

117
2 Gen

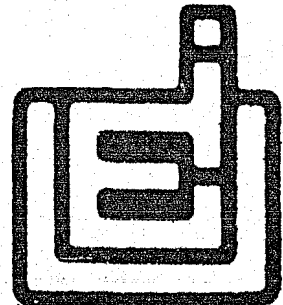


**"ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES IZTACALA"
U.N.A.M.**

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

EMERGENCIAS MEDICAS EN CONSULTORIO DENTAL.

MARIA ELENA DIAZ NAVA



San Juan Iztacala, México 1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E .

	Pág.
PROLOGO	3
GENERALIDADES	6
Capítulo Primero	8
Síncope:	
a) Etiología.	
b) Tipos de Síncope.	
c) Tratamiento.	
Capítulo Segundo	10
Shock Anafiláctico:	
a) Etiología.	
b) Tratamiento de Urgencia.	
Capítulo Tercero	13
Insuficiencia Cardíaca:	
a) Etiología.	
b) Manifestaciones Clínicas.	
c) Signos Físicos.	
d) Tratamiento.	
Capítulo Cuarto	18
Infarto del Miocardio:	
a) Etiología.	
b) Cuadro Clínico.	
c) Complicaciones.	
d) Tratamiento.	
Capítulo Quinto	24
Angina de Pecho:	
a) Etiología.	
b) Sintomatología.	
c) Tratamiento.	
Capítulo Sexto	31
a) Cuidados Preoperatorios.	

Capítulo Septima	33
a) Manejo de las Emergencias- Médicas en el Consultorio- Dental.	
I. - Medidas Generales de- Tratamiento.	
Conclusiones	37
Bibliografía	38

GENERALIDADES

Cuando ocurre una urgencia en el consultorio dental, el dentista debe tener un amplio conocimiento de estas y el equipo adecuado para su oportuna atención.

El síncope es la urgencia mas frecuente que se presenta en el operatorio dental, este ataque es incrementado por la ansiedad, dolor ó falta de ventilación en el consultorio; la prevención envuelve en llevar al paciente a una actividad de calma usando medios de combatir el dolor y asegurar una adecuada ventilación.

Cuando nos encontramos con un paciente con historia de infarto del miocardio, de preferencia deben ser atendidos en medio hospitalario.

En un paciente con insuficiencia cardiaca, se le debe colocar sentado ó semisentado, en caso de crisis se sugiere aplicar torniquetes rotatorios en las extremidades para combatir la congestión severa.

El paciente promedio llega al consultorio dental con una frecuencia cardiaca de 10% mas de lo normal y una presión sanguínea incrementada 15 mm. de mercurio.

Durante el tratamiento el pulso y la presión sanguínea se elevaran, la posibilidad de que el -

paciente pueda caer en un arresto cardiaco se incrementa y el dentista debe estar preparado para proporcionar asistencia cardiopulmonar inmediatamente.

Aunque no es muy frecuente, tambien encontramos la posibilidad de enfrentarnos ante un problema de tipo anafilacticoide, principalmente ocasionado por el anestésico, es importante realizar un buen interrogatorio para poder descartar la posibilidad de un problema alérgico, la sintomatologia aparece inmediatamente a la aplicacion del alergeno, de no tomar medidas adecuadas, puede presentarse colapso y sobrevenir la muerte.

Es muy importante que el consultorio dental tenga una apariencia agradable y confortable.

En los siguientes capitulos se dará una vision mas amplia y detallada de las urgencias mas comunes que se presentan en el consultorio dental.

CAPITULO PRIMERO.

SINCOPE

DEFINICION: Comprende la debilidad generalizada de los músculos, con incapacidad de mantenerse de pie y trastorno de la conciencia.

Generalmente el paciente es advertido del desmayo-inminente por una sensación de malestar. Lo asaltan -- los vértigos, el suelo parece moverse, visión borrosa-- en ocasiones se acompañan estos síntomas de náuseas y vómito, hay palidez intensa ó color gris ceniciento en la cara y frecuentemente el paciente se encuentra diaforético.

La profundidad y duración de la pérdida del conocimiento varían de 1 a 30 minutos, nunca se acompaña de convulsiones tonicoclónicas generalizadas, el pulso es poco amplio y a veces no se siente la presión arterial es baja y la respiración casi imperceptible.

ETIOLOGIA: Es el resultado de la alteración súbita del metabolismo cerebral producido por lo general por una-reducción del caudal sanguíneo a causa de hipotensión.

TIPOS DE SINCOPE:

SINCOPE VASOVAGAL: Es el desmayo común que experimenta cualquier persona, a menudo recurrente, en cuanto a la etiología, tiende a ocurrir durante la tensión emocional, durante ó después de un accidente lesivo impreso nante, durante la crisis de dolor, pérdida ligera de -

sangre, reposo en cama prolongado, anemia, fiebre, -- cardiopatía orgánica y ayuno son factores que aumentan la posibilidad de desmayo en individuos susceptibles.

La fase premonitoria breve se caracteriza por náusea, bostezos, malestar epigástrico, hiperpnea, taquípnea, debilidad, confusión, taquicardia y dilatación pupilar.

El tratamiento consiste en colocar al paciente en posición supina con elevación de las piernas y eliminación del estímulo agresor.

HIPOTENSION POSTURAL CON SINCOPE: Afecta a personas que tienen algún defecto crónico ó inestabilidad variable de los reflejos vasomotores. El síncope vasovagal difiere poco del postural, el efecto de la postura es la característica principal, las circunstancias en las que aparece son cuando la persona se incorpora en forma súbita ó permanece mucho tiempo de pie, se presenta en las siguientes condiciones; en prolongadas convalecencias y permanencia en posición horizontal, angústia crónica y el uso de medicamentos antihipertensivos.

El tratamiento debe ser dirigido contra las causas subyacentes, cuando sea posible reducir la dosificación de los medicamentos hipotensores, aconsejar al paciente que no se levante rápidamente cuando este sentado ó acostado.

CAPITULO SEGUNDO.

CHOQUE ANAFILACTICO

Ocurre minutos despues de la administración de sueros ó medicamentos extraños (en especial aspirina y penicilina).

Las reacciones anafilácticas pueden ocurrir despues de la inyección de sueros, penicilinas y otros antibióticos.

Los síntomas de la anafilaxis incluyen aprensión, parestesias, urticaria generalizada ó edema ahogo, cianosis, respiración jadeante, tos, incontinencia, choque, fiebre, dilatación de las pupilas, pérdida de la conciencia y convulsiones, la muerte puede ocurrir en un término de 5 a 10 minutos.

TRATAMIENTO DE URGENCIA.

- 1.- Solución de epinefrina 0.4 a 1 ml. de una solución al 1:1000 (0.4-1 mg.) Intramuscular, repitase en 5-10 minutos y despues según sea necesario. Si el paciente no responde inmediatamente adminístrese 0.1 a 0.2 mililitros de solución al 1:1000, diluida en 10 mililitros de solución salina intravenosa lentamente.
- 2.- Colocar en posición de trendelenburg.
- 3.- Mantener una via aerea adecuada.
- 4.- Administrar clorhidrato de difenhidramina en solución acuosa 5-20 miligramos intravenosos despues de la epinefrina si es necesario.

5.- Oxígeno 4 a 6 litros por minuto.

6.- Aminofilina intravenosa lentamente 250-500 miligramos en 10-20 mililitros de solución salina, para ataques de asma grave (sin choque).

7.- Pueden administrarse líquidos por vía intravenosa para corregir la hipovolemia; si la hipotensión arterial es grave podrán administrarse agentes vasopresores (levarterenol; 4 miligramos en un litro de solución glucosada) mediante infusión.

8.- La hidrocortisona diluida en solución salina intravenosa durante un lapso de 30 segundos después de la epinefrina ó difenhidramina, pueden prevenir las reacciones prolongadas.

PRECAUCIONES:

Siempre que sea posible determinar mediante preguntas si el paciente ha recibido previamente el medicamento que se le administrará.

La anafilaxis más frecuente es la producida por la penicilina en cuanto a medicamentos, también ocasionan la reacción las penicilinas semisintéticas. En un paciente de historia de alergia a este medicamento deberá substituirse por otro inócuo.

Otros medicamentos además de la penicilina que pueden inducir anafilaxis son sueros inmunisantes, nitrofurantoina, bromosulfotaleina, estreptomina, medios de contraste yodados hidrosolubles para uso

parenteral y rara vez vacunas.

Las personas sensibles a piquetes de insecto deberán protegerse con ropa adecuada y evitar zonas donde existan insectos.

Los pacientes sensibilizados deberán portar siempre y estar familiarizados con el uso de un estuche de primeros auxilios para picadura de insecto, el cual contendrá: una jeringa con epinefrina al 1:1000 (la solución no debe tener más de un año de antigüedad), una tableta de sulfato de efedrina (25 mg), una tableta antihistamínica y un torniquete, debiendo estar familiarizado con uso de estos procedimientos.

Los individuos con alguna sensibilidad conocida a los medicamentos y piquetes de insecto deberán portar un brazalete de identificación ó una tarjeta

CAPITULO TERCERO

INSUFICIENCIA CARDIACA

Estado fisiopatológico en el cual la causa de - que el corazón no pueda bombear toda la sangre que requieren los tejidos para su metabolismo, es una - anomalía propia de la función cardiaca, generalmente se debe a una falla de la contracción miocárdica originada por una anomalía primaria del músculo cardíaco ó secundario a isquemia; es una defectuosa -- función contráctil ventricular, lo cual se traduce en un desequilibrio hemodinámico.

Etiología desencadenante de la insuficiencia cardíaca:

1.- Embolia Pulmonar: Paciente con bajo gasto cardíaco, éstasis circulatoria e inactividad física, - son propensos a formar trombos en las venas de las extremidades inferiores ó pelvis.

La embolia pulmonar puede conducir a una mayor - elevación aguda de la presión arterial pulmonar, lo que a su vez puede producir ó intensificar la distensión y la insuficiencia del ventrículo derecho y puede disminuir aún más el gasto cardíaco.

2.- Infección: Los pacientes con elevadas presiones pulmonares venosas y capilares son muy susceptibles a infecciones pulmonares, una infección en cualquier otra región puede desencadenar una insuficiencia -- cardíaca. La fiebre, taquicardia, hipoxemia y el ay

mento de las demandas metabólicas que provocan las infecciones pulmonares ó generales pueden aumentar el gravamen al miocardio de un paciente con cardiopatía crónica compensada.

3.- Anemia: La reducción intensa de la capacidad transportadora de oxígeno de la sangre puede desencadenar una insuficiencia cardíaca, porque cuando hay anemia las necesidades de oxígeno de los tejidos metabolizantes unicamente pueden cubrirse mediante un incremento en el gasto cardíaco.

4.- Tirotoxicosis y Embarazo: Requieren de un aumento del gasto cardíaco.

5.- Arritmias: (taquiarritmias, disociación entre - contracción auricular y ventricular, taquicardia - ventricular, intensa bradicardia, etc).

6.- Miocarditis reumática y de otra etiología.

7.- Endocarditis bacteriana.

8.- Excesos físicos dietéticos y emocionales.

9.- Hipertensión general.

10.- Infarto al miocardio.

Formas de Insuficiencia Cardíaca:

a) De gasto elevado ó disminuido.

b) Aguda ó crónica.

c) Derecha ó Izquierda.

Manifestaciones Clínicas:

Disnea: Es el síntoma más común de la insuficiencia cardíaca, al principio solo se observa durante la -

actividad y progresivamente avanza. La disnea aparece con actividades menos fatigantes, finalmente el paciente sufre disnea incluso cuando está en reposos.

Ortopnea: (disnea de decúbito) el paciente que la sufre generalmente eleva su cabeza sobre varias almohadas durante la noche y frecuentemente despierta por falta de respiración, si su cabeza resbala de las almohadas; la sensación de disnea se alivia sentándose inmediatamente, a medida que la insuficiencia avanza los pacientes no pueden acostarse y necesitan pasar la noche sentados.

Disnea Paroxística Nocturna: Ataque de grave dificultad para respirar generalmente ocurre de noche.

Respiración de Cheyne Stokes: Disminución de la sensibilidad del centro respiratorio, hay presencia de hiperventilación e hipocapnia seguidos por apnea.

Fatiga y debilidad: Síntomas inespecíficos pero comunes de la insuficiencia cardíaca.

Síntomas Cerebrales: Se presenta principalmente en ancianos con arterioesclerosis cerebral e hipoxemia arterial (confusión, dificultad para mantener la atención, labilidad emotiva, cefalalgia, etc.).

Signos Físicos: En la insuficiencia cardíaca leve el paciente no sufre molestias en reposo, en formas mas graves la presión del pulso puede estar disminuída, reflejando una reducción en el volumen sistóli-

co, a veces se encuentra elevada la presión arterial diastólica, puede haber cianosis de labios y del lecho ungueal, frecuentemente hay taquicardia sinusal, signos de congestión de las venas del cuello.

La presión venosa general con frecuencia esta normalmente elevada, se reconoce observando el grado de distención de las venas yugulares.

Estertores basales del pulmón: Son estertores húmedos, inspiratorios y trepitantes, dan matidés a la percusión sobre la cara posterior de las bases pulmonares.

Edema Cardíaco: En la región pretibial y tobillos en pacientes ambulatorios, principalmente por las tardes, en la región sacra en individuos encamados.

Hidrotorax: Derrame pleural, es mas frecuente en la cavidad pleural derecha que en la izquierda.

Ascitis.

Hepatomegalia congestiva.

Ictericia: Signo tardío en la insuficiencia cardíaca congestiva.

Caquexia cardíaca.

Encontramos otros signos al disminuir el riego sanguíneo, las extremidades pueden volverse frías-pálidas y sudorosas, el volumen urinario disminuye.

Tratamiento:

1.- Reducción de la carga de trabajo cardíaco: Re-

ducción de la actividad física en casos leves y reposo absoluto en la insuficiencia grave, el reposo emocional y físico debe prolongarse durante dos ó tres semanas, disminución de calorías en la dieta.

2.- Mejoramiento de la contractilidad miocárdica - por medio de los glucósidos miocárdicos:

Digoxina ampollita de 2 ml. (0.25 mg/ml) 0.5-1 mg. (2-4 ml) IV y 0.25-0.5 mg (1-2 ml) en 3-4 horas y despues 0.25 mgs. (1 ml) cada 3 ó 4 horas hasta obtener el efecto deseado.

3.- Control de la excesiva retención de líquidos: al principio del tratamiento la dieta debe ser blanda, de poco residuo, con suplementos de vitaminas - restricción de líquidos y sal, administración de furosemide 40 a 80 mgs. vía oral.

CAPÍTULO CUARTO

INFARTO DEL MIOCARDIO

Clinicamente son adultos y frecuentemente individuos jóvenes de temperamento agresivo, quienes durante una intensa emoción ó un contratiempo de gran impacto sufren el accidente miocardico.

Fisiopatogenia: El problema del enfermo con infarto es en esencia un súbito desequilibrio entre el aporte de sangre al miocardio y la demanda del músculo por necesidad de O_2 . El desequilibrio es causado por la oclusión ó reducción asentuada del calibre de las arterias coronarias.

Etiología: Aunque el infarto puede sobrevenir en pleno reposo, es relativamente común que un esfuerzo intenso lo precipite. Un descenso de la presión arterial de cualquier origen en un adulto con arterias coronarias patológicas, puede precipitar el infarto.

Son causas de riesgo los traumatismos graves, la hipoglicemia provocada en los diabéticos, las comidas abundantes que aumentan el trabajo del corazón y las emociones intensas. En cuanto al sexo la mujer está menos expuesta al infarto que el hombre, pero despues de la menopausia las proporciones tienden a igualarse; tambien encontramos que el intelectual con grandes responsabilidades es más propenso que el obrero manual.

La hipertensión arterial y el tabaquismo son factores que aumentan el índice de problemas coronarios. La nicotina produce hipertensión arterial-taquicardia, aumento del consumo de oxígeno y en el enfermo coronario aumento de la isquemia y disminución de la elasticidad del miocardio con aumento de la presión teladiastólica.

Cuadro Clínico: La persona que sufre infarto súbitamente es presa de intensísimo dolor retroesternal puede sobrevenir en pleno reposo, se transmite al cuello, mandíbula, encías, hombro y brazos (izquierdo principalmente) a lo largo del nervio cubital, estas propagaciones del dolor siguen la distribución del plexo braquial, que tiene relación con los plexos nerviosos cardíacos.

El dolor puede prolongarse por horas y a veces más de un día, al cabo del cual se atenúa y subsiste como vaga molestia dolorosa. Suele acompañarse de sudoración fría, palidez, angustia, debido a una descarga adrenérgica, de presión baja, con pulso filiforme, la náusea y vómito pueden formar parte del cuadro inicial como fenómeno reflejo del dolor.

A las 48-72 horas puede aparecer frote pericárdico por pericarditis aséptica, otros enfermos tienen galope que denota sufrimiento cardíaco. Las arritmias acompañan frecuentemente al infarto, a los po-

cos días asciende la temperatura del enfermo hasta un grado ó grado y medio.

Electrocardiograma: Los datos que suministra indican la presencia de zona muerta, zona de lesión y zona isquémica. El trastorno mas precós es la isquemia subendocárdica, siguen en intensidad la insuficiencia coronaria con manifestaciones de lesión subendocárdica, la lesión subepicárdica es expresión de daño mas avanzado, se manifiesta por desniveles positivos de St frente a la zona de infarto.

En seguida esta la isquemia subepicárdica: ondas T negativas acuminadas con ramas simétricas en la región donde el infarto es inminente ó donde ya se produjo.

Por último está la zona de necrosis, que se manifiesta por ondas Q.

Datos de laboratorio:

- 1.- Cuenta leucocitaria: Elevada durante los primeros días despues del infarto.
- 2.- Proteína C reactiva: Por la destrucción de las proteínas miocárdicas, esta prueba se positiviza por varios días.
- 3.- Sedimentación eritrocitaria: Estudio que denota proceso febril, se acelera por unos días paralelamente a la positivización de la proteína C.
- 4.- Transaminasas: (Enzimas que catalizan las reacciones de transaminación y existen normalmente

en la sangre en proporciones discretas, son muy altas en algunas visceras: Miocardio, músculo estriado, cerebro, hígado, riñón, testículo, pulmón, se liberan abundantemente cuando se destruyen hematíes.

Complicaciones: El infarto puede evolucionar sin complicaciones, pero pueden producirse algunas en cualquier momento, tales como:

- a) Arritmias.
- b) Hipotensión y choque.
- c) Insuficiencia Cardíaca.
- d) Transtornos de la conducción.
- e) Aneurisma ventricular.
- f) Angina de pecho.
- g) Embolia.
- h) Ruptura del miocardio.
- i) Síndrome postinfarto.
- j) Hombro rígido postinfarto.

Tratamiento:

- Supresión del dolor:

Analgésicos: (morfina, meperidina) hasta suprimir el dolor. Dosis 2-5 mgs. Intravenosos lentamente repitiendo a intervalos de 15 minutos, no repetir la dosis si la frecuencia respiratoria es menor de 12 por minuto (morfina).

50-100 mgs. intramuscular según el caso, a dosis menor intravenosamente (meperidina).

- Oxígeno nasal.

- Reposo relativo con pocas libertades despues de los primeros dias, libertades graduales mayores despues, durante las siguientes 3 ó 4 semanas -- todo con vigilancia clínica, electrocardiográfica y de laboratorio, posteriormente un programa cuidadoso de ejercicios de rehabilitación.
- Vasodilatadores: Dinitrato de isosorbide 10-200-mgs. vía oral cada 3-4 horas.
- Inhibidores de la aglutinación plaquetaria: Acido acetil salicilico 1-2 gramos a diario.
- Anticoagulantes: Utiles en infartos extensos y -- profundos, transmurales, con participación del en docardio, son benéficos porque cuando ocurre un infarto aumenta la coagulabilidad de la sangre y la adhesividad de las plaquetas a los vasos sanguíneos.
- Heparina: 10,000 unidades intravenosos cada 4 horas (50-600,000 en 24 horas) un dia, posteriormente Warfaden Sódico 5-10 mgs. diarios.
- Hidroxicumarina 4 mgs, diarios. (estas dosis se ajustan a manera de tener tiempos de protrombina equivalentes a 2 ó 2 y medio mas de lo normal ó para tener cifras de 30% igual al 5% de lo normal
Despues de las primeras 48-72 horas se pueden emplear un laxante suave ó un supositorio para la constipación.
- Dieta hiposódica, líquida ó blanda inicialmente,

hipocalórica en obesos, dividida en varias comidas pequeñas.

- Soluciones parenterales: 1000 de glucosada al 10 %, mas 2 ampolletas de cloruro de potasio y 20 - unidades de insulina simple por varios días de acuerdo a la evolución del paciente.

CAPITULO QUINTO

ANGINA DE PECHO

DEFINICION: Es un síndrome clínico producido por -
isquemia miocárdica transitoria.

El paciente clásico presenta de 50 a 60 años de
edad.

Sintomatología: La característica mas importante-
de la angina de pecho, es su relación con el ejerci
cio ó las emociones, la molestia se presenta duran-
te la actividad física ó las fases de tensión emo-
cional y desaparece con el reposo. La cólera, el ta
mor, la agitación ó la actividad sexual pueden de-
sencadenar el síndrome.

Algunas actividades relativamente ligeras, pero
que obligan a mantener las manos a nivel de la cabe-
za ó un poco mas alto (ejemplo: peinarse, afeitarse)
pueden ocasionar sintomas en pacientes que sin-
embargo, son asintomaticos mientras llevan a cabo -
actividades fisicamente mas dificiles, pero que no
requieren elevar los brazos.

La isquemia del miocardio puede caracterizarse -
por dolor en el cuello, maxilar inferior, faringe,-
espalda, hombro, abdomen ó brazo, sin sintomas en -
el pecho. La irradiación a los brazos, en particu-
lar la superficie cubital del brazo izquierdo, es -
frecuente en la angina típica y a veces la única mo

lestia puede ser en los brazos ó muñecas, frecuentemente se describe como adormecimiento o pesantez.

Los dolores agudos especialmente los que se localizan en la region submamilar izquierda y son de corta duraci6n, se deben rara vez a isquemia del miocardio.

Hay una forma de angina que se presenta en reposo, el término angina de decúbito se ha aplicado a esta variante porque se produce mientras el paciente se encuentra acostado, el síndrome de angina de pecho es parecido al de disnea paroxística nocturna y la disnea realmente acompaña con frecuencia a las molestias del pecho.

Exploracion Física: Se trata de pacientes con frecuencia obesos de constituci6n mesomorfica, no es raro encontrar signos de arteriosclerosis en otros vasos ademas de las coronarias, el fondo de ojo puede mostrar una mayor reflexi6n de la luz, con muescas en los cruces arteriovenosos; los vasos perifericos pueden apreciarse mas gruesos a la palpaci6n y es posible auscultar soplos sobre las car6tidas.

Entre las crisis no es raro que la exploraci6n física de resultados normales en los enfermos de angina de pecho, pero las anomalias de la funci6n contractil, a consecuencia de la isquemia que corres-

ponde a la angina de pecho, pueden originar signos auscultatorios y palpatorios transitorios también de disfunción ventricular, lo que ayude a establecer el diagnóstico. Entre estos signos se cuentan un tercero y un cuarto ruidos cardiacos, y en ocasiones un desdoblamiento paradójico del segundo ruido. Frecuentemente se logra palpar una contracción asimétrica, una falta localizada de contracción ó una contracción paradójica (acinesia o discinesia) semejante a una extrasistole ocasional en ventriculo izquierdo.

La exploración física también es útil para descubrir signos de enfermedad sistémica, de un estado metabólico ó de un factor de riesgo que predispongan a aterosclerosis coronaria; por ejemplo, la hipertensión sistémica es un signo de gran importancia porque acelera el proceso aterosclerótico y por que puede ser tratada.

Estudios de Laboratorio: Deben incluirse: electrocardiograma, radiografías de torax, si estos pasos no permiten establecer el diagnóstico conviene efectuar una prueba electrocardiográfica de esfuerzo, que en ciertos casos irá seguida de una arteriografía coronaria, también es útil una respuesta positiva a un ensayo terapéutico con nitroglicerina para confirmar el diagnóstico de angina de pecho.

Tratamiento: El esquema de manejo esta formado por seis aspectos:

- 1) Tranquilizar al paciente
- 2) Tomar medidas generales encaminadas a evitar la evolución de la cardiopatía isquémica.
- 3) Definir un protocolo tal que resulten impedidas o se reduzcan al mínimo las crisis isquémicas
- 4) Eliminar la posibilidad de una enfermedad coexistente que pueda exacerbar la angina.
- 5) Instituir una terapéutica medicamentosa.
- 6) Definir los criterios a partir de los cuales se considerará indicada o no la cirugía coronaria - de cortocircuito.

1) El enfermo debe comprender que es posible disfrutar de larga vida aun cuando se sufra de angina de pecho, una explicación realista de la fisiopatología de la enfermedad da buen resultado para el paciente inteligente y puede usarse como base para planear el programa de vida que se va a aconsejar.

2) En cuanto a medidas generales, debe alcanzarse y conservarse el peso ideal del sujeto, debe tratarse la hipertensión cuando exista y debe prohibirse el tabaco.

Debe aconsejarse al paciente un ejercicio dinámico constante, por ejemplo la marcha, en cam-

bio, los ejercicio isometricos incluso pueden ser peligrosos. La conservaci3n de una buena condici3n ffsica permite al paciente efectuar ejercicio fisico con mas eficacia, con una frecuencia cardiaca menor, lo que disminuye la posibilidad de las crisis anginosas.

- 3) El tratamiento especifico busca suprimir la discrepancia entre las demandas de oxigeno del m3sculo cardiaco y la capacidad de la circulaci3n coronaria para satisfacer estas demandas. Debe enseñarse a los pacientes que muchas tareas que suelen ocasionar dolor pueden efectuarse sin causar sntomas cuando se llevan a cabo mas lentamente, reducir la actividad ffsica en la mañana y en el periodo que sigue a las comidas.

En algunos enfermos el enojo y la frustraci3n pueden ser los factores desencadenantes mas importantes en la vida diaria, cuando no puedan ser evitados deberen prescribirse tranquilizante y sedantes.

- 4) Varias enfermedades que son primariamente cardiacas pueden elevar las demandas de oxigeno del miocardio 3 disminuir el suministro, estas situaciones pueden exacerbar una angina de pecho y es preciso tenerlas presentes. Comprenden entre otras, el hipertiriodismo (yatr3geno o exponta-

neó), la hipertensión y la anemia.

En general, la disminución del suministro de oxígeno al miocardio es consecuencia de una oxigenación menor también de sangre (enfermedad pulmonar intrínseca, presencia de carboxihemoglobina por humo de cigarrillo o de puro) o una menor capacidad de transporte de oxígeno por la sangre (anemia).

- 5) se aplica nitroglicerina sublingual en tabletas de 0.4 ó 0.6 mg. A los pacientes con angina se les debe instruir como tomar la medicación para aliviar un ataque y también tomarla antes de que un esfuerzo pueda causar angina.

Cuando el paciente desarrolle dolor al ejercicio, debe interrumpir la actividad y colocar una tableta bajo su lengua. Un tramo de escaleras, la subida de un cerro ó el acto sexual pueden producir dolor, pero este puede evitarse por medio de la administración previa de una tableta de nitroglicerina.

La dosis de nitroglicerina debe ser lo suficientemente grande para aliviar el dolor, pero no tanto como para causar una sensación de llenura pulsátil en la cabeza ó una franca jaqueca que es el efecto indeseable más común de la nitroglicerina, la cual solo rara vez produce tran

stornos con las dosis requeridas para aliviar la angina.

La nitroglicerina se altera al contacto del aire, de la humedad y por efecto de la luz solar por lo tanto, si un preparado de este tipo no consigue aliviar el dolor, ni produce cefalalgia o siquiera una sensación quemante en el foco sublingual de absorción, es probable que haya perdido su actividad y deberá conseguirse un lote nuevo. Si el paciente no experimenta mejoría después de la primera dosis de nitroglicerina, puede tomar una segunda dosis, pero advirtiéndole que no continúe tomando la medicación si las primeras dosis resultan ineficaces. Si continúa el dolor a pesar de la nitroglicerina, el paciente debe consultar al médico, quien debe investigar un posible infarto del miocardio, cuando no sea posible dicha consulta habrá de acudir pronto al servicio de urgencias de un hospital.

CAPITULO SEXTO

CUIDADOS PREOPERATORIOS

Aunque los efectos colaterales debidos a la toxicidad de los agentes bloqueadores son poco comunes, hay una serie de precauciones que el odontólogo debe tomar, para evitar que su paciente ambulatorio presente durante el tratamiento dental transtornos relacionados con algún padecimiento orgánico ó funcional concomitante, así como reacciones atribuidas a diversas drogas bajo cuya acción farmacológica se encuentre el paciente en el momento de visitar a su dentista.

No deberá omitirse una breve historia clínica que nos pueda revelar padecimientos cardiorespiratorios importantes, antecedentes de estados alérgicos, así mismo conocer el estado psíquico del paciente para calmar su inquietud tanto psicológica como por medio de una medicación preoperatoria sedante.

Un paciente excitable puede llegar a tener un síncope de etiología neurogénica en el momento de la inyección del anestésico y confundirse fácilmente con los efectos indeseables de las drogas anestésicas.

Interrogar sobre padecimientos cardiovasculares, desequilibrios neurovegetativos principalmente, alteraciones endócrinas, discracias sanguíneas, así co--

no interrogar sobre todo tipo de medicamentos que - este usando el paciente para valorar el riesgo.

En casos que el paciente relate antecedentes de alergia a los medicamentos, hacer pruebas de sensibilidad.

Se deberá contar con un equipo de reanimación - para el tratamiento de cualquier tipo de reacciones que repercutan sobre el organismo de nuestro paciente.

El equipo debe contar con un dispositivo para administrar oxígeno a presión, así como jeringas hipodérmicas estériles, equipo rojo.

Tener cuidado de que el equipo se encuentre en perfecto estado y en sitio accesible y fácil de manejar.

Elegir una solución bloqueadora de acuerdo con cada caso en particular. Evitar la inyección intravascular, inyectar la solución lentamente.

Vigilar al paciente mientras hace efecto el anestésico.

CAPITULO SEPTIMO
**MANEJO DE LAS EMERGENCIAS MEDICAS EN EL CONSUL/
TORIO DENTAL.**

Es importante saber reconocerlas a tiempo y diferenciarlas, las podemos clasificar:

- a) Accidentes relacionados con los anestésicos.
- b) Accidentes por patología preexistente, independientes de las soluciones bloqueadoras.
- c) Accidentes por sobredosificación ó mala indicación de los vasopresores.

a) Aunque la dosis que generalmente usa el cirujano dentista para los procedimientos de rutina es muy pequeña (20-30 mg), la region gingivodental es ricamente vascularizada, puede haber una absorción rápida de la droga y dar manifestaciones de toxicidad sobre el sistema nervioso central, tales como: escalofrío, temblores, visión borrosa, etc. Otras veces mas raras aún se presentan reacciones por sensibilidad inmunológica que pueden ocasionar transtornos respiratorios, tales como espasmo bronquial, disnea y estado asmático.

Estos transtornos se acompañan de alteraciones cuatneas o de las mucosas tales como urticaria, eritema y edema angioneurótico, así como estado de shock anafilactoide.

- b) Un paciente de edad avanzada puede presentar una crisis cardiaca, un hipertenso presentar algún accidente cardiovascular. El síncope no es poco común en pacientes nerviosos, con trastornos neurovegetativos y/o problemas de anemia.
- c) Son los accidentes menos frecuentes, sin embargo un paciente muy nervioso, un anciano hipertenso ó con tirotoxicosis pueden ser casos cuya patología preexistente sea un factor que predispone a algún accidente por la acción de los vasoconstrictores.

Medidas Generales de tratamiento:

El tratamiento adecuado en todos los tipos de accidentes que hemos citado se reduce a mantener las funciones vitales respiratorias y cardiovasculares.

- 1.- Posición de trendelemburg (la cabeza en un plano inferior al resto del cuerpo.
- 2.- Mantener las vías respiratorias libres. Debe colocarse la cabeza en un plano sagital en ligera extensión y levantando el maxilar inferior. Aspirar las secreciones ó regurgitaciones. Colocar una cánula faríngea cuando la lengua obstruye las vías respiratorias.
- 3.- Oxigenación: La depresión respiratoria, el espasmo

no laríngeo y la obstrucción respiratoria de cualquier causa dan lugar a hipoxia que debe ser tratada de inmediato, la oxigenación puede realizarse de acuerdo con la urgencia y con el grado de hipoxia con las siguientes medidas:

- Cuando hay respiración espontánea basta con colocar un cateter nasal administrando de 2 - 3 litros de oxígeno por minuto.
- Si no hay respiración espontánea, colocar el dispositivo de mascarilla y bolsa para dar oxígeno a presión, manteniendo la respiración artificial hasta que aparezca la respiración espontánea.
- El Cirujano Dentista debe tener en su gabinete - en su gabinete un aparato de oxigenación, de los cuales el más sencillo y económico consiste en: una fuente de oxígeno constituida por un tanque portátil, un regulador de presión y un dispositivo para administrar oxígeno a presión que consta de una mascarilla de caucho unida a una bolsa de reinhalación.
- Cuando no se cuenta en un momento dado con este sistema de oxigenación, administrar respiración de boca a boca (existen cánulas llamadas de Brok para que el contacto boca a boca no sea directo)
- Es importante y cuando la circunstancia lo amerite instalar venoclisis, también se pueden y deben aplicar los medicamentos intravenosos, aunque no se instale la venoclisis.

El tratamiento específico de los padecimientos-
mencionados se encuentra explicado en el capítulo-
correspondiente.

CONCLUSIONES

El conocimiento de las emergencias Médico- dentales mas frecuentes en el consultorio dental, es de suma importancia para el cirujano dentista, asi como su adecuado tratamiento y asistencia en el momento oportuno.

He simplificado medidas generales de tratamiento, para una mejor comprensión de las mismas y es a la vez una sistematización de estos procedimientos de emergencia.

LIBROS DE CONSULTA.

A. Krupp Marcus.

Diagnostico Clínico y Tratamiento.

Ed. El manual moderno.

México, D.F.

1981. 16ª Edición.

Burrell, Burrell.

Cuidados Intensivos.

Ed. Interamericana.

México, D.F.

1976. 2ª Edición.

D. Stanley L. Robbina.

Patología Estructural y Funcional.

Ed. Interamericana.

México, D.F.

1976.

Espino Vela Jorge.

Introducción a la Cardiología.

México, D.F.

1980, 9ª Edición.

Farreres Valenti Pedro.

Medicina Interna.

Tomo II.

Ed. Marín S.A.

1978. 9ª Edición.

G. Shifer Williams.

Tratado de Patología Bucal.

Ed. Interamericana.

México, D.F.

1979. 3ª Edición.

Harrison Thorn Adams.

Medicina Interna Tomos I Y II.

Ed. La prensa medica Mexicana.

Mexico, D.F.
1981. 5a. Edición.

Donalison.

Emergency in the operatory.
Dental abstracts nov 1975; 20 (II) 684.

Paul.

The dental office environment
Dental abstracts nov 1975; 20 (II) 686-687.

Ruiz Castro, Ortega Humberto.

Choque anafilactico por anestésicos de uso odontológico.
ADM Enero-Feb. 1978; XXXX (I) 56-60.

Soper.

Emergency in the office dental.
Dental abstracts nov 1975; 20 (II).

Thompson.

Dental emergency care.
Dental abstracts feb. 1976; 21 (2) 118-119.

Whitwam.

Reacción to local anesthetics.
Dental abstracts abril 1977; 22(4) 209.