UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

URGENCIAS MEDICAS EN EL CONSULTORIO DENTAL

T E S I N A

QUE COMO REQUISITO PARA PRESENTAR EL EXAMEN PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

MARIA ESTHER MORENO CORONADO

FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F. **1989.**

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

+ Introducción.
+ Historia Clínica.
+ Botiquín Dental.
+ Acción de los Medicamentos.
- Medicamentos primarios.
a) Medicamentos para reacciones alérgicas.
b) Antihistamínicos.
c) Anticonvulsivantes.
d) Analgésicos.
- Medicamentos secuendarios.
a) Vasoconstrictores.
b) Corticosteroides.
c) Antihipoglucémicos.
d) Antagonistas de narcóticos.
- Medicamentos cardiovasculares.
a) Adrenalina.
b) Drogas vasoconstrictoras.
c) Drogas vasodilatadoras.
d) Hemostáticos.
+ Conclusiones.
+ Bibliografía.

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

Las urgencias que hacen peligrar la vida, pueden suceder en el consultorio dental; le pueden suceder a cualquiera; al paciente dental, al doctor, a los miembros del personal del consultorio y hasta a la persona que acompaño al paciente al consultorio.

Existen factores que influyen para que una urgencia se presente, y son:

1) Edad avanzada.
2) Avances terapéuticos recientes.
3) Tendencia a alargar las citas.
4) Aumento de la utilización y administración de fármacos

Por otra parte hay elementos que favorecen al Odontólogo para que disminuya la incidencia de estas situaciones y son:

1) Evaluación física previa al tratamiento del paciente, (historia clínica completa con cuestionario, diálogo y examen físico).
2) Modificar el tratamiento para evitar riesgos.

Dentro de éstos elementos, he mencionado la historia clínica, pero quiero enfatizar éste punto porque es muy importante.

Empezaré por hablar de cuantas partes consta una historia clínica, aunque existen diferentes cuestionarios, mencionaré un prototipo de cuestionario que para mí es muy práctico.

Existe un factor que es de suma importancia y puede hacer que una urgencia se presente y es el estrés.

Cuando una persona está estresada pueden desencadenarse diferentes transtornos como:

1) Síncope vasodepresivo.
2) Síndrome de hiperventilación.
3) Padecimientos cardiovasculares agudas.

Siempre hay que estar preparado y entrenado para una situación de urgencia porque no sabemos cuando se nos presentará.

"Cuando usted está preparado para una emergencia la emergencia deja de existir".

"Estar prevenido de antemano es estar armado de antemano".

BOTIQUIN DENTAL.

Un botiquín dental nunca debe hacer falta en un consultorio, su papel es relevante para una urgencia; siempre debemos colocarlo a la mano por si ésta se presenta.

En un botiquín dental podemos encontrar varios tipos de medicamentos:

1) Los medicamentos primarios.
2) Los medicamentos secundarios.
3) Medicamentos cardiovasculares.

Los medicamentos primarios como su nombre lo indica son los que no deben fallar en un botiquín dental y son:

1) Adrenalina.
2) Antihistamínicos.
3) Anticonvulsivantes.
4) Analgésicos.

Los medicamentos secundarios o no escenciales son:

1) Vasoconstrictores.
2) Corticosteroides.
3) Antihipoglucémicos.
4) Antágonistas de narcóticos.

Los medicamentos cardiovasculares también son de suma importancia y son:

a) Adrenalina.
b) Drogas vasoconstrictoras.
c) Drogas vasodilatadoras.
d) Hemostáticos.

H I S T O R I A C L I N I C A.

Una urgencia médica en el consultorio dental es fatal por eso es muy importante que el Odontólogo esté preparado para reconocer signos y síntomas de cualquier enfermedad y más aún de una urgencia médica; por eso es indispensable el haber elaborado una historia clínica detallada y una evaluación física si es que el paciente lo requiere, para evitar la morbilidad y aún más la mortalidad.

Las estadísticas nos indican que aunque hayamos elaborado una historia clínica detallada y una evaluación física cubriremos solo un 90% de los pacientes que atendemos, mientras que el otro 10% fallecerá.

Por lo que estar prevenido no es suficiente. El personal del consultorio dental ha de estar totalmente preparado para asistir en el reconocimiento y en el manejo de cualquier emergencia que suceda.

De muchísima importancia serán:

1) El entrenamiento de todos los miembros del personal del consultorio.
2) Tener un enfoque del equipo para el manejo de las urgencias.
3) Disciplina "simulada" de urgencias en el consultorio dental.
4) Preparación del consultorio, incluyendo en este inciso

números telefónicos de urgencias, fármacos y equipo de urgencias.

MANEJO EN EQUIPO.

Consta de 2 ó 3 miembros cada uno de ellos con un papel determinado en el manejo de una urgencia. Los números telefónicos de urgencia deben estar a la mano y deben ser:

a) Servicios médicos de urgencia local.
b) Un médico profesional.
c) Servicio de ambulancias.
d) Sala de urgencias de un hospital.

Las prácticas de disciplina de urgencia sirven para mantener al equipo en una forma eficiente, a pesar de las situaciones reales de emergencia.

Mi prototipo de historia clínica consta de tres partes que son:

a) Interrogatorio.
b) Exploración de la cavidad bucal y anexos.
c) Examen Dental (Clínico y Radiográfico).

Al realizar una Historia Clínica preguntaremos: Nombre, dirección, edad, teléfono, ocupación, referencia, fecha.

Con esto el Interrogatorio incluye: Motivo de la con-

sulta, padecimiento actual, está en tratamiento y qué tipo, si es alérgico y a qué substancia.

Se mencionarán algunas enfermedades que para un tratamiento dental puedan influir negativamente.

Exploración de la Cavidad Bucal y anexos: Mencionar el estado en el que se encuentran los tejidos blandos, tejidos duros, articulación temporomandibular (si existen crepitación, dolor, sublaxacción, luxación, anquilosis, espasmo muscular) y al final de este inciso anotar algunas observaciones.

Examen Dental: Incluiremos aqui un Odontograma, y para hacerlo más práctico haremos los señalamientos necesarios con colores y en la posición en que se encuentren.

Examen Clínico: En este inciso hablaremos en específico de uno o más dientes a tratar y anotaremos su sintomatología subjetiva, si existe dolor al frío, al calor, al ácido, si el dolor es irradiado o localizado, expontáneo, y también la sintomatología objetiva como cambio de color, piso de la cavidad (duro, blando) si hay pulpa expuesta y como se encuentra la zona periapical.

Examen radiográfico: Mencionaremos patologías que encontraremos en tejidos blandos, tejidos duros, diagnóstico y tratamiento de los dientes a tratar.

Por último: Incluir la firma del Dentista y la firma -

de autorización del paciente o de un adulto responsable.

HISTORIA CLINICA

NOMBRE _____ FECHA _____

DIRECCION _____ OCUPACION _____

EDAD _____ TELEFONO _____

SEXO _____ REFERENCIA _____

INTERROGATORIO

MOTIVO DE LA CONSULTA _____

PADECIMIENTO ACTUAL _____

ESTA EN TRATAMIENTO MEDICO: SI ☐ NO ☐ TIPO: _____

INTOLERANCIA A LOS ANTIBIOTICOS: SI ☐ NO ☐

A OTRAS SUBSTANCIAS _____

INTOLERANCIA A LOS BLOQUEADORES: SI ☐ NO ☐

ULCERA GASTRICA	SI ☐ NO ☐	HIPERTENSION	SI ☐ NO ☐		
HEPATITIS	SI ☐ NO ☐	ANEMIAS	SI ☐ NO ☐	DIFICULTAD RESPIRATORIA	SI ☐ NO ☐
HIPOTENSION	SI ☐ NO ☐	DIABETES	SI ☐ NO ☐	HEMORRAGIAS	SI ☐ NO ☐
PADECIMIENTOS PEDIATRICOS	SI ☐ NO ☐	ENF. PULMONAR	SI ☐ NO ☐	CARDIOPATIAS	SI ☐ NO ☐
PADECIMIENTOS RENALES	SI ☐ NO ☐	INSOMNIO	SI ☐ NO ☐	CONVULSIONES	SI ☐ NO ☐
FIEBRE REUMATICA	SI ☐ NO ☐	EMBARAZO	SI ☐ NO ☐		

OBSERVACIONES _____

EXPLORACION DE LA CAVIDAD BUCAL Y ANEXOS

TEJIDOS BLANDOS: _____

TEJIDOS DUROS: _____

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR _____

CLICKS: _____ CREPITACION: _____ SUBLUXACION _____ LUXACION: _____

ANQUILOSIS: _____ ESPASMO MUSCULAR _____

OBSERVACIONES: _____

ACCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS.

En el botiquín dental encontramos que hemos mencionado ya álgunos medicamentos y diremos ahora en que momento nos serán útiles para una emergencia.

Medicamentos Primarios:
Medicamentos de Elección.- Adrenalina.

ALERGIA.

Esta se ha definido como un estado de hipersensibilidad adquirida, atraves de la exposición a un alergeno en particular, la reexposición al mismo produce una capacidad de reacción aumentada.

Hay gran variedad de manifestaciones alérgicas desde reacciones retardadas, como inmediatas, y éstas ponen en peligro la vida del paciente.

ANESTÉSICOS LOCALES.

Las manifestaciones alérgicas a los anestésicos locales pueden aparecer como dermatitis alérgicas, ataques asmáticos típicos o ataques anafilácticos mortales y estos, son de primordial importancia.

Para presentar una reacción alérgicas se necesita — una dosis de sensibilización (previa) y después ocurre — signos y síntomas de alergia después que se administró —

una nueva dosis (de prueba).

El paciente que es alérgico a un anestésico del grupo éster puede substituirse por: procaína, propoxicaína, benzocaína y tetracaína.

Y cuando es alérgico al grupo ámida, substituirse con: lidocaína, mepivocaína, prilocaína.

Cuando hay duda sobre antecedentes de alergia a cualquier anestésico local no deberá ser administrado éste, y remitir al paciente con un alergólogo; y si es una urgencia con un paciente nuevo, que presenta alergia al anestésico; no atenderlo y mandarlo con analgésico y remitirlo con un alergólogo; o bien colocar anestesia general para el tratamiento.

Otra opción sería utilizar un antistamínico éste tiene la propiedad de anestésico local.

ANAFILAXIA.

Los signos y síntómas son variables, se reconocen cuatro síndromes clínicos:

a) reacciones cutáneas.
b) espasmos de la musculatura lisa (en los tractos gastrointestinal y genitourinario y en el árbol respiratorio).
c) dificultad respiratoria.
d) colapso cardiovascular.

Estos dos últimos índices son fatales y se observan desde un principio en estos casos hay que tener cuidado - para dar el tratamiento adecuado y en el momento preciso.

Un paciente que comienza a presentar síntomas de anafilaxia empieza a quejarse de:

a) Se siente enfermo.
b) Prurito.
c) Eritema.
d) Urticaria en cara y pecho.
e) Naúsea.
f) Vómito.

Esto en los primeros estadios y están relacionados — con la piel.

TRATAMIENTO

Reacciones en la piel (retardadas)

+ Antihistamínicos I. M.
(50 mgs. de Difenhidramina o 10 mgs. de Clorfeniramina y un antihistamínico oral).

+ Clorhidrato de isoetarina, se encuentra en tabletas de - 10 mg. liberación lenta. Dosis: 10 mg. 3 veces al día - vía bucal.

+ Referirlo con un alergólogo.

Otras alteraciones, observables durante los estadíos

tempranos de la reacción incluyen:

a) Conjuntivitis.
b) Rinitis vasomotora (inflamación de la mucosa nasal y un aumento marcado de su secreción.
c) Piloerección.

TRATAMIENTO. (reacciones inmediatas).

a) Suspender tratamiento dental.
b) Administrar Adrenalina I. M. de 0.3 mg. de una solución al 1: 1000.
c) Administrar antihistamínico I. M. 50 mg. de difenhidramina, o 10 mg. de Clorfenhidramina.
d) Observar al paciente para ver si no tiene recurrencia y despedirlo en compañía de un adulto.
e) Antihistamínicos orales.

Si se observan los signos clínicos antes descritos además se observa:

a) Opresión subesternal o dolor en el pecho.
b) Tos.
c) Disnea.
d) Cianosis en mucosas y uñas.
e) Edema laríngeo.
f) Palidez.
g) Mareos.
h) Palpitación.
i) Taquicardia.
j) Hipotensión.
k) Arritmias cardíacas.

TRATAMIENTO:

a) Posición supina del paciente.
b) Soporte Básico de Vida.
c) Administrar adrenalina I. M. (0.3 ml. de solución de 1: 1000) dejar pasar de 3 a 5 minutos y colocar una segunda dosis de 0.3 ml.
d) Pedir asistencia médica.
e) Registro de signos vitales cada 5 minutos y administrar oxígeno.
f) Una vez que hay mejoría clínica se puede empezar a administrar un antihistamínico y un corticosteroide I. M. o I. V. para prevenir una posible recurrencia.

Existe un cuadro clínico que el paciente no presente signos característicos de alergia y pierde la conciencia después de una inyección de anestésico local.

TRATAMIENTO:

a) Posición supina del paciente.
b) Dar Soporte Básico de Vida.
c) Registro de signos vitales.
d) Pedir ayuda médica.
e) En ausencia de signos y síntomas definitivos de alergia, no está indicada la Adrenalina ni otro fármaco.
f) Un edema laríngeo, puede presentarse y si el mantenimiento vía aérea se vuelve difícil a pesar de que la extensión de la cabeza hacia atrás, es adecuada y la faringe, está libre de obstrucción (algún algodón) es necesario efectuar una clicotirotomía para obtener una vía aérea abierta.

Una vez que se ha establecido la vía aérea (clicotirotomía) y que se ha asegurado se puede administrar adrenalina (0.3 ml. de una solución de 1:1000) luego antihistamínicos y corticosteroides.

Una vez hecho esto el paciente podrá ser transferido a un hospital para su tratamiento definitivo y observación.

ANTIHISTAMÍNICOS.

Medicamento de Elección.- Clorfenamina.
Medicamento Alternativo.- Difenhidramina.

Los antihistamínicos serán de gran valor en el tratamiento de respuestas alérgicas y en el manejo de sostén de las reacciones alérgicas; previenen la acción de la histamina para que no recidive una reacción alérgica.

Un efecto secundario de un antihistamínico es la depresión cortical (sedación) y es necesario un adulto para que el paciente abandone el consultorio.

ANTICONVULSIVANTES.

Medicamento de Elección.- Diacepam.
Medicamento Alternativo.- Barbituricos.

Se debe tener un anticonvulsivante en el consultorio

dental porque se puede presentar un ataque de epilepsia.

EPILEPSIA.

De la palabra griega "EPILEPSIA" y significa "Engarrotamiento" y es una descarga neuronal excesiva y paroxistica, en diferentes partes del cerebro y causada por una variedad de transtornos cerebrales y no cerebrales; implica cronicidad de la crisis.

Cuando elaboramos correctamente nuestra historia clínica debemos saber anticipadamente de un tratamiento dental en que momentos no se deber tratar a una o un paciente epiléptico y son 3:

a) Cuando tiene aliento alcohólico, (el alcohol precipita las convulsiones).
b) Cuando está muy estresado el paciente.
c) Fatiga.

CRISIS TONICOCLÓNICA.

Se divide en 3 fases clínicas:

a) Fase Prodromal.
b) Fase Convulsiva.
c) Fase Posconvulsiva.

<u>Fase Prodromal</u>.- El paciente presenta un cambio leve u o

bvio en sus reacciones emocionales; y puede presentar un aumento de ansiedad o de la depresión.

Cuando ésto se presenta el tratamiento dental deberá ser pospuesto.

El aura marca la iniciación de la crisis y es parte de ésta misma; su duración es breve (unos segundos) y está relacionada con áreas específicas del cerebro.

La naturaleza del aura puede ser:

a) olfatoria.
b) visual.
c) gustativa.
d) auditiva.

Fase Convulsiva.- Inmediatamente después del aura hay perdida de la conciencia y si estaba parado el paciente cae al piso.

Hay contracciones tónicas severas de los músculos esqueléticos produciendo (a extensión rígida de las extremidades y del tronco; esta fase involucra los músculos de la respiración y existe:

+ Disnea.
+ Cianosis.

Su respiración se vuelve ruidosa y pesada aparece en la boca espuma debido a la mezcla de la saliva con aire y sangre (cuando el paciente se muerde la lengua y/o carrillos).

Los movimientos se vuelven menos frecuentes a medida que el ataque progresa; durante está fase de 2 a 5 minutos.

Esta fase termina cuando la respiración vuelve a ser normal y cesan las contracciones.

En este momento puede ocurrir incontinencia urinaria y fecal.

TRATAMIENTO:

a) Posición del paciente supina.
b) Prevenir que el paciente se lesiones. Objeto suave debajo de la cabeza; objeto suave entre los dientes, si es posible aflojar la ropa apretada.
c) Mantener una vía aérea permeable.
d) Registrar los signos vitales.

Fase Posconvulsiva.- Esta fase depende de la severidad de

la fase anterior si es muy severa, caerá en estado de coma.

A medida que el paciente recupera la conciencia se encontrará al principio algo confundido y desorientado, sin saber muy bien donde está, qué día de la semana es y además será incapaz de contar regresivamente del 10 al 1.

Posteriormente se duerme profundamente y al despertar se quejará de dolor de cabeza y muscular:

TRATAMIENTO:

e) Soporte Básico de la Vida.
f) Permita que el paciente se recupere; llamar al Médico general.
g) Despida al paciente en compañía de un adulto responsable.

ESTADO EPILÉPTICO.

Se define como la ocurrencia repetitiva de cualquier tipo de crisis sin fase de recuperación entre las mismas; y este estado pone en peligro la vida del paciente; los síntomas y signos son los mismos que la fase convulsiva y se diferencía por su duración (desde varias horas hasta días)

SIGNOS:

a) Paciente inconciente.
b) Cianótico.
q) Suda profusamente.

d) Presenta contracciones generalizadas.
e) Hipertérmico más de 40° C.
f) Frecuencia cardíaca rápida, ritmo irregular, presión - arterial algo elevada.

TRATAMIENTO:

a) Posición del paciente supina.
b) Prevenir que el paciente se lesione.
c) Mantener una vía aérea permeable.
d) Registrar los signos vitales.
e) Administrar un anticonvulsivante. (Diacepam 5 mlgs./min. infusión I. V. lenta).
f) Pedir ayuda médica.

ANALGÉSICOS.

Entre los analgésicos hay 2 categorías importantes:

+ Analgésicos leves. (no narcóticos).
+ Analgésicos fuertes. (narcóticos).

Los ejemplos más comunes de cada uno son:

+ Ácido acetil salicílico. (como no narcótico).
+ Codeína (como narcótico).

Los mayores efectos adversos del ácido acetil salicílico incluyen un alto potencial alérgico, con síntomas que varían desde la urticaria hasta una fatal anafilaxia, y la sobredosis (salicilismo).

La codeína a pesar de ser narcótico es un analgésico leve, si se compara con la meperidina y morfina; la alergia a la codeína es muy baja.

El hidrocloridio de propoxifeno es útil en el control de dolores bucales moderados.

Reacciones secundarias incluyen náuseas y vómito, sedación, mareos y somnolencia.

Meperidina ocacionalmente se emplea en Odontología para dolores más intensos; reacciones secundarias incluyen: náuseas y vómitos, mareos, ataxia, sudoración e hipotensión ortostática.

Medicamentos Secundarios.

VASOCONSTRICTORES.

Medicamentos de Elección.- Metoxamina.
Medicamentos de Alternativa.- Fenilefrina.

Aunque ya hemos incluído en el botiquín dental un vaso constrictor muy potente como lo es la adrenalina incluiremos, un segundo, porque en algunos casos ésta no será medicamento de elección por producir una respuesta antihipotensora extrema.

Es pertinente utilizar un fármaco vasopresor que produzca un aumento moderado en la presión arterial.

El efecto de éstos medicamentos se establece casi inmediatamente, después de su administración (I. V.) y persiste - por 60 minutos, si se hiciera (I. M.) la respuesta ocurre, 15 minutos después de la inyección y persiste por 90 minutos más.

Los vasoconstrictor se utilizaran en casos de hipotensión arterial, para elevarla, y sin una estimulación simultánea del miocardio.

SÍNCOPE VASODEPRESIVO.

Es la disminución de flujo sanguíneo que llega al cerebro.

Cuando por la posición del paciente (vertical) no llega el corazón a bombear sangre al cerebro el paciente perderá la conciencia.

Clínicamente los registros de la presión arterial, -- sistólica podrá ser hasta de 20 a 30 mm. Hg. durante un período sincopal; ocurrirán también períodos asistólicos.

A veces ocurren convulsiones ya sean contracciones tonicoclónicas de las piernas o brazos, o ya sea de rotación de la cabeza; su intensidad dependerá de la isquemia cerebral; estos movimientos son generalmente breves y algo moderados, y estos pueden ocurrir hasta en pacientes que no

tienen antecedentes de enfermedades con ataques.

TRATAMIENTO:

a) Colocar al paciente en posición supina con los pies ligeramente elevados.
b) Establecer una vía aérea permeable.
   + Incline hacia atrás la cabeza.
   + Vigile la respiración.
   + Verificar respiración en caso necesario.
   + Respiración artificial (siempre que sea necesario).
   + Vigilar la circulación.
c) Registro de los signos vitales.
   + Presión sanguínea.
   + Frecuencia respiratoria.
   + Frecuencia cardíaca.
   + Soporte del paciente.
   + Romper la cápsula de amoníaco, debajo de la nariz del paciente.
   + Colocar una toalla con agua fría en la frente del paciente.
   + Cubrirlo con una cobija si está temblando.
   + Dar tranquilidad y seguridad al paciente.
   + Mantener la compostura.
d) Tratamiento posterior.
   + Determinar los factores que causan la inconciencia.
   + Prevenir la recurrencia del síncope vasodepresivo.
   + Hacer los arreglos necesarios para que un paciente o un amigo del paciente lo lleven a su casa.

No efectuar el tratamiento dental en las siguientes - 24 hrs.

CORTICOSTEROIDES.

Medicamento de Elección.- Succinato Sódico de Hidrocortisona.

Medicamento Alternativo.- Succinato Sódico de Metilprednisolona.

Se utilizaran en casos de reacciones alérgicas agudas pero después que ésta haya sido controlada.

Su acción es evita un nuevo episodio de anafilaxia.

Los corticosteroides están contraindicados en la insuficiencia suprarrenal aguda.

ANTIHIPOGLUCÉMICOS.

Medicamento de Elección.- Solución de dextrosa. 50%

Medicamento Alternativo.- Glucagón.

En el manejo de un paciente hipoglucémico, el tratamiento dependerá del grado de conciencia que tenga; si está conciente el tratamiento será carbohidratos por vía o-

ral, sin embargo, si el paciente está conciente no deberá emplearse tratamiento por vía oral sino I. V. o I. M.

Estos episodios suceden cuando el paciente no ha comido por varias horas.

No es necesario que un paciente sea diabético para presentar un cuadro hipoglucémico.

Manifestaciones Clínicas:

a) Comportamiento extraño (en ausencia de aliento alcohólico).

Si es un choque insulínico:

a) Aparición de síntomas repentinos.
b) La concentración de insulina excesiva.
c) Apariencia de la piel húmeda y pálida.
d) Ausencia de sed.
e) Apetito ocasional.
f) Muy rara vez existe vómito.
g) Respiración normal.
h) Olor de aliento normal.
i) Presión arterial normal.
j) Temblores frecuentes.
k) Convulsiones en las últimas fases.

TRATAMIENTO:

a) Respuesta al tratamiento rápida.
b) Ingestión de carbohidratos por vía oral, o dextrosa (50%) I. V. o Glucagón (1 mg.) I. M.
c) Adrenalina (0.5 mg.) I. M.
d) En el paciente inconciente dar soporte básico de vida, - asistencia médica.

ANTAGONISTA DE NARCÓTICOS.

Medicamento de Elección: Naloxona.

Es necesario que se incluya un antagonista de narcótico y debemos tenerlo para su uso.

Los medicamentos antagonistas de narcóticos se emplean para invertir la depresión, incluso la respiratoria que puede producir un narcótico.

Manifestaciones clínicas de analgésicos narcóticos.

La mayoría de los narcóticos ejerce su acción más importante sobre el SNC (Sistema Nervioso Central).

A dosis terapéuticas produce analgesia, sedación, euforia y depresión respiratoria.

Esta última constituye su efecto principal; porque los narcóticos son depresores directos del centro respiratorio.

La muerte por sobredosis de narcóticos resulta por un paro respiratorio; la frecuencia respiratoria desciende rápidamente a menos de 10 respiraciones por minuto; la de 5 a 6 movimientos por minuto no es raro.

A medida que aumentan las concentraciones del narcótico, el paciente perderá la conciencia y entrará en un estado de anestecia general.

La duración y el grado de reacción clínica varía de — acuerdo a la vía de administración y a la dosis utilizada.

TRATAMIENTO:

a) Posición del paciente supina.
b) Asegure la entrada de aire y controle la respiración.
c) Respiración artificial, administre oxígeno.
d) Registro de signos vitales.
e) Tratamiento definitivo (opcional). Naloxona 0.4 mg. I. M o I. V. (dosifique 0.1 mg./min.)
f) Observe al paciente.
g) Solicite ayuda médica (opcional)
h) Despida al paciente.

MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES.

ADRENALINA:

Ya hemos hablado de la adrenalina en el capítulo de medicamentos para reacciones alérgicas.

DROGAS VASOCONSTRICTORAS:

En el capítulo de Vasoconstrictores en Medicamentos - Secundarios, hemos hablado del uso de estos.

VASODILATADORES:

Medicamentos de Elección.- Nitroglicerina.

Medicamento Alternativo.- Nitrito de amilo.

Se utilizan para el manejo inmediato de dolor torácico (angina de pecho, infarto agudo del miocardio).

Existen 2 tipos de vasodilatador, uno en tabletas — (Nitroglicerina) y el otro inhalante (Nitrito de amilo).

Si tenemos un paciente con antecedentes de angina de pecho deberá traer sus tabletas de nitroglicerina, y vamos a colocarlas en la mesa de trabajo de tal manera que si se presentara una urgencia las alcanzaremos fácilmente.

La Nitroglicerina sublingual actúa en 1 ó 2 minutos.

Debemos utilizar la droga que el paciente trae, de no ser así en el botiquín estará una dosis de 0.3 mg.

El nitrito de amilo es inhalante y viene en una presentación de 0.3 mg. y actúa en 10 segundos. Su efecto dura mucho menos que la nitroglicerina.

ANGINA DE PECHO.

Angina: proviene del latín y significa ahogamiento espasmódico o sofocación con dolor.

Pecho: proviene de pectoris significa pecho.

Es un dolor torácico característico por lo general subesternal precipitado por abundante y pesada; esto es resultado de una circulación coronaria moderadamente inadecuada.

Los pacientes con antecedentes de angina son pacientes con alto riesgo durante el tratamiento dental.

Si se sucediera un episodio de dolor anginoso debe ser controlado rápidamente si no fuera así puede causar un infarto agudo del miocardio o un paro cardíaco.

Factores precipitantes de la Angina de Pecho.

+Actividades físicas.
+Ambiente húmedo y caliente.
+Clima frío.
+Comidas abundantes.
+Estrés, emocional (discución, ansiedad, exitación sexual).
+Ingestión de cafeína.
+Fiebre, anemia, tirotoxicosis.
+Smog.
+Grandes alturas.
+Aspirar el humo de cigarrillos de otras personas.

PREVENCIÓN:

Es preferible prevenir las situaciones en las que peligran la vida que tratarlas cuando ocurren.

Debido a que el estrés es el factor precipitante principal del dolor angioso, su eliminación se considera la mejor medida preventiva.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

La principal es el dolor en el pecho. El paciente describe esta sensación súbita como quemazón, opresión, as

fixia, dolor, presión o de "gas".

IRRADIACIÓN DEL DOLOR.

Se irradia hacia el hombre izquierdo y distalmente — por la cara medial del brazo y en ocasiones hasta las manos y los dedos.

a) Iniciación repentina con el esfuerzo.
b) Dolor que tuerce, sofocante, sensación quemante, presión, estrechamiento, gas "Opresión del Pecho".
c) Los movimientos respiratorios no intensifican el dolor.
d) Subesternal.
e) Irradiación.
f) Lado izquierdo de la cara, mandíbula izquierda.
g) Parte superior del epigastrio.
h) Disminución del dolor con la nitroglicerina o el — descanso.

TRATAMIENTO:

a) Suspender el procedimiento dental que se está efectuando.
b) Posición del paciente (posición vertical más cómoda).
c) Administre un vasodilatador, de preferencia nitroglicerina.

d) Administre un poco de oxígeno, si es necesario.
e) Posteriormente modifique el tratamiento para prevenir su recurrencia.

INFARTO DEL MIOCARDIO.

Es un síndrome clínico que resulta de una deficiencia en el abastecimiento sanguíneo arterial coronario a la región del miocardio.

Este síndrome se caracteriza por un dolor subestemal severo y prolongado, similar pero más intenso y de mayor duración que el de la angina.

En el infarto del miocardio, una porción del músculo cardíaco se muere.

FACTORES PREDISPONENTES.

a) El factor principal etiológico es la enfermedad de las arterias coronarias en un 90%.
b) Otro factor es la obesidad.
c) El sexo masculino.
d) Estrés.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

<u>SÍNTOMAS</u>:

a) Dolor intenso a intolerable prolongado.

b) Náusea y vómito.
c) Debilidad.
d) Mareo.
e) Palpitaciones.
f) Transpiración fría.
g) Sensación de muerte inminente.

SIGNOS:

a) Inquietud.
b) Sufrimiento agudo.
c) Piel: fría, pálida, húmeda.
d) Frecuencia cardíaca:
    bradicardia a taquicardia.
    contracciones ventriculares prematuras comunes.

MANEJO DEL INFARTO DEL MIOCARDIO.

a) Diagnóstico.
b) Administrar nitroglicerina.
c) Demanda de asistencia médica.
d) Administrar oxígeno y monitorear los signos vitales.
e) Alivio del dolor. Morfina I.M. o I.V. o N_2O y O_2 por medio de capuchón nasal.
f) Manejo de complicaciones.
    + Arritmias.- no deben administrarse agentes antiarritmicos a menos que se disponga de un electrocardiógrafo.
g) Transporte al hospital acompáñese al paciente al hospital.

HEMOSTÁTICOS.

Hemostasia.- Son los diferentes mecanismos fisiológicos - que intervienen en el control de la hemorragia.

AGENTES HEMOSTÁTICOS:

a) Trombina.
b) Tromboplastina.
c) Fibrinógeno.
d) Fibrina.
e) Esponja de gelatina. (Gelfoam)
f) Celulosa oxidada.
g) Adrenalina o noradrenalina.

TROMBINA.

Se trata de un coagulante fisiológico que se prepara por la interacción, de tromboplastina y calcio sobre la - protrombina de origen bovino. Se aplica tópicamente como polvo, para controlar el sangrado capilar durante la cirugía; también se puede utilizar como adhesivo en la cirugía plástica.

No se recomienda por vía parenteral y coagulación intravascular (vía I. V.) y reacciones alérgicas; actúa -- transformando el fibrinógeno en fibrina. Es un agente he

mostático muy eficáz y se puede emplear en combinación con - espuma de fibrina y con esponja de gelatina.

TROMBOPLASTINA.

En forma natural, la producen las plaquetas y tejidos - dañados. Comercialmente se extrae del cerebro del bovino.

Este compuesto acelera la coagulación deteniendo el sangrado; se administra tópicamente en aerosol o con esponja.

FIBRINÓGENO.

Se prepara por purificación del plasma humano; se emplea principalmente en injertos de piel y membranas mucosas.

También se utiliza por vía parenteral para restablecer - los niveles sanguíneos de fibrinógeno, después de cirugía mayor o complicaciones hemorrágicas.

FIBRINA.

Comercialmente es una espuma de tipo esponjoso que se — prepara por la acción de la trombina sobre el fibrinógeno de sangre humana; se expende en tiras de esponja blanca; se aplica directamente y haciendo presión sobre el área de la hemorragia.

Actúa haciendo las veces de una red para detener la - sangre que emana del área.

ESPONJA DE GELATINA (GELFOAM):

Es una esponja estéril insoluble en agua; no es antigénica y posee gran capacidad absorbente.

Por lo general se puede depositar en el área de incisión - antes de suturar ya que se reabsorbe al cabo de 4 ó 6 semanas.

Se puede aplicar en la superficies cutáneas o mucosas, ya - que se licúa en 3 ó 5 días, se emplea para parar el sangrado - capilar o venoso.

Se utiliza en alvedos dentales, después de una extracción - si existe una hemorragia.

CELULOSA OXIDADA.

Es una gasa o algodón quirúrgico, tratada de manera especial que favorece la coagulación al reaccionar la hemorragia con el ácido celulósico. Por lo general, la absorción de la celulosa oxidada se efectúa en 2 ó 7 días después de la aplicación de - material seco. Clínicamente se utiliza como un implante tem-- poral. Como el ácido celulósico inhibe la apitelización; no - se debe emplear en apósitos superficiales; tampoco se debe uti

lizar conjuntamente con trumbina ya que su acidez la puede inactivar, a menos que se neutralice antes con bicarbonato de sodio.

La celulosa oxidada se puede insertar en los alveolos dentales, presionando fuerte, para el control de hemorragias en extracciones dentales. Se expende en bolitas de algodón, almohadillas o tiras de gasa.

ADRENALINA O NORADRENALINA.

Se aplica tópicamente; produce vasoconstricción inmediata, aunque muy breve, que favorece el control del sangrado.

Se absorve con mucha rápidez por la mucosa, aunque puede ocasionar serios problemas, sobretodo al reaccionar con otros compuestos, como los anestésicos.

CONCLUSIONES.

Debemos estar preparados para cualquier urgencia médica que se nos presente en el consultorio; a pesar de haber elaborado una historia clínica detallada el índice de morbilidad es elevado y más aún el de mortalidad.

Hago énfasis en hacer disciplinas simuladas de urgencias, en tener los elementos necesarios para la misma como es oxígeno, adrenalina, hemostáticos etc., para estar armados ante una situación tan comprometedora como lo es ésta.

Siempre tener el botiquín dental a la mano y colocar los medicamentos en orden y con nombres para que no exista confusiones; saber siempre para que caso está indicado cada fármaco y que se encuentren éstos dentro de los límites en que pueden ser utilizados y no caducos.

Es obvio que tenemos que poner mayor enfasis en las medidas de prevención para que no exista una urgencia dentro del consultorio dental.

SOPORTE BÁSICO DE VIDA.

Cuando una víctima está inconsciente, el manejo inmediato debe perseguir dos objetivos:

1.- Reconocimiento de la inconsciencia.
2.- Manejo de la inconsciencia.

a) Reconocimiento de la obstrucción de la vía aérea.
b) Manejo de la obstrucción de la vía aérea.

RECONOCIMIENTO DE LA INCONSCIENCIA:

a) Falta de respuesta a los estímulos sensoriales.
b) Pérdida de los reflejos protectores.
c) Dificultad respiratoría.

MANEJO DE LA INCONSCIENCIA

a) Reconocimiento de la inconsciencia
"Sacúdalo y grítele"
Estímulo doloroso.
b) Pida ayuda.
c) Coloque al paciente en posición supina.
d) Mantenga permeables las vías respiratorias.
e) Determine si hay paso de aire y respiración
Coloque su oído a 2.5 cm. de la boca/nariz del paciente
Escucha y sienta el flujo del aire pulmonar
Vea el movimiento del pecho/abdomen del paciente.

f) Maniobra triple para establecer la ventilación (si se requiere)
   Luxación de la mandíbula.
   Incline la cabeza hacia atrás
   Abra la boca con los dedos
g) Corrobore que haya paso de aire y ventilación.
h) Respiración artificial
   Ventilación de aire exhalado
   Respiración boca/boca
   Respiración boca/nariz
   Oxígeno enriquecido
   Tanque de oxígeno tipo E con mascarilla
   Válvula de sedación por inhalación
i) Certifique la presencia de circulación
   Arteria Carotídea
j) Manejo definitivo de la inconsciencia.

RECONOCIMIENTO DE LA OBSTRUCCION DE LA VIA AEREA

Se manifiesta porque la víctima está jadeando para respirar con un gran esfuerzo y por la presencia de una retracción supraesternal (expansión de la caja torácica, mientras que los tejidos blandos particularmente los de las fosas supraesternal y las supraclaviculares se retraen debido a un aumento de la presión torácica negativa).

Si la obstrucción es total, no habrá ningún ruido asociado.

MANEJO DE LA OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA

a) Reconocimiento de la inconsciencia

b) Posición de la víctima (supina)

c) Extender la cabeza hacia atrás

d) Revisar la vía aérea y la respiración

e) Dar respiración artificial

f(Reposicionar la cabeza (hacia atrás) y dar respiración artificial.

g) Maniobra triple para restablecer una vía aérea permeable.

h) Dar respiración artificial

i) Dar cuatro palmadas

j) Dar cuatro apretones manuales

k) Revisar la boca en busca de cuerpos extraños

l) Dar respiración artificial

m) Dar cuatro palmadas en la espalda

n) Dar cuatro apretones manuales, revisar la boca en busca de cuerpos extraños.

o) Repetir el paso "n" como se indica

p) Cricotirotomía.

CRICOTIROTOMÍA

ANATOMÍA

El criterio que rige cualquier procedimiento quirúrgico para abrir una vía aérea es que, esta apertura para ser efectiva, debe realizarse por debajo de la obstrucción.

En el adulto, la porción más estrecha de la tráquea se halla a nivel de la laringe. La mayoría de los objetos que producen una obstrucción se impactan en ésta área.

El cartílago tiroides, el más grande de los cartílagos de la tráquea y el cricoides representan los límites anatómicos para efectuar una cricotirotomía.

Una estructura la membrana cricotiroidea se une en la parte anterior a estos dos cartílagos y es el lugar preciso donde se debe realizar la cricotirotomía.

Se le puede localizar muy fácil si se coloca un dedo en la prominencia (manzana de Adán) del cartílago tiroides y se desliza ese dedo hasta abajo, para localizar una depresión. Esta es la membrana cricotiroidea.En la parte inferior de esta depresión se encuentra otra prominencia, el cartílago cricoides. Este se encuentra en la parte inferior de la

incisión , mientras que el cartílago tiroides y las cuerdas vocales están por arriba de la misma.

EQUIPO

Se utiliza un bisturí de hoja recta (no.11) alternativamente se ha sugerido el uso de una aguja del calibre del 13 de ancho por 1.3 cm. de longitud.

TECNICA

El paciente, aún estando inconsciente, si respira profundamente, debe ser colocado en una posición supina, con una ligera inclinación de la cabeza. Se ha de hiperextender el cuello (llevando la cabeza hacia atrás) para permitir la fácil identificación de los cartílagos y de la membrana cricotiroidea. Puede colocarse un rollo de material debajo del cuello para ayuder ala hiperextensión.El cartílago tiroides se sostendía firmemente entre el dedo pulgar y el segundo de los dedos de la mano izquierda mientras que el dedo índice ayuda a fijar la membrana cricotiroidea.

Se hace una incisión vertical sobre la línea media entre los cartílagos tiroides y cricoides. Se retraen los vasos de la línea media con el dedo pulgar y con el dedo índice de la otra mano. A medida que la disección de los dedos abre la herida, aparece la membrana cricotiroidea. Entonces se hace una incisión horizontal tan cerca como sea posible del cartílago cricoides para disminuir cualquier posibilidad de sangrado de dicho cartílago.

Para agrandar el espacio cricotiroideo, se inserta el mango del bisturí dentro de la incisión horizontal y se rota 90° para abrir la vía aérea. Si se tiene, se puede insertar un tubo cricotiroideo o de traqueotomía.

No se necesita anestesia, debido a que el paciente está inconsciente y no es capáz de reaccionar al estímulo producido por el bisturí. No es poco frecuente que una vez que se haya penetrado en la tráquea , empiece un acceso de tos.

Cuando se utiliza una aguja de calibre 13 por 1.3cm.

de largo , se fija el cartílago tiroides, de la misma manera con el dedo índice, para identificar la membrana cricotiroidea. La aguja se inserta através de esta área hasta presentar en el lumen de la tráquea. Se previene la perforación de la pared traqueoesofágica por la presencia de la pared posterior cartilaginosa del cricoides.

Si los movimientos respiratorios se presentan en forma espontánea, la víctima recuperará la consciencia rápidamente, pero todavía no podrá hablar, debido a que la obstrucción en la laringe todavía persiste.

Una vez que esto sucede, debemos recordar que una apertura en la tráquea no se puede cerrar, hasta que el objeto que ha producido la obstrucción, ha sido removido y eliminado. En ausencia de movimientos respiratorios espontáneos, se tiene que dar respiración artificial a través de la cricotirotomía, para asegurar la adecuada oxigenación de la sangre. Inmediatamente después, se verificará que la circulación sea adecuada, palpando la arteria carotidea.

MANEJO ADICIONAL

Una vez que ya se estableció uan vía aérea permeable se puede administra oxígeno a la víctima, y colocar una cánula o mascarillafacial sobre la abertura traqueal.Se debe pedir asistencia o ayuda médica y entonces, transferir al paciente a una unidad hospitalaria, domde se le brindarán cuidados médicos de urgencia, al tratamiento posterior (remoción del objeto extraño y cierre de la apertura traqueal) y observación.

SIGNOS VITALES

Los signos vitales son cuatro.

1) Presión Sanguínea

2) Frecuencia cardíaca (pulso)

3) Frecuencia respiratoria

4) Temperatura

Los valores normales son:

1) 90 (diastólica) 120 (sistólica)

2) 60 y 100 latidos/ minuto (en reposo)

3) 16 a 18 respiraciones/ minuto.

4) 37° bucal y 36.1 a 37.5 corporal

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

EMERGENCIAS DENTALES

MALAMED STANLEY F.

1986

2a. EDICION

pp. 474

EDITORIAL CIENTIFICA

EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA

MC. CARTHY

FRANK M.

2a. EDICION

MEXICO EL ATENEO

1973

Pp. 536

COMPENDIO DE FARMACOLOGIA

MANUEL LITTER

2a. EDICION

MEXICO EL ATENEO

1978

pp. 705

PREVENCION DE LOS ACCIDENTES CARDIOVASCULARES

EN LA CONSULTA ODONTOLOGICA

MARIO CORONEL BORBON

MEXICO D. F.

1978

FUNDAMENTOS DE ANESTESIOLOGIA

GUILLERMO LOPEZ ALONSO

LA PRENSA MEXICANA

1978

FARMACOLOGIA MEDICA

VICTOR A. DRILL

1a. EDICION

1979

LA PRENSA MEDICA MEXICANA.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA