



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**Facultad de Odontología**

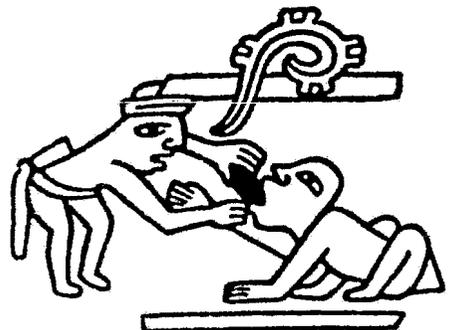
**EMERGENCIAS MEDICO - DENTALES  
PREVENCION Y TRATAMIENTO**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :  
**CIRUJANO DENTISTA**  
P R E S E N T A N :  
ALICIA FLORES PRIETO  
GPE. ANGELICA MENDEZ VALENZUELA

**México, D. F.**

**1983**





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	
I.- HISTORIA CLINICA	
a) Definición.....	1
b) Elaboración.....	1
c) Esquema de historia clínica dental...	8
II.- EQUIPO Y MEDICAMENTOS UTILES PARA EMER-- GENCIAS MEDICO-DENTALES.....	10
III.- CONSIDERACIONES DEL TRATAMIENTO EN PA--- CIENTES QUE ESTAN BAJO ATENCION MEDICA..	13
a) Interrogatorio preventivo para el tra- tamiento dental.....	14
b) Enfermedades cardiovasculares.....	15
c) Alergias.....	19
d) Trastornos nerviosos.....	21
e) Diabetes.....	23
f) Enfermedades del hígado.....	24
IV.- EMERGENCIAS MAS COMUNES EN EL CONSULTO-- RIO DENTAL.....	25
a) Reacciones a anestésicos locales.....	25
b) Hemorragia.....	26
c) Lipotimia.....	32

	PAG.
d) Síncope.....	34
e) Colapso.....	36
f) Estado de choque.....	38
g) Paro respiratorio.....	45
h) Paro cardiaco.....	47
i) Obstrucción laríngea aguda.....	51
j) Dislocación de la articulación tempo- romandibular.....	55
k) Fractura de la tuberosidad del maxi-- lar.....	57
l) Fractura mandibular.....	58
V.- VALORES NORMALES UTILES PARA EL DENTISTA	69
CONCLUSIONES	
BIBLIOGRAFIA	

## INTRODUCCION

En la presente tesis se tratará la importancia que representan las emergencias en el consultorio dental, así como el mejor tratamiento aplicable a cada una de ellas.

En muchas ocasiones surgen situaciones indeseables en la práctica odontológica, que pueden ser de poca importancia y requerir de tratamientos sencillos, pero en otros casos pueden surgir complicaciones graves en donde es necesario que el dentista tome medidas urgentes para combatir la evolución a estados que pongan en peligro la vida del paciente.

Es necesario para prevenir las reacciones indeseables realizar y valorar una buena historia clínica.

Es importante que al tratar las emergencias en el consultorio, el dentista no vacile en tomar medidas que logren la conservación de las funciones vitales, como son: la respiración y circulación. Para llevar a cabo dichas medidas se debe de contar con el material indispensable para su objetivo.

Después de lo dicho anteriormente, ponemos a su consideración el reconocimiento de esta tesis como medio de información sobre las emergencias más comunes en el consultorio dental.

CAPITULO I

HISTORIA CLINICA

DEFINICION.

Es la biografía del individuo en relación a sus padecimientos físicos o mentales, Incluye todos los antecedentes y datos actuales que pueden estar vinculados con la enfermedad, como son: su medio ambiente, hábitos, costumbres, características físicas y factores concernientes a la herencia.

ELABORACION.

DATOS PERSONALES.

Nombre, edad, sexo, lugar de nacimiento, estado civil, dirección, ocupación, teléfono.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Se preguntarán datos como el tabáquico y el alcohólico. Debiéndose agregar su relación con el enfisema pulmonar y la enfermedad coronaria. Asi como la práctica regular de deportes, también se interrogará sobre toxicomanías.

ANTECEDENTES FAMILIARES Y HEREDITARIOS.

Padres, hermanos, cónyuges, hijos, abuelos: causas-

de muerte, edades, estado de salud.

Se preguntará respecto a estos familiares sobre: -- toxicomanías, alcoholismo, diabetes, sífilis, tuberculosis, alergias, neumopatías, artropatías, hemopatías, cardiopatías, hipertensión, arteroseclerosis, accidentes vasculares, embarazos, abortos, partos prematuros, muertes neonatales, intoxicaciones, traumatismos, infecciones, edad de los padres en la procreación, consanguinidad, radiaciones, nutrición.

#### APARATOS Y SISTEMAS.

##### Respiratorio.

Se interrogará sobre: obstrucción nasal, disfonía, tos, expectoración, hemoptisis, dolor torácico, cianosis, --- trastornos de voz, disnea.

##### Digestivo:

Halitosis, sangrados de la boca, secreción salival; su disminución, disfagia, pirosis (sensación de ardor que sube del estómago a la faringe con eructos agrios y, a veces, - regurgitación); regurgitación, apetito, masticación, tránsito esofágico, distensión abdominal, dolor, vómito, hematemesis - (vómito de sangre); tránsito intestinal, evacuación diarreíca, melena (expulsión de sangre alterada por el ano, sola o con heces); tenesmo (deseo continuo, doloroso e ineficaz de - orinar); constipación, ictericia, tolerancia a alimentos, aerofagia (deglución voluntaria o no de aire); eructo, hipo.

#### Urinario.

Se preguntará sobre: dolor renal, dolor vesical, dolor uretral, dolor ureteral, dolor prostático, dolor testicular y/o epididimo, hematuria, piuria (expulsión de pus mezclado con la orina, es debida a padecimientos renales); polaquiuria (aumento en el número de micciones es debida a la disminución de la capacidad vesical o la estimulación anormalmente frecuente de los reflejos de la micción); disuria (micción dolorosa, ardor miccional); tenesmo, pujo (sensación de contracciones involuntarias, dolorosas que puede ser y que de hecho son frecuentemente consecutivas al tenesmo); incontinencia urinaria, enuresis (incontinencia en niños a partir de los 3-- años y adolescentes; puede ser diurna o nocturna, es debida-- a causas neurogénicas por desarrollo incompleto médulo-cortical o por trastornos psicopático de fondo emotivo); poliuria-oliguria (emisión en 24 horas de una cantidad de orina insuficiente para cumplir adecuadamente la función emuntorial del riñón); anuria (ausencia de orina en la vejiga, su causa puede ser por insuficiencia renal); espermatorea (salida de semen de manera continua o sólo durante la defecación, su causa es por inflamación protatovesicular con atonía de estos órganos).

#### Genital.

Se interrogará: fecha de la primera y última menstruación, regularidad, duración, estimación de abundancia, anormalidad o escasez, menopausia, embarazos, partos, abortos,

eclampsia (ataque súbito de convulsiones tónicas clónicas) -- síndrome premenstrual, metrorragia (hemorragia uterine sin relación menstrual); menorragia (menstruación anormalmente profusa); leucorrea (flujo blanco); libido (apetito sexual); perturbaciones sexuales, iniciación de la pubertad, padecimientos genitales, erección, eyaculación.

Nervioso.

Se interrogará sobre: pérdida de conocimiento, parálisis, parestias, temblores, coordinación, convulsiones, atrofas, hipo e hiperparestias, cefalea, algias (dolor en una región sin modificaciones anatómicas); visión, audición, equilibrio, olfato, gustación, sueño, personalidad, depresión, -- compulsión, excitación, atención, memoria, cambios de la conducta, afectividad, nerviosismo, angustia.

Cardiovascular.

Se interrogará sobre: disnea, tos, hemoptisis (sangrado por las vías respiratorias cuando se rompe una vena --- bronquial debido a la hipertensión venosa pulmona); bronquitis frecuentes, síncope (se debe a disminución del riego sanguíneo cerebral); fatiga, palpitaciones, dolor precordial, dolor epigástrico, dolor torácico, edema de tobillos.

Hemolinfático.

Se interrogará sobre: anemias, hemólisis, tendencia a hemorragias, menor resistencia a infecciones, adenopatías.

**ALERGIAS.**

Si presenta reacciones a medicamentos, alimentos, -  
polvos, ropa u otros.

#### EXPLORACION DE LA BOCA.

##### Labios.

Color, alteraciones de la forma, volúmen y el esta-  
do de la superficie. Queilosis.

##### Encías.

Color, forma, volúmen: gingivitis, gingivorrea (se-  
creción espesa en el borde libre de la encía); piorrea (secre-  
ción purulenta en el tejido parodontal).

##### Lengua.

Color, forma, volúmen: macroglosia, microglosia, sa-  
burril, escrotal, fisurada, estriada, geográfica, glositis --  
romboidea media, glositis luética.

##### Carrillos.

Conductos salivales, hiperpigmentaciones, volúmen.

##### Amígdalas.

Aumento de volúmen, color, si hay ulceraciones, co-  
mo es su superficie.

##### Hábitos.

Si se introduce objetos, si destapa refrescos con -

los dientes, respirar por la cavidad oral.

Paladar blando, duro y úvula.

Paladar hendido, torus palatino, paladar ojival, perforación del paladar, ausencia de úvula, longitud excesiva o bifurcación de la úvula, desviación de la úvula.

Pared posterior de la faringe.

Su coloración, edema, exudado mucopurulento o purulento, absceso o flemón retrofaríngeo, neoplasias.

Frenillos.

Si están presentes o ausentes, largos, cortos, anchos, delgados.

Dientes.

Número de dientes presentes, número de dientes ausentes, color, implantación, caries. Si hay hipodoncia, hipoplasia idiopática, atrición, dientes de hutchinson.

Oclusión.

Ortognata, prognata, retrognata, mordida cruzada -- mordida abierta, sobremordida, apiñamiento anterior y/o posterior.

Articulación temporomandibular.

Si la abertura de los maxilares es limitada, si hay dolor al abrir, observar la asimetría de la cara y en especial la mandíbula, si existe luxación, si se escucha crepitación y chasquido, si hay hipertrofia de los músculos de la articulación.

#### Exostosis.

Si hay algún crecimiento óseo en paladar, piso de la boca o en algún otro sitio de la cavidad oral.

#### MOTIVO DE LA CONSULTA.

Puede ser por diversas causas, entre ellas: dolor, estética, inflamación.

#### PLAN DE TRATAMIENTO.

Es la rehabilitación bucal que se va a realizar al paciente siguiendo el orden que más convenga.

ESQUEMA DE UNA HISTORIA CLINICA DENTAL

HISTORIA CLINICA

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

\_\_\_\_\_

ANTECEDENTES FAMILIARES Y HEREDITARIOS:

\_\_\_\_\_

¿ Está usted bajo atención médica? \_\_\_\_\_ ¿ Porqué? \_\_\_\_\_

¿ Está tomando algún medicamento: \_\_\_\_\_

APARATOS Y SISTEMAS.

Respiratorio: \_\_\_\_\_

Digestivo: \_\_\_\_\_

Urinario: \_\_\_\_\_

Genital: \_\_\_\_\_

Nervioso: \_\_\_\_\_

Cardiovascular: \_\_\_\_\_

Hemolinfático: \_\_\_\_\_

ALERGIAS:

\_\_\_\_\_

EXPLORACION DE LA BOCA:

Labios: \_\_\_\_\_ Encías: \_\_\_\_\_ Lengua: \_\_\_\_\_

Carrillos: \_\_\_\_\_ Amígdalas: \_\_\_\_\_ Hábitos: \_\_\_\_\_

Palañar blando, duro y úvula: \_\_\_\_\_

Pared posterior de la faringe: \_\_\_\_\_ Franjillas: \_\_\_\_\_

Oclusión: \_\_\_\_\_ ATM: \_\_\_\_\_ Exostosis: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA CONSULTA:

\_\_\_\_\_

PLAN DE TRATAMIENTO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V
_____																_____									
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V

\_\_\_\_\_  
Firma paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma Dr.

Fecha: \_\_\_\_\_

## CAPITULO II

### EQUIPO Y MEDICAMENTOS UTILES PARA EMERGENCIAS MEDICO-DENTALES

Para manejar inteligentemente las emergencias médico-dentales es esencial familiarizarse con el equipo y los principios farmacológicos para llevar a cabo la reanimación del paciente.

La reanimación tiene por objeto inmediato conservar la respiración y la circulación. Al respecto, la sustancia de mayor utilidad es el oxígeno. Para resolver con mayor facilidad los accidentes, se sugiere que el consultorio dental disponga de tanque de oxígeno, válvula reguladora, mascarilla y bolsa de respiración. Este equipo debe ser revisado cada mañana. Para el manejo de los accidentes respiratorios también resultan útiles y aun indispensables ciertos accesorios, como cánulas de distintos tamaños, instrumentos para separar los maxilares y mantener la lengua hacia adelante, y una bomba de aspiración para limpiar de vómito las vías respiratorias superiores.

Para tratar la insuficiencia circulatoria, se debe disponer de jeringas estériles de 2, 5 y 10ml de capacidad, así como de agujas estériles para inyecciones intravenosa, intramuscular y subcutánea. El dentista debe dominar la técnica

de inyección por las tres vías.

Para tratar y prevenir las hemorragias que pueden-- acompañar a los tratamientos odontológicos, resultan útiles-- los elementos siguientes:

Rollos y compresas de algodón.

Solución de epinefrina al 1:1000.

Trombina.

Compresas absorbibles de gelatina o celulosa oxidada.

En caso de que se presentase una reacción medicamen-tosa aguda se dan, en este orden de sucesión: una solución de adrenalina al 1:1000, Benadryl y Solu-Cortef, tan pronto como se haya hecho el diagnóstico. La adrenalina producirá vaso---constricción por su acción sobre los receptores alfa, lo que-umenta la presión de la sangre y previene la exudación de lí-quido a través de los vasos; además, estimula al corazón por-los receptores  $B_1$  y causa dilatación de los bronquios por los receptores  $B_2$  . El Benadryl evita la liberación de histamina-en los tejidos. Solu-Cortef o algún otro corticosteroide ad--ministrado por vía parenteral evita las reacciones de antíge-no anticuerpo.

MEDICAMENTOS EMPLEADOS EN EMERGENCIAS MEDICO-DENTALES

Nombre comercial	Nombre genérico	Modo de administración.	Dosis	Indicación
Adrenalina	Epinefrina	IM, IV o inyectada en el lado ventral de la lengua	0.2 a 0.5 ml	Reacción medicamentosa aguda.
Benadryl	Clorhidrato de difenhidramina.	Por vía bucal, IM o IV .	10-50mg	Reacción medicamentosa aguda.
Solu-Cortef	Succinato sódico de hidrocortisona.	IM o IV	50-250mg.	Reacción medicamentosa aguda, insuficiencia suprarrenal
Nitroglicerina	Trinitrato de glicerilo.	Tableta colocada bajo la lengua.	0.4mg	Angina de pecho.
Aspirol	Amoniaco aromático.	Inhalación.	0.4ml	Síncope.
Oxígeno	O <sub>2</sub>	Por catéteres nasales o más cara.	-	Para procesos de reanimación.

### CAPITULO III

#### CONSIDERACIONES DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES

#### QUE ESTAN BAJO ATENCION MEDICA

Mientras el paciente que necesita los cuidados de un dentista se encuentre bajo tratamiento médico, puede plantear al odontólogo problemas especiales. La elección del tratamiento o medicamentos por parte del dentista puede depender de la enfermedad preexistente o de los efectos de la medicación general. En muchos casos, el establecer una conducta terapéutica adecuada necesitará la colaboración del dentista con el médico.

Muchas veces se logran datos importantes a través de una breve investigación del estado físico del enfermo, haciendo hincapié de los medicamentos empleados, las alergias, las hipersensibilidades y el tratamiento médico en curso. Si tal información arroja duda acerca de la conducta a seguir -- con un enfermo dado, es prudente posponer la decisión hasta que el dentista haya podido discutir ampliamente el caso con el médico que le tiene en tratamiento.

INTERROGATORIO PREVENTIVO PARA EL TRATAMIENTO DENTAL

1. ¿Ha recibido usted tratamiento por parte de un--  
médico o de un cirujano? Si así es, ¿por qué razones?

(Cuando sea necesario se recogerán los nombres de--  
los médicos tratantes para consultarlos. Cuando sea  
posible, se investigará si se hizo diagnóstico de -  
fiebre reumática, enfermedad cardiovascular, diabe-  
tes, epilepsia).

2. ¿Ha recibido usted recientemente algún medicamento  
como anticoagulante, derivados de la cortisona, hipotenso-  
res, tranquilizantes o sedantes?

(La información obtenida puede complementar la que--  
correspondió a la primera pregunta, y también permite  
descubrir la automedicación con productos que no  
necesitan receta).

3. ¿Alguna vez ha tenido usted fiebre del heno, as-  
ma, o cualquier otra alergia?

4. ¿Algún dentista o médico le ha administrado alguna  
vez un anestésico local? Si es así, ¿cuál fue su reacción?  
¿Sabe usted qué medicamento empleó?

5. ¿Ha recibido usted penicilina alguna vez? Si así

es, ¿cuál fue su reacción?

6. ¿Le dijo alguna vez un dentista o un médico que no tomara usted determinado medicamento?

7. ¿Ha tenido algún problema cardiaco? ¿tiene usted dificultades para respirar?

8. ¿Necesita usted poner en alto la cabeza cuando se acuesta o cuando duerme? ¿Se le hinchan los tobillos?

9. ¿Ha seguido usted alguna vez un régimen alimenticio? Si así es, ¿por qué?

(las dietas con poco sodio se prescriben en casos de hipertensión o enfermedad renal; puede contraindicar el empleo de medicamentos a base de sodio o de sales de sodio. Así se puede descubrir una diabetes o na úlcera gástrica, así como algún estado que motivo por parte del médico la indicación de perder peso.

#### ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Cualquier paciente con enfermedad cardiovascular -- amerita cuidado especial. El médico tratante debe ser consultado antes de emprender tratamientos quirúrgicos extensos, y-

en cada caso, antes de administrar un anestésico. En este --- grupo de pacientes puede ser útil la medicación preoperatoria con sedantes; tiene mucha importancia que el dentista asuma - una actitud comprensiva y reconfortante.

En estos casos, se deben evitar en lo posible la -- aprensión, la preocupación y las intervenciones dentarias lar- gas y cansadas, que provocan liberación de epinefrina y nore- pinefrina, y pueden elevar la presión arterial, aumentar la - frecuencia cardíaca y desencadenar otros efectos que represen- ten esfuerzo considerable para el sistema cardiovascular. La- epinefrina que se administra en combinación con una solución- de anestésico local se inyecta fuera de los vasos, y en can- tidades demasiado pequeñas como para producir un efecto noci- vo importante. Debe tenerse cuidado de emplear un equipo que- suprima el peligro de la inyección intravascular.

En pacientes que están bajo tratamiento con nitro-- glicerina y nitrito de amilo para aliviar el dolor de los --- ataques de angina de pecho, cuya finalidad es la de dilatar - los vasos coronarios; pero su acción no es específica, e in-- teresa a muchos otros vasos. Pueden producir caída brusca de- la presión sanguínea y a veces síncope.

En quienes reciban tales medicamentos, el dolor, la aprensión, la sobreexcitación, pueden desencadenar ataques --

anginosos. Por lo tanto, habrá que evitar la aprensión, la -- preocupación, y las manipulaciones largas y cansadas.

Los hipertensos que reciban tratamiento con hipo--- tensores como el clorhidrato de hidralacina o nitritos orgá-- nicos, es común a la mayoría de estos productos la facilidad-- con que desencadenan náuseas y vómitos, además pueden presen-- tar con más facilidad que los demás hipotensión postural o -- síncope; el incorporarse repentinamente o los cambios de posi-- ción pueden provocar pérdida momentánea de conciencia. Muchos de estos medicamentos potencializan la sedación y la aneste-- ñía por barbitúricos. Es posible que se deba disminuir algo -- la dosis habitual de sedantes en los enfermos que reciban --- tratamiento hipotensor. En caso de realizar anestesia general siempre se debe saber si el paciente está tomando hipotenso-- res.

Los enfermos que hayan sufrido trombosis coronaria-- necesitan un cuidado especial porque pueden estar tomando an-- ticoagulantes, como heparina. Estos medicamentos retardan la-- coagulación, y su empleo predispone obligatoriamente a las he-- morragias después de cualquier cirugía bucal. A veces, su ad-- ministración puede producir hemorragia gingival espontánea.

El suspender la administración de un anticoagulante o modificar su posología, debe hacerse exclusivamente con au--

torización del médico tratante. Si no se puede suspender el tratamiento el dentista debe prever el problema del sangrado y tomar medidas que le permitan dominar la hemorragia con procedimientos locales.

Resulta útil al respecto la compresión asociada con aplicación tópica de trombina u otros hemostáticos.

En pacientes con insuficiencia cardiaca en quienes se emplea digital y derivados por largo tiempo, presentan tendencias a las náuseas y vómitos. Hay que tener cuidado de no provocar el reflejo de vómito; asimismo, se debe evitar la aspiración de material regurgitado.

Los reguladores del ritmo como quinina o clorhidrato de procainamida que sirven para disminuir la frecuencia del pulso o evitar paroxismos intermitentes de taquicardia, muchas veces se acompañan de vértigos, náuseas y vómitos. También puede haber caída brusca de la presión sanguínea con estímulos ligeros. En vista de que el empleo repetido de procainamida puede ir seguido de leucopenia (reducción de número de leucocitos en la sangre por debajo de  $5000/\text{mm}^3$ ) y granulocitopenia (escasez de granulocitos en la sangre; agranulocitosis), el odontólogo deberá vigilar en la mucosa bucal la presencia de lesiones que parecen asociarse con agranulocitosis.

En ocasiones el médico receta diuréticos mercuriales o medicamentos como cloratiacida y acetazolamida para disminuir el edema cardiaco y algunas formas de edema nefrótico, que pueden ser complicaciones de la insuficiencia cardiaca. - Pueden ocurrir estomatitis agudas secundarias a la reacción - que desencadene el metal contenido en los diuréticos mercuriales. Los signos y síntomas bucales asociados con la intoxicación por mercurio deben distinguirse de las lesiones debidas a gingivostomatitis ulceronecrotica y a discrasias sanguíneas. La administración de acetazolamida produce a veces parestesia facial

En pacientes que padecen enfermedad reumática o congénita del corazón el peligro potencial es la endocarditis bacteriana a consecuencia de las bacteriemias asociadas con las maniobras quirúrgicas odontológicas.

Cada vez que se espere traumatismo de tejidos blandos es obligatoria la terapéutica antibiótica profiláctica. - Se establecerá, pues, para extracción, terapéutica parodontal, cirugía endodóntica y otros procedimientos quirúrgicos.

#### ALERGIAS

Cuando existen datos de alergia general son mayores las probabilidades de reacción alérgica a anestésicos locales

analgésicos, antibióticos y otros productos terapéuticos empleados en odontología.

Muchos productos empleados en el tratamiento de la alergia como epinefrina y corticosteroides, también pueden producir reacciones generales importantes, a veces de peligro. Es el caso en particular de los antihistamínicos, aunque también puedan emplearse con regularidad durante periodos prolongados otros muchos medicamentos para combatir la alergia.

Los antihistamínicos, por ejemplo el clorhidrato de difenilhidramina o el clorhidrato de tripelenamina, pueden ser administrados continuamente durante días o meses.

El dentista debe saber que la somnolencia o depresión del sistema nervioso central constituye efecto colateral frecuente de estos medicamentos. En raras ocasiones aparece agranulocitosis.

Algunos enfermos con problemas alérgicos crónicos reciben más o menos continuamente epinefrina o derivados de la xantina, como la aminofilina. Ambos medicamentos son estimulantes del sistema nervioso central. Cuando estos pacientes necesitan un sedante en previsión de la intervención odontológica, es posible que se precisen dosis mayores de las habituales.

Algunos pacientes con alergia reciben terapéutica más o menos constante a base de yoduros. Este grupo de medicamentos puede provocar edema peribucal y parotiditis. La intoxicación ligera por el yodo da síntomas de catarro, sabor metálico desagradable y sensación de quemaduras en garganta, encías y dientes.

### TRASTORNOS NERVIOSOS

#### TRANQUILIZANTES.

Varios ataráxicos o tranquilizadores de empleo frecuente en medicina tienen importancia especial para el dentista. Cuando se administra clorhidrato de cloropromacina durante largo tiempo, puede disminuir la cifra de leucocitos, lo que predispone a la infección. Se han señalado casos de agranulocitosis asociados con el empleo prolongado de este medicamento. También hay tendencia a la hipotensión postural. Hay que hacer hincapié en que no debe emplearse nunca epinefrina para combatir el colapso vasomotor en los enfermos que reciben cloropromacina; el efecto adrenolítico de ésta puede invertir el efecto de aquélla. En este tipo de emergencias, la fenilefrina o el levarterenol constituyen medicamentos presores más útiles.

El meprobamato provoca a veces reacciones alérgicas

en piel y mucosa bucal o depresión importante. Puede resultar peligroso prescribir sedantes a un paciente odontológico que ya esté recibiendo meprobamato u otros tranquilizantes.

#### ANTICONVULSIVANTES.

La administración prolongada de algunos medicamen--tos es regla en el tratamiento de epilepsia. Tales medicamen--tos pueden a veces disminuir las cifras de leucocitos, lo ---cual, a su vez, aumenta la susceptibilidad a la infección. El difenilhidantoinato de sodio tiene en grado sumo la capacidad de producir hiperplasia de las encías. Ya que no siempre se - puede o se debe suprimir la administración del medicamento, - el dentista deberá tratar la hiperplasia gingival como proble--ma local. En la mayoría de los casos, la gingivectomía y la - instrucción adecuada del enfermo en los métodos correctos de- higiene bucal permitirán controlar el problema y retrasar el- momento en que se vuelva a presentar.

Otro medicamento antiepiléptico, la primidona, pro- voca dolor gingival como efecto colateral.

Cuando un epiléptico tenga que recibir atención -- odontológica, se deben disminuir al máximo sus trastornos emó- cionales a través del empleo juicioso de medicamentos y sim--patía personal. Es aconsejable tener consulta con el médico - antes de emprender la terapéutica odontológica.

### ESTIMULANTES.

Para combatir estados de depresión o, a veces, para disminuir el apetito, se administran diferentes medicamentos-estimulantes. Es común el empleo de simpaticomiméticos; por ejemplo: las sales de anfetamina, dextroanfetamina o metafetamina. Es posible que quienes reciban tales compuestos se encuentren nerviosos y presentes pulso rápido. En ellos puede ser necesario emplear una dosis de sedantes mayor que la habitual en la medicación pre o posoperatoria. Siempre que se concuerde con el visto bueno del médico tratante puede resultar útil la supresión de la terapéutica simpaticomimética antes de la cita en el consultorio dental.

### DIABETES

En un diabético no controlado, la cirugía bucal sólo se llevará a cabo en caso de urgencia previa consulta con el médico tratante, de preferencia en hospital. El raspado subgingival y cualquiera otra manipulación que se acompañe de lesión de tejidos blandos u óseos sólo se realizarán después de haber controlado la diabetes. Al tratar a diabéticos, el dentista debe tener la seguridad de que el padecimiento se encuentra bajo control antes de emprender cirugía bucal; en general lo mejor es consultar al médico tratante. Aunque la diabetes no constituye contraindicación de la anestesia gene-

ral en el paciente ambulatorio, deben tomarse medidas especiales en relación con el período de ayuno y la modificación de la alimentación que preceden y a veces siguen a la intervención.

Muchos enfermos controlan su enfermedad empleando algunos medicamentos nuevos, como tolbutamida y cloropropamida administradas por la boca. Otras veces, es necesaria alguna de las distintas insulinas. Cuando el interrogatorio del paciente revela empleo de cualquiera de estos medicamentos -- hay que tomar las precauciones necesarias.

#### ENFERMEDADES DEL HIGADO

En los enfermos hepáticos que presentan ictericia, y en otros que no la presentan, puede haber retardo de la coagulación por falta de producción de protrombina.

Es necesario consultar al médico tratante antes de emprender cirugía bucal, en un paciente intérico. Si se encuentra un tiempo de protrombina anormal, se puede corregir -- por administración de vitamina K cuando menos dos días antes de la operación; lo mejor es emplear bisulfito sódico de metionina por vía parenteral.

## CAPITULO IV

### EMERGENCIAS MAS COMUNES EN EL CONSULTORIO DENTAL

#### DEFINICION.

EMERGENCIA: padecimiento que pone en peligro la vida y que requiere atención inmediata.

#### REACCIONES A ANESTESICOS LOCALES

Las reacciones que siguen a la inyección de una solución de anestésico local se dividen en tres categorías:

1) Tipo central, en que la inyección del medicamento en el sistema circulatorio produce síntomas debidos a la acción estimulante o depresora sobre centros cerebrales.

2) Tipo alérgico, en que el enfermo reacciona al medicamento porque ya se encuentra sensibilizado a él por exposición previa.

3) Reacciones psíquicas, como síncope.

Las reacciones alérgicas son raras y se caracterizan casi siempre por erupciones cutáneas; sin embargo, pueden aparecer síntomas graves que requieran tratamiento de emergencia.

En individuos hipersensibles e idiosincráticos, la administración de una cantidad muy pequeña de anestésico local puede provocar trastornos centrales graves. Las manifestaciones tóxicas de las reacciones centrales suelen consistir en inquietud, temblor, palidez, debilidad y a veces convulsiones. Estos signos aparecen poco tiempo después de administrar el medicamento. La medicación preoperatoria con barbitúricos, como 100 mg ( $1\frac{1}{2}$  g) de secobarbital o pentobarbital, una hora antes de la anestesia, disminuye la frecuencia o gravedad de las reacciones de este tipo, debidas a estimulación de la corteza cerebral por el anestésico local. Puesto que están deprimidos los reflejos, el paciente puede desarrollar insuficiencia cardiorrespiratoria por acción del medicamento sobre los centros bulbares de la respiración y la circulación. En esta etapa los barbitúricos están contraindicados, porque lo único que harían sería deprimir todavía más estos centros.

Si el enfermo presenta convulsiones, se administrará enseguida oxígeno, se establecerá y mantendrá vía de aeración permeable y se protegerá al enfermo contra cualquier daño físico.

### HEMORRAGIA

#### DEFINICION.

Salida más o menos copiosa de sangre de los vasos -

por rotura accidental o espontánea de los mismos.

En el consultorio dental ocurre a veces hemorragia-prolongada o intensa debida de ordinario a alguna maniobra -- quirúrgica, y por defectos de los mecanismos hemostáticos normales, como el de coagulación, intrínseco o secundario a medicamentos. Se debe averiguar si existe historia previa de sangrado antes de realizar una extracción. Si el paciente indica que sangra excesivamente deben obtenerse todos los detalles - acerca de cualquier episodio hemorrágico previo. Debe ponerse interés en la relación de tiempo del inicio del sangrado de - la extracción, la duración y abundancia de la hemorragia y -- las medidas necesarias para combatirla. Una historia familiar de sangrado es de mucha importancia. Cualquier paciente con - una historia que sugiera la presencia de diátesis hemorráqi--cas debe ser referido con un hematólogo para que se investi--gue su estado antes de realizar una extracción. Si el pacien--te tiene una historia previa de hemorragia posoperatoria, es--conveniente limitar el número de dientes que se vayan a ex---traer en la primera visita, suturar los tejidos blandos y ob--servar el progreso posoperatorio. Si no sucede nada se puede--aumentar la cirugía gradualmente en las visitas subsiguien---tes.

Además de la coagulación de la sangre otros facto--res que parecen contribuir a la hemostasia en condiciones nor

males son: la contracción refleja de las paredes de los vasos sanguíneos, el efecto vasoconstrictor de las plaquetas destruidas y la tendencia del endotelio lesionado a obstruir los extremos seccionados de los vasos.

Una hemorragia anormal puede ocurrir aunque no haya historia de este tipo, y a pesar de que los resultados de exámenes de laboratorio sean normales.

#### TIPOS DE HEMORRAGIAS.

Hemorragia inmediata o primitiva: se produce al instante del traumatismo.

Hemorragia tardía o secundaria: es generalmente la consecuencia de una infección local inaparente y se produce minutos después del traumatismo.

Hemorragia interna y externa: según la sangre se derrame en el interior o en el exterior del órgano o tejidos afectados. Las internas se manifiestan por hematomas que aparecen por debajo de la piel, de las mucosas o de los tejidos de la cara a consecuencia de las heridas bucales.

Hemorragias arteriales: el color de la sangre es de un rojo intenso, olor a fierro y su salida es intermitente.

Hemorragias venosas y capilares: son de color rojo-oscuro no brillante y su salida es en capas.

Las hemorragias más importantes para el dentista -- son aquellas en capa o en sábana son de tipo capilar, son las que más actúan en nuestro factor vascular porque los capilares no se contraen o colapsan como debe ser. Estas hemorragias conducen a anemia aguda y shock.

#### CAUSAS.

Factores locales: traumatismos, irritación crónica en un sitio determinado, aneurismas.

Factores generales: deficiencias vitamínicas, infecciones crónicas, padecimientos hereditarios (hemofilia); --- discrasias sanguíneas, padecimientos hematológicos.

Factores que predisponen a hemorragias:

- 1) Factor vascular: un vaso que se rompe al contacto con el oxígeno, se colapsa y se contrae.
- 2) Factor plaquetario: cuando los trombocitos no están dentro de los valores normales se presenta hemorragia.
- 3) Proteínas plasmáticas: cualquiera de los factores de la coagulación que falte puede producir hemorragia.

MÉTODOS HEMOSTÁTICOS.

1) Medios mecánicos: consiste en empaçar en el alvéolo torundas de algodón o pequeñas compresas de gasa estéril mayores que las que pueda contener el alvéolo, hacer que el paciente haga la oclusión perfecta (presionando). El taponamiento o gelfoam, el cual también podrá reforzarse mediante una torunda de algodón.

2. Medios físicos: se consiguen mediante frío (hielo); o mediante calor, esto se consigue por el termocauterio, electrofulguración.

3) Medios químicos: los agentes químicos pueden introducirse al organismo por vía oral, hipodérmica o endovenosa y también pueden ser aplicados localmente, son numerosos los hemostáticos que se conocen y aún cuando es posible hacer uso de ellos no es conveniente que en un momento de asoramiento por la abundancia o persistencia de la hemorragia se pase de uno a otro medicamento sin hacer la elección de ellos, entre los más conocidos tenemos: la vitamina K y el trombostyl-K, para aplicación local se puede emplear el agua oxigenada - de 12 volúmenes (cambia el pH de la boca); la adrenalina al 1:1000 (presenta inconveniente de producir escara); el sulfato ferroso y el percloruro de hierro al 5%.

4) Medios quirúrgicos: se consiguen mediante la sutura de él o los alvéolos, o mediante la ligadura del vaso -- sangrante.

TRATAMIENTO EN HEMORRAGIA POSOPERATORIA.

El cirujano dentista debe examinar la boca del paciente para determinar el ciclo y cantidad de hemorragia. Casi invariablemente se verá un exceso de coágulo sanguíneo en el área sangrante, y ésta debe supetarse con una pieza de gasa y removerse. Después debe colocarse un empaque de gasa --- firme sobre el alvéolo e instruir al paciente para que lo --- muerda (Fig. 1). Si se coloca polvo de ácido tánico sobre una porción del empaque adyacente al alvéolo sangrante ayudará a detener la hemorragia. La sutura de colchonero discontinua es la más adecuada para este propósito y se debe insertar a través del alvéolo lo antes posible. Se debe instruir al paciente que muerda sobre el empaque de gasa por cinco minutos después de colocada la sutura. Si estas medidas fallaran en controlar la hemorragia, se puede empacar dentro del alvéolo yasea una espuma de gelatina o fibrina y un bloque moldeado sobre el área. Después de haber colocado el bloque en el sitio y de proveer un soporte extrabucal el paciente debe ser referido al hospital más cercano para un tratamiento posterior.

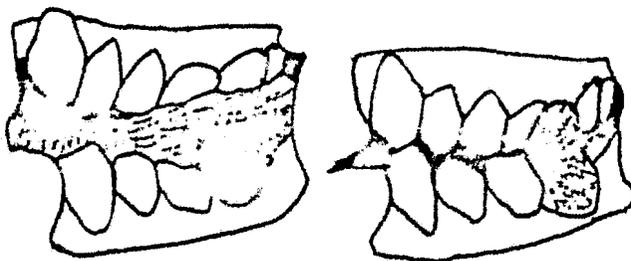


Fig. 1.- La retención del sangrado postoperatorio. A, La masa no está dentro del alvéolo y por lo tanto no ayuda a la hemostasia. B, El rollo de masa está colocado correctamente.

### LIPOTIMIA

#### DEFINICIÓN.

Desmayo, forma leve de síncope en que la pérdida -- del conocimiento no va acompañada de trastornos mayores en la circulación y respiración.

En la lipotimia las funciones vitales están sólo -- disminuidas. El retorno a la conciencia es lento y progresivo, con palabras más o menos coherentes.

#### CAUSAS.

Es causada por una anemia cerebral pasajera debida a trastornos nerviosos vegetativos, son afectados principalmente los pacientes que son aprensivos, alcohólicos, psicópa-

tas, miedosos y algunas veces se presenta en embarazadas, mujeres en estado de menstruación y personas con resistencia -- disminuida ya sea por enfermedad o desnutrición.

Las causas que desencadenan estos trastornos son -- casi siempre por motivos de intervención, visión del instru-- mental, sangre o dolor al inyectar.

#### SEÑOS Y SINTOMAS.

Intranquilidad, malestar, náuseas, pulso débil, --- sensación de sofocación, diaforesis, zumbido de oídos, dila-- tación pupilar, disnea.

#### TRATAMIENTO.

Al presentarse los síntomas de la lipotimia deben -- seguirse los siguientes pasos:

- Reclinar el sillón hacia atrás de tal modo que la cabeza quede más baja que el resto del cuerpo para conseguir mayor circulación al cerebro.

- Aflojar la ropa para facilitar la circulación y -- la respiración.

- Dar a oler alcohol.

- Si es necesario se inyectarán analépticos como la efedrina, vasoxyll 4mg pudiendo repetirse cada treinta minutos hasta la normalización de las funciones.

### SINCOPE

#### DEFINICION.

Pérdida súbita y transitoria de la conciencia debida a la disminución del riego sanguíneo cerebral, acompañada de relajación muscular completa.

Clinicamente se diferencia un síncope cardiaco y un respiratorio en que el primero rara vez se presenta con anestesia local, y el respiratorio se manifiesta con pérdida de conocimiento, con detención de la respiración, pulso débil y puede producirse la anoxia cardiaca y éste si puede producirse con un anestésico.

#### CAUSAS.

El síncope suele deberse a vasodilatación periférica momentánea; el paso de la sangre a las vísceras y demás tejidos periféricos disminuye el riego del cerebro. Cuando --

existe enfermedad, sobre todo hipotensión, arterosclerosis o hipertensión, el síncope puede tener consecuencias serias, -- puesto que en estos individuos los mecanismos compensatorios pueden no funcionar.

#### SIGNOS Y SINTOMAS.

Hay hipoxia cerebral debida a disminución de la --- aportación de sangre al cerebro. Al principio, el paciente -- puede sentirse molesto, débil o mareado; empieza a transpirar y se pone pálido. En este momento, el pulso suele ser rápido y débil. Puede haber signos de excitación o depresión cere--- bral. La pérdida de la conciencia va precedida por mayor pali--- dez y sudación; luego, disminuyen repentinamente la frecuen--- cia del pulso y la presión sanguínea. Como en cualquier oxi--- genación cerebral deficiente, pueden producirse contracciones musculares involuntarias o convulsiones.

#### TRATAMIENTO.

- Poner la cabeza en situación baja inclinando el - sillón hacia atrás.

- Se aflojará la ropa apretada que pueda impedir la respiración. En esta etapa resulta útil la inhalación de amoniac aromático.

- Se administra oxígeno con mascarilla hasta que la cara recobre su color.

- Inhalación de espíritu aromático de amoniaco.

Si ha habido síncope, el paciente se recupera al cabo de pocos minutos.

- Después de recobrar la conciencia, el paciente debe quedar a.ostado durante 10-30 minutos; el sillón se volverá por etapas a su posición normal antes de permitir que el paciente se ponga en pie.

### COLAPSO

#### DEFINICION.

Estado de postración extrema y de depresión repen--tina ya por debilidad primitiva del músculo cardíaco o por la pérdida brusca del tono periférico, puede ir o no acompañado--de pérdida de conciencia.

#### CAUSAS.

Se puede presentar en enfermos cardíacos, en pacientes que han sufrido embolia cerebral, pulmonar, en infeccio--

nes graves como: difteria, neumonía, tifoidea, insuficiencia-suprarrenal aguda; en hemorragias intensas, grandes crisis dolorosas, intoxicaciones agudas que pueden ser por anestésicos generales o locales.

#### SIGNOS Y SINTOMAS.

Se caracteriza por iniciación gradual, precedida -- por palidez, sudor frío, pulso rápido y débil, mareos, náu--- seas.

#### TRATAMIENTO.

- La cabeza se debe bajar inclinando hacia abajo el cabezal del sillón dental.

- Mantener las vías respiratorias permeables; aflojando la ropa.

- Cuando vuelve la conciencia se puede dar al pa--- ciente una bebida glucosada si es que no ha comido y se le -- está tratando bajo anestesia local.

- Si la recuperación no se presenta en unos minutos o después de haber instituido las medidas de primeros auxi--- lios es probable que el colapso no sea de origen sincopal y -

debe administrarse oxígeno y pedir ayuda médica. Se debe tomar el tipo y ritmo de respiraciones, el ritmo, volúmen y características del pulso. Si las circunstancias lo permiten -- se debe anotar la presión sanguínea a intervalos y aplicar -- una inyección intravenosa de 250mg de aminofilina lentamente.

### ESTADO DE CHOQUE

#### DEFINICION.

Es un estado anormal en el cual, el gasto cardiaco está lo suficientemente disminuido para que los tejidos corporales se lesionen debido a la disminución del riego sanguíneo y por las severas alteraciones a nivel de la microcirculación.

#### CAUSAS.

Los padecimientos que provocan el estado de choque se distribuyen prácticamente en toda la patología, pero se puede considerar que de una u otra manera se afectan tres --- funciones vitales que son: el volúmen circulante efectivo, la función del corazón y el tono de los vasos.

1. Disminución del volúmen circulante efectivo.
  - a) Pérdida de sangre (hemorragia interna o externa).

- b) Pérdida de plasma (quemaduras, peritonitis).
  - c) Pérdida de agua y electrólitos (deshidratación por diarrea y vómito).
2. Falla de la función del corazón.
- a) Infarto del miocardio.
  - b) Trastornos severos del ritmo.
  - c) Tromboembolia pulmonar.
  - d) Insuficiencia cardiaca en grado extremo.
3. Alteración en el tono de los vasos y en su permeabilidad.
- a) Septicemia.
  - b) Insuficiencia adrenal.
  - c) Cirugía y anestesia.
  - d) Anafilaxia.
  - e) Lesiones neurológicas ( espinales o acción de drogas).

#### CLASIFICACION DEL CHOQUE BASANDOSE EN SU ETIOLOGIA.

1. Choque hipovolémico.
- a) Choque hemorrágico. Pérdida sanguínea además de traumatismo tisular menor, como en herida penetrante o hemorragia gastrointestinal aguda.

- b) Choque traumático. Pérdida sanguínea más traumatismo tisular extenso, como en fracturas y músculos aplastados múltiples (accidentes automovilístico) o hemorragia masiva durante -- una operación.
  - c) Choque por quemaduras. Relacionado con pérdida de plasma.
  - d) Choque por deshidratación. Relacionado con -- pérdida de agua y electrólitos. La pérdida -- combinada de plasma, agua y electrólitos ocurre especialmente en peritonitis y pleuresía.
- 
- 2. Choque cardíogeno. Relacionado con trastorno primario de la capacidad de bombeo del corazón, como en infarto del miocardio, taponamiento cardíaco y embolia pulmonar.
  - 3. Choque séptico. Resulta por infección grave.
  - 4. Choque anafiláctico. Resulta por reacción de antígeno-anticuerpo.
  - 5. Choque endócrino. Resulta de una insuficiencia - suprarrenal aguda.
  - 6. Choque neurógeno. Se debe a factores que actúan-

directa o indirectamente en influencias psíquicas sobre el sistema nervioso central (miedo, --aprensión, presencia de sangre, característico--olor de hospital, sala de operaciones, consultorio, inseguridad del operador).

### SIGNOS Y SINTOMAS.

Los datos característicos del estado de choque son:

1. Hipotensión arterial.
2. Pulso rápido y débil.
3. Taquicardia.
4. Sudoración fría de la piel. Piloerección frecuentemente.
5. Palidez.
6. Obnubilación mental de intensidad variable.

Previamente a la instalación del cuadro pueden existir datos que hagan pensar en la pronta instalación del cuadro clínico:

1. Inquietud. En ocasiones ansiedad y temor.
2. Náusea. Lipotimia.
3. Astenia. Sed intensa.

### SINTOMAS.

1. Psiquismo: por lo general la persona en estado--

de choque está inmóvil, apática pero conciente. La fase de --  
apatía suele estar precedida por un período de angustia y agi-  
tación. En ciertos casos la lucidez queda intacta hasta el --  
último minuto.

2. Piel: pálida, lívida y en los casos graves mar--  
mórea. La piel está fría, en particular en las extremidades y  
está disminuida su turgencia, en particular cuando el choque-  
es secundario a la deshidratación.

3. Sistema cardiovascular: pulso rápido que por lo  
general pasa de 140; filiforme a veces imperceptible. En la --  
fase terminal se hace más lento. A la auscultación del cora--  
zón se escucha un ritmo pendular. El signo fundamental es la  
hipotensión tanto sistólica como diastólica y por lo general-  
es proporcional a la gravedad del cuadro clínico. Con frecuen-  
cia es imposible medir la tensión diastólica. El colapso de -  
las venas dificulta su punción.

4. Respiración: en general superficial y un poco --  
acelerada. La disnea intensa tiene un pronóstico muy desfavo-  
rable.

5. Pupilas: dilatadas, reaccionan mal a la luz.

6. Riñones: es frecuente la oliguria. La anuria es-  
un signo de síndrome del nefrón inferior.

TRATAMIENTO.

1. Posición del enfermo. Acostarlo con la cabeza -- más baja que los pies.

2. Administración de líquidos. Esta medida está indicada en todas las formas de choque; pero según los casos, - recurrir a la sangre total, al plasma, a las soluciones fisiológicas y glucosadas; estas medidas están contraindicadas en el caso del choque cardiógeno.

a) Transfusiones de sangre: indicadas en caso de hemorragias y en todas las demás formas hasta el - establecimiento de un hematócrito normal. Dar inmediatamente 500ml luego proseguir con 250-500ml cada media hora hasta completar 1 a 3 litros, -- según la evolución clínica y el restablecimiento de la diuresis.

b) Plasma, suero glucosado, soluciones fisiológicas indicadas en el choque por deshidratación o en - el choque traumático en ausencia de sangre o --- mientras se preparará la transfusión de sangre.

3. Simpaticomiméticos y analépticos (adrenalina, -- noradrenalina, derivados de la adrenalina, anfetamina, efe---drina, cafeína). Excepcionalmente resultan de utilidad en el choque traumático. Se administran en el suero glucosado o en-

gota a gota intravenosa muy lento. La noradrenalina se administra de la siguiente manera: diluir tres o cuatro ampollas de 1ml a 1:1000 en un litro de suero glucosado que se administra en gota a gota intravenoso lento en 8 horas. Ciertos simpaticomiméticos (metaraminol) se administran por vía subcutánea o intramuscular.

4. Oxigenoterapia. Indicada sólo en caso de choque complicado con insuficiencia respiratoria.

5. Corticosteroides y hormona adrenocorticotropica, indicados en particular en el choque anafiláctico y en el choque séptico, en combinación con los antibióticos.

En caso de urgencia extrema, administrar 100mg de hidrocortisona por vía intravenosa en 500ml de suero glucosado.

6. Atropina. Indicada en los estados de choque acompañados de bradicardia. Inyectar 0.5mg por vía endovenosa.

7. Digital. Indicada sólo en el choque acompañado de signos francos de insuficiencia cardiaca, se administrará Lanatósido C (Cedilanid) 0.8-1.6mg por vía intravenosa o intramuscular (en una a cuatro dosis fraccionadas).

## PARO RESPIRATORIO

### DEFINICION.

Es la supresión brusca de los movimientos respiratorios; puede acompañarse o no de paro cardiaco.

### CAUSAS.

Precedido a estados de choque.

### SIGNOS Y SINTOMAS.

Ausencia de movimientos respiratorios, pérdida de la conciencia, cianosis, midriasis.

### TRATAMIENTO.

- Se inicia respiración boca a boca; cerrando las narinas del paciente entre pulgar e índice de la mano izquierda y deprimiendo el maxilar inferior con la mano derecha. Se limpia la faringe de secreciones con una gasa o simplemente con un dedo, retirando las prótesis dentarias, si existen. Se coloca la cabeza del paciente en hiperextensión. Se hace una inhalación profunda; se abre la boca ampliamente colocándola-

sobre la del paciente y se insufla dentro de ella. Debe verificarse que se efectúe ampliación de la cavidad torácica. Se retira la boca de la del paciente y se deja que se efectúe pasivamente la respiración.

Se repite el procedimiento a una frecuencia de 12--14 veces en adultos y 18-20 veces por minuto en niños. (Fig.2)

- En cuanto sea posible se hará intubación endotraqueal y a través de la cánula se hará aspiración de secreciones y se pasará oxígeno a presión positiva a la frecuencia indicada.

Estos métodos de respiración artificial deben continuarse hasta establecerse una respiración normal, o mientras haya actividad cardiaca y aún después de cesar ésta, si la causa del paro es susceptible de corregirse (accidentes anafilácticos, asfixia).

En el paro respiratorio tenemos un tiempo de 3-4 minutos antes de que ocurra un paro cardiaco.



Fig.2.- Resucitación de boca a boca. A, Jalando la cabeza hacia atrás para permitir el paso de aire. B, Técnica de respiración artificial. Si las narinas no pueden ser cubiertas por la boca del operador, se comprimen con el dedo pulgar e índice.

## PARO CARDIACO

### DEFINICION.

Es el estado en que hay cese de contracciones del corazón.

### CAUSAS.

Embolia gaseosa (venoclisis), intoxicación con fármacos, envenenamiento, transfusión copiosa y rápida de sangre con citrato, reflejos vagales, anoxia o hipoxia, hemorragia y choque, hipercapnia (cantidad excesiva de bióxido de carbono en la sangre), y cambios del pH, oclusión coronaria.

### SIGNOS Y SINTOMAS.

Ausencia de pulso y de latidos cardiacos aunada a datos tales como palidez, midriasis y pérdida de la conciencia.

### TRATAMIENTO.

1. Colocar al paciente en decúbito dorsal con la espalda apoyada sobre una superficie plana y rígida.

2. Colocar una mano cerrada sobre el apéndice xifo<sub>i</sub>des, apoyando la otra mano sobre ésta para producir un desplazamiento esternal de 5 cm, permitiendo el libre regreso de la pared torácica. Esta maniobra debe repetirse con una frecuencia de 50 veces por minuto, aproximadamente (Fig.3).

3. Si no se puede echar mano de la ventilación pulmonar asistida, insúflase cinco veces el pulmón - mediante -- el método de boca a boca- cada 15 compresiones torácicas.

4. Cuando sea posible, un ayudante debe canalizar-- una vena y administrar medicamentos, intubar la tráquea y obtener un electrocardiograma.

5. Si la compresión del corazón produce un pulso-- palpable, la presión arterial estará por arriba de 60mm de -- Hg, cifra adecuada para la perfusión cerebral. Al mismo tiempo, se debe buscar el pulso carotídeo.

6. El gluconato o el cloruro de calcio está indicado si el corazón no late, la presión arterial no se mantiene-- o el paro se prolonga más de 5 minutos. También, en este ca-- so puede administrarse bicarbonato de sodio por vía intrave-- nosa, repitiendo la dosis según sea necesaria.

TECNICA DEL MASAJE (COMPRESION) CARDIACO EXTERNO

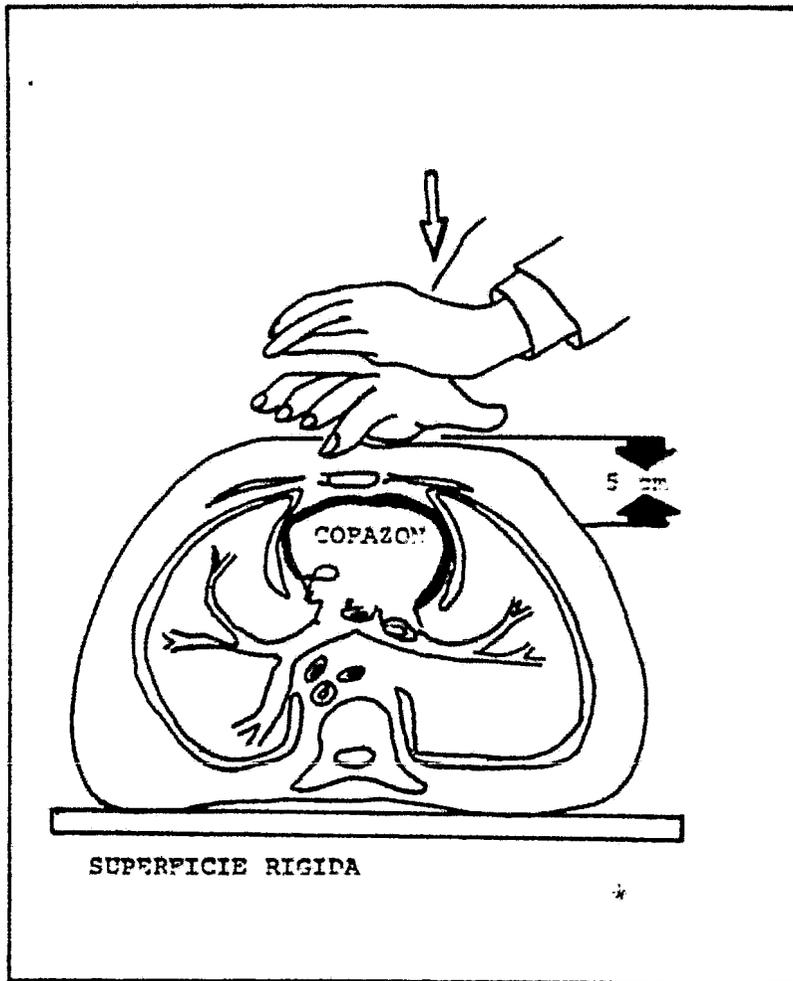
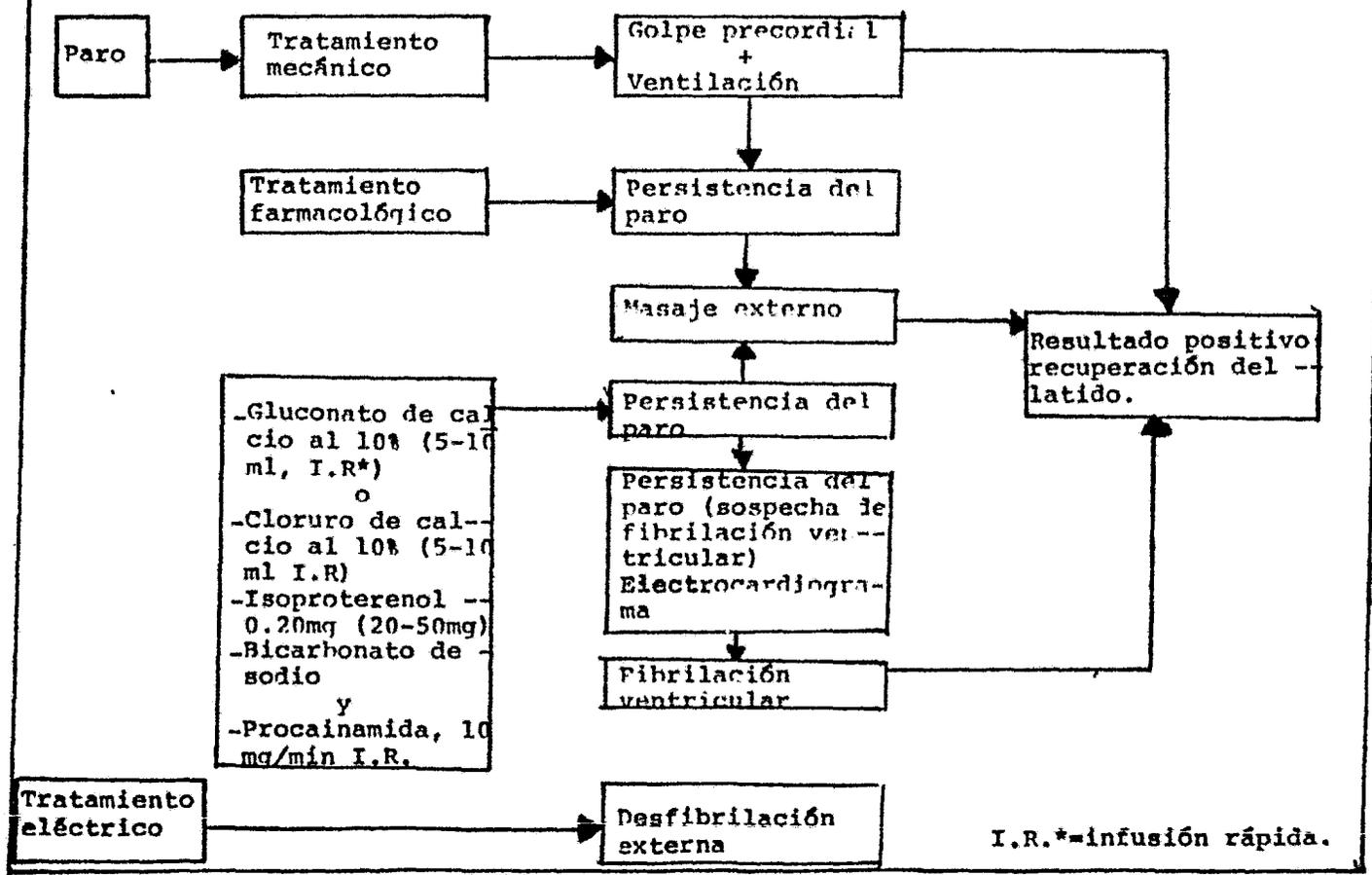


Figura 3

TRATAMIENTO DEL PARO CARDIACO



OBSTRUCCION LARINGEA AGUDA

DEFINICION.

Es la acumulación de material orgánico o inorgánico en la laringe, que se manifiesta por una falla del sistema -- respiratorio para proporcionar oxígeno y para eliminar el --- bióxido de carbono necesario para el metabolismo tisular.

CAUSAS.

Intraluminales: cuerpos extraños, hemorragia de la faringe.

Traumáticas: fractura de cartílago, sustancias corrosivas.

Inflamatorias: difteria, abscesos, edema alérgico-- o infeccioso.

Neoplásicas: cáncer, pólipos.

Extrínsecas: abscesos faríngeos, tumores extrínsecos, poliomielitis.

SIGNOS Y SINTOMAS.

Disnea de predominio inspiratorio, descenso de la laringe durante la inspiración, tiraje supraesternal, supra--

clavicular, intercostal o epigástrico, inquietud, tos, cefalea y desorientación, estridor laríngeo, debido a la disminución de la luz en el sitio de la obstrucción, cianosis.

#### TRATAMIENTO.

Intubación endotraqueal: es a menudo el método más-rápido para establecer una vía aérea en paciente con obstrucción. La intubación está indicada cuando el problema es temporal, cuando el equipo de traqueotomía no está listo o bien, previo a la traqueotomía.

La técnica es sencilla, basta exponer la laringe -- con un laringoscopio que se coloca en la valécula para introducir un tubo endotraqueal o un broncoscopio. Las complicaciones que pueden presentarse por la presencia de un tubo endotraqueal por largo tiempo son: ulceración de la mucosa de las cuerdas vocales, formación de granulomas, estenosis traqueal.

#### Traqueotomía.

Se realiza cuando no es posible retirar un cuerpo--extraño alojado en las vías respiratorias. Cuando existe la incapacidad para efectuar la intubación endotraqueal. No esperar hasta que aparezca la cianosis, pues ésta es signo tar-

dío que puede ir precedido por la muerte en muy poco tiempo.

La técnica es la siguiente:

1. Se coloca al paciente en decúbito dorsal. Con la ayuda de un rollo de ropas colocado bajo sus hombros se produce la hiperextensión forzada del cuello.

2. Con bisturí u otro instrumento punzocortante se hace la incisión vertical sobre la línea media, por debajo -- del borde inferior del cartilago tiroides en una extensión -- aproximada de tres traveses de dedos. A continuación, los --- planos anatómicos se despegan con el índice izquierdo hasta-- liberar la tráquea.

3. Se dividen de arriba a abajo tres anillos tra--- queales (por lo común el tercero, cuarto y quinto) y, mante-- niendo abierta la brecha se introduce un tubo de traqueoto--- mfa. A falta de éste puede incluso utilizarse un trozo de los tubos de goma o plástico de estetoscopio, (Fig.4).

Quando es posible, se hace previamente la infiltra-- ción de un anestésico local (novocaína, lidocaína al 1:100),-- desde el hueso hioides hasta el hueso supraesternal, alcanzan-- do los planos superficiales y profundos a ambos lados de la - tráquea. No es recomendable instilar el anestésico dentro del

órgano, ya que es conveniente conservar el reflejo tusígeno.

TECNICA DE LA TRAQUEOTOMIA DE EMERGENCIA

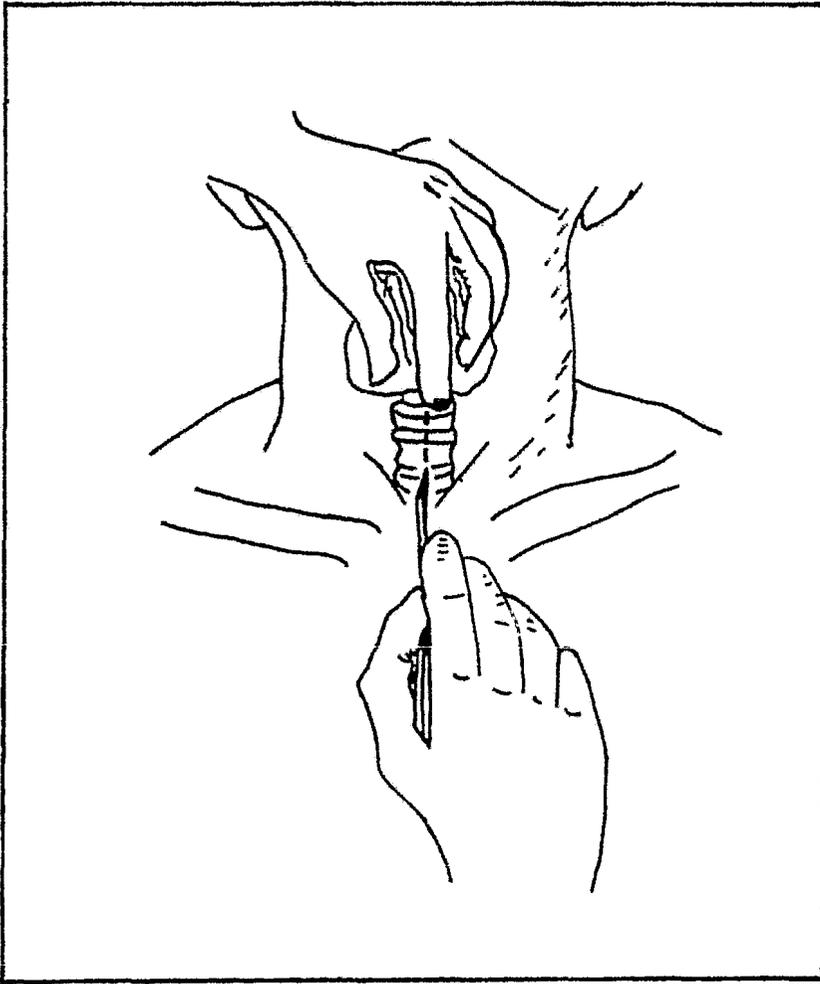


Figura 4

## DISLOCACION DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

La dislocación de la articulación temporomandibular suele ser aguda, aunque siempre existen problemas crónicos recurrentes. La lesión leve es la causa más frecuente, aunque - el restiramiento repentino, el bostezar o abrir demasiado la boca, durante extracciones en dientes inferiores, mal uso de abre bocas, pueden provocar la dislocación. Esto provoca un -- aspecto facial característico y el paciente con frecuencia se horroriza cuando descubre que le es imposible cerrar la boca. El dolor puede o no ser un factor significativo.

### TRATAMIENTO.

Generalmente, la reducción de la dislocación puede lograrse con facilidad, por medio de la reducción manual, que consiste en:

El operador se para enfrente del paciente y coloca sus dedos pulgares intrabucalmente en la línea oblicua externa lateralmente a los molares inferiores presentes, y con sus dedos extrabucalmente por debajo del borde inferior de la mandíbula. La presión ejercida hacia abajo con los dedos pulgares y la presión ejercida hacia arriba con el resto de los -- dedos reduce la dislocación (fig.5). Cuando se encuentre ~~el~~ --

ficultad para la reducción manual, es útil emplear procedimientos adicionales, tales como infiltración de la articulación con anestésico local o sedación. Si el tratamiento se retrasa el espasmo muscular puede hacer imposible la reducción, excepto bajo anestesia general. Se debe advertir al paciente que no abra mucho su boca ni hostece durante varios días postoperatorios, y debe colocarse un soporte extrabucal que se utiliza hasta que la sensibilidad de la articulación afectada se apacigüe.

El control de la dislocación crónica puede causar preocupación. La dislocación crónica recurrente exige capacitación intensa para controlar los movimientos de apertura. Si se presenta dislocación puede ser conveniente emplear un vendaje elástico en la cabeza (Fig.5-1). La inyección de una solución esclerosante también es recomendada, esta solución es colocada en los tejidos circundantes a la cápsula de la articulación tratando de estimular la fibrosis y limitar los movimientos.

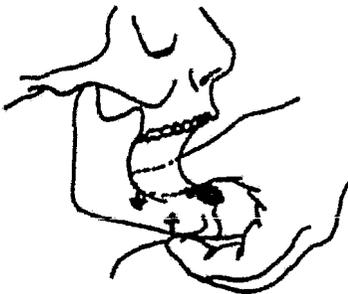


Fig.5.- Reducción de una dislocación de mandíbula



Fig.5.1.-Soporte extrabucal

### FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR

Ocasionalmente, durante la extracción de un molar superior se siente que se mueve el hueso de soporte y la tuberosidad del maxilar con el diente. Este accidente se debe a la invasión de la tuberosidad en el seno, que es común cuando se presenta un molar superior aislado, especialmente si el diente está sobreerupcionado.

#### TRATAMIENTO.

Cuando se presenta la fractura, se debe eliminar el fórceps y levantar un colgajo bucal mucoperióstico grande. La tuberosidad fracturada y el diente deben ser liberados de los tejidos blandos palatinos por disección roma, y levantados de la herida. Los colgajos del tejido blando se aposicionan con suturas de colchonero que voltean los bordes, y se deja en su lugar por lo menos 10 días (Fig.6).

Si esta complicación se presenta en un maxilar se le debe advertir al paciente que es muy probable que se presente una complicación en el otro lado de la boca cuando se realice una extracción similar. Sólo cuando una radiografía revele la posibilidad de fractura de la tuberosidad se puede reducir este riesgo extrayendo el diente por medio de una disección cuidadosa.

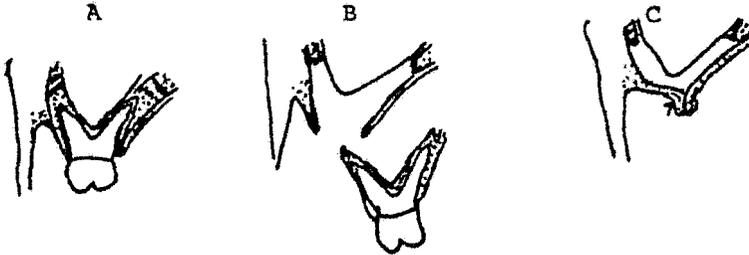


Fig.6.- Tratamiento quirúrgico de una tuberosidad fracturada. A, Se presenta la fractura. B, La tuberosidad-fracturada y el diente se liberan de los tejidos blandos palatinos. C, Los colgajos de tejido blando se aposicionan con suturas de colchonero.

#### FRACTURA MANDIBULAR

La fractura de la mandíbula puede complicar una extracción dental si se emplea una fuerza excesiva o incorrecta, o cambios patológicos han debilitado la mandíbula. Nunca debe utilizarse una fuerza excesiva para extraer un diente. Si el diente no cede a una presión moderada, debe buscarse la causa y remediarla.

La mandíbula puede estar debilitada por osteoporosis senil y atrofia, osteomielitis, por radioterapia previa, u osteodistrofias tales como osteftis deformante, displasia-fibrosa o fragilidad ósea. Los dientes no erupcionados, quistes, hiperparatiroidismo o tumores también pueden ser causas-predisponentes a la fractura. Si se presenta cualquiera de estas condiciones, la extracción debe ser intentada, únicamen

te después de una observación clínica cuidadosa y ayuda radiográfica además de una construcción preoperatoria de férulas. Se debe informar al paciente antes de la operación de la posibilidad de fractura mandibular, y si esta complicación ocurriese debe instituirse el tratamiento de inmediato.

#### TRATAMIENTO.

Los procedimientos quirúrgicos para la reposición e inmovilización de los fragmentos fracturados son técnicas --- principalmente cerradas o abiertas. Las técnicas cerradas exigen que los extremos fracturados de la estructura ósea puedan ser manipulados, alineados y conservados en sus relaciones -- adecuadas sin la exposición quirúrgica del hueso.

En las fracturas mandibulares simples la reducción y la fijación se hacen a la vez. El aparato que se utiliza -- para mantener los maxilares superiores y la mandíbula en contacto durante la reparación también suele reducir la fractu-- ra. Si se coloca gran cantidad de alambres, no se intenta reducir la fractura hasta que se ha terminado la colocación de los alambres en la arcada superior e inferior. Cuando se juntan y se coloca la tracción intermaxilar elástica, la oclu--- sión ayuda a orientar las partes fracturadas a tomar una co-- rrecta posición. Desde luego, hay excepciones. Las fracturas que ocurren más allá de donde existen dientes en la mandíbu--

la, como en el ángulo, no se reducirán si son desplazadas inicialmente.

La fijación intermaxilar, es decir, obtenida con -- alambres o bandas elásticas entre las arcadas superior e inferior, a las cuales se fijan aditamentos especiales, reducirá con éxito la mayoría de las fracturas de la mandíbula. Los principales métodos para la fijación son los alambres, barras para arcadas y férulas.

Alambres de múltiples presillas: se utiliza la anestesia local con sedación o ésta sola. Se puede dar un anestésico local mediante dos bloqueos pterigomandibulares en la -- mandíbula y una infiltración en el maxilar superior.

Si los puntos de contacto de los dientes no son demasiado fuertes y amplios y el tejido gingival interdental no está demasiado próximo a los puntos de contacto no es necesaria la anestesia.

Para el dolor intenso o para hacer que el paciente esté casi insensible al dolor causado por la manipulación durante 20 minutos, se administran por vía intravenosa 75 a 100 miligramos de clorhidrato de meperidina al adulto medio. Este fármaco se debe administrar lentamente en dos minutos.

Instrumental. Los materiales que se utilizan para los alambres de presillas múltiples son:

Alambre de acero inoxidable de calibre 26 en longitudes de 20 cm colocados en una solución de esterilización en frío durante 20 minutos antes de emplearlos; alambre cortado a bisel de manera que el bisel pueda actuar como punta de aguja para atravesar los tejidos.

Soldadura, suave número 20 con centro resinoso; portaağujas, tijeras para cortar alambre; pinzas para contornear de bocados romos; instrumento dental en forma de disco.

Técnica. Se coloca un extremo del alambre en el lado bucal de los dientes empezando en la línea media (alambre-estacionario). El otro extremo rodea al último diente de la--arcada (por ejemplo, el segundo molar) y se introduce en el espacio interproximal mesial saliendo debajo del alambre es--tacionario. Entonces se dobla hacia atrás arriba del alambre-estacionario atravesando el mismo espacio interproximal. Se pasa hacia el lado lingual y se dobla alrededor del siguiente diente (primer molar) y se introduce en el espacio interpro--ximal entre el molar y el premolar. Al alambre que rodea cada diente y pasa arriba y abajo del alambre estacionario se llama alambre de trabajo.

Para hacer presillas uniformes en el lado bucal se-

el lado bucal se coloca un fragmento de soldadura en las carras bucales de los dientes sobre el alambre estacionario. Puede adosarse a los dientes con el dedo. El alambre de trabajo, por lo tanto, sale debajo del alambre estacionario y de la soldadura. Se da vuelta hacia atrás y pasa sobre el alambre y la soldadura para entrar de nuevo en el mismo espacio interproximal.

Cada vez que el alambre sale en el lado bucal debetomarse con el portaagujas y halarse para que quede tenso. La mano izquierda debe dar contrapresión en la cara bucal de los dientes. El instrumento a manera de disco se utiliza para mover el alambre debajo del ecuador de los dientes en el lado lingual.

Cuando el segmento de arco ha sido alambrado, el alambre de trabajo y el estacionario se cruzan en la cara mesial del canino o del primer premolar, un centímetro más allá del diente; el portaagujas se coloca sobre este cruzamiento y se le da vuelta en la dirección de las manecillas del reloj hasta que casi toque el diente. Con el instrumento discoide el alambre se empuja debajo del cingulo del canino; con el portaagujas se toma la vuelta más cercana al diente y se gira hasta hacer contacto con el diente. La presión hacia atrás siempre se coloca en el portaagujas cuando se van a poner en tensión los alambres.

La soldadura se corta en medio de las dos presillas bucales, se dobla hacia afuera y se le da vuelta ligeramente hasta desinsertarla de la última presilla. Entonces a la presilla se le da tres cuartos de vuelta en dirección de las manecillas del reloj con las pinzas. Se corta de nuevo la soldadura entre las dos siguientes presillas y se quita la pequeña porción distal que aprieta la presilla con una vuelta de tres cuartos. Esto se continúa hasta que toda la soldadura ha sido quitada. Entonces, empezando en la parte posterior, se le da otra media vuelta a cada presilla.

Se sigue el mismo procedimiento en los otros tres cuadrantes. Si se va a utilizar la tracción elástica las presillas deben doblarse en dirección opuesta del plano oclusal, para que se formen los ganchos; si se va a utilizar alambre entre las dos arcadas, las presillas se doblan hacia el plano oclusal (fig.7).

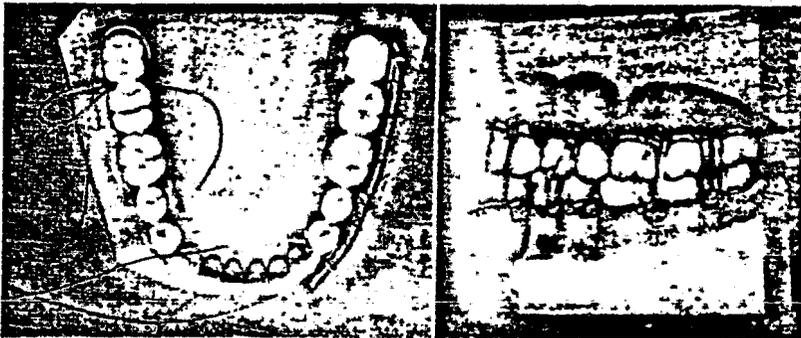


Fig.7.- A, Férula con alambres múltiples. B, Férula de -- alambres múltiples terminada.

Barras para arcada: Existen varios tipos. El tipo--  
rígido requiere una impresión o un modelo de piedra, a la ---  
cual pueda adaptarse cuidadosamente con la técnica de dos ---  
pinzas, o bien una persona que tenga suficiente destreza para  
doblar barras protéticas. Hay un tipo blando que puede doblar  
se con los dedos.

La barra blanda puede adaptarse con dos portaagujas  
grandes. En el maxilar superior no fracturado, la adaptación--  
debe empezarse en el lado bucal del último diente. La barra -  
se adapta cuidadosamente al diente, es decir a cada uno de --  
ellos. Las pinzas o portaagujas deben mantenerse cerca una de  
otra, para que las porciones ya adaptadas no se doblen de nue--  
vo. Empezando en un extremo de la barra, yendo hacia la línea  
media y acabando en el otro lado, la barra puede adaptarse --  
fácil y rápidamente sin producir abultamientos. La barra debe--  
acortarse y el extremo se regulará con una lima para oro.  
La línea media de la arcada debe marcarse en la barra durante  
la adaptación, de manera que pueda volverse a colocar con se--  
guridad. En general, la barra no debe cruzar la línea de frac--  
tura, excepto en fracturas de tallo verde. La barra se corta--  
y se adapta a cada segmento de hueso fracturado.

Para fijar la barra a los dientes se utiliza alam--  
bre delgado de calibre 30. Antes de asentar la barra, se co--  
locan alambres en los dientes anteriores para que éstos pue--

dan ajustarse fuertemente debajo del cíngulo y resistan el -- desplazamiento de la barra hacia el borde incisal. Se coloca una pequeña presilla de alambre "saltando" el punto de contacto, o enhebrándola entre dos espacios interdentes. Se cru-- zan los alambres y se toman con un portaagujas cerca de la -- cara labial del esmalte. Se dan tres cuartos de vuelta al --- alambre después que ha sido empujado debajo del cíngulo. Es-- to se hace en todos los dientes anteriores.

Se coloca la barra entre los extremos abiertos de - los alambres. Se ajusta la marca de la línea media, cuidando de que los ganchos estén hacia arriba en el maxilar superior y hacia abajo en la mandíbula. Los cabos del alambre anterior se cruzan sobre la barra, se toman y se retuercen. Después -- los dientes posteriores se lijan individualmente a la barra. Se pasa una punta de alambre de 7 centímetros de longitud desde el lado bucal, debajo de la barra, por un espacio inter--- dental; se le da vuelta alrededor de la cara lingual del diente y se empuja otra vez desde el lado lingual hacia otro es-- pacio interdental, para pasar sobre la barra.

Los alambres cruzados se toman a dos milímetros de la barra y se hace presión hacia atrás sobre el portaagujas-- antes de darles vuelta. La presión se mantiene al apretar los alambres. Cuando las vueltas se acercan a la barra, se toma -

el alambre de nuevo con el portaagujas un poco más lejos de la barra y se le da vuelta hasta que se llega a las vueltas anteriores. El extremo retorcido se corta a 7 milímetros de la barra mientras que el portaagujas mantiene todavía el alambre en sus bocados, para que la porción cortada no se pierda en la boca. La porción retorcida se toma cerca de la barra y se le da una vuelta final. El extremo se dobla debajo de la barra, para que no traumatice labios y carrillos (Fig.8).



Fig.8.- A, Barras rígidas para arco. B, Barra blanda para arco. Nótese que los incisivos y caninos se ligan antes de colocar la barra y entonces se fija a los dientes anteriores. Los dientes posteriores ligan directamente a la barra.

Férulas: se usan cuando los alambres intermaxilares no dan fijación adecuada, o cuando es necesaria la férula horizontal que atraviese el foco de fractura; también se emplean si la inmovilización de las partes fracturadas está indicada, sin que sea necesario cerrar la boca por fijación intermaxilar.

La férula de acrílico se hace de una impresión de manera que cubra un mínimo de las superficies oclusales de

los dientes y lo más posible de las caras labiales y linguales de los dientes que no forman retenciones. No invade el -- borde gingival. La superficie lingual es continua. La superficie bucal se fija a la porción lingual detrás del último mo-- lar, por continuación del acrílico o por conexión de alambre. Se hace un corte vertical en la línea media del borde labial-- a través de un botón grande de acrílico. Se coloca la férula-- sobre la fractura reducida de la mandíbula y el botón de acrí-- lico se acerca y fija con alambre (Fig.9).

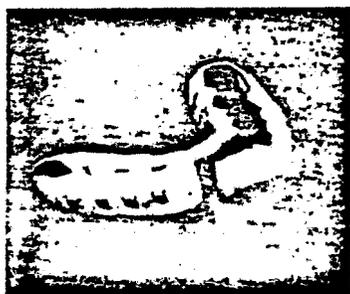


Fig.9.- Férula de acrílico

También se puede colocar férula de plata vaciada -- que requiere impresiones de ambas arcadas, se corre los mode-- los, se modelan coronas totales en cera evitando las retencio-- nes, todas unidas, se hace el enfrascado y se vacia en metal. (Fig.10).

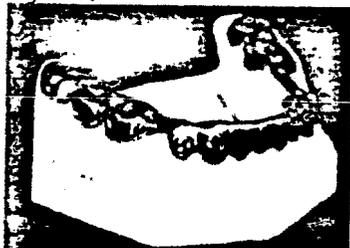


Fig.10.- Férula de plata vaciada

Para fracturas más complejas o casos de reducción e inmovilización difíciles suele ser necesario recurrir a la -- reducción abierta.

Las reducciones abiertas generalmente son inmovilizadas por alambrado transóseo en el sitio de la lesión. El -- alambrado doble o el alambrado en forma de ocho que abarque -- el borde inferior de la mandíbula son técnicas quirúrgicas -- habituales. En ocasiones resulta necesario combinar tales --- procedimientos abiertos con técnicas quirúrgicas adicionales -- tales como clavos intraóseos, generalmente esto también es -- apoyado por ligaduras entre las arcadas. Una vez que los segmentos fracturados hayan sido colocados en su posición e inmo-- vilizados, es necesario inmovilizar las arcadas dentarias en -- sus posiciones normales aproximadas. Las relaciones oclusales de la dentición pueden fijarse mejor si se aplica tracción -- elástica entre las arcadas desde un principio. Una vez que -- esto haya sido asegurado, los amarres secundarios de alambre -- entre las arcadas pueden proporcionar una inmovilización más -- estable y además permitirá mejor higiene bucal durante el pe-- ríodo de fijación.

CAPITULO V

VALORES NORMALES UTILES PARA EL DENTISTA

BIOMETRIA HEMATICA

ERITROCITOS:

Mujeres \_\_\_\_\_ 4.2-5.4 millones por  $\text{mm}^3$  de sangre.

Hombres \_\_\_\_\_ 4.6-6.2 millones por  $\text{mm}^3$  de sangre.

HEMOGLOBINA:

Mujeres \_\_\_\_\_ 12-16 g/100 ml.

Hombres \_\_\_\_\_ 14-18 g/100 ml.

HEMATOCRITO:

Mujeres \_\_\_\_\_ 37-47 vol. de células por 100 ml.

Hombres \_\_\_\_\_ 40-54 vol. de células por 100 ml.

RETICULOCITOS:

Mujeres \_\_\_\_\_ 5.5-1.5 por 100 de eritrocitos.

Hombres \_\_\_\_\_ 5.5-1.5 por 100 de eritrocitos.

LEUCOCITOS:

Adultos \_\_\_\_\_ 5000-10000 por  $\text{mm}^3$  de sangre

Mielocitos \_\_\_\_\_ 0%.

Neutrófilos \_\_\_\_\_ 50-70%.

Eosinófilos \_\_\_\_\_ 1-3%.  
Basófilos \_\_\_\_\_ 0-0.75%.  
Linfocitos \_\_\_\_\_ 25-33%.  
Monocitos \_\_\_\_\_ 3-7%.

PRUEBAS DE COAGULACION

TIEMPO DE SANGRADO \_\_\_\_\_ Por debajo de los 5 minutos.  
TIEMPO DE COAGULACION \_\_\_\_\_ 1-7 minutos.  
TIEMPO DE PROTROMBINA \_\_\_\_\_ 10-20 seg.  
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA \_\_\_\_\_ 35-45 seg.  
FRAGILIDAD CAPILAR \_\_\_\_\_ Más de 10 petequias por pulgada  
cuadrada; positiva.

ADICIONALES:

GLUCOSA EN SANGRE \_\_\_\_\_ 80-120mg/100ml.  
GLUCOSA EN ORINA \_\_\_\_\_ Normal: ausente.

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL \_\_\_\_\_ 80-120 mm de Hg.  
PULSO \_\_\_\_\_ 60-80 por minuto.  
FRECUENCIA RESPIRATORIA \_\_\_\_\_ 18-25 respiraciones por minuto.  
TEMPERATURA \_\_\_\_\_ 36.5-37°C.

## CONCLUSIONES

Hemos visto que el estudio de las emergencias médico-dentales es sumamente importante por lo siguiente:

Es deber de todo cirujano dentista realizar todo -- lo posible para evitar complicaciones y prevenir el surgi--- miento de emergencias, esto se logrará mediante la elabora--- ción de una buena historia clínica, con la cual, se podrán - obtener datos muy útiles para la mejor planeación del trata- miento a seguir. Así como tomar las medidas necesarias para- poder atender con eficacia cualquier emergencia que se pueda presentar.

Observamos también que para una mejor atención, en- caso de emergencias se debe contar en el consultorio dental- con el equipo y los medicamentos adecuados para cada caso -- en particular. Ya que los momentos de tensión y crisis no -- son propicios para la adquisición de nuevas habilidades clí- nicas o para la búsqueda de médicos u hospitales.

Por todas estas razones, el cirujano dentista debe- tratar de prever posibles emergencias y prepararse para ---- ellas.

## BIBLIOGRAFIA

COHEN, Lawrence

Medicina para estudiantes de odontología

2a. Edición 1980.

Editorial El manual moderno S.A.

México, D.F.

CORVERA Bernardelli, Jorge

Otorrinolaringología elemental.

2a. Edición 1978

Editor Francisco Méndez Cervantes

México, D.F.

HOWE, Geoffrey L.

Extracción dental

2a. Edición 1979

Editorial El manual moderno S.A.

México, D.F.

INDEX de productos odontológicos

2a. Edición 1980

Editorial Index S.A.

México, D.F.

KRUGER O, Gustav

Tratado de cirugía bucal

4a. Edición 1978

Editorial Interamericana

México, D.F.

MANZANILLA, Manuel A.

Urgencias de primer contacto

1a. Edición 1981

Editorial Tema editores S.A.

México, D.F.

MARTIN, Luis-Abreu

Fundamentos del diagnóstico

2a. Edición 1976

Editorial Francisco Méndez Cervantes

México, D.F.

SHAFER G, William

Tratado de patología bucal

3a. Edición 1980

Editorial Interamericana

México, D.F.

**WAITE E, Daniel**

**Cirugía bucal práctica**

**1a. Edición 1978**

**Editorial Continental S.A.**

**México, D.F.**

**Diccionario de especialidades farmacéuticas**

**27a. Edición 1981**

**Ediciones P.L.M. S.A.**

**México, D.F.**

**Diccionario médico**

**2a. Edición 1977**

**Salvat editores S.A.**

**México, D.F.**