez cada 5 maniobras de compresión.

EFFECTIVIDAD DE LA RESUCITACION.

La eficacia de las maniobras se hará evidente por el retorno del color normal y la contracción de las pupilas.

A menudo los pacientes comienzan a realizar respiraciones jadeantes y a mover los miembros. Si el problema se reconoce rápidamente y se encaran las maniobras sin demora, y si el corazón es capaz de recuperarse, la resucitación puede tener lugar en los primeros 5 minutos.

No obstante, e incluso si se han normalizado la respiración y el ritmo cardíaco, debemos mantener al paciente bajo observación continúa hasta su traslado al hospital o la llegada del médico.

Si no se ha recuperado la actividad espontánea, la víctima debe ser llevada a un hospital tan pronto como sea posible.

La ventilación pulmonar boca a boca (o boca a nariz) y el masaje cardíaco por compresión esternal deberán continuarse sin interrupciones durante la movilización y el traslado.

Esto significa que tendrá que acompañarse al paciente en la ambulancia si ésta no trae un equipo capacitado para proseguir la resurrección en el trayecto hacia el hospital.

La tabla de 30*60cm cabe entre los rieles laterales de la camilla de la ambulancia proveiendo así la superficie dura necesaria para el procedimiento de resurrección durante el traslado.

Algunas ambulancias tienen resucitadores cíclicos mecánicos pero no son eficaces cuando se hace la compresión cardiaca, porque la presión de retorno que se genera al oprimir el esternón muchas veces determina que estos dispositivos fallen.

Con fines de resurrección, lo ideal es dar 100% de oxígeno. Esto requiere una fuente de oxígeno y un medio adecuado para aplicar presión positiva en una vía aérea, permeable.

Los dispositivos de ventilación accionados a mano son más eficaces y menos cansadores que la respiración boca a boca. Son ideales para casos de emergencia cuando no se cuenta con una fuente de oxígeno.

En la actualidad la mayoría está a favor de AMBU:

Este aparato sirve para proporcionar respiración artificial; y consta de una bolsa insufladora de aire y un juego de mascarillas que son de tres tamaños (recién nacido, niño y adulto).

Este equipo sustituye la respiración boca a boca o boca a nariz.

Para poderlo utilizar inicialmente se debe proceder a la extracción de todo aquello que obstruya la vía aérea; en la cavidad oral del paciente pueden aparecer flemas, sangre o vómito, si esto sucede deberá aspirarse, hasta tener vía libre respiratoria.

Enseguida debemos hiperextender el cuello para después colocar la mascarilla adaptándola a la cara.

Una vez colocado se administra el aire, comprimiendo la bolsa y soltandola al terminar la compresion y esta volverá a distenderse.

La presion de la bolsa se efectua con la mano derecha y se sostiene firmemente la mascarilla con la mano izquierda.

Un ciclo de 18 respiraciones por minuto sería lo correcto mientras se vigilan los signos vitales.

En todos los casos se mantiene la oxigenoterapia hasta que se diagnostica la causa de la depresion o colapso respiratorio y si es necesario, se emprende el tratamiento por otros medios.

C A P I T U L O V I I I

EMBARAZO

EMBARAZO.

Todavía existe la antigua creencia de que el embarazo significa serios daños para los dientes de la madre.

Si bien esos temores son infundados: la experiencia recomienda adoptar una conducta prudente en el manejo de estas pacientes.

Para ello es indispensable tener un conocimiento básico sobre la fisiología del embarazo, lo cual ayudará a disipar problemas comunes con estas personas, como el temor y la ansiedad, que a menudo transmiten al odontólogo.

Es muy común que la respuesta al stress se halle exagerada, y en consecuencia será fundamental conseguir una relajación óptima antes de iniciar un tratamiento.

STRESS: Los cambios en el equilibrio hormonal y el crecimiento progresivo del feto originan los siguientes fenómenos en la mujer embarazada:

- 1) Aumento del volumen minuto cardíaco.
- 2) De la volemia.
- 3) Aumento del consumo de oxígeno.
- 4) Cambios del funcionamiento hepático.
- 5) De la capacidad vital.
- 6) Cambios de la filtración glomerular.
- 7) Y del flujo plásmatico renal.

Cualquiera de estas modificaciones puede ser parcialmente responsable de una reacción inesperada. Por ejemplo, la importancia de los focos sépticos dentarios como causa de pielitis, en la mujer gravida ha sido señalada en muchas ocasiones.

La resistencia a la infección puede hallarse disminuida, y las alteraciones de la función renal, si se asocian a un foco séptico dentario, pueden generar una infección piógena en las vías urinarias.

A veces también se encuentra hipertensión, que puede deberse a muchos factores incluyendo la declinación en la función renal y la retención de sodio y agua. El stress sumado a otros factores potenciadores, puede acentuar aun más los trastornos.

En promedio el embarazo dura 275 días. Se divide en tres periodos de casi tres meses.

El síndrome más notable en el primer trimestre es la cesación de la menstruación.

En casi 50% de todos los embarazos, se presentan náuseas o vómitos, muchas veces desde el primer mes.

Otros síntomas comunes son la pigmentación de los pezones y sensaciones de hormigueo con crecimiento de las mamas.

Desde la primera semana se observa el huevo por medio de sonografía, y las pruebas biológicas la tercera semana suelen ser positivas.

En el segundo trimestre, es más notable la distensión abdominal, y en general desaparecen las náuseas y los vómitos que pudiesen haberse presentado en un principio. Las glándulas mamarias crecen y la madre puede percibir los movimientos fetales.

Cerca del final de este trimestre se pueden oír con el estetoscopio los latidos del corazón fetal y con el ultrasonido observar al feto.

Durante el tercer trimestre, se notan aun mejor el crecimiento de las mamas y del abdomen, los movimientos fetales y los ruidos cardiacos del feto.

El parto suele anunciarse por contracciones uterinas periódicas dolorosas, cuya frecuencia e intensidad van en aumento hasta que se presentan cada dos o tres minutos y duran aproximadamente un minuto.

En caso de parto prolongado y de un canal del parto relativamente estrecho pueden ocurrir deformaciones de la cabeza fetal, lo que provocaba muchos casos de mala oclusión, en particular si el obstetra introducía un dedo en la boca del feto para realizar tracción durante el parto (maniobra de Morisea en parto podalico)

MANIFESTACIONES BUCALES.

Es muy antigua la creencia de que durante el embarazo hay descalcificación de los dientes con el fin de suministrar minerales al feto en crecimiento. El feto requiere calcio, entre otras cosas para el desarrollo de sus dientes principalmente durante el último trimestre del embarazo.

CARIES: La única causa posible del aumento de las caries dentales durante el embarazo son los cambios del ambiente externo del diente.

Deben tomarse en cuenta factores ambientales locales como:

- 1) pH de la saliva.
- 2) Alteración de la flora microbiana bucal y los posibles efectos de los vómitos.

Se ha hecho una revisión del problema de la caries dental durante el embarazo y este indica:

- a) Que durante el embarazo, los dientes maternos maduros prácticamente no pierden sales de calcio.
- b) Que el pH salival de la mujer embarazada está dentro de los límites normales.
- c) Que los estudios experimentales indican un aumento normal de nuevas caries durante este periodo.

GINGIVITIS E HIPERTROFIA GINGIVAL.

Las alteraciones de las encías son más frecuentes en las mujeres embarazadas con higiene bucal defectuosa. Se consideran responsables de dichos cambios ciertas alteraciones hormonales y vasculares, unidas a factores irritativos locales.

Las alteraciones gingivales inflamatorias e hipertroficas durante el embarazo no suministran datos histopatológicos específicos. Dichas lesiones pertenecen al grupo de los granulomas piógenos.

La frecuencia de alteraciones en la encía depende hasta cierto grado de la higiene bucal que observa la paciente.

SINTOMAS:

La gingivitis del embarazo suele aparecer en el segundo trimestre. Los cambios hipertroficos afectan en particular las papilas interdentarias.

Se caracterizan por un color especial frambuesa en las encías marginales, y por tendencia al sangrado. El dolor es muy ligero, incluso en las lesiones avanzadas. Son raras las úlceras, salvo si sobreviene infección por fusospiroquetas, en cuyo caso aumenta muchísimo.

Los "tumores del embarazo" consisten en zonas localizadas de hipertrofia gingival, que suelen aparecer cerca de las papilas interdentarias u otras zonas de irritación.

Histopatologicamente pueden considerarse como granulomas piógenos. Su color varia de rojo purpura a azul profundo, según la irrigación de la lesión el grado de estasis venosa y el tamaño del pedículo.

El sintoma más frecuente y más importante es la hemorragia.

En ocasiones puede dar lugar a una anemia hipocrómica.

Si hay úlceras suelen obedecer a traumatismos durante la masticación.

Es raro observar destrucción ósea en los "tumores del embarazo".

TRATAMIENTO.

Los casos leves de hipertrofia gingival durante el embarazo, suelen responder a un tratamiento conservador, observando una buena higiene bucal. Puede ser útil la aplicación local de astringentes leves.

La mayor parte de las lesiones desaparecen espontáneamente algunos meses después de terminado el embarazo, por lo cual esta indicado un tratamiento expectante.

Si la masticación produce hemorragia por las encías hiperémicas, crecidas o en caso de existir úlceras, se debe extirpar quirúrgicamente estas zonas. Para ello, conviene la anestesia local y el cauterio eléctrico, que ayuda a reducir el sangrado.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DURANTE EL EMBARAZO.

La atención odontológica requerida, incluyéndose las extirpaciones pueden perfectamente realizarse durante el embarazo, salvo opinión contraria del ginecobstetra.

El feto debe protegerse contra los rayos X en especial durante los primeros tres meses. Son de especial importancia en este periodo los posibles efectos teratológicos de los medicamentos.

La mejor manera de evitar lesiones de tejidos blandos y caries dentales es la observación de una buena higiene bucal.

Debemos revisar con frecuencia a la mujer embarazada, sin que las citas sean demasiado prolongadas.

Las restauraciones amplias o las maniobras que cansan a las pacientes no se recomiendan en los últimos meses de embarazo.

Se deben evitar, dentro de lo posible, los estímulos dolorosos.

Con premedicación y emplear anestesia local en las distintas maniobras, se reduce la tensión nerviosa y la fatiga y logramos una influencia psicológica favorable sobre la paciente.

Existen entre los pacientes un temor gratuito a las extracciones durante el embarazo, incluso en los últimos meses.

Debe preferirse la anestesia local, salvo si la inflamación y la infección local aguda contraindican este método.

También existe el temor a que la anestesia general, durante las extracciones dentales, puede causar un aborto.

Con demasiada frecuencia, la atención odontológica se pospone hasta el octavo o noveno mes del embarazo. Quizá en esta época sea preferible recurrir a restauraciones provisionales (cemento), en lugar de permanentes.

Sólo se harán las extracciones indispensables.

Son muchas las personas que consideran erróneamente que los diversos procedimientos quirúrgicos, incluyendo las extracciones dentarias puedan provocar lesiones serias en el organismo fetal.

Pero nunca se ha demostrado que una extracción o el arreglo de un diente haya sido la causa directa de un nacimiento defectuoso o de un aborto.

En este sentido también debemos recordar que el stress físico o emocional producido por un dolor de muelas o una infección dentaria puede ser más perjudicial que un tratamiento correctamente realizado.

En la actualidad se sabe que ciertas drogas entrañan un franco peligro en el embarazo y en el periodo neonatal.

Así tenemos que la reserpina, la cortisona, la vitamina K, algunas sulfamidas, ciertos estimulantes nerviosos, al igual que el propiltiouracilo y las tetraciclinas son

relativamente inocuas para la mujer embarazada pero son perjudiciales para el feto.

Se ha demostrado que las tetraciclinas pueden decolorar el esmalte dentario si se los administra durante el periodo de calcificación fetal.

La calcificación de los dientes de leche comienza alrededor del cuarto o quinto mes de la gestación, mientras que las coronas de los dientes anteriores están practicamente formadas hacia el fin del noveno mes

Parece razonable suponer que la administración de tetraciclinas, antes del tercer mes no produce alteraciones dentarias, esto puede ocurrir, en cambio, si se las dá después de los meses cuarto o quinto.

Luego del nacimiento y hasta el segundo año de vida de los dientes afectados por el depósito prenatal del antibiótico aparecen amarillos, en contraste con la blancura de las piezas normales; tal coloración es más intensa en las superficies de oclusión y en el tercio cervical del diente.

A la edad de cuatro a cinco años los dos tercios incisales de la corona se presentan de color gris cenizo, con una pigmentacion que varia entre amarillo oscuro y castaño a nivel del tercio cervical.

En los dientes muy afectados puede haber además, importantes alteraciones morfologicas.

La vitamina K (que puede describirse para las encías sangrantes) y las fenotiacinas puede producir ictericia en el recién nacido.

Las sulfamidas y la novobiocina están rotundamente contraindicadas mientras que, según se demostró, las penicilinas y las eritromicinas son relativamente inocuas para la madre y el feto, y es probable que sean las drogas antibacterianas más seguras.

En suma en los tres primeros meses del embarazo hay que evitar las medicaciones innecesarias y la agresión ambiental selectiva, como el tratamiento odontológico, así como también se deberá tener cuidado al final del embarazo.

EFFECTO DEL EMBARAZO SOBRE LOS DIENTES Y LAS ESTRUCTURAS DE SOSTEN.

Caries dentarias. Las demandas del embarazo pueden producir una descalcificación del hueso alveolar, secundaria a la remoción generalizada del calcio de la matriz ósea, esto se debe al aumento de los requerimientos fetales y a los cambios temporales en el sistema endocrino, incluyendo las glándulas tiroideas y paratiroides.

Al final del embarazo, el feto puede sufrir infecciones como toxoplasmosis, tuberculosis, sífilis, citomegalia y otras por vía materna.

La destrucción de los dientes deciduos por infección estafilocócica del maxilar en el recién nacido conduce a las enfermedades del periodo posnatal.

TRANSTORNOS PERIODONTALES.

La gingivitis es un transtorno relativamente frecuente en el embarazo, especialmente en pacientes que descuidan la higiene dentaria.

La encía aparece, hipertrófica y sangra al tacto.

La gingivitis característica suele obedecer a una alteración endocrina (altos niveles de estrógenos) acentuada por un desequilibrio dietético.

En el embarazo, la gingivitis se podría considerar como una reacción en la cual las hormonas influyeron, sobre el tejido local y su sistema microvascular, reduciendo el umbral para la lesión del tejido inducida por diversos agentes.

A nivel local son factores importantes, asimismo, el cepillado incorrecto, las piezas fracturadas, los empastes salientes y los depósitos de partículas alimentarias.

Para suprimir la lesión local es suficiente, a menudo, eliminar estos factores locales e instituir un régimen dietético adecuado.

La gingivitis del embarazo puede presentarse como:

- A) Hemorragia marginal.
- B) Encía roja-frambuesa en torno de uno o varios dientes.
- C) Hipertrofia difusa de la encía. Es probable que esto se deba a una pérdida del soporte óseo que el organismo intenta componer mediante la proliferación de un tejido blando.
- D) Hipertrofia localizada. En algunos casos se ve una protuberancia rojiza, muy vascularizada, que se conoce como "tumor del embarazo".

Tal hipertrofia es exagerada alrededor de uno o dos dientes y produce importantes fenómenos de desplazamiento, alargamiento, separación, movilidad y pérdida del soporte óseo. Estas protuberancias anormales son habitualmente benignas, pero debe realizarse una biopsia para descartar la malignidad.

Se cree que los tumores del embarazo pueden recidivar si se los extirpa antes del término de la gravidez, y que entran en regresión espontánea después del parto.

Sin embargo si no se los extirpa pueden alcanzar un tamaño considerable, alterar la estabilidad de otros dientes y perturbar la oclusión normal; por otra parte, el hecho de ser sumamente vascularizados hacen que sangren facilmente durante la masticación.

Estos tumores son pediculados, fáciles de extirpar y deben ser extraidos totalmente.

La electrocirugia es eficaz y la hemorragia postquirúrgica se controla sin inconvenientes mediante un capuchón periodontal.

Cuando la cicatrización ha terminado, y para evitar complicaciones y recidivas, es necesario mejorar la higiene de la paciente, eliminar la irritación local y aplicar masajes en la zona operada.

Además, se le debe advertir sobre la posibilidad de una recidiva.

RADIOGRAFIAS DURANTE EL EMBARAZO.

El abuso de los rayos X pueden provocar alteraciones múltiples en los tejidos, incluyendo modificaciones genéticas y perturbaciones fetales.

Si bien el empleo creciente de los procedimientos radiológicos se justifica, como medio para salvaguardar la salud, es evidente que el uso selectivo de ésta fuente de energía debe basarse en una evaluación correcta de la necesidad de su empleo.

Hay que recordar que las radiaciones no son inocuas y que se caracterizan por un efecto acumulativo; sin embargo, la relación entre el posible daño y los beneficios obtenidos no deja duda sobre la conveniencia de recurrir a estos procedimientos.

Por lo que esto nos crea una gran responsabilidad y debemos considerar en primer lugar si el estudio radiológico es esencial y tendremos que utilizar diafragmas, películas rápidas, filtros, delantales, protectores y cualquier otro método o medida que disminuya la exposición a las radiaciones.

EFFECTOS NOCIVOS DE LOS RAYOS X.

El efecto perjudicial de los rayos X se relaciona con la superficie expuesta y con la respuesta de los tejidos.

La zona de influencia puede ser limitada o bien comprender todo el cuerpo.

El feto está relativamente cerca de la fuente de los rayos y su posición lo hace muy vulnerable a la irradiación completa: del organismo materno puede conseguirse una buena protección con un delantal de plomo.

Por esta razón la exposición debe reducirse al mínimo indispensable

ANESTESIA.

Si la paciente es tranquila por naturaleza, se prefiere la anestesia local sin drogas adicionales.

Cuando recurrimos a la anestesia local, los vasoconstrictores comunes (como la adrenalina) pueden darse sin temor, en las concentraciones habituales.

Se sabe que de los anestésicos locales como (la mepivacaína, lidocaína, propitocaína, bupivacaína, procaina etc), su paso es rápido y completo a través de la placenta. Así hasta las cantidades más insignificantes de anestésico local que empleamos, llegan al feto con rapidez y en cantidades perceptibles.

La presencia de hipertensión nos hace consultar con un médico, aunque los vasoconstrictores pueden usarse en cantidades mínimas porque los beneficios de su empleo superan con creces a los inconvenientes que puedan producir.

En una paciente ansiosa o atemorizada pueden agregarse sedantes o narcóticos a la anestesia local, sin olvidar que estos fármacos atraviesan la barrera placentaria.

Mientras el embarazo sea normal, cualquier dosis que no produzca una depresión importante en la madre debería ser seguro para el feto.

La anestesia general no está contraindicada y deberá utilizarse cuando las circunstancias lo hagan necesario.

Sin embargo este procedimiento presenta ciertos riesgos que pueden ser peligrosos para el feto y la paciente.

Cualquier tipo de anestesia que siempre sea bien aplicada, puede realizarse sin temor en la mujer embarazada.

Existen varios factores capaces de alterar la irrigación de la placenta durante la anestesia, entre ellos los fenómenos de hipotensión o hipoventilación.

Puede haber episodios hipotensivos transitorios o prolongados.

En general una paciente normal puede sobrellevar sin inconvenientes una hipotensión transitoria. No así el feto que no puede soportar igual que la madre, aunque el lapso sea corto, una hipotensión que disminuya bruscamente un aporte ya precario de oxígeno.

La caída de la presión sanguínea puede provocar el aborto por desprendimiento placentario.

El principal peligro de la anestesia general es la anoxia.

Todo esto señala la gran importancia de evitar cualquier cambio tensional y de mantener una oxigenación adecuada durante los diversos periodos de la anestesia.

CAPITULO IX

HIPERTENSION ARTERIAL

HIPERTENSION (Presión Arterial Alta).

La palabra hipertensión indica un cuadro patológico caracterizado por elevación de las presiones sistólica, diastólica o ambas.

La hipertensión sistólica aislada puede encontrarse en ancianos, y se debe probablemente a menor distensibilidad de las arterias.

La hipertensión esencial suele observarse en personas cuya ocupación supone tensión nerviosa y preocupaciones considerables.

También parece existir una predisposición familiar, pero en realidad no se conoce bien el mecanismo exacto del aumento de presión arterial. Es clásica la influencia lesiva de la obesidad.

Una causa predisponente de gran importancia, puede ser un estímulo anormal del sistema nervioso simpático, por emoción, miedo o represión de ira o agresividad.

También existe la hipertensión secundaria, la cual puede deberse a factores como:

- a) Enfermedades del parénquima renal.
- b) Alteraciones de la arteria renal.
- c) Hiperfunción de la corteza suprarrenal.
- d) Feocromocitoma o lesión del sistema nervioso central.

La hipertensión puede durar meses o años antes de que se manifiesten o identifiquen los síntomas a que da lugar. Muchas veces el paciente está asintomático o en ocasiones

muestra signos de insuficiencia cardiaca congestiva secundarios a la hipertension.

Los sintomas más habituales son cefaleas frecuentes y persistentes, los trastornos respiratorios, malestar general, hemorragias nasales y vértigos.

TRATAMIENTO:

El tratamiento de la hipertensión esencial es sintomático y expectante, pero no curativo. Se intenta bajar la presión arterial hasta niveles que signifiquen la desaparición de los sintomas y las complicaciones.

- 1) Se pone al paciente en posición confortable con relajación de la ropa.
- 2) Registro de la presión arterial y frecuencia cardiaca, si esta se encuentra por encima de los límites normales y del límite que maneja el paciente procedemos a medicarlo.
- 3) Administramos el contenido oleoso de una capsula de Adalat sublingual previo a la perforación de la misma.
- 4) Continuamos con el registro de la presión arterial y frecuencia cardiaca y lo trasladamos al hospital más cercano.

MANIFESTACIONES BUCALES.

La atención bucal del paciente con hipertension esencial, o con hipertension debido a enfermedad cardiorrenal y vascular, son las mismas. No parece existir

relación entre el estado de las piezas dentales y la presión arterial.

Una presión arterial alta en un enfermo obliga a tener mucho cuidado, en la elección del tratamiento, la premedicación, la anestesia y la duración y amplitud de las intervenciones.

Debemos evitar en los pacientes hipertensos todo lo que pueda ocasionar aumento de presión arterial, nerviosidad o tensión.

No se observa ningún aumento de la hemorragia postoperatoria en los hipertensos. La anestesia con óxido nítrico suele acompañarse de aumento de la presión arterial, incluso si consiguen evitarse los estados de hipoxia.

Cualquiera que sea el anestésico empleado, el paciente deberá estar relajado.

Debemos consultar al médico tratante antes de realizar extracciones o maniobras quirúrgicas amplias en la boca de un hipertenso.

Muchos hipotensores que se utilizan en la actualidad producen efectos colaterales que debemos conocer. Por ejemplo: Los pacientes que reciben derivados de la Rauwolfia, pueden sufrir síncope, y en ocasiones muestran una intensa caída de presión arterial sobre todo si reciben anestesia general, este peligro persiste hasta dos semanas después de interrumpir el tratamiento con Rauwolfia.

Muchos fármacos diuréticos e hipotensores predisponen a la hipotensión ortostática, y los pacientes pueden perder el

conocimiento al pasar de la posición en decubito dorsal en el sillón del dentista a la posición vertical, sentados o de pie.

Debemos tener en el consultorio el equipo necesario para medir la presión arterial (estetoscopio y esfigmomanómetro).

Muchos pacientes nos visitan más frecuentemente a nosotros que al médico y uno mismo puede hacer al enfermo un gran favor diagnosticando la hipertensión en su primera fase, época en la cual podrá tratarse antes de que ocurra una patología coronaria o una lesión renal irreversible.

Se deberá tomar la presión arterial de todos los adultos durante su primera visita al consultorio dental, y en adelante una vez al año, como mínimo.

CAPITULO X

EPILEPSIA

EPILEPSIA.

La epilepsia es un complejo sintomático caracterizado por pérdida de consciencia y crisis convulsivas típicas.

Existe una base hereditaria evidente y aunque la enfermedad puede acompañarse de deterioro mental; muchos epilépticos son individuos brillantes habiéndose sido considerados algunos de ellos como verdaderos genios. En la mayor parte de los casos es imposible identificar ningún factor causal.

La variedad de epilepsia llamada *granmal*, que es probablemente el tipo más conocido por el lego en razón de lo aparatoso de la crisis, se manifiesta por convulsiones, "ataques" o episodios de "granmal"-generalmente seguidos por un estado de coma.

Antes de la crisis convulsiva, el individuo puede tener una premonición o "aura" de que va a acontecer un ataque; esta aura suele consistir en alguna alucinación de los sentidos especiales (visión, olfato o gusto).

La crisis siempre se inicia bruscamente. Puede ocurrir en cualquier lugar, en cualquier ambiente y a cualquier hora.

Habitualmente el epiléptico dá un grito en el inicio de la crisis, y su cuerpo se pone rígido. Después presenta los movimientos convulsivos:

Tónicos.- Presenta rigidez de miembros superiores e inferiores.

Clónicos.- Convulsiones con contracción y extensión de miembros superiores e inferiores.

Durante este periodo, el paciente suele estar completamente inconsciente y puede lesionarse o golpearse gravemente. Con frecuencia se muerde o hiere la lengua.

Durante las crisis convulsivas el paciente puede perder el control de los esfínteres y orinar o defecar. La crisis convulsiva termina espontáneamente, y el individuo queda sumamente cansado, estuporoso y adormilado.

Las manifestaciones menos espectaculares de otro tipo de epilepsia, reciben el nombre de ataques de "petit mal", a veces consisten simplemente en episodios breves (de 5 a 30 segundos) de pérdida de consciencia, o incapacidad de continuar la tarea que se está realizando.

A veces hay movimientos motores muy limitados. Este breve lapso de inconciencia pasa pronto y muchas veces el propio paciente ignora totalmente que sufre estas lagunas de conocimiento.

El DIAGNOSTICO de epilepsia, suele basarse en el interrogatorio y a veces en la observación de una de las crisis. También se emplea el registro eléctrico de las ondas cerebrales (electroencefalograma), de especial utilidad para el diagnóstico del petit-mal, pues el electroencefalograma suele ser anormal incluso en el intervalo entre los ataques clínicos.

El manejo general del epiléptico consiste en buscar cuidadosamente posibles causas orgánicas de los trastornos.

recurrir a una higiene personal esmerada y lograr un modo de vida y un ambiente libre de transtornos emocionales graves que puedan desencadenar la crisis.

En los casos graves, una parte importante del tratamiento es la medicación sedante.

Para el tratamiento de las crisis de "granmal", el fármaco de elección es el Dilantín (Dilantoina). Los efectos colaterales de la administración de Dilantín son relativamente pocos y de escasa importancia. Son raras las alteraciones importantes de tipo alérgico.

MANIFESTACIONES BUCALES:

Cuando nos encontramos frente a cicatrices o traumatismos amplios de la cara y los labios y en particular de la lengua, debemos pensar en epilepsia.

Los enfermos epilépticos muchas veces rechinan los dientes durante la noche (bruxismo).

Es importante reconocer cualquier tendencia epiléptica en un paciente que deba someterse a anestesia por óxido nítrico, pues la fase de excitación que puede presentarse durante la inducción y la anoxemia que acompaña frecuentemente este tipo de anestesia, predisponen a la crisis.

Si sobrevienen convulsiones en un paciente cuyos movimientos están estrechamente limitados, son de temer lesiones personales graves, y un daño importante al equipo del consultorio.

Los epilépticos suelen ser buenos pacientes bajo anestesia local, si no están cansados y si han recibido una premedicación adecuada.

Si un epiléptico presenta una crisis mientras se encuentra en el consultorio dental, debemos tomar medidas inmediatas para evitar que el paciente se lastime.

Se quitará del sillón y se acostará en el piso, donde no hay peligro de que se golpee contra las paredes, los muebles o el equipo del consultorio.

Es aconsejable colocar un protector bucal durante el ataque para evitar así las lesiones linguales, pero debe hacerse con mucho cuidado, pues hay más peligro para el odontólogo de ser mordidos accidentalmente por el epiléptico, que de posible lesión de la lengua del paciente.

Se administra una tableta de "epamín" por vía oral. Y si la crisis no se controla o continúa, administrar una ampula de Diacepam de 10mg por vía intramuscular y trasladar al individuo al hospital.

No es raro que los dientes se fracturen o desplacen durante un ataque. En los eilépticos, son preferibles las prótesis fijas a las removibles.

HIPERPLASIA GINGIVAL POR DILANTIN:

Se utiliza mucho en el tratamiento de la epilepsia el: Fenilhidantoinato de sodio(Dilantin). Uno de los efectos colaterales de este fármaco es una hiperplasia gingival considerable.

La Hiperplasia Gingival por Dilantin se observa fundamentalmente en niños y adultos jóvenes, y no se presenta en las zonas anodontas.

Estas modificaciones gingivales se presentan inicialmente en las papilas interdentes. Pero en las lesiones avanzadas, la proliferación es tanta que la encía cubre casi completamente los dientes. Suele existir una línea de separación muy neta entre la encía normal y el tejido hiperplásico. El paciente tiene pocas quejas.

El tejido hipertrofiado es duro, de color rosa pálido, con una superficie queratinizada gruesa. Son raros el sangrado, la inflamación y la infección secundaria.

En caso de hiperplasia de larga duración por dilantin, puede aparecer maloclusión progresiva. Como cambio tardío e inconstante puede mencionarse la resorción del hueso intercepal.

La hiperplasia por dilantin tiene consecuencias estéticas indeseables, y además dificulta la higiene bucal y en ocasiones la propia masticación. Sin embargo, las alteraciones de encía no justifican la suspensión de la terapéutica.

TRATAMIENTO:

Las medidas encaminadas a combatir la aparición de hiperplasia gingival son más eficaces que el tratamiento de la lesión avanzada.

En la atención casera son importantes un uso disciplinado del cepillo y del estimulador interdental.

Se deben eliminar todos los factores predisponentes locales mediante tratamiento de consultorio. A veces es difícil conseguir del paciente la cooperación necesaria.

Cuando la hipertrofia gingival se limita a las zonas interdetales y antes de que el tejido se haya vuelto fibroso, el uso del estimulador interdental, una higiene bucal esmerada y la supresión de factores irritativos locales, logra a veces regresión de la hipertrofia, o impide que siga progresando.

En la hiperplasia grave por Dilantin, el único tratamiento satisfactorio es la extirpación quirúrgica del tejido.

Es importante iniciar pronto maniobras de cepillado vigorosas y estimulación interdental después de la intervención, para que no haya recaídas, de cualquier manera, éstas son frecuentes, porque es difícil que el paciente coopere en estos aspectos.

CAPITULO XI

DIABETES

DIABETES

La diabetes se manifiesta clínicamente por alteraciones del metabolismo de los carbohidratos. La lesión primaria es probablemente una angiopatía capilar de etiología desconocida que termina afectando al páncreas y otros órganos.

También se altera el metabolismo de las grasas, y en menor grado de las proteínas.

Clinicamente existen dos variedades de diabetes:

- 1) El tipo adulto (que se inicia en la edad madura).
- 2) El tipo juvenil (que se inicia en la infancia).

Existe una predisposición hereditaria a la diabetes, pero se desconoce el tipo exacto de herencia (probablemente el brazo corto del cromosoma 5).

El ejercicio físico y una alimentación razonable parecen constituir factores protectores.

Nosotros como dentistas tenemos una oportunidad excepcional para colaborar con el diagnóstico precoz de la diabetes, contribuyendo así de manera importante a la atención correcta del paciente.

Es fundamental identificar pronto la enfermedad, lo que permite controlar la evolución del padecimiento y evitar posibles complicaciones como la acetoacidosis que puede resultar mortal.

No siempre es fácil identificar la diabetes desde su inicio pero ciertas características de la historia clínica nos pueden orientar al diagnóstico.

- 1) Antecedentes familiares positivos.
- 2) Obesidad.
- 3) O el que una mujer haya tenido hijos con peso superior a 5 kg (macrosómicos).

Los síntomas iniciales son tan diversos, y su aparición tan progresiva, que muchas veces pasa inadvertida, su verdadera naturaleza, hasta aparecer algunas de las diversas complicaciones de la enfermedad, a veces muy graves.

No es raro que la diabetes se reconozca durante un examen ordinario de orina.

Los síntomas clásicos de la enfermedad son:

- 1) Debilidad general
- 2) Pérdida de peso a pesar del aumento del apetito y de la ingestión de alimentos (polifagia)
- 3) Sed intensa (polidipsia)
- 4) Eliminación de grandes volúmenes de orina (poliuria).

Estos síntomas sólo se presentan cuando la glucosa sanguínea del paciente es mucho mayor que el umbral renal (140 mg %); en estas condiciones, la glucosa se pierde con la orina, lo que da lugar a la poliuria (diuresis osmótica), y esta, a su vez, es causa de sed (polidipsia).

La polifagia se debe a la mala nutrición celular, incluso en condiciones de abundancia de glucosa a su

alrededor, esta glucosa no entra a las células, por falta de insulina.

Otro síntoma común de diabetes es el prurito o comezón generalizado y también no es muy común encontrar el "olor a acetona".

A veces los primeros datos clínicos que obligan a pensar en esta enfermedad son las complicaciones de una diabetes no controlada.

La menor resistencia a las infecciones expone a estos pacientes a problemas piógenos como abscesos, diviesos, parniquias, abscesos de raíces dentales, y una enfermedad periodontal de rápida evolución.

Los pacientes con diabetes no controlada pueden presentar otros síntomas que sugieren este diagnóstico. Una gran somnolencia después de una comida pesada, o calambres y dolores en las extremidades, pueden deberse también a diabetes.

Aunque los síntomas y signos clínicos hagan pensar en diabetes solo es posible establecer un diagnóstico de certeza con estudios de laboratorio apropiados, entre ellos investigación de glucosuria y curvas anormales de tolerancia a la glucosa.

TRATAMIENTO:

El tratamiento del diabético corresponde al médico, comprende insulina, hipoglucemiantes bucales, o ambos.

Algunos de los factores que permiten al dentista reconocer la gravedad de una diabetes en un enfermo dado son:

- 1) Edad en que se inicia la enfermedad (cuanto más pronto se manifieste más grave es la diabetes).
- 2) Número de hospitalizaciones para tratar una cetoacidosis o para controlar la diabetes.
- 3) Dosis de insulina.
- 4) Tiempo durante el cual se administra la dosis actual de la misma.
- 5) Cuantas inyecciones diarias de insulina se requieren.
- 6) Cuantas veces ocurrió choque insulínico.
- 7) Cuantas veces al día el paciente verifica su orinato cuando menos, cuantas veces le indicó el médico que los hiciera.

El médico trata de conseguir que la orina no tenga azúcar, y que el paciente no sufra ni coma diabético, ni choque insulínico.

El coma diabético se debe a hiperglucemia y acidosis, en el que el paciente muestra sofocación, está deshidratado, alteración que se manifiesta por el estado de la piel, las mucosas y la lengua.

El aliento puede presentar el olor característico de acetona o de "frutas".

La presión arterial desciende, el pulso es rápido y las extremidades suelen dar sensación de frío al tacto.

Los globos oculares son blandos. En general la pérdida de conciencia es progresiva.

El choque insulínico se debe a una glucosa sanguínea muy baja, por ejemplo a consecuencia de una dosis excesiva de insulina o de no haber ingerido bastantes alimentos en el momento indicado. Aquí el paciente está nervioso, débil, sufre cefalea y a veces pérdida de sensibilidad, en las extremidades. Muchas veces se queja de hambre.

La piel puede ser húmeda o pegajosa. En ocasiones existe cierto aturdimiento. El paciente no puede concentrarse en objetos o temas particulares. Son frecuentes las parestesias de la lengua o de las mucosas y de los labios. A veces hay sacudidas musculares hasta verdaderas convulsiones, confusión mental y pérdida completa de conciencia. Las pupilas suelen estar dilatadas.

TRATAMIENTO DE LA ACIDOSIS DIABÉTICA:

- 1) El tratamiento general, consiste en dar insulina e hidratos de carbono. Si hay colapso cardiovascular, se lo trata mediante hidratación intravenosa y drogas vasoconstrictoras.
- 2) El tratamiento de sostén puede salvar una vida. En la fase de coma inminente mantenemos la temperatura del paciente, lo colocamos en posición horizontal y administramos oxígeno. Si se llega al coma, iniciamos la hidratación intravenosa, si es posible, mientras que esperamos que llegue el médico.

El shock hipoglucémico, provocado por la insulina es bastante común en el consultorio especialmente durante las intervenciones prolongadas. Sus manifestaciones son las siguientes:

- 1) Confusión mental
- 2) Enojo repentino sin causa que lo justifique
- 3) Hambre intensa
- 4) Debilidad
- 5) Mareos y.
- 6) Transpiración viscosa.

El shock insulínico se trata con azúcar, caramelos o jugo de frutas azucaradas.

MANIFESTACIONES BUCALES:

Siempre que se atienda a un enfermo diabético, debemos conocer las instrucciones que el médico le dio, tanto respecto a la atención odontológica ordinaria, como en cuanto a las modificaciones del régimen del diabético que surgen al necesitarse maniobras quirúrgicas odontológicas.

Es preciso indicar al diabético que debe hacer examinar con frecuencia sus dientes, por la especial importancia de mantener en buena salud la boca y los órganos que contiene.

También el diabético anodonto requiere exámenes periódicos frecuentes para tener la seguridad de que la prótesis no resultan irritantes y que se ajustan bien a los tejidos. En el diabético cualquier irritación de la mucosa requiere un tratamiento inmediato.

**EFFECTO DE LA DIABETES SOBRE LOS TEJIDOS DE SOSTEN DEL DIENTE
Y SOBRE LA MUCOSA BUCAL.**

Con frecuencia los primeros en sospechar en diabetes somos los dentistas que tomamos en cuenta esta posibilidad.

Las encías del diabético no controlado suelen mostrar un color rojo oscuro. Los tejidos son edematosos, a veces algo hipertrofiado.

Es típico encontrar en el diabético no controlado una supuración no dolorosa generalizada de las encías marginales y de las papilas interdientarias.

Los dientes suelen ser sensibles a la percusión, y son comunes los abscesos radiculares recurrentes, periodontales o parietales.

En poco tiempo puede haber una gran pérdida de tejido de sostén, con aflojamiento de los dientes.

No es raro que la diabetes no controlada se acompañe de la producción rápida de cálculos.

Los depósitos subgingivales constituyen factores locales que favorecen la necrosis rápida de los tejidos periodontales.

El paciente puede sufrir una sensación de sequedad y ardor en la lengua con hipertrofia e hiperemia de las papilas fungiformes. Los músculos de la lengua suelen ser fofos y es común observar depresiones en los bordes del órgano, a nivel de las puntas de contacto con los dientes.

En la diabetes controlada, no existen lesiones gingivales o periodontales, características.

No se deben utilizar antisépticos potentes para tratar las lesiones de la mucosa bucal en los diabéticos. se evitará la aplicación local de antisépticos que contienen yodo, fenol ó ácido salicílico.

La falta total de los dientes, o de muchos de ellos, o la periodontitis marginal dolorosa dificultan la ingestión de los alimentos ordinarios, y estos enfermos suelen recoger un régimen muy rico en alimentos blandos de tipo almidón y pobres en proteínas.

Esto tiende a empeorar el estado diabético. Después de diagnosticada la diabetes, estas condiciones dentales dificultan el control de la enfermedad.

Pueden sobrevenir hipoproteinemia, hipovitaminosis y alteraciones del equilibrio de electrolitos.

CIRUGIA DENTAL EN LOS PACIENTES DIABETICOS:

La cirugía dental en los diabéticos exigen tomar en cuenta:

1. Las medidas destinadas a que no aumente la glucosa sanguínea.
2. La elección del anestésico.
3. Los pasos necesarios para evitar complicaciones postoperatorias.

La historia clínica habitual nos permitirá reconocer una diabetes clásica o recoger síntomas compatibles con esta enfermedad.

En el diabético no controlado están contraindicadas las maniobras quirúrgicas bucales incluyendo raspado subgingival, salvo en caso de urgencia, pero con una consulta obligada al médico tratante.

MEDIDAS DESTINADAS A EVITAR EL AUMENTO DE LA GLUCOSA SANGUINEA:

Son importantes una actitud tranquila y confiada del dentista con una buena premedicación antes de la intervención.

La premedicación preanestésica debería bastar para suprimir la nerviosidad y ansiedad. La tensión y la emoción que suponen intervenciones quirúrgicas incluso menores aumentan la glucosa sanguínea por intermedio de la secreción de adrenalina.

En el diabético de tipo adulto, estas medidas son poco importantes, en especial si el paciente ha sido controlado

satisfactoriamente desde el diagnóstico de su enfermedad. En cambio tales medidas son de mayor importancia en un diabético "frágil" que cae fácilmente en hiperglucemia o choque insulínico.

Para las intervenciones odontológicas, se prefiere proceder durante la fase de descenso de la curva de glucosa sanguínea.

Este período varía, según el tipo de insulina utilizada y el momento de la inyección y también con la relación temporal entre las extracciones dentales y las comidas.

De preferencia las extracciones bajo anestesia local se realizarán de 90 a 180 minutos después del desayuno y de la administración de insulina.

Tomando las precauciones del caso, se pueden quitar los dientes sin complicaciones especiales si la cifra sanguínea de azúcar es alta, pero de cualquier manera, no deben extirparse muchas piezas en una misma sesión. El peligro de producir choque aumenta con el número de piezas extraídas.

Se prefiere la anestesia local sin adrenalina, esta, en efecto eleva la glucosa sanguínea, y la isquemia que produce puede predisponer a esfacelo celular con infección postoperatoria. Si se requiere un vasoconstrictor, se usará uno distinto de la adrenalina en la concentración menor posible. Antes de la inyección, se deben evitar los compuestos que contienen yodo para la preparación de la mucosa.

Como todos los anestésicos generales elevan la glucosa sanguínea, solo deben usarse tras una interconsulta con el médico tratante. De preferencia se hospitalizarán los diabéticos que requieren anestesia general, para disponer de los medios y del personal necesario en caso de complicaciones imprevistas.

Los diabéticos con infección bucal importante que deben someterse a cirugía, incluyendo raspado subgingival, deben recibir una antibioticoterapia profiláctica. En general los antibióticos se administran un día antes de la intervención, el día de ésta y al día siguiente.

Esta antibioticoterapia profiláctica también se aplicará al diabético controlado con infección bucal grave y al no controlado.

En los diabéticos, las maniobras quirúrgicas deben ser lo menos traumáticas posibles. No es rara la necrosis marginal de los tejidos alrededor de los alveolos de extracción. El primer signo de diabetes puede ser una amplia necrosis o incluso una gangrena después de una intervención odontológica. Mediante administración preoperatoria de vitamina C y de complejo B se podrán disminuir las infecciones secundarias, y la cicatrización sería mejor.

RELACION CON INFECCION BUCAL:

La infección disminuye la capacidad del organismo para metabolizar los carbohidratos agrava la diabetes.

Son de especial importancia en el diabético las infecciones periodontales o periapicales, que pueden

transformar una diabetes relativamente ligera en un caso grave. La infección crónica puede manifestarse por una mayor necesidad de insulina, o por cambios impredecibles de dichas necesidades.

La respuesta del organismo a la infección local por ejemplo las lesiones periodontales o periapicales agudas, es a la vez más amplia y más intensa en el diabético.

A veces bastan un absceso dental o una enfermedad periodontal alta y amplia para producir glucosuria en un diabético, o en ciertos casos, incluso coma diabético.

Los problemas periodontales constituyen una mayor superficie de absorción séptica que las lesiones periapicales, y los tejidos reciben traumatismos constantes durante la masticación.

Hay que insistir en la necesidad de un tratamiento conservador de la enfermedad periodontal en el diabético.

Los dientes todavía flojos después de controlada la diabetes y de un tratamiento local apropiado deberán extirparse.

No está justificado extirpar todos los dientes sin pulpa en el diabético, si han sido tratados por los métodos clásicos, y los estudios periódicos de vigilancia, muestran una buena respuesta tisular. En cambio, deben quitarse los dientes con grandes zonas de supuración.

CUIDADO GENERAL DE LA SALUD DENTAL:

El diabético requiere atención odontológica frecuente y regular. El intervalo inicial entre los exámenes periódicos

Y las maniobras de profilaxia debe ser breve, incluso en el diabético controlado.

Debe indicarse al paciente como mantener su boca en el mejor estado posible de higiene. Es preciso suprimir toda infección. No es raro que las necesidades de insulina disminuyan después de eliminar las infecciones bucales.

Si aparecen dichas infecciones debemos avisar de inmediato al médico tratante, pues en general se requieren simultáneamente una terapéutica local (odontológica) y una modificación por el médico de la dosis de la insulina.

COOPERACION MEDICO-DENTAL:

Como dentistas debemos conocer la información general suministrada al paciente respecto a salud bucal.

Se informa al diabético que las infecciones dentales tienen un efecto nocivo sobre su enfermedad. Se recomienda una verificación del estado de los dientes, cada tres meses, y si el paciente lleva una prótesis completa cada 6 meses.

El diabético debe saber también que tiene la responsabilidad de preservar sus estructuras dentales, y que la propia enfermedad ejerce un efecto (deletéreo-venenoso-mortífero) sobre los órganos bucales si no se vigila escrupulosamente el surco de la diabetes.

La vida misma del enfermo depende de una buena comprensión de la relación médico-dental. El médico no siempre puede controlar con éxito el trastorno metabólico si no existe una buena salud bucal. El tratamiento de las

C A P I T U L O X I I

SHOCK ANFILACTICO

lesiones tampoco resulta satisfactorio si no se corrige simultáneamente la alteración metabólica.

SHOCK ANAFILACTICO:

Se manifiesta por una pérdida repentina y violenta del tono muscular (presión sanguínea y pulso).

La palidez es el primer signo de la insuficiencia circulatoria y por tanto lo usaremos como punto de partida en lo que respecta al tratamiento.

Colocamos al paciente acostado boca arriba. Se controla el pulso, la arteria carótida es la más conveniente que la radial. Si el pulso no es palpable, se comienza inmediatamente el masaje cardíaco. Si hay pulso continuamos con el siguiente paso. Se elevan las piernas por encima del nivel del tórax.

Debemos recordar que se puede acumular mucha sangre en los músculos de los miembros inferiores, por tanto la maniobra permitirá devolver buena parte de éste volumen a la circulación activa.

Se colocan vapores de amoníaco bajo la nariz del paciente. Si no hay mejoría recurrimos a la oxigenoterapia.

Si la recuperación no ha sido completa se controla la presión arterial. Cuando la presión sistólica supera los 80mm/Hg continuamos con las maniobras anteriores hasta la recuperación total.

En el paciente cuya presión sistólica es menor de 80, o cuando hay signos de alergia, continuamos con la administración de oxígeno.

Si consideramos que esta caída de la presión sanguínea obedece a una alergia "SHOCK ANAFILACTICO" por administración de una droga alérgica o por la presencia de signos alérgicos, la droga de elección es la adrenalina.

La dosis de adrenalina en el adulto en shock anafiláctico varía desde 0.3ml de solución al 1 por mil (0.3mg) por vía intramuscular o subcutánea hasta 1mg por vía intravenosa lenta.

Si un paciente tiene una presión sanguínea de 70/40, lo prudente será una dosis intramuscular de 0.3mg o una infusión intravenosa lenta de 0.05 por cada incremento.

Y si el paciente tiene poco o nada de pulso y sin presión sanguínea demostrable, lo conveniente es que reciba la adrenalina intravenosa, si es posible en incremento de 0.2mg lentamente.

Después de inyectar adrenalina o mefentermina puede ser útil administrar corticoides. Se recurre a ellos en segunda instancia porque su acción no es inmediata.

Debe usarse un producto que pueda ser inyectado por vía intramuscular o endovenosa como la dexametasona (decadrón) en dosis de 4 a 20 mg, la hidrocortisona (solu-cortril, flebocortid) a razón de 100-200 mg, o la metilprednisolona (solu-medrol) en dosis de 40mg.

Los antihistamínicos a veces son eficaces en el shock anafiláctico. Pueden usarse el maleato de clorfeniramina (clorotrimetrón) en dosis de 10-20mg o la difenhidramina (benadril), en dosis de 25-50mg, ambos por vía intramuscular o endovenosa.

Si en algún momento se produce una pérdida completa del pulso o de la presión arterial, es imperativo practicar el masaje cardiaco externo y proceder a la respiración artificial.

PENICILINA Y SHOCK ANAFILACTICO:

La manifestación más común es la urticaria, comienza en la palma de las manos, la planta de los pies y el cuero cabelludo.

Erupciones y eritemas son otras de las posibles reacciones cutáneas.

Pero el caso de la penicilina, un factor importante es la vía de administración.

Como la penicilina puede darse por boca en la mayoría de los pacientes, con resultados satisfactorios, las inyecciones deben evitarse a menos que exista una indicación precisa.

INFARTO DEL MIOCARDIO:

Se debe a disminución de la luz de las arterias coronarias o de sus ramas por formación de trombos, alteraciones que afectan estos vasos o sus desembocaduras y en ocasiones embolias.

C A P I T U L O X I I I

INFARTO DEL MIOCARDIO

El infarto del miocardio ataca por igual a todas las clases y grupos sociales. Es más común en el hombre maduro (de 50 a 70 años) pero también es frecuente entre los 30 y los 40 años.

El infarto es 3 veces más frecuente en el hombre que en la mujer.

La oclusión coronaria puede ser el primer signo de una enfermedad cardiovascular grave, o puede constituir una secuela de hipertensión, angina de pecho, arterioesclerosis general o local y en ocasiones diabetes.

Son también factores de aparición de síntomas coronarias la tensión, el esfuerzo, el trabajo físico intenso o las preocupaciones, y quizá la esclerosis real de los vasos coronarios.

SINTOMAS:

El síntoma más destacado de la oclusión coronaria típica es un dolor intenso, duradero de tipo opresivo de localización retroesternal.

Puede durar horas o días. El dolor se irradia al hombro izquierdo, brazo, región del cuello y mandíbula.

El dolor no siempre se relaciona con ejercicio físico o excitación, de hecho puede ocurrir durante el reposo, y con frecuencia sorprende al paciente durante el sueño. Pueden aparecer signos de choque, con palidez y sudor frío. No son raras las náuseas y los vómitos.

Puede haber un descenso pronunciado de la presión arterial, el pulso es débil y rápido, a veces irregular, apareciendo arritmias cardiacas.

La temperatura suele subir entre el segundo y el tercer día, apareciendo también leucocitosis (polimorfonucleares).

TRATAMIENTO

El tratamiento del infarto del miocardio consiste en combatir el dolor en las primeras etapas (sulfato de morfina), y en reposo físico y mental absoluto durante la convalecencia, muy larga.

El oxígeno y la administración cuidadosa de anticoagulantes constituyen medidas terapéuticas de utilidad comprobada.

Los pacientes sometidos al tratamiento duradero deben ser instruidos en forma específica, en particular, respecto a la posibilidad de hemorragia, si resultan necesarias maniobras quirúrgicas del tipo de las extracciones dentarias.

Debe medirse con frecuencia y a intervalos regulares el tiempo de protrombina, en especial durante las enfermedades intercurrentes previniendo al paciente que ciertos farmacos como la aspirina entrañan algun peligro.

Debemos interrogar en forma específica los pacientes que requieren maniobras quirúrgicas, para saber si reciben o no anticoagulantes.

PROMOSTICO:

El infarto del miocardio puede ser mortal de inmediato, en general por arritmia aguda, tambien puede ocurrir rotura de la zona infartada del miocardio en los primeros 7 a 10 días.

Si el paciente sobrevive hasta entonces, sus posibilidades de recuperación son bastante buenas.

La función del corazón se mejora lentamente al establecerse la circulación colateral.

Ciertos individuos pueden ser victimas de varios infartos.

MANIFESTACIONES BUCALES:

La aparición de un dolor retroesternal durante el tratamiento odontológico, debido a un ataque coronario leve, angina de pecho o transtornos digestivos, obliga a suspender el trabajo hasta que el médico del paciente pueda establecer la causa y la naturaleza exacta de este problema.

Esta contraindicado cualquier tratamiento dental de elección durante la convalecencia de un infarto del miocardio.

El dolor del origen dental se puede aliviar con analgesicos, durante la convalecencia inmediata, pues la presión arterial y el pulso todavia no son estables.

En el mes que sigue, los tratamientos odontológicos no deben pasar de drenaje de abscesos, abertura de cavidades de la pulpa para su vaciamiento y colocación de apositos sedantes.

Casi siempre, una breve historia clinica permite que el dentista o el paciente lleguen al diagnóstico correcto.

Recurriendo a una medicación preoperatoria, con anestesia profunda y completa, y control estrecho de los traumatismos, mediante una técnica depurada, se puede realizar cualquier tipo de trabajo odontológico sobre estos pacientes con un riesgo mínimo.

Si hacen falta extracciones o maniobras quirúrgicas bucales menores, debemos consultar previamente al médico tratante.

Las intervenciones largas y dolorosas están contraindicadas se recomienda la anestesia local.

Debemos saber si el paciente recibe terapéutica anticoagulante o no. Si la respuesta es afirmativa, es preciso consultar al médico tratante.

Nunca debemos tomar la responsabilidad de suspender los anticoagulantes, o de administrar vitamina K al enfermo.

EXTRACCIONES EN PACIENTES QUE RECIBEN ANTICOAGULANTES:

Algunos cirujanos de cavidad bucal opinan que la dosis de anticoagulantes debe ser modificado por el cardiologo o el médico general antes de la intervención.

La brusca suspensión de los anticoagulantes, sobre todo si se acompaña de administración de vitamina K, puede dar lugar a trombosis o embolias. Si el enfermo sigue recibiendo la dosis completa de anticoagulantes, pueden ocurrir hemorragias profusas.

En pacientes con enfermedad cardiovascular se recomendó que:

- A) Si se planea cirugía periodontica, extracciones o alguna otra intervención quirúrgica dental, el médico de acuerdo con el dentista, debe reducir progresivamente la dosis de anticoagulantes por vía bucal hasta alcanzar tiempos de protrombina de 1.5 a 2 veces mayores que los testigos.
- B) En estas condiciones pueden intentarse maniobras quirúrgicas dentales sin hemorragia excesiva, siempre y cuando el foco de intervención esté lo bastante limitado para poder aplicar con éxito métodos locales de hemostasia, incluyendo agentes hemostáticos absorbibles, suturas y presión duradera a través de un apósito de gasa colocado sobre la herida.

No es preciso modificar la dosis para inyectar anestésicos locales, pero puede ser deseable una presión prolongada sobre el foco de inyección para evitar la hemorragia.

Si resulta necesaria, una anestesia general, está contraindicado el óxido nitroso, pues aumenta mucho la presión arterial, prolonga la etapa excitación y ocasiona una tendencia a la hipoxia.

Deben consultarse al médico del paciente y un anestesiólogo acerca de la elección del anestésico general.

C A P I T U L O X I V

DROGADICCION

DROGADICCION

MANEJO DE PACIENTES FARMACODEPENDIENTES:

Identificación inicial del individuo farmacodependiente.

- 1) Higiene personal muy pobre y salud debilitada y apariencia física deteriorada.
- 2) Uso de manga larga en épocas calurosas, uso de lentes de sol en épocas inapropiadas para disimular el enrojecimiento de ojos.
- 3) Presenta dilatación o contracción ocular.
- 4) Presencia de cicatrices en las venas con marcas de agujas, cicatrices o lesiones infectadas en brazos o piernas o cualquier segmento corporal, hipertermia durante algún tiempo debido a la contaminación de agujas.
- 5) Cambios radicales de conducta psicológica, depresión demostrada y conducta de intoxicación.
- 6) Lenguaje lento y arrastrado, incapacidad de fijar la atención y repetitivos en sus ideas o preguntas.
- 7) Hiperquinesia y prepotencia, personalidad fantasiosa, exageración o minimización de experiencias clínicas.
- 8) Intento exagerado de lograr aspecto juvenil en personas maduras, personas con hábitos o conductas sociales evidentes que rebasan la tolerancia social.

SINONIMOS CON LOS QUE SE RECONOCE A LAS DIFERENTES DROGAS:

ANFETAMINAS: Aciditis, chochos, diablos, pasas, speed.

COCAINA: Coca, coco, nieve, polvo, knife o tacata.

ALUCINOGENOS: LSD-Aceite, bomba, dulces, grasas, saturnos.

MARIHUANA: Achicalada, café, chester, chupe, cris, diosa verde, flor de Juan, grass, grilla, kriekas, zacate, verba Mary, marinola, mota, pasto, pedita verde, patate, té, yesca.

SOBRENOMBRES A PACIENTES FARMACODEPENDIENTES:

- 1) Acelerado, benzo, en onda, pastillo, zafado.
- 2) Arponero, cocodrilo, pericazo, torero, viajero.
- 3) Aceituno, cósmico, neblino, piloto, viajero.
- 4) Chido, grillo, grudy, lelo, macizo, mafuso, mote, trole.

TRATAMIENTO DE PACIENTES FARMACODEPENDIENTES:**PRINCIPIOS GENERALES.**

- A) Conocer el tipo de droga usada por el individuo.
- B) Duración del habito (esporádico o consumidor activo)
- C) Conocer la cantidad de droga que utiliza.

TRATAMIENTOS:

- A) Bajo intoxicación aguda.-Debe ser remitido inmediatamente al centro hospitalario, los cambios psicológicos y orgánicos superan las condiciones de manejo en el consultorio.

- B) Para pacientes en periodo de rehabilitación.-Es conveniente que sea exclusivamente orientado al control de focos infecciosos o dolorosos.

**INTERACCIONES FARMACOLOGICAS DE LOS DIVERSOS ANESTESICOS
LOCALES USADOS EN ODONTOLOGIA CON ALGUNOS FARMACOS
ADICTIVOS(Hipnóticos, Anfetaminas, Cocaína, marihuana y
solventes)**

TIPO DE ANESTESICO LOCAL	TIPO DE INTERACCION	CONSIDERACIONES DENTALES
XILOCAINA (Lidocaina)	Puede causar hipo o hipertensión y depresión respiratoria.	Reducir al mínimo la dosis o no utilizar anestésico.
CITANEST (Prilocaina)	Posibles efectos de presores al miocardio como bradicardia, hipertensión etc.	Disminuir al máximo la dosis anestésica.
MARCAINA (Bupivacaina)	Puede haber depresión del miocardio, hipotensión.	Disminuir al máximo la dosis en caso de utilizarla.

CARBOCAINA (Mepivacaina)	Efecto adictivo, depressor al S.N.C.	Disminuir al máximo la dosis en caso de utilizarla.
PROCAINA (Novocaina)	Efecto adictivo de supresión al miocardio por la semejanza farmacológica con la procaína, con los demás puede causar depresión o excitación del S.N.C.	Evitar la combinación de medicamentos.
ADRENALINA	Se potencializa con la cocaína.	Esperar de 6 a 7 horas antes de iniciar cualquier tratamiento.

CARACTERISTICAS DE LOS DIFERENTES TIPOS DE ADICCION A LOS FARMACOS

AGENTES	DEPENDENCIA PSICOLOGICA	DEPENDENCIA FISICA	SINDROME DE SUPRESION	TOLERANCIA
A) DEPRESORES:				
1. Barbitóricos	Se desarrolla	Se desarrolla	Varia en in-	Tolerancia
Benzodiazepi-	lentamente.	lentamente.	tensidad de	cruzada en
nicos.			acuerdo a la	miembros del
			droga adon.	misso grupo de
				drogas. Irreg.e
				incomp. deq. tole
				rancia a grandes
				dosis.
2. Narcóticos	Se desarrolla	Desarrollo	Sintomas se-	Tolerancia
	muy rápido.	muy temprano	veros pero no	cruzada rá-
		y se aumenta	muy graves.	pida con grupos
		en intensidad		del mismo tipo.
		paralela al		
		incremento de		
		la dosis.		
B) ESTIMULANTES:				
1. Anfetaminas	Mediana o muy	Ninguna	Regular in-	Marcada pero
	fuerte.		tensidad.	incompleta to
				lerancia cruza
				da con anfetaminas
				pero no con cocaína

2.Cocaína	Muy fuerte	Ninguna	Ninguna	Ninguna.
-----------	------------	---------	---------	----------

C) ALUCINOGÉNICOS:

1.Marihuana	Mediana in- tensidad o muy fuerte.	Ninguna	Ninguna	Muy poca con grandes dosis
-------------	--	---------	---------	-------------------------------

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DE MEDICAMENTOS USADOS
POR LOS ADICTOS Y FÁRMACOS DE USO Y PRESCRIPCIÓN COMÚN.

TIPO DE ADICCIÓN	FÁRMACOS DE PRESCRIPCIÓN COMÚN.	TIPO DE INTERACCIÓN	CONSIDERACIONES ESPECIALES.
ANFETAMINAS	a) Fármacos depresores o estimulantes del S.N.C.	Puede haber depresión o estimulación del S.N.C.	Evitar tal combinación.
BARBITÚRICOS	a) Bloqueados los adrenérgicos.	Se aumenta el metabolismo de los barbitúricos.	Evitar prescripción.
	b) Hidroxicina.	Se potencializan sus efectos mutuamente.	Evitar prescripción.
	c) Hipoglucemiantes	Aumenta sus efectos	Disminuir las dosis de hipoglucemiantes

d) Benzodiazepínicos	Efectos depresores al S.N.C.	Evitar prescripción.
e) Corticosteroides.	Se disminuye el efecto de los corticosteroides y se aumenta el efecto de depresión.	Modificar dosis de corticosteroides.
f) Anticoagulantes orales	Se disminuye el efecto de los anticoagulantes	Aumentar dosis de anticoagulantes.
g) Tetraciclinas	Se aumenta el efecto de tetraciclinas.	Se puede cotar por disminuir la dosis.
h) Ac.Valproico (antiepiléptico)	Se aumenta los niveles séricos de fenobarbital.	Evitar prescripción.
i) Opiáceos (meperidina)	Se aumentan los efectos sedativos.	Reducir el opiáceo a 1/4 del medicamento.
j) Antidepresores (amitriptilina).	Aumenta la depresión al S.N.C.	Evitar antidepresores.
COCAINA	a) Drogas depresoras o estimulantes del S.N.C.	Depresión profunda del S.N.C. Evitar completamente prescribir depresoras o estimulantes del S.N.C.

MARIJUANA	a) Antidepresivos triciclicos.	Puede haber depresión respiratoria, y excitación aumentada.	Evitar prescripción.
	b) Cimetidina (anticolinérgico para tratamiento de gastritis).	Depresión respiratoria aumentada	Evitar prescripción.
	c) Hidroxicina	Sedación aumentada y depresión respiratoria	Evitar prescripción
	d) Inhibidores de la MAO.	Hipotensión y coma profundo.	Evitar prescripción.
	e) Fenotiacínicos	Depresión del S.N.C.	Evitar prescripción.
	f) Cualquier depresor del S.N.C.	Depresión profunda del S.N.C.	Evitar prescripción.
NARCOTICOS SINTETICOS	a) Tranquilizantes manoma(díacepan)	Aumenta la depresión al S.N.C	Evitar prescripción o reducir su dosis.
	b) Azentes uricosáricos.	Se inhibe el efecto uricosotico	Evitar prescripción.

	c) Analgésicos antiinflamatorios no esteroides (AINEs).	Pueden producir cáncer de riñón en dosis muy pronunciadas.	Disminuir su tiempo de administración.
	d) Drogas Antiparkinsonianas.	Estimulación al S.N.C. ansiedad, confusión y tumblores.	Evitar prescripción.
OPIACEOS	a) Barbitúricos.	Aumenta la depresión del S.N.C.	Evitar barbitúricos.
(Analgésicos narcóticos-me peridina, deme rol, codeína.	b) Benzodiazepínicos (diazepam)	Intensificación de la depresión del S.N.C.	Evitar tranquilizantes.
	c) Fenotiacínicos.	Depresión adicional al S.N.C.	Reducir la dosis al mínimo en caso de utilizarlo.
	d) Corticoesteroides.	Aumento de la depresión intraocular.	Evitar el uso de corticoesteroides.
	e) Anticonceptivos orales.	Se aumenta el efecto de opiáceos.	Alertar al paciente.
	f) Hidroxicina	Potencialización de los efectos depresores del S.N.C.	Evitar prescripción.

	g) Inhibidores de la MAO.	Depresión del S.N.C.	Disminuir la dosis de inhibidores de la MAO.
	h) Solventes qui- micos(thioer, arua de celestel).	Drogas depresoras o estimulantes del S.N.C.	Depresión o excitación del S.N.C.
TRANQUILIZAN- TES MENORES Y ANSIOLITICOS	a) Antihistaminicos	Aumenta la depresión al S.N.C.	Evitar la combinación.
	b) Propexifeno	Aumento de la depre- sión al S.N.C.	Evitar la combinación.
	c) Clonidina (antihiperten- sivo).	Potencializa el efecto del sedante.	Evitar la combinación.
	d) Fenitoina (antiepiléptico)	Se pueden aumentar los niveles de fenitoina.	Evitar prescripción o ajustar dosis de fenitoina.
	e) Anticonceptivos orales.	Se interfiere en el me- canismo oxidativo de los benzodiazepínicos aumenta el efecto sedante.	Disminuir la dosis de tranquilizantes.

f) Narcóticos.	Depresión del S.N.C.	Evitar prescripción.
g) Anfetaminas	Puede haber depresión	Evitar combinación.
b) Fenotiacínicos	Potencialización y de presión del S.N.C.	Evitar prescripción.
i) Inhibidores de la MAO.	Potencialización y de presión. del S.N.C.	Evitar prescripción.

CAPITULO XV

SIDA

SIDA.

El SIDA es una enfermedad infecciosa producida por el virus VIH, el cual destruye las células T4 (linfocitos cooperadores), produciendo pérdida de la inmunidad, principalmente celular de presentación súbita, asociada a una elevada mortalidad debida a infecciones oportunistas por germen y/o Sarcoma de Kaposi.

Los primeros informes de la enfermedad que hoy conocemos como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), aparecieron a mediados de 1981.

Por estudios retrospectivos ha sido posible identificar casos de SIDA antes de 1970.

De acuerdo a los informes de la Organización Mundial de la Salud hoy en día existen en el mundo por lo menos 15 millones de personas infectadas por VIH y probablemente dentro de 5 años un millón de ellos presentará el cuadro clínico del SIDA.

PATOGENIA DE LA INFECCION:

En 1983 Barrv-Sinisi y Col en Paris y en 1984 R.C.Gallo y Col en E.U.A. aislaron respectivamente el virus L.A.V (Lynphadenophaty Associated Virus) y el virus H.T.L.V-III (Virus Linfotrópico de células T humano) los cuales fueron reconocidos como los agentes etiologicos del SIDA.

Estudios posteriores demostraron que ambos virus eran uno sólo por lo que en 1986, la OMS (Organización Mundial de la Salud) recomendó denominarlo virus de Inmunodeficiencia Humana VIH.

Recientemente se ha demostrado que el VIH puede infectar además de los linfocitos T4 a macrófagos, células procesadoras de antígenos-presentes en piel, ganglios, órganos, células del intestino a nivel del colon, duodeno y recto.

INMUNOSUPRESION POR VIH:

En condiciones normales los linfocitos T4 desempeñan un papel central en la respuesta inmunitaria, tanto en el reconocimiento antigénico como en la activación y maduración de linfocitos B.

También los linfocitos T4 influyen en la actividad de monocitos y macrófagos, células de vital importancia para la eliminación de microorganismos, células infectadas y partículas extrañas.

La infección por VIH da como resultado diversos grados de alteraciones inmunitarias en el individuo que se expresa en diferentes estudios clínicos, los cuales progresan de un leve o moderado y finalmente grave que conduce a la muerte.

Un individuo afectado puede permanecer asintomático durante mucho tiempo (meses o años), apareciendo el cuadro clínico del SIDA cuando el virus ha producido daño a los linfocitos T4.

El SIDA es pues la manifestación clínica final de una pérdida progresiva de la función inmunológica.

METODOS DE DIAGNOSTICO:

Actualmente es posible detectar la presencia del VIH en los linfocitos circulantes de un paciente infectado de SIDA o de un síndrome emparentado.

Pero esta búsqueda del virus es técnicamente difícil y sólo unos pocos laboratorios especializados están en condiciones de llevarla a cabo además es muy costosa y no es aplicable a la detección masiva.

PRUEBAS DE DETECCION:

A) ELISA: Es la más usual y se aplica siempre en primera instancia, es el ELISA (Enzyme Linked Immunosorbent Assay). Este método de detección es de utilización corriente en virología.

Esta técnica ofrece numerosas ventajas:

- 1) Es rápida (tres horas como promedio), porque puede ser semiautomática.
- 2) Es aplicable a la detección en masa (donadores de sangre).
- 3) Su sensibilidad es muy grande y su especificidad es buena.

Sin embargo el ELISA presenta falsos positivos debido a la presencia de contaminantes que son detectados por algunos sueros.

B) La Inmunofluorescencia Indirecta: Esta técnica se aplica sobre células infectadas por el VIH y fijadas.

C) El Test radioinmunológico por competición.

MÉTODOS DE REFERENCIA O TÉCNICAS DE CONFIRMACIÓN

A) La Radioinmunoprecipitación (RIPA) para algunos la técnica más confiable, pero su costo es muy elevado.

B) La Inmunotransferencia o "Western Blot" o Inmuno-Blot, no es actualmente una técnica estandarizada, si bien los kits listos para su empleo pueden obtenerse en el comercio.

Estas técnicas utilizadas como test de referencia, son difíciles de poner en práctica en un laboratorio común y no pueden ser utilizadas para la detección en gran escala.

GRUPOS DE RIESGO:

I.- Varones Homosexuales o Bisexuales.

Se piensa que en homosexuales el riesgo de contraer SIDA se relaciona con la exposición a semen o sangre durante las relaciones sexuales anales y con múltiples compañeros casuales o anónimos.

Otros factores que explican en parte porque determinados homosexuales contraen la enfermedad son:

- 1) Abuso de drogas ilegales capaces de deteriorar el aparato inmunológico.
- 2) Práctica frecuente del coito anal y de la manosodomia (inserción de la mano en el recto del compañero).
- 3) Índices elevados de la enfermedad sexual contraídas con anterioridad, como la sífilis o hepatitis B.

MÉTODOS DE REFERENCIA O TÉCNICAS DE CONFIRMACIÓN

A) La Radioinmunoprecipitación (RIPA) para algunos la técnica más confiable, pero su costo es muy elevado.

B) La Inmunotransferencia o "Western Blot" o Inmuno-Blot, no es actualmente una técnica estandarizada, si bien los kits listos para su empleo pueden obtenerse en el comercio.

Estas técnicas utilizadas como test de referencia, son difíciles de poner en práctica en un laboratorio común y no pueden ser utilizadas para la detección en gran escala.

GRUPOS DE RIESGO:

1.- Varones Homosexuales o Bisexuales.

Se piensa que en homosexuales el riesgo de contraer SIDA se relaciona con la exposición a semen o sangre durante las relaciones sexuales anales y con múltiples compañeros casuales o anónimos.

Otros factores que explican en parte porque determinados homosexuales contraen la enfermedad son:

- 1) Abuso de drogas ilegales capaces de deteriorar el aparato inmunológico.
- 2) Práctica frecuente del coito anal y de la manosodomía (inserción de la mano en el recto del compañero).
- 3) Índices elevados de la enfermedad sexual contraídas con anterioridad, como la sífilis o hepatitis B.

La Fundación Terrence Higgins, una institución de caridad para informar, asesorar y ayudar sobre el SIDA ofrece los siguientes consejos a homosexuales para reducir el peligro de contraerlo.

- a) Tener relaciones sexuales con menos varones.
- b) Evitar las relaciones anales, excepto quizá con los compañeros regulares.
- c) Evitar el sexo con varones que han tenido relaciones sexuales en áreas de alto riesgo (en especial E.U.A) en los últimos 3 años.
- d) Los homosexuales no deben donar sangre, ni llevar una tarjeta de donadores de órganos.

II.- Toxicómanos que utilizan drogas por vía intravenosa.

La transmisión del SIDA en los toxicómanos se explica por el uso compartido de jeringas y agujas.

III.- Hemofílicos y Otros receptores de sangre o sus derivados.

Los hemofílicos deben recibir transfusiones regulares de los factores de coagulación que les faltan, por lo que deben exponerse a decenas de millares de donadores cada año.

Y si uno de ellos es portador de SIDA puede transmitirse en la sangre donada el agente que cause esta inmunodeficiencia.

IV.- Prostitutas.

A fines de 1981 apareció el primer caso de SIDA en una mujer: cualquier nuevo amante representa una posibilidad de contagio.

V.- SIDA Infantil.

Se considera que los niños en las siguientes categorías tienen el "riesgo" de adquirir la infección HIV.

- a) Niños nacidos de madres positivas a anticuerpo HIV.
- b) Niños nacidos de quienes usan drogas intravenosas o niños que las utilizan.
- c) Hemofílicos y niños nacidos de hemofílicos.
- d) Niños que han recibido transfusiones de sangre en especial en el periodo neonatal.
- e) Niños nativos o que vivieron en Africa, Medio Oriente, E.U.A o el Caribe.

VI.- Odontólogos.

El cirujano dentista entra en este grupo ya que este puede infectarse al tratar a un paciente con SIDA, o bien sirva como vía de diseminación de la infección.

VÍAS DE TRANSMISIÓN:

I.- Rutas confirmadas.

- A) Por contacto sexual. Homosexuales (entre varones). Heterosexuales (de varón a mujer y viceversa). Transmiten el virus del SIDA en el semen.

- B) Inoculación Sanguínea. Por transfusión de sangre y algunos derivados.
- C) Por compartir agujas y jeringas (quienes usan drogas intravenosas).
- D) Por transferencia trasplacentaria y perinatal. De la madre al niño (durante el parto o la lactancia).

Fluidos corporales en donde se han encontrado el VIH en menor cantidad son:

Heces fecales, orina, lágrimas o saliva.

Pero la posibilidad de contaminación por estas vías es aún hipotética.

Hasta ahora no se ha comprobado la transmisión del VIH a través de estos fluidos.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EVITAR LA INFECCIÓN DEL VIH EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA:

El odontólogo debe tratar de identificar al paciente infectado con VIH, con el objeto de prevenirse adecuadamente, proteger a sus pacientes y orientar a la persona para que reciba atención médica.

Para ello es importante obtener de cada paciente los datos que permitan determinar si el paciente pertenece a los grupos de alto riesgo. Explorar tejidos extraorales, cabeza y cuello especialmente, e intraorales poniendo atención a los cambios de coloración en las mucosas.

PROTECCION DEL ODONTOLOGO:

Explicar al paciente el uso de los aditamentos de protección para la prevención de infecciones.

- 1) Uso de guantes de cirugía.- Estos deberán cambiarse entre paciente y paciente y más aun también cuando la intervención en el mismo paciente duré más de una hora. debido a la probable contaminación y sudoración de las manos del dentista.
- 2) Anteojos de protección.- Los aerosoles y aún las gotas grandes conteniendo secreción del paciente caen fácilmente sobre la conjuntiva del dentista.
- 3) Uso de cubrebocas.- Si se recuerda, el volumen de aire inspirado es de 26.5/min, y por vía nasal se aspiran los microorganismos, por lo que se comprenderá la importancia de proteger la nariz.
- 4) Usar bata cerrada hasta el cuello, con mangas largas.
- 5) Uso de eyectores y dique de hule.

PROTECCION PARA EL PACIENTE:

El paciente deberá usar un enjuague eficaz, antes, durante y después del manejo de los tejidos y también 2 veces al día durante un mínimo de 48 horas.

Los colutorios ideales deben actuar inactivando bacterias, virus y hongos, de otra manera son de acción insuficiente.

Los enjuagues bucales deben contener principios activos que actúen como antisépticos y detergentes y arrastren.

microorganismos. virus. bacterias. hongos. células epiteliales, leucocitos y restos de alimentos.

Debe proporcionarse al paciente, pañuelos desechables y una bolsa de plástico para que ponga en ella los pañuelos ya usados, esto evitará contaminaciones, ya que muchas veces los pacientes van escupiendo secreciones hemáticas o tirando pañuelos usados en la calle.

PROTECCION PARA EL MATERIAL E INSTRUMENTAL DENTAL:

El virus VIH, con ciclos normales de esterilización es termolábil a temperatura de 60 grados centigrados, además de ser destruido fácilmente con jabones desinfectantes, detergentes, alcohol y el blanqueador casero de hipoclorito.

- 1) Usar agujas y jeringas desechables, no reinsertar las agujas en su protector, ni tirarlas, sino colocarlas en frascos rígidos con tapón, así como las hojas de bisturí.
- 2) Todo el material y objetos manchados de sangre deben colocarse en una bolsa de plástico o en un recipiente con hipoclorito de sodio al 10% (10cc. de cloro y 90cc. de agua), por una hora mínimo; después deberá ser hervido y correctamente esterilizado.
- 3) La pieza de mano también se esterilizará entre paciente y paciente. Muchas pueden ponerse en el autoclave, deben ser enjuagadas con agua jabonosa, envuelta en papel absorbente empacado en glutaraldehído, colocada en una bolsa de plástico

sellada y se deja por 10 minutos. antes de usarse se enjuaga otra vez con agua.

- 4) Las superficies contaminadas de cada cubiculo dental. debe ser limpiado con agua y con jabon. solución de hipoclorito de sodio: charolas, lavabos y escupideras.
- 5) Las torundas, gasas, compresas, vasos, eyectores, agujas utilizadas, así como las piezas extraídas (dentarias), tejidos y material de obturación se deposita en la bolsa de plástico; para su eliminación, es preferible la incineración.

LESIONES BUCALES EN PACIENTES CON INFECCIONES POR VIH:

Los problemas en la cavidad bucal son extremadamente comunes en las etapas tardias de la enfermedad del SIDA.

Ulceras orales y leucoplasias pilosas son claves importantes en el diagnóstico del VIH, e indican que la enfermedad ha avanzado a la etapa en la que el desarrollo del SIDA, si no ha ocurrido aun, es casi seguro que lo hará en unos 2 años.

Del 60-80% de los pacientes con VIH que presentan ulceras o leucoplasia pilosa desarrollan el SIDA en 2 años.

El Sarcoma de Kaposi, se presenta frecuentemente en el paladar duro, la gingivitis es comun en presencia de VIH y puede ocasionar una marcada erosión de la encia.

Las ulceras aftosas son menos comunes pero pueden producir molestias considerables. con grandes ulceras

dolorosas en el paladar blando y pueden persistir por meses; los abscesos dentales y papilomas parecen ocurrir con mayor frecuencia en pacientes con VIH, que en la población en general. A esto también se complementa la predisposición a enfermedades virales.

La primera manifestación es:

CANDIDIASIS ERITEMATOSA:

Diagnóstico de las infecciones por candida se presentan va sea con cambios eritematosos (atróficos) o de pseudomembrana.

Se caracterizan frecuentemente por su larga duración, y de este modo se consideran crónicas. La candida eritematosa muestra un eritema ubicado, la mayoría de las veces en el paladar y dorso de la lengua-en éste último el eritema está asociado con la pérdida papilar generalmente los síntomas son pocos o no existen.

Un frotis teñido con tinción de PAS muestran numerosas hifas o pseudohifas del hongo candida albicans, el cual forma ramas de micelios en la parte superficial del epitelio, el diagnóstico puede ser comprobado por el crecimiento de colonias de medios de cultivo especial tal como el de Nixerson, en el que crece en colonias de color pardo; la infección por candida es bastante menudo el primer síntoma clínico, por virtud en pacientes y en otros factores predisponentes a una infección por VIH debería ser

considerada como un posible campo de una infección extendida de candida.

TRATAMIENTO:

Con antimicóticos 4 veces al día por 3 o 4 semanas resuelve el problema. Los antimicóticos para el tratamiento tópico en la cavidad oral incluyen el Nistatin, Anfotericina B, Clotrimosalen y Myconasolen: estas drogas son tabletas, pastillas de boca o soluciones.

A los pacientes que fuman deben dejar de hacerlo, porque el fumar puede reducirle respuesta a la terapéutica y aumenta el riesgo de aparición de la enfermedad.

CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA:

Se presenta con placas blanquecinas o amarillentas que pueden ser removidas con dificultad. Todas las regiones de la boca pueden estar infectadas y a la faringe y esofago de pacientes con SIDA se va la infección.

Este tipo de candidiasis en personas con reacción más al VIH es un signo precursor.

TRATAMIENTO:

Este consiste en aplicaciones tópicas como se mencionaba para tratamiento de la Candidiasis Eritematosa.

En casos resistentes se puede indicar aplicaciones tópicas de violeta al 0.5% 1 vez al día.

El tratamiento sistémico puede ser necesario pero debe ser prescrito bajo control médico, pero puede desarrollar efectos secundarios.

GINGIVITIS NECROSANTE:

También conocida como Gingivitis Ulceronecrosante de Vincent, incluye dolor y hemorragia gingival con el cepillado dental, hay alitosis, encía aumentada de tamaño eritematosa y se caracteriza por la pérdida de la papila interdientaria con depósitos necróticos de color gris blanquecino.

La Gingivitis Necrosante, así como la Candidiasis pueden ser el primer signo de infección por VIH.

TRATAMIENTO:

Este incluye un cuidadoso destarraje diario hasta que cese el proceso necrosante, también es beneficioso el enjuague de la boca con agua oxigenada, en casos avanzados es necesario remover el hueso necrosado; en casos resistentes prescribir 400 mg de Metronidasol por vía oral 3 veces al día por 6 días, posteriormente la encía debe ser tratada quirúrgicamente.

LEUCOPLASIA VELLOSA:

Clinicamente la Leucoplasia Velloza se presenta como una lesión blanca no removible en los márgenes de la lengua, la superficie es arrugada.

El diagnóstico se hace con una biopsia que muestra proyecciones similares a pelos y ausencia de inflamación.

Las capas superficiales del epitelio contienen numerosas hifas de Candida.

El diagnóstico diferencial incluye Candidiasis Pseudomembranosa, Líquen Plano, Lesiones Galvánicas y otras lesiones blancas.

La Leucoplasia Velloso es un pronosticador confiable del futuro desarrollo del SIDA.

TRATAMIENTO:

La lesión generalmente desaparece siguiendo un tratamiento con Aciclovir, el cual actúa contra los virus de Ebstein-Barr, que se encuentran esparcidos en las lesiones.

MONILIASIS ESOFAGICA:

Enfermedad por un hongo o una levadura: la Candida (monilia) Albicans.

Siempre presente en la cavidad bucal, aparato digestivo y vagina de personas que clínicamente no están afectadas.

Se dice que es la infección más oportunista del mundo.

La sola presencia del hongo no es suficiente para producir la enfermedad, de hecho debe existir una penetración en los tejidos.

LENGUA VELLOSA O DESCAMADA:

Esta enfermedad se caracteriza por hipertrofia de las papilas filiformes de la lengua, sin que haya descamación

normal que puede ser extensa y formar una capa gruesa afelpada sobre la superficie dorsal de la lengua el color de las papilas puede variar desde el blanco amarillento hasta el café o incluso negro según su tinción por factores extrínsecos.

HERPES SIMPLE:

Producen afecciones cutáneas y mucosas en las regiones rectal y oral.

Las lesiones perirectales son las más frecuentes y se manifiestan por dolores y hemorragias, se observan más a menudo úlceras en cavidad bucal e incluso en el esófago.

HERPES ZOSTER:

Enfermedad viral infecciosa aguda, dolorosa e incapacitante que se caracteriza por la inflamación de las raíces ganglionares dorsales, o de los ganglios nerviosos craneales extramedulares, asociado con erupciones vesiculares de la piel o de las mucosas en las áreas que están abastecidas por nervios sensoriales afectados. El virus que causa esta enfermedad es el mismo que causa la varicela (V/Z).

PAPILOMA:

Es una neoplasia benigna que se origina del epitelio superficial, es un crecimiento exofítico formado por numerosas proyecciones pequeñas semejando dedos, que causa

una lesión con superficie rugosa, parecida a una coliflor, casi siempre es un tumor pedunculado bien circunscrito que a veces es sesil y que intrabucalmente es más frecuente en lengua, mucosa de labios, encía y paladar en particular el área adyacente a la úvula.

CARCINOMA EPIDERMÓIDE:

Es la neoplasia maligna más común de la cavidad bucal, aunque se puede presentar en cualquier sitio dentro de la boca.

CARCINOMA DE LABIO:

Lesiona con más frecuencia el labio inferior que el superior, se presenta inicialmente en el borde del bermellón del labio hasta un lado de la línea media, comienza con un área pequeña de engrosamiento, induración y ulceración de la superficie.

Conforme se hace más grande la lesión se parece a un cráter o se produce un crecimiento exofítico proliferativo del tejido tumoral.

CARCINOMA DE LENGUA:

El signo más común es una masa o úlcera no dolorosa, aunque en la mayoría de los pacientes se hace dolorosa

finalmente, en especial cuando se infecta de manera secundaria.

CARCINOMA DEL PISO DE LA BOCA:

Es una ulceración indurada de tamaño variable, situado a un lado de la línea media, puede ser dolorosa o no serlo, se presenta con frecuencia en la porción anterior del piso que en el área posterior, por su posición ocurre infiltración o propagación temprana de la mucosa lingual de la mandíbula y dentro de la propia mandíbula, así como dentro de la lengua.

XEROSTOMIA:

La Xerostomia o sequedad de la boca es una manifestación de la disfunción de las glándulas salivales: existen todos los grados de xerostomia, el paciente se queja de sensación de sequedad o quemazón, pero la mucosa parece normal, en otros casos existe la carencia de saliva.

SARCOMA DE KAPOSI:

Los afectados del Sarcoma de Kaposi clásico presentan lesiones cutáneas localizadas al comienzo de los miembros inferiores, sobre todo en los pies: estos muestran lesiones papulares, maculares o nodulares, rosadas, azuladas o moradas, indoloras, la piel circundante esta acortonada y edematosa.

De la mucosa oral se manifiesta por una placa aplanada y rojiza la cual más tarde se torna azul.

Las lesiones orales se observan más a menudo en el paladar, especialmente en las áreas laterales de esta.

La encía es el segundo lugar del Sarcoma. a veces aparece como un epulis.

La enfermedad adopta una forma diseminada, tumoral con lesiones ulceradas, una afección ganglionar y visceral, sobre todo digestiva.

El Sarcoma de Kaposi del SIDA se caracteriza por su comienzo explosivo, por la rapidez de su existencia cutánea, que no respeta la cara, por la frecuente afección de las mucosas, los ganglios, el bazo, el tubo digestivo y los pulmones.

Las lesiones son a veces muy atípicas y resulta indispensable recurrir a la biopsia.

También se le conoce como Sarcoma Idiopático Hemorrágico de Kaposi v Angioreticuloendoteloma, las lesiones varían de tamaño y por lo regular son sensibles al tacto o dolorosas.

TRATAMIENTO:

Es difícil realizar la erradicación quirúrgica, debido a la multiplicidad de las lesiones.

Sin embargo el Sarcoma de Kaposi parece responder a radioterapia, quimioterapia y posiblemente a tratamiento con interferon.

La causa de la enfermedad es desconocida. parece que presenta una deficiencia inmune. en relación con el SIDA. los pacientes desarrollan. pérdida de peso y linfadenopatía.

El examen médico revela:

1. Candidiasis Bucal.
2. Neumonía Neumocitis.
3. Viruria por Citomegalovirus.
4. Depresión de Linfocitos T.
5. Sarcoma de Kaposi de tipo fulminante. similar al que se presenta en Africa.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Como emergencias en odontología entendemos todos aquellos procesos sistémicos que suceden por y dentro del quehacer diario odontológico y que ameritan solución inmediata.

Se ha enfocado el tema de las emergencias odontológicas más frecuentes, ya que esto puede servir como una guía para el dentista en el desarrollo de su trabajo, y así tomar las decisiones más acertadas en el momento de una urgencia.

Para tal caso se deberán tomar en cuenta los siguientes puntos:

1. Realizar la historia clínica del paciente para conocer si existe alguna alteración sistémica.
2. Revisar los signos vitales del paciente.
3. Mantener las vías aéreas libres.
4. Administrar oxígeno (excepto en casos de hiperventilación), preferentemente con una presión positiva o dar reanimación de boca a boca.
5. En los padecimientos cardiovasculares se tendrá que tomar en cuenta su pulso, tensión arterial y ritmo de sus latidos cardíacos; el medicamento que esté tomando el paciente, sobre todo en aquellos que están tomando anticoagulantes, los cuales son de suma importancia, el tener el cuidado adecuado para todo tratamiento odontológico.

6. Estar atentos a los signos y síntomas de las reacciones alérgicas como es el shock anafiláctico que puede ser fatal en el sistema cardiorrespiratorio.

7. Se conoce una serie de drogas que pueden ser perjudiciales para el feto, particularmente en los primeros tres meses de la gestación. Por tanto antes de cualquier tratamiento para aliviar la ansiedad, debe procederse a una cuidadosa evaluación de la paciente. Debemos recordar que las tetraciclinas están absolutamente contraindicadas en este periodo.

La mejor actitud ante la mujer embarazada es la odontología preventiva.

8. Tener cuidado con el paciente diabético no controlado, pues esto nos traería consecuencias muy graves, como el coma diabético y el shock insulínico, por lo tanto se recomienda canalizarlo con su médico habitual, antes de cualquier maniobra odontológica.

9. Los pacientes epilépticos, que presentan desórdenes convulsivos deben tratarse con mucho cuidado, ya que los medicamentos como es en el caso de los anticonvulsivos pueden alterar la selección de la droga y del anestésico local.

10. Seleccionar cuál es el tipo de anestésico en cada caso sin poner en peligro la vida del paciente o provocarle alguna alteración.

11. Estar familiarizados con las drogas de urgencias, dosis y vías de administración.

G L O S A R I O

GLOSARIO

ACIDOSIS: Intoxicación de la sangre por la presencia de ácidos en ella.

AIDS: Abreviatura de la expresión inglesa.

Acquired. Síndrome. Inmunodeficiencia.

AMBU: Aparato que proporciona respiración artificial.

ANOXIA: Oxidación insuficiente de la sangre de los tejidos.

APNEA: Suspensión momentánea de la respiración.

ARRITMIA: Alteración del ritmo cardíaco por irregularidad y desigualdad de las contracciones del corazón.

AURA: Fenómeno particular que precede la iniciación de un ataque epiléptico.

BIOPSIA: Examen macro o microscópico de un trozo del organismo vivo con fines diagnósticos.

BRADICARDIA: Disminución del número de las pulsaciones.

COMA: Sopor profundo caracterizado por la pérdida más o menos completa del conocimiento.

DECUBITO: Posición del cuerpo en estado de reposo sobre un plano más o menos horizontal (dorsal, lateral o vertebral). Según la región del cuerpo que toca con el plano horizontal.

DIABETES: Enfermedad caracterizada por la excesiva secreción de orina. II-Mellitus. Trastorno del metabolismo que consiste en una deficiencia de la secreción insulínica del páncreas, caracterizada principalmente por hiperglucemia y glucosuria.

ELISA: Del inglés Enzyme-Linked. Immunosorbent Assay. Prueba de diagnóstico.

EMBOLIA: Obstrucción brusca de un vaso sanguíneo, producida generalmente por un coágulo.

EPILEPSIA: Enfermedad nerviosa caracterizada por pérdida súbita del conocimiento, convulsiones tónicas y clónicas (gran epilepsia) o por sensaciones de vértigo (pequeña epilepsia).

ESTRES: m. Situación de un individuo vivo, o de alguno de sus órganos o aparatos, que por exigir de ellos un rendimiento muy superior al normal, les pone en riesgo próximo de enfermar.

FIBRILACION: Efecto muscular independiente de las fibras que lo componen, que origina contracciones no coordinadas y que se produce principalmente en el músculo cardíaco.

FIEBRE: Conjunto de síntomas mórbidos que se presentan en varias enfermedades, siendo el más importante de todos la elevación de la temperatura.

FLEBITIS: Inflamación de las venas.

HIPEREXTENDER: Extensión extrema o excesiva de un miembro o parte del cuerpo.

HIPERFUNCION: Funcionamiento excesivo de un órgano.

HIPERGLUCEMIA: Aumento de la cantidad normal de glucosa contenida en la sangre.

HIPERTENSION: Tensión excesiva, especialmente la vascular o sanguínea.

HIPERTEKMIÁ: Temperatura anormalmente elevada.

HIPERVENTILACION: Estado en el cual hay disminución del volumen de aire que entra a los alveolos pulmonares

HIPOTENSION: Tension insuficiente. Presion arterial anormalmente baja.

HIPOVENTILACION: Estado en el cual hay disminucion del volumen de aire que entra a los alveolos pulmonares.

HIPOXIA: Disminucion en el suministro de oxigeno a los tejidos por debajo de las cifras fisiologicas.

HOMOSEXUAL: Perversion sexual, que consiste en la inversion del sentido erotico, en virtud del cual el individuo que lo padece, presenta una excitacion sexual con personas del mismo sexo.

ISQUEMIA: f. Deficiencia del riego sanguineo en una parte a causa de constriccion funcional o destruccion real de un vaso sanguineo.

JACTITACION: Movimientos involuntarios de la cabeza.

MANOSODOMIA: Insercion de la mano en el recto del companero.

MOVIMIENTO CLONICO: Convulsiones con contraccion y extension de miembros superiores e inferiores.

MOVIMIENTO TONICO: Rigidez de miembros superiores e inferiores.

POLIDIPSIA: Sed inextinguible que obliga a los enfermos a beber dia y noche sin desnutrirse por completo.

POLIFAGIA: Extrema voracidad para comer.

POLIURIA: Exceso de la cantidad de orina secretada y expulsada.

PRESION SANGUINEA: Es la producida por la sangre en la pared de las arterias.

PRURITO: Sensación cutanea desagradable que provoca el deseo de rascarse o frotarse la piel.

PULSO: Manifestación de la pulsación que se percibe por el pulpejo del dedo aplicado sobre una arteria y sobre una superficie osea resistente.

PUNIBLE: Castigable.

SHOCK ANAFILACTICO: Perdida repentina y violenta del tono muscular.

SHOCK HIPOGLUCEMICO: Provocado por la insulina.

SHOCK INSULINICO: Glucosa sanguinea muy baja.

SEMEN: Otro nombre del esperma-liquido de reacción alcalina, eyaculada por el pene, durante el orgasmo.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

SINCOPE: Pérdida súbita y total del conocimiento y de la sensibilidad, con detención mas o menos completa de la respiración y con debilitamiento y supresión brusca y momentánea de los latidos cardiacos por supresión temporaria de la acción del corazón-.

TAQUICARDIA: Aumento exagerado de las palpaciones del corazón.

TEMPERATURA: Grado de calor. La temperatura normal del cuerpo humano es de 36.3-36.90.

TRONBO: Coágulo sanguíneo que se forma en el interior de un vaso y que obstuye la circulación de la sangre por el mismo.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA**ASPECTOS LEGALES EN ODONTOLOGIA**

Samuel C.Ursu.

Editorial Interamericana.

CECIL TRATADO DE MEDICINA INTERNA

J.B.Wynngaarden/Ll.H.Smith

Editorial Interamericana

17a Edición.

1987.

AIDS: A GUIDE FOR DENTAL PRACTICE

Charles.E.Barr.D.D.S/Michael.Z.Marder.D.D.S.

Editorial Quintessence Books.Chicago Illinois

1987.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

Donald.L.McElrov/William.F.Malone.

Editorial Interamericana

1971.

DICCIONARIO MEDICO

Dorland.

Editorial Interamericana-McGraw-Hill.

DICCIONARIO ODONTOLOGICO

Ciro.Durante.Avellanal

Editorial Mundi S.A.I.C y F.

EL ODONTOLOGO FRENTE AL SIDA

Estanislao.Stanislawski

Editorial Pangea.CONASIDA

1989.

EMERGENCIAS- MEDICINA INTERNA Y URGENCIAS EN ODONTOLOGIA

Dunn J.Martin/Donald R.Booth

Editorial El Manual Moderno

1980.

EMERGENCIAS DENTALES

Malamed Stanley

Editorial: P.L.M.

1986

EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA

Mcarthy Frank

Editorial El Ateneo

1973.

FISIOLOGIA HUMANA

Gyton

Editorial Interamericana

1975.

GACETA CONASIDA

Año I. Núm 1. Mayo/Junio 1988.

GACETA CONASIDA

Año I. Núm 2 Febrero 1989.

LA SEXUALIDAD HUMANA

William H. Masters/Virginia E. Johnson/Robert C. Kolodny.

Editorial Grijalbo

Tomo III

1987.

MEDICINA LEGAL

Salvador Martínez Murillo

Editorial Mendez Oteo.

1976

MEDICINA BUCAL DE BURKET-DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Malcolm A. Lynch.

Editorial Interamericana.

RELACION DEL PACIENTE EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

George Batlenson

Editorial Labar

1976.

SHOCK

Levao Bogossian

Editorial Panamericana

3a Edición

1977.

SIGNOS Y SINTOMAS**FISIOPATOLOGIA APLICADA E INTERPRETACION CLINICA**

MacBryde-Blacklow

Editorial Interamericana

1982.

TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL

William C. Shafer

Editorial Interamericana

4a Edición

1987