



ASOCIACION ODONTOLÓGICA
COLOMBIANA

.....
M 332 1988
.....
Compra Donación

.....
Editorial
Solicitado por
Fecha
Precio

T.O.
332
1988

00361

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

URGENCIAS MEDICO

ODONTOLOGICAS

1.988

19-6-01-111

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

URGENCIAS MEDICO
ODONTOLOGICAS

ALEXANDER RUIZ J

Código 812302

LUIS MIGUEL HERRERA Z.

Código 832009

1.988

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

DIRECTIVAS

R E C T O R

DR. JORGE ARANGO TAMAYO

D E C A N O

DRA. MARISOL ARANGO

V I C E D E C A N O

DR. JAIRO FORERO MORALES

D I R E C T O R D E M O N O G R A F I A

DR. ERNESTO RAMIREZ SUAREZ

D I R E C T O R C O O R D I N A D O R

D E L C U R S O

DR. ROBERTO ARCINIEGAS

1.988

Monografía presentada en cumplimiento parcial de los requisitos exigidos para optar el título de Odontólogos por ALEXANDER RUIZ J. y LUIS MIGUEL HERRERA Z. con la colaboración y aprobación del Dr. ERNESTO RAMIREZ SUAREZ el día 20 de Mayo de 1988.


DIRECTOR MONOGRAFIA

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a todas las personas que de una u otra forma contribuyeron a la elaboración de esta monografía.

Al Colegio Odontológico Colombiano, de quien recibiremos el grado de Odontólogos, por albergarnos durante el tiempo que estuvimos, recibiendo sin fatiga ni sosiego el aliento fértil y constante para culminar satisfactoriamente nuestros estudios, y a su vez darnos un puñado de conocimientos. ética y sabiduría, para el buen de se m p e n ñ o de nuestra profesión.

Al Doctor Ernesto Ramirez o Director de éste texto, profesional de invaluables - atributos y experiencias de la medicina y la odontología, y con su capacidad como docente, quién de manera desinteresada y infundiendonos sentido de superación, co l a b o r ó como guía en este trabajo.

A todo el cuerpo docente de la universidad, y en especial, a los Doctores Roberto Arciniegas, Fredy Osorio y la Doctora Elsa Sarmiento y quienes con su vasto conocimiento aportaron todo su interés, en enseñarnos , caminos rectos, conducta y mo r a l e r g u i d a para el buen entendimiento, agrado y orgullo de nuestra profesión.

Alexander Ruiz J.

Luis Miguel Herrera Z.

DEDICATORIA

A NUESTRAS MADRES :

"
Porque con su sacrificio y esfuerzo alimentaron
nuestro espíritu y fueron pilar importante para
conseguir la meta alcanzada"

TABLA DE CONTENIDO

	Pags
INTRODUCCION Y OBJETIVOS	
I URGENCIAS MEDICAS ODONTOLOGICAS	1
1. Definición y Carro de Urgencias.....	1
1.1 Metodos para administración de Oxígeno.....	2
2. Trastornos Urgentes.....	3
2.1 Urgencias Circulatorias.....	3
2.1.1. Shock.....	3
2.1.2 Paro Cardiorespiratorio.....	8
2.1.3. Reanimación Cardiopulmonar.....	9
2.1.4 Hipertensión Arterial.....	11
2.1.5 Infarto del Miocardio.....	13
2.1.6 Síncope Vasodepresivo.....	14
2.1.7 Fiebre Reumática.....	15
2.1.8 Hemofilia.....	17
2.1.9 Anemia.....	19
2.2. Urgencias Respiratorias.....	22
2.2.1 Asma Bronquial Aguda.....	23
2.2.2 Insuficiencia Respiratoria Aguda.....	25
2.2.3. Traqueostomía.....	26
2.2.4 Maniobra de Heimlich.....	28
2.2.5 Aspiración de Cuerpos Extraños Tratamiento Rápido.....	33
2.3. Trastornos Endocrinos.....	36
2.3.1 Diabetes.....	36
2.4. Trastornos Convulsivos.....	41
2.4.1 Estado Convulsivo y epilepsia ideopática.....	41
2.4.2 Epilepsia Ideopática.....	44
2.5 Reacciones Alergicas.....	48
II URGENCIAS DENTALES EN ODONTOLOGIA.....	52
1. Endodoncia.....	52
2. Urgencias Periodontales.....	56
3. Urgencias Quirúrgicas.....	58
4. Urgencias de la A.T.M.....	70

5. Urgencias Protésicas.....	70
6. Iatrogenias.....	73
7. Otras Urgencias Dentales.....	75

III INDICE DE DIAPOSITIVAS

IV CONCLUSIONES

V BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION Y OBJETIVOS

Dentro de esta recopilación bibliográfica, que hemos logrado obtener pretendemos que los datos reunidos sean útiles a odontólogos generales y estudiantes de odontología.

Destinado especialmente a los estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano y se publica dentro de los programas de educación de esta institución constituida por directivos, docentes y alumnos, al servicio de la salud de la comunidad.

La creación de esta reseña bibliográfica se basa en la necesidad de crear en el odontólogo pregrado y postgrado, una guía analítica que trate de calmar una serie de interrogantes que se presentan durante el desarrollo de la carrera, como durante la práctica odontológica sobre algunos casos médicos que tienen mucha incumbencia con el odontólogo, sin obviar la importancia de la urgencia típica odontológica - que también la contemplamos.

Pero con mayor intención hemos querido transmitir, la necesidad de crear una conducta y criterio en el tratamiento de pacientes con problemas sistémicos que con seguridad tarde que temprano, se nos presentara, y que cuando esto suceda, no nos coja desprevenidos y poder así, en nuestro consultorio desarrollar un papel importante en el bienestar de la salud de nuestros pacientes.

Dentro de los temas tratados encontramos por ejemplo: Hemofilia, Fiebre reumática, - Epilepsia, Diabetes, Asma, Paro Cardíaco, Broncoaspiración por Cuerpo Extraño, Urgencias Odontológicas etc.

Describimos de la mejor forma posible de cada uno de los temas mencionados entre otros; su Definición, su signología, sintomatología y farmacoterapia, las maniobras necesarias en algunos casos y pistas clinicas que nos pueden ayudar en el diagn_otico.

En resumidas cuentas la superación de nuestra profesión en lo que más nos interesa de antemano sabemos que este texto tendra sus fallas pero nuestra intension era - participar por lo menos con un grano de arena en esa nivelación por lo alto de - nuestra carrera.



I URGENCIAS MEDICAS ODONTOLOGICAS

En la mayoría de los casos las personas que acuden a tratamiento odontológico reaccionan favorablemente, sin embargo hay circunstancias ocasionales en las cuales se requiere de tratamiento urgente para evitar un desenlace catastrófico. Estas situaciones pueden originarse por la reacción psíquica del paciente, por la existencia de alguna enfermedad grave o por la reacción de algún medicamento administrado, en cualquier caso se puede actuar con rapidez y practicar el tratamiento adecuado para que el paciente recupere su estado de salud.

1. EL CARRO DE URGENCIAS

En todo consultorio se debe tener un carro de urgencias muy bien equipado con lo necesario. Este debe ser móvil se debe mantener cubierto con algo plástico para mantener todo bien limpio y para evitar cualquier pérdida se debe mantener amarrado y correrse para un buen mantenimiento. El carro de urgencias debe tener lo siguiente:

- 1) Estetoscopio
- 2) Esfigmomanómetro
- 3) Solución Amoniaca
- 4) Oxígeno a presión positiva
- 5) Mascarilla facial completa
- 6) Equipo para infusión intravenosa
- 7) Un frasco de 500 ml. de solución de dextrosa a 5% para infusión intravenosa
- 8) Canulas bucofaringeas de diversos tamaños

- 9) Aparato portátil de succión
- 10) Cronómetro
- 11) Forma de control de urgencias y pluma
- 12) Jeringas y agujas de diversos tamaños
- 13) Torundas con Alcohol
- 14) Torniquete
- 15) Tela Adhesiva
- 16) Medicamentos Apropriados

1.1 METODOS PARA LA ADMINISTRACION DE OXIGENO

Se designa con la Expresión $F_{I_{O_2}}$ a la fracción (Concentración) de Oxígeno en el aire inspirado el aire ambiente tiene Oxígeno a la concentración del 21%; se dice por eso que el $F_{I_{O_2}}$ del aire libremente inspirado es 0,21 para administrar Oxígeno existen diversos dispositivos que se diferencian principalmente por las cifras $F_{I_{O_2}}$ que logran proporcionar una simple clasificación es dividir las en dispositivos de bajo flujo y Dispositivos de alto flujo.

A. Dispositivos de Bajo Flujo: Se administra Oxígeno en forma no controlada a concentraciones bajas o moderadas y son :

- a) Cánula Nasal.- Administración de O_2 a concentraciones desde 24% a 44% ($F_{I_{O_2}}$ de 0,24, 0,44) dependiendo del flujo que puede ser de 1 a 5 litros /min. metodo barato y comodo para el paciente.
- b) Cateter Násofaríngeo. Poco utilizado similar al anterior; indicación es el paciente agitado que a cada momento intenta retirarse el dispositivo.
- c) Máscaras Simples.- Se aplica sobre nariz y boca y proveen un $F_{I_{O_2}}$ entre 0,40 y 0,60 dependiendo flujo de O_2 que puede ir de 6 a 10 Litros /min. y de la ventilaci-

ón del paciente poseen orificios laterales que permiten la entrada de aire ambiente y la salida del aire espirado.

d) Máscaras Aerosoles.- Similares a las anteriores con adición de un nebulizador - ubicado en la línea inspiratoria y que humidifica el gas.

e) Tiendas de Oxígeno.- Principalmente útiles en pacientes pediátricos más grados y humedad constantes las concentraciones de oxígeno alcanzadas son muy variables y a menudo inadecuadas.

B. Sistemas de Alto Flujo :

a) Máscaras de Ventury. Provee [] fijas de O₂ (independiente del Flujo); puede graduarse a F₁₀₂ que van de 0,24 a 0,50 inconveniente es que muchos pacientes disnéicos no lo soportan y que tienen que reiterárselas para comer , escupir etc.

b) Máscaras de reinhalación parcial.- Similares a las máscaras simples con adición con bolsa reservaria de oxígeno, permite administración de F₁₀₂ de 0,40 a 0,70.

c) Máscaras de no Reinhalación.- Provistas de una válvula que evita la reinhalación del gas espirado, permite administración de F₁₀₂ entre 0,60 y 1 (100%) para lo cual deben ser aplicadas herméticamente alrededor de la boca y la nariz del paciente.

d) Los Ventiladores Mecánicos.- Con ellos a más de que se corrije la hipoxia se logra disminuir la PCO₂ y corregir la acidosis respiratoria requieren intubación endotraqueal. su indicación son los casos de insuficiencia respiratoria aguda.

2. TRASTORNOS URGENTES

2.1 URGENCIAS CIRCULATORIAS

2.1.1 SHOCK

Es un proceso agudo con acentuada depresión de las funciones vitales debido a una reducción progresiva y generalizada de la perfusión tisular, dejado sin tratamiento conlleva a la muerte en tiempo corto que generalmente se mide en horas, algunas

veces en minutos pero solo ocasionalmente en días.

El shock es un síndrome que recorrerá rápidamente estados de gravedad; es importante distinguir entre pacientes con shock leve o incipiente y pacientes con shock severo o declarado. El fenómeno característico del shock declarado es la caída de la tensión arterial (TA). La TA depende de la fuerza de contracción miocárdica, de la resistencia periférica (Tono Arteriolar) y del volumen sanguíneo o volemia, una marcada disminución de cualquiera de estas variables, sin elevación compensadora de las otras producirá Hipotensión Sistémica. El mecanismo más frecuente del shock es la disminución del gasto cardíaco, bien sea porque la sangre no retorne al corazón en volumen suficiente (Tal es el caso del Shock hipovolemico), bien porque la bomba cardíaca no expulse la sangre con fuerza suficiente (Shock Cardíaco) otro factor que opera especialmente en los Shocks Séptico y Neurogénico es la parálisis vasomotora que conduce a una vasodilatación generalizada. Cuando el Shock llega a etapas avanzadas interviene múltiples factores en la acentuación y agravación del cuadro. Se debe aclarar 1) Que hipotensión no es sinónimo de Shock 2) Que hipotensión puede ocurrir en ausencia de Shock.

De las distintas clases de Shock el que más se ha estudiado a fondo es el Hipovolemico.

Shock Hipovolemico: Pérdida aguda de sangre o sea disminución de la perfusión tisular aunque es igual a todos los tipos de Shock los efectos de la disminución de ésta perfusión tisular ya sea que el fenómeno primario consista en disminución de la fuerza contractil del corazón en pérdida externa de sangre, plasma, o en sequestración interna de estos líquidos en una viscera hueca o una cavidad del organismo el efecto es el mismo.

Ej: Hemorragia aguda - Deshidratación.

Shock Séptico: Se presenta en septicemias especialmente por gram - negativos Diagnóstico: a) antecedentes de presencia focoseptica de partida; aborto o parto séptico, pielonefritis aguda, perforación de vísceras con peritonitis instrumentación -

de vias urinarias b) escalofrío y la fiebre, no olvidar que en este Shock el paciente puede estar afebril o aun hipotermico. c) en buen porcentaje aparece ictericia.

Shock Cardiogénico: En casos de infarto el miocardio , la clave es el "Dolor Forácido" los infartos extensos se acompañan de acentuada caída tensional Shock la clave para determinarlo es la ingurgitación ungular y extremada baja de la tensión.

shock Neurogenico: A mas de la hipotensión con acentuada vaodilatación con disminución del retorno venoso y por tanto gasto cardíaco esta vasodilatación puede ser producida 1) Paralisis Simpática: Anestesia Espinal, intoxicación, barbiturica, Traumatismos sanguíneos con sección medular 2) Hiperactividad yugal. golpe en el area del plexo solar o del plexo cervical. Estos Shocks cursan con bradicardia Nota: Fenomeno similar pero de menor gravedad es el llamado reflejo vasovagal que se traduce por un simple desmayo (Lipotimia) de corta duración.

Shock Anafilático. Mecanismo: Perdida del tono vascular e hipovolemia relativa de bidas a liberación de histamina y de bradikinina a consecuencia de reacciones de hipersensibilidad secundarias a la administración de medicamentos (Ugatibioticos sueros heterólogos) especial si la administración se hace por via parenteral, tambien puede ser consecuencia al uso intravenoso de medios de contraste rediológicos y o a la picadura de algunos insectos, la clave del diagnostico esta constituida por la aparición de los sintomas minutos despues del contacto con sustancias responsables, urticaria, broncoespasmos y edema de glotis son fenómenos frecuentes y pueden proceder a la caída tensional la cual otras veces ,se presenta en forma aislada.

Shock Quirúrgico: (operatorio y postoperatorio) Se usa esta denominación para determinar un diagnostico ya que no existe un Shock quirúrgico en relación con Shock y cirugía los dos conceptos que se deben tener son los siguientes a) Los operados

entran en la categoría de pacientes con alto riesgo de Shock y b) Pacientes quirúrgicos el Shock puede tener como causa cualquiera de las de atrás hemos analizado: Hemorragia, Deshidratación, Infección, Embolismo, pulmonar.

2.11.1 TRATAMIENTO DEL SHOCK : Para que sea eficaz se precisa una acción rápida y planeada.

1. Medidas Genrales. a) Posición paciente Cubito Dorsal en el hipovolemico y en el septico; con la parte superior del tronco ligeral levantada en el shock cardiogenico. b) aliviar el dolor y el desasosiego mediante el uso prudente de meperidina - 20mg endovenosos c) no dar alimentos por via oral minimizar vomito y la broncoaspiración; solo se daran pequeños sorbos de agua para minimizar la sed. d) Administrar oxigeno por cateter nasal e) Combatir acidosis lo que se logra mejorando la volemia y elevando TA; a veces es necesario administración de bicarbonato por via endovenosa.

2. Restauración de la Volemia en el Shock Hipovolemico. Lo primero es la administración de liquidos , preferiblemente sangre, si ha habido hemorragia importante. - mientras se tiene lista la tranfusión , solución salina o lactatoringer otras que sirven son albumina humana, plasma o agentes macromoleculares especialmente dextroza.

3. Shock Anafiláctico: Permeabilidad de las vías aéreas superiores, e inyectar por via subcutanea 0,5 ml. de adrenalina al 1.1000 esta dosis se puede repetir con intervalos de 3 minutos si es severa la reacción .

4.- Shock Séptico.- El DX positivo de este shock se hace cuando el hemocultivo es positivo dar antibioterapia identificar y drenar focos sépticos y a la corrección de los equilibrios hidroelectrolíticos.

VASODILATADORES: a) Bloqueadores Alfa (Fentolamina) La Fentolamina (Regitina ampolletas de 10 mg X mll) Se administra diluyendo una ampolleta hasta completas 10 ml. quedando con ello a una concentración de 1 mg X ml. para aplicar 2 ml. por via IV -

cada 1e-20 Minutos

- b) Nitroprusiato de Sodio: Actua musculo liso produciendo vasodilatación lo que trae disminución de la resistencia periferica con aumento reflejo de la frecuencia cardiaca y, en consecuencia aumento del volumen minuto. sus principales indicaciones son el sindrome de bajo gasto cardiaco y las crisis hipertensivas . Administración 50 mgs en 500 ml de sal dextrosa al 5% lo que da una concentración de 0,1 mg x ml con equipo de microgoteo vigilar TA para ver si se aumenta se disminuye o se suspende.
- c) Hidralazina (Apresolina tabletas de 10,25,50 mgs) Produce vasodilatación del lecho arteriolar y en forma menos marcada, vasodilatación, del lecho venoso; ocasiona taquicardia y aumento del volúmen minuto la dosis oscila entre 10 y 50 mg. C/ 6 Horas.
- d) Prazosin. (minipres tabletas de 1 y 2 mgs) para mantener estabilizada la TA una vez lograda la acción del nitroprusiato dosis de 1 mg Cada 12 Horas.
- Hemos visto que en el Shock la vasoconstricción es un fenómeno reaccional; si ella es excesiva y se prolonga demasiado se toma indeseable porque mantiene el estado de Hipoperfusión por esto se aconseja el uso de VASODILATADORES especialmente en Shock Septico y Cardiogenico y rara vez para el hipovolémico y los vasodilatadores mas usados en estas circunstanancias los estudiamos anteriormente.

DROGAS VASOACTIVAS

1. Catecolaminas y otros simpaticomimeticos.- se usan cuando las catecolaminas endógenas no mantienen el tono vascular como la fuerza contractil del corazón y se reunen al uso de las aminas simpaticomiméticas con miras a suplementar la acción de las catecolaminas endógenas.

Las catecolaminas y otras drogas simpaticomimeticas actuan sobre la circulación - estimulando los receptores adrenergicos de tipo alfa y beta el estímulo de los receptores alfa produce vasoconstricción Los receptores Beta se dividen en B1 y B2

los B₁. (Receptores Miocardicos) Produce aumento de la contractibilidad, el automatismo, la conductibilidad y la irritabilidad cardiaca; el estímulo de los receptores B₂ produce vasodilatación y broncodilatación.

a) La Metoxamina y la Fenilefrina Efecta mimético producen vasoconstricción.

b) El Isoproterenol (Isuprel) Es B-Adrenergico Puro

c) Norepinefrina (Nor Adrenalina Levarterenol) Tiene acción mixta con predominio del efecto.

d) Dopamina (Intropin ampollitas 200 mgr) Influencia selectiva sobre distintas articulaciones regionales a expensas de circulación cutánea y muscular aumentando perfusión de órganos importantes (Riñón corazón, cerebro, Hígado, páncreas)

e) Dobutamina. catecolamina sintética con efecto inotrópico y poco efecto cronotrópico, no es taquicardizante lo que la hace una droga muy útil en la falla cardiaca asociada a estudios de Shock dosis 7 mg /kilo/ minuto.

2.12 PARO CARDIORESPIRATORIO

En el paro cardiorespiratorio miraremos las medidas de reanimación, mientras ya a nivel hospitalario mediante el uso de electrocardiógrafo se determina la causa del paro (asistole o fibrilación ventricular).

Antes daremos un breve idea de lo que es la "Falla Cardiaca" La F.C. es un síndrome que parece cuando el corazón es incapaz de lograr una adecuación entre su gasto y las necesidades del organismo El corazón hasta cierto punto trabaja con dos compartimientos (Corazón Izquierdo y Corazón Derecho) Anatómicamente y funcionalmente diferentes de ahí que con frecuencia la falla cardíaca en sus inicios afecte a los ventrículos, pero afectando la otra seguidamente debido a que el sistema cardiovascular es un circuito cerrado.

ETIOLOGIA.- 1) Causas de falla ventricular Izquierda hipertensión arterial sistémica. insuficiencia mitral, insuficiencia aórtica, estenosis aórtica, cardiopatía isquémica.

2. Causas de falla ventricular derecha estenosis mitral, estenosis pulmonar , Neumopatías agudas y crónicas, tromboembolismo pulmonar, hipertensión pulmonar, idiopática.

3. Causas que muy precozmente dan falla combinada miocardiopáticas, cardiopatía tirotóxica cardiopatía beribérica.

La F.C. Puede ser congénita o adquirida, puede evolucionar por largo tiempo sin mayor problema; pero si algún trastorno mas o menos agudo pone una carga adicional sobre el miocardio precipita la falla cardiaca en resumen las causas de la falla cardiaca son: a) Tromboembolismo pulmonar, b) Anemia c) Tirotoxicosis, d) infecciones especial las neumonías e) Arritmias f) Endocarditis infecciosa g) Fiebre reumática activa h) infarto miocardio i) Hipertensión arterial no controlada j) miocarditis.

SINTOMAS Primero vemos la enfermedad primaria (Neumopatía estenosis mitral) El síntoma más precoz es la disnea de esfuerzos que va progresando en severidad mas tarde se la agranda ventriculo derecho se reconoce por la presencia de pulsaciones paraesternales y pulso epigástrico y se llega la falla ventricular derecha no es raro que los pacientes con hipertensión pulmonar presenten; a) dolor anginoso, b) Episodios sincopales por la arritmias cardiacas, c) moderada cianosis.

2.13 REANIMACION CARDIOPULMONAR

213.1 Definición: Conjunto de maniobras para establecer la función cardiopulmonar, cuando ocurre un paro cardiaco o respiratorio o ambos.

213.2 Indicaciones: a) En caso de accidentes (Vg ahogamiento, electrocución) reacciones por drogas o complicación de procedimientos tanto diagnosticos como terapeuticos b) Pacientes que presenten el evento en el curso de una enfermedad recuperable.

El paro cardiaco conduce indefectiblemente a paro respiratorio o viceversa, es necesario proceder en forma rápida y eficaz ya que el tejido cerebral soporta la hi

povolemia aguda tan sólo por un lapso de 3 a 5 minutos si pasa este tiempo se produce daño cerebral irreversible y se ha observado que si el paro ha sucedido hace cinco minutos las maniobras de reanimación son poco útiles y si ha pasado mas de 30 minutos es inoficioso usarlas.

213.3 Detección del Paro Cardíaco Respiratorio

- Pérdida de conciencia
- Ausencia de Pulsos periféricos (carotideo- femoral)
- Ausencia latidos cardiacos
- Ausencia de Respiración o transtorno importante de la misma
- Midriasis.

213.4 Manejo del Paro Cardíaco

En cualquier circunstancia (en el lecho del paciente), en la calle, en el ascensor en la piscina etc).

213.41 Buscar persona capaz de practicar venoclisis y simultaneamente con el puño cerrado aseste al paciente un golpe en la región precordial; sino se restablece el funcionamiento cardíaco inicie respiración boca a boca.

para ello produzca una hiperextensión del cuello llevando la cabeza hacia atras - asi se evita que la lengua al caer hacia atras ostruya la vía aérea superior manteniendo la cabeza en esa posición apoye directamente sobre la del paciente en insufle aire de sus propios pulmones en los del enfermo, ocluyendo las fosas nasales retire la boca para favorecer la espiración pasiva del paciente observe la caja torácica y verifique si ella se desplaza al insuflar aire sin embargo palpe el pulso carotideo con su mano izquierda (La misma que coloco bajo el cuello del paciente al hiperextenderla hacia atras) (Ver figura de filminas) sino se restablece el pulso.

213.42 Coloque el paciente sobre una superficie dura (tabla) o sobre el piso, quite

las almohadas siga cuidadosamente los siguientes pasos:

- a) Localice el area cardiaca: mitad inferior del esternon dos o tres dedos por encima de la xitoides.
- b) Aplique una presión ritmica con la palma de las manos comprimiento y descomprimiendo el area cardiaca , a una frecuencia de 60 veces al minuto (no doble los dedos al hacerlo)
- c) mantenga una relación entre comprensión y ventilación de 6 a 1
- d) Verificar la aparición del pulso carotídeo con cada comprensión o la aparición de latidos en las grandes arterias, el restablecimiento de la respiración y la mejoría de la midriasis la ausencia del pulso arterial durante la comprensión puede indicar 1. inadecuada comprensión 2. hipovolemia acentuada 3. taponamiento pericardico 4. neumotorax a tensión.

213.43 Hasta este momento deben haber transcurrido 3 minutos como máximosi alguien capacitado acude a su llamada de ayuda ordenele la aplicación de una venoclisis para mantener disponible una via venosa , si se mantiene solo evite la venoclisis y continúe con el masaje cardiaco y respiración boca a boca hasta que llegue ayuda y reaparezca la contracción cardiaca y la respiración lo cual ocurre el 90% de los casos si se obra correctamente.en este momento

- a) Traslade al paciente al hospital y ahí determinaran las maniobras a seguir.

2.14 HIPERTENSION ARTERIAL

La Hipertensión arterial sistemica puede ser sistólica o diastólica valores normales 120/120 70/115

214.1 Clasificación de la Hipertensión según su severidad.

1. Hipertensión Marginal: Tensión diastolica oscila entre 90 y 100 mm de Hg y cuyas retinas son normales.
2. Hipertensión Moderada: Presión diastólica entre 100 y 120 mm de Hg ausencia -

de antecedentes de encefalopatía hipertensiva, retinopatía grado I ó II ocasionalmente grado III nunca grado IV

3. Hipertensión en fase maligna o acelerada. Retinopatía grado IV (papiledema) - tensión diastólica muy alta.

Se habla de retinopatía porque la retina está comprometida o acompañando la severidad del proceso hipertensivo y esta asociada a la hipertensión se clasifica en 4 grados:

Grado I Contracción arteriolar ya focal o generalizada.

Grado II Arterias en hilo de cobre y los cruces arteriovenosas positivas.

Grado III Presencia de Hemorragias y los exudados

Grado IV Presencia de papiledema.

La hipertensión predispone a la hemorragia a la ruptura de los vasos cerebrales y al edema pulmonar por tanto los riesgos de la cirugía y la anestesia son altos en individuos con hipertensión seria esta afección suele tener curso crónico y puede ser tratada habitualmente con medicación oral.

En caso de crisis hipertensiva graves que obligan al tratamiento urgente por vía parenteral para evitar complicaciones desde el punto de vista fisiológico la regulación aguda de la presión sanguínea arterial se opera principalmente en el sistema nervioso mediante el desplazamiento de líquidos entre el espacio intersticial y la sangre, y por el mecanismo de relación del stress del aparato vascular sin embargo estos factores aun teniendo en cuenta el sistema nervioso parece no revestir importancia en la regulación a largo plazo de la tensión arterial. en el caso de la crisis hipertensiva se propone inyecciones intravenosas intermitentes de 2,5-mg. de clor promazina a intervalo de 2 a 4 minutos, haciendo frecuentes determinaciones reiteradas de la presión sanguínea, hasta obtener una reducción se puede usar como otro recurso la reserpina que es la droga de elección para la mayoría de las urgencias hipertensivas comprix X0.25 mg. siempre que se administre hipo-

tensores poderosos es necesario disponer de una droga que combata la hipotensión franca (levofed) o una droga similar Adrenalina,

En líneas generales el odontólogo debe de abstenerse de tratar pacientes hipertensos sin control , en caso de urgencias tratar de valorar la severidad de la hipertensión del paciente y estar preparado para cualquier situación difícil que se presente en caso de falta de una buena anamnesis pero lo mas importante es que nuestro paciente tenga la interconsulta medica.

21.5 INFARTO DEL MIOCARDIO

Se conoce con el nombre de trombosis coronaria y se produce como consecuencia de una deficiencia grave en la oxigenación del miocardio el paciente puede morir bruscamente antes de que haya un verdadero infarto, por alteraciones funcionales en el mecanismo de conducción nerviosa, la falla del corazón puede deberse a:

1) Incapacidad de aceptar el volumen de sangre que recibe , por lo tanto hay congestión pulmonar (Insuficiencia cardiaca Izquierda) y aparece disnea y 2) disminución pronunciada en la cantidad de sangre expulsada por el corazón que se manifiesta por colapso periférico hipotensión arterial y anoxia de los tejidos (insuficiencia atérogada).

215.1 MANIFESTACIONES

1 Comienzo similar al de la angina de pecho o sea dolor retroesternal por ejercicio o emoción y aliviado generalmente por el reposo o las drogas vasodilatadoras (tabletas de nitroglicerina, trinitrina debajo de la lengua 1 0 2 tabletas).

2. No calma con nitritos ni con el reposo

3. palidez

4. Diaforesis (Transpiración profusa)

5. Nauseas y sensación de plenitud abdominal (Especialmente epigastrica)

6. Disnea si hay insuficiencia cardiaca aguda.

7. Debilidad externa

8. Sensación de muerte inminente.

215.2 Tratamiento :

1. llamar al médico si los nitritos no calman el dolor
2. Administre oxígeno
3. Mantenga al paciente semisentado.
4. Puede darse narcóticos (opiáceos) en dosis moderadas, por ejemplo 25-50 mg. de meperidina (demerol) VI o de 1/4 a 1/2 ampolla de morfina por misma vía.
5. Si la disnea es intensa aplique torniquete en las extremidades.

216 SINCOPE VASODEPRESIVO

Perdida transitoria del conocimiento se habla de S.V. (Lipotimia o desmayo común) a la pérdida del conocimiento causado por una reducción transitoria del aporte sanguíneo al cerebro, como consecuencia de una caída de la presión sanguínea, que la mayoría de veces es provocada en el consultorio de odontología por el dolor o la ansiedad, los episodios se presentan con mas frecuencia en posición erecta y la conciencia retorna en segundos o minutos al colocar al paciente en decubito y elevando las piernas la sensación de falta de aire si ocurre debe tratarse dando oxígeno se comenta aquí el desmayo común porque hay que diferenciarlo con respecto a otros estados sincopales, algunos de los cuales hacen peligrar la vida, Además en el síncope vasodepresivo puede haber regurgitación del contenido estomacal.

216.1 Sintomas y Signos del Síncope Vasodepresivo.

- Tempranos

1. Palidez
2. Salivación
3. Náuseas; a veces regurgitación
4. Traspiración.

- Tardios

1. Dilatación de las pupilas
2. Bostezos
3. Hiperpnea (Respiración de profundidad anormal)
4. Bradicardia
5. Inconsciencia
6. Movimientos convulsivos
- Recuperación
1. Cefalea
2. Debilidad
3. Ansiedad
4. Confusión

216.2 TRATAMIENTO

1. Posición en de cubitodorsal elevando las piernas
2. aflojar las ropas
3. Administrar oxígeno por medio de máscara que se le aplica en nariz y boca se suciona previamente las secreciones salivares de la boca.
4. Los pacientes con antecedentes de síncope en el consultorio se les debe administrar un calmante que alivie la ansiedad antes de cualquier tratamiento odontológico Valium (Diasepam) 0,5 mlgr 1/2 hora antes de la consulta.

217 FIEBRE REUMÁTICA (FR) Es un trastorno inmunológico precedido de una infección por estreptococo beta hemolítico el proceso no es debido a invasión tisular por el esteptococo sino el resultado de una toma de autoinmunidad inducida por el antígeno estreptocócico la FR es infrecuente antes de los 5 años de edad, los primeros ataques aparecen entre los 6 y 12 años y su frecuencia va disminuyendo hasta la edad de los 25 años despues de la cual rara vez se presenta.

217.1 Manifestaciones usuales de la FR 1. Fiebre de grado variable acompañada de sudoración.

2. Poliartritis de preferencia se afectan las grandes articulaciones en forma migratoria o sea que pasa de una a otra en forma tal que se mejora una y empieza a afectar la otra. La articulación comprometida esta hinchada, caliente, enrojecida y muy dolorosa, esta artritis por aguda que sea no deja secuelas.

3. Carditis Traducida por a), Taquicardia desproporcionada en relación con la fiebre.

b) Cardiomegalia

c) Velamiento de los ruidos

d) Ritmo de galope

e) Soplos

f) En ocasiones a la endocarditis y miocarditis reumática se añade una pericarditis.

g) Arritmias ocasionales

4. Eritema Marginado.- (llamado Circinado o anular) Aparece en tronco y en parte próxima de extremidades revistiendo el aspecto de lesiones eritematosas levantadas mas o menos circulares que se difunden centrifugalmente dejando centro claro se presenta en un 20% de los casos.

5. Nodulos Subcutáneos: Son duros, indoloros que se palpan encima de las eminencias oseas vecinas a las articulaciones, menos frecuentes.

6. Corea de Sydenham: Puede presentarse en asocio con otros sintomas pero quizas con mas frecuencia aparece como manifestación unica de la FR consiste en movimientos involuntarios de los brazos y de las piernas con fruncimiento del cejo y contracciones espasmodicas de la cara. se tropieza al caminar, no puede escribir, deja caer las cosas, esto por inflamación de alguna parte del encefalo los signos desaparecen una vez se recupere el encéfalo.

217.2 TRATAMIENTO PROFILACTICO. Administración de penicilina

a) Intramuscular 600.000 Unidades de penicilina G procainica mezclada con 200.000- penicilina 6 cristalina 1 hora antes del procedimiento y una vez al dia durante dos dias despues del procedimiento.

B) BUCAL a) 500 mg. de penicilina y o feneticilina 1 hora antes del procedimiento y luego 250 Mg. cada 6 horas por el resto de ese dia y durante dos dias o mas en caso de curación retardada despues del procedimiento.

b) 1.200.000 de penicilina 6 1 hora antes del procedimiento y luego 600.000 unidades cada 6 horas durante el resto de ese dia y durante los 2 dias (o mas en caso de curación retardada)

c) Aquellos pacientes que estan sometidos a tratamientos profilacticos para fiebre reumática con penicilina al mismo tiempo segun puntos ayb se les puede suministrar entromicina . Eritromicina cuando hay alergia a la penicilina.

A) Bucal a) Adultos 500 mg. 1 1/2 - 2 Horas antes del procedimiento y luego 250 mg. cada 6 horas durante el resto del dia y durante 2 dias más (o más en caso de curación retardada.

b) Niños 20 Mlg por Kg de peso por via bucal 1 1/2 -2 horas antes del procedimiento y luego 10 Mg por Kg. de peso cada 6 horas durante el resto de ese día y durante dos dias (o más en caso de curación retardada). despues del procedimiento.

Nota: Tambien hay preparados de eritromicina para aplicación parenteral.

Conclusiones Importantes: La antibioterapia preoperatoria y postoperatoria en pacientes con fiebre reumática asi sea para un raspaje coronal.

218 HEMOFILIA: Es un trastorno hereditario de la coagulación que se trasmite por un gen recesivo unido al sexo, es decir al cromosoma X; lo trasmiten las mujeres - pero se manifiestan casi exclusivamente en varones. carácter familiar ysintomas desde muy temprana edad (a menudo se descubre al circuncidar al lactante) hemorrageas rara vez espontaneas ellas desaparecen generalmente después de traumatismos e intervenciones de pequeña cirugia (exodoncias, amigdalectomia); características son las hemorragias intraarticulares o hemartrosis (Hinchazón y dolor articular) que dejan secuelas (anquilosis articular); tambien pueden formarse hematomas intramusculares; la Hemofilia no se manifiesta por petequias.

218.1 CLASES

-Hemofilia A.- Deficiencia del factor VIII que esta compuesto por tres diferentes actividades: a) Actividad Antigénica, asociada con la porción más grande de la molécula . b) Actividad Coagulante, que es la que interviene en el proceso de la coagulación c) Actividad del factor de Von Willebrand que in vitro, produce agregación plaquetaria inducida por la ristocetina. la herencia se trasmite por un gen unido al cromosoma X. Los pacientes con Hemofilia A presentan un marcadisimo disminución de la Actividad coagulante pero en ellos es normal la actividad anti-génica y la del factor de Vonwillebran la severidad de la Hemofilia es variable En casos severos la actividad coagulante del factor VIII esta por debajo del 2% de lo normal ; en los moderados entre 2 y el 5%;en la leve (Pacientes con hemorragias con traumas mayores) actividad coagulante del 5% en las pruebas de coagulación, en los hemofilicos se encuentra un TPT Alargado con un TP normal;en las formas severas se encontrará además alargado el tiempo de coagulación.

-Hemofilia B.- (Deficiencia del factor IX enfermedad de Christmas) su herencia es tá ligada al sexo , pero es diez veces menos frecuente que la Hemofilia A el cuadro clinico y las pruebas iniciales de coagulación se comprotan en igual forma que en la Hemofilia A.

-Deficiencia del Factor XI.- Defecto congénito muy raro, transmitido por herencia autosómica y por lo tanto no tiene predilección por ninguno de los dos sexos el TP y TPT se comportan lo mismo que en las Hemofilias.

218.2 TRATAMIENTO

Sobre todo en estos casos la anamnesis es importante porque cualquier intervención quirurgica por pequeña que sea conlleva peligro.

El manejo de estos pacientes es, pese a los adelantos en el tratamiento uno de los mas delicados que puede enfrentar el odontólogo. Antes de la intervención debe hacerse una cuidadosa evaluación hematológica, administración de transfusiones -

Fibrinogeno y concentrados del factor, de acuerdo al tipo de Hemofilia (VIII-IX-XI) en cantidad suficiente, la cirugía debe ser esencialmente corta y conservadora, - evitando al mínimo las posibilidades de Hemorragia, Muchos clínicos tienen teorías avanzadas al respecto, el empleo de bandas especiales de goma a la aplicación de complicados planes de transfusión postoperatoria . De acuerdo con la mayoría de los criterios, las intervenciones odontológicas en hemofilicas deben realizarse - en centros especializados o sea a nivel hospitalario, con la estrecha colaboración de un hematólogo o médico tratante.

2.19 ANEMIA

Se puede definir la anemia como la disminución de la hemoglobina y lo hematocrito por debajo de los valores normales (el recuento de eritrocitos que tambien pueden usarse como criterio, tienen mas causas de error) La demostración de anemia no constituye de por si un diagnóstico, ella es solamente un síndrome o si se requiere una anomalía comprobable a las manifestaciones "Fiebre" o "edema" La idea general es que la anemia se manifiesta por palidez; desafortunadamente el color de la piel depende de una diversidad de factores que incluyen el espesor de la epidermis , así como la cantidad de pigmento y del líquido del tejido subcutáneo y por eso la palidez de la piel no siempre traduce en anemia y además se ven casos de anemia definida que no acompañan palidez cutánea, el color del lecho de las uñas es mas de fiar que el color de la piel para establecer la palidez debida a anemia hay un detalle importante en relación con las manos: Primero se empalidece la palma pero los pliegues pierden su color rosado; cuando estos pliegues pierden su color lo mas probable es que la hemoglobina este por debajo de 7 gm % la palidez de las mucosas es un indicador mas fiel, aunque en grados moderados de anemia no se producen cambios ni en la piel ni en las mucosas. Ahora si la palidez de las mucosas es definida probablemente se puede afirmar que existe anemia pero si hay duda es indispensable adquirir la certeza mediante la determinación de la hemoglobina y

el hematocrito cuyas cifras normales (Que varían con el sexo y la actitud) son las siguientes.

1. Para adultos a nivel del mar a) hombre: Hemoglobina 14-15 mg.c/u , Hematocrito 42-50% b) Hemoglobina 12-14 gms % Hematocrito 37-47%.

2. Para adultos a altura de 2.000 a 2.600 metros (como es el caso de Bogotá) a) Hombre hemoglobina 15-17 gms% Hematocrito 45-53 Gms % b) Mujeres Hemoglobina 14-16 - gms % Hematocrito 43-50 Gms %.

A más de la palidez cutaneomucosa, la anemia de por sí produce otra serie de síntomas como: Acutenos, Anorexia, Cefalea, lipotimias, somnolencia astenia y algunas manifestaciones circulatorias, soplos cardiacos, las mas notables son la disnea de esfuerzo la propia percepción de una acción cardiaca rápida y vigorosa (Eretismo Cardíaco) flujo rápido de la sangre la presentación de estos fenomenos depende de la rapidez de adaptación del sistema circulatorio. En las anemias agudas (Por hemorragia aguda) los sintomas casi siempre son los del shock en la anemia crónica - los sintomas aparecen gradualmente y hay pacientes que se mantienen activos con cifras bajas (niños) de hemoglobina.

219.1 Clasificación Patogena de las anemias

A. Por perdida de sangra

- a) Hemorragia aguda b) Hemorragia Crónica

B. Por destrucción excesiva de hematies (Anemias hemolíticas)

C. Eritropoyesis Deficiente.

- Carenciales: a) de Hierro b) carencia de folatos o de vitaminas B12
- Insuficiencia de la medula osea a) por destrucción de la médula: Anemias aplásticas b) Invasión de la médula . Anemia mieloplasias (Leucemia mieloma etc).
- Anemias secundarias a) Anemia de los desordenes crónicos (inflamaciones neoplasias); b) Anemia de la uremia c) Anemia de la enfermedad hepática crónica d) Anemia asociada con endocrinopatias (mixedema enfermedad de Addison).

219.2 Clasificación Morfológica de las Anemias

- A. Macrociticas: La Macrocitosis (la macroovalocitosis) caracteriza a las anemias por deficiencia de folatos y de vitamina B12.
- B. Hipocrómicas: Fenómeno típico de la anemia ferropénica también se encuentra hipocrómica en la talasemia en la anemia sideroblástica y ocasionalmente en las anemias por inflamación crónica. La ferropenia acentuada se manifiesta además por microcitosis.
- C. Microcíticas: Fenómeno que acompaña a las anemias ferropénicas avanzadas.
- D. Normocíticas: Normocrómicas: En este grupo se ubican prácticamente todas las demás anemias; hemolíticas, aplásticas, mieloptisicas. por inflamación crónica etc
- La utilidad de las 2 anteriores clasificaciones es que la una sea complemento de la otra.

219.3 Tratamiento: Se esquematizará el tratamiento de las anemias Ferropénicas y carencia de folico o de B12.

a) Anemia Ferropénica (AF) El primer paso consiste en identificar y eliminar la causa de la hemorragia crónica.

La segunda medida consiste en reponer el hierro total del organismo y se usa de preferencia la vía oral.

Se usa sulfato ferroso desecado viene en tabletas de 200 Mg. (cada tableta contiene 60 mg de hierro) se administran 3 tabletas al día con el cual se le habían dado 180 mg. de hierro, dosis suficiente para producir una regeneración máxima hemoglobina.

b) Deficiencia de B12 (Anemia Perniciosa) La droga de elección es la hidroxicobalamina que es excretada en menor cantidad que la cianocobalamina las dosis iniciales son de 100 mg. diarios VIM durante 1 semana para reponer los depósitos. se sigue con 100 mg. semanales hasta la normalización del cuadro hemático después se sigue

aplicando 100 mg. una vez al mes practicamente de por vida.

c) Deficiencia de Folico Cuando la anemia por carencia de folico es debida a deficiencia dietetica a embarazo o a excesiva regeneración celular de la medula es suficiente administrar 5 mg. diarios de acido folico durante cuatro semanas tiempo suficiente para reponer los depósitos, la terapia debe mantenerse hasta que se corrija la causa subyacente.

En el esprú tropical la terapia con ácido fólico es muy eficaz.

2.2 URGENCIAS RESPIRATORIAS

2.21 Asma Bronquial Agudo

Es el resultado de episodios paroxisticos de estrechez de la luz bronquial como consecuencia de broncoespasmos y lo edema de la mucosa la obstrucción bronquial resultante es mas notoria durante la espiración (por ser esta un movimiento predominante pasivo) y ocasiona dos resultados a) Atrapamiento de aire en el pulmon e hiperinflamamiento pulmonar consecutivo y b) desequilibrio de ventilación- perfusión lo que aumenta el trabajo de la respiración.

ETIOLOGIA: se distinguen 3 formas a) Asma de comienzo temprano (niños y jovenes) que aparece en pacientes "atópicos" o sea aquellos que facilmente forma AC de tipo IgE a distinta clase de alergenos; este Asma llamado tambien Extrínseco tiene mecanismo inmunológico mediado por IgE (leagina) Estos individuos sufren de otros transtornos alergicos (rinitis, alérgica eczema) Con frecuencia tiene historia familiar de alergia y exhiben respuestas positivas a las pruebas cutaneas en estos pacientes la exposición a aire frio o un fuerte ejercicio pueden desencadenar el ataque.

b) Asma de comienzo tardio. (Adultos personas de edad) Presente individuos "no Atópicos" los alergenos extrínsecos no juegan papel importante y se llama ASMA INTRINSECO

c) MIXTO.

221.1

MECANISMO.- Los alergenos responsables del asma extrínseca (Usualmente sustancias-

inhalantes como polvo casero, polenes, esporos, caspa de animales) estimularían la formación de reagina (IgE) y en posteriores contactos con el alérgeno específico se produciría una reacción ag-ac que pondría en libertad mediadores químicos (histamina, quininas, factor quimiotáctico de eosinófilos, sustancia de reacción lenta) responsables de la broncoconstricción y la reacción inflamatoria alérgica de la mucosa. No se conoce bien la explicación de dos hechos: a) hay drogas como la Asa que pueden ocasionar un episodio asmático; b) El asma es agravada a menudo por factores inespecíficos como el cigarrillo, la contaminación atmosférica, las infecciones bronquiales y el estrés emocional.

221.2 MANIFESTACIONES.- El ataque de asma se inicia generalmente en forma súbita y preferentemente en la noche. La disnea usualmente intensa, es predominantemente espiratoria es decir que la espiración se torna laboriosa prolongada y sibilante en contraste con la inspiración que el paciente la realiza afanosamente y con rapidez. Al prolongarse el ataque la disnea puede también mostrar un componente inspiratorio (Presencia de Cornaje y Tiraje) el paciente adopta posición erguida para fijar la cintura escapular y con ello ayudar a los músculos accesorios de la respiración. Con frecuencia se presenta tos seca, que contribuye a agravar la disnea. Al examen se encuentra paciente ansioso y en ambos campos pulmonares se auscultan roncus y sibilancias predominantemente espiratorias. En los ataques severos hay taquicardia y eritema de grado variable. El episodio termina bruscamente al cabo de una hora. (204) En las fases finales la tos se hace productiva de un esputo mucoso. En ocasiones viscosos esto corresponde a asma extrínseca el intrínseco se caracteriza por ser más prolongado.

221.3 STATUS ASTHMATICUS. Episodio asmático resistente a la terapia convencional que se prolonga por 103 días. Asmas silenciosos de mal pronóstico, la tos es imposible y el paciente entra en estado de agotamiento y deshidratación situación grave que requiere de tratamiento enérgico.

221.4 TRATAMIENTO

Los simpaticomiméticos (agonistas adrenérgicos)

Los usados se dividen en : a) Los que tienen acción B1 y B2 Adrenalina e Isoproterenol y: b) los que tienen acción selectiva beta 2 Terbutalina y salbutamol.

1. Asma Cronico Subagudo.- Se controlan estos pacientes con inhalación de aerosoles de agentes broncodilatadores (Terbutalina -Salbutamol) de los cuales solo deben hacerse 2 inhalaciones C/4 horas si los sintomas tienden a acentuarse deben añadirse inhalaciones de aerosoles de cromoglicato (droga que actua inhibiendo la liberación de mediadores activos por los mastocitos) o de un corticosteroide (beclometasona) la mejor manera de prevenir un ataque de asma obviamente es mantener al paciente alejado de los alergenos.

2.- Ataque moderados de iniciación reciente.- en estos casos los aerosoles no tienen buena acción porque un paciente en acentuada broncoconstricción es incapaz de inhalarlos en debida forma hay que recurrir a la administración parenteral de a) un agonista adrenérgico ej: Adrenalina (0,3 -0,5 ml. de solución 1X1000 vsc) o terbutalina 0,25 a 0,5 mg. (1/2 1 amp. VSC) o salbutamol 0,25 -0,5 mg) VIV muy lenta como dosis de carga y luego como dosis de mantenimiento 2 mg. 1 Kg. cada 6 horas la adrenalina actua rapidamente pero su acción dura poco hay que repetirla C/ 20-30 minutos por 2 o 3 veces la butalina y el salbutaimol se demoran mas en actuar (30-60 minutos) su acción es duradera.

3.- Ataque severos y status asthmaticus.- pacientes que deben ser hospitalizados - mientras llega la ambulancia el paciente debe recibir por via IV un broncodilatador a la maxima dosis posible: 400 mg. de aminofilina en 50 ml. de solución salina o terbutalina o salbutamol a las dosis atras mencionadas, y ademas un corticosteroide vg. succinato de hidrocortisona (Solu Cortef) ,200 mg. es aconsejable administrar oxígeno durante unos cuantos minutos antes de darlos . Ya en el hospital la mayoría de pacientes responden al tratamiento con oxigenoterapia y altas dosis de esteroides suplementados con broncodilatadores intravenosos o en forma de aerosol.

2.22 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

Se dice que hay insuficiencia respiratoria, cuando ya no pueden ser mantenidas las presiones normales de O_2 y de CO_2 para fines prácticos esa situación se da cuando la PO_2 esta por debajo de 60 mm Hg o la PCO_2 por encima de 50 mg. Hg de lo anterior se sigue que pueden distinguirse 2 tipos de falla respiratoria.

La Tipo 1 tambien llamada falla ventiladora se caracteriza por PO_2 bajo y PCO_2 elevado (Falla Hipoxémica Hipercapnica) la causa mas común de falla ventiladora es la bronquitis cronica especialmente cuando se complica de infección respiratoria aguda; otras causas son paralisis de musculos respiratorios deformidades de la pared toraxica (cifoescoliosis), depresión acentuada del centro respiratorio (uso incontrolado de cedantes y narcoticos) traumas cerebrales, hipertensión endocrénea infarto o hemorragia cerebral, derrames pleurales masivos, neumotorax a tensión.

La Tipo 2 , tambien llamada falla de oxigenación se caracteriza por un PO_2 bajo y un PCO_2 tambien bajo o al menos normal (Falla Hipoxémica hipocapnica) las causas de este tipo de falla son multiples y casi todas ellas consisten en desordenes pulmonares intrinsecos, neumonias, tromboembolismo, pulmonar, edema pulmonar, enfermedad pulmonar intersticial difusa asma bronquial y sindrome de dificultad respiratoria aguda del adulto la explicación de la hipocapnia en este tipo de falla respiratoria es que el estímulo hipoxémico que actúa sobre los quimiorreceptores periféricos unido al estímulo de distención alveolar que actua sobre los centros respiratorios producen una hiperventilación que hace que el CO_2 se mantenga bajo o normal. Advertimos si que al progresar la enfermedad y especialmente al llegar a sus fases finales la PCO_2 también se encuentra elevada.

222.1 TRATAMIENTO

Oxigenoterapia con el fin de aumentar PO_2 esto en las fases iniciales cuando presenta disnea pero si esta se acentua aparecera cianosis aumento de estertoles alveolares, oxigenoterapia y recurrirse a los respiradores mecánicos.

223. TRAQUEOTOMIA PRACTICADA A LA CABECERA DEL PACIENTE

Muchos cirujanos rechazan este procedimiento , excepto en caso de urgencias sin embargo se realizaron 300 traqueostomias en los pabellones del Hospital de la Universidad de California, San Francisco, con una tecnica sencilla y segura, sin ninguna complicación.

Ventajas:

- a) Se evita el inconveniente aplazamiento de la traqueostomia hasta llevar al paciente hasta la sala de cirugía.
- b) Se sortea el peligro del difícil manejo del enfremo durante el transporte .
- c) El costo del procedimiento es menor que los derechos pagados por sala de cirugía

Requisitos basicos para realizarla con seguridad

- a) Poseer suficiente experiencia en esta practica, en condiciones más favorables.
- b) Contar con un ayudante
- c) Iluminación suficiente
- d) Facilidad de conseguir el aparato de succión y el respirador.
- e) Aunque el procedimiento puede realizarse rapidamente, es ideal efectuarlo a un ritmo tranquilo siempre y cuando el paciente este protegido con el tubo endotraqueal. Esta intervención se lleva a cabo habitualmente en menos de 5 minutos si se dispone del equipo apropiado.

Inconvenientes que contribuyen a su fracaso.

- a) posición inadecuada del paciente.
- b) Mesa de instrumental muy recargada
- c) Incisión muy grande la canula de traqueostomia no ejerce la suficiente presión sobre los tejidos circundantes para evitar hemorragia
- d) Disección muy amplia que produce hemorragia de los tejidos vasculares del cuello
- e) Acceso a la traquea en un sitio demasiado bajo donde el órgano llega a ser progresivamente mas profundo.

f) Falta de conexiones correctas para el funcionamiento del respirador.

223.1 TECNICA

a) Posición del Paciente

Con el cuello en extensión maxima para lograrlo basta colocar 2 o 3 toallas dobladas para los hombros.

b) Preparación de la mesa de instrumental

El equipo para traqueostomia debe comprender apenas los elementos esenciales: Jeringa, bisturí, pinzas curvas, gancho y separadores. Si se necesita algo más es preferible trasladar al paciente a la sala de cirugía.

c) Preparación del Paciente

El cuello se prepara hasta la punta del mentón las compresas se colocan en el extremo inferior pero el mentón debe permanecer descubierto, puesto que sirve de punto de reparo. se aplica anestesia local.

d) Incisión Transversal de la Piel

Se hace una incisión transversal de 1,5 cm sobre el segundo anillo traqueal a 1 cm. por debajo de la laringe esta incisión y su trayecto deben ajustarse al tubo de traqueostomia para prevenir la contaminación de los tejidos y taponar la pequeña hemorragia (Cuando esta es incontrolable puede cohibirse presionando con un dedo mientras se traslada el paciente a la sala de cirugía. En nuestra experiencia- esta medida fue necesaria una sola vez el paciente tuvo un síndrome de mediastino superior).

e) Separación de los Tejidos con una pinza curva.

La disección bajo la piel se hace separando los tejidos en esta forma.

f) Tracción hacia abajo y atras

Todas las capas se separan hacia abajo y atras, para liberar la traquea en la región anterior.

g) Identificación de la Traquea:

Se verifica mediante la aspiración de aire, con la misma jeringa que se empleó para aplicar la anestesia local.

h) Practicar una incisión vertical en la traquea

Se emplea el mismo bisturí usado para la piel.

I) Insección del gancho traqueal

Una vez insertado se tracciona en sentido antero superior para asegurar la traquea

j) Inserción del tubo de traqueostomíak) Retirar el obturador

La traquea se aspira con el cateter curvo.

l) Inserción de la Cánula Interior

Observese el adaptador universal de 1,5 cm que se ajusta ala conexión del respirador.

ll) Conexión del conjunto del Respirador

El conjunto se conecta.

m) Conectar tubería flexible a la cánula

224. MANIOBRA DE HEIMLICH

El pronóstico de la asfixia debida a obstrucción por cuerpo extraño ha cambiado por completo actualmente gracias a una simple maniobra al alcance de todo el mundo incluso del adolescente que permite la expulsión espontanea del obstáculo traqueal - por comprensión externa del pulmón por el Doctor Henry J. Heimlich.

a) El principio

Se basa en la utilización de la energía cinética producida por la movilización del volumen pulmonar total, inspiratorio, espiratorio y aire residual expulsado bruscamente por la traquea. El desplazamiento de la masa de aire se consigue mediante una elevación de la presión subdiafragmática, ejercida de abajo hacia arriba, suficiente para alzar varios centímetros la cúpula diafragmática y para distender los músculos intercostales con la que se consigue aumentar y comprimir el aire contenido en las vías respiratorias. Cuando la maniobra se efectúa al final de la espiración, el caudal que es habitualmente de 52.2 Litros /minuto por término me-

dio, aumenta hasta cerca de 205 Litros/minuto en un cuarto de segundo, si desalojan pues 940 ml. de aire por la boca a una presión superior a 31 mm Hg. esto es - 41 milibares. Esta fuerza es mas que suficiente para expulsar cualquier obstáculo que obstruya en parte o totalmente la traquea.

b) Técnica

El puño derecho (o el izquierdo o el Zurdo) bien sujeto por la otra mano constituye el instrumento de presión para elevar el diafragma y desplazar el aire de los pulmones. La posición del operador y de sus manos deben adaptarse a la posición del paciente.

c) Paciente de Pie o Sentado

Es el caso clásico el operador de pie o de rodillas, detras del paciente, rodea la cintura de este con sus brazos , aplicando el puño con el pulgar apoyado contra el abdomen , un poco por encima del ombligo, a nivel del hueco epigástrico con la mano libre, coge el puño y efectua una rapida presión hacia arriba En caso de fracaso la maniobra puede repetirse varias veces.

d) Precauciones

La presión debe centrarse bien en la linea media a fin de evitar la posibilidad de lesionar los organos nobles situados lateralmente higado y bazo.

e) Paciente en el Suelo

El estado de Shock talla excesiva u obesidad son otros tantos factores que compli can considerablemente la manipulación de un asfixiado acostado en el suelo. El paciente debe ser colocado entonces en decubito dorsal, con la cara mirando hacia el techo y con la cabeza bien recta para evitar cualquier desviación de la traquea El operador se coloca frente al paciente arrodillandose a caballo sobre los muslos como medio de presión subdiafragmatica, utiliza en este caso la palma de la mano, colocandola de plano sobre el abdomen y cubriendola con la otra mano, colocandola de plano sobre el abdomen y cubriendola con la otra mano.

f) El Lactante

Son posibles dos posiciones

1. El niño está sentado en las rodillas del operador, dándole la espalda el operador toma al niño en sus brazos y ejerce la presión sobre la pared abdominal subdiafragmática con los dedos índice y corazón de sus dos manos colocadas paralelamente.
2. El niño se encuentra en posición de cúbito sobre una superficie rígida el operador actúa y efectúa la maniobra de frente.

224.1 Maniobra de Heimlich en la Intubación Traqueal:

La maniobra de Heimlich puede facilitar igualmente la intubación traqueal en caso de laringoespasma del lactante, cuando la unión de las cuerdas vocales bloquea el paso de la sonda.

Dos pediatras californianos han demostrado que al deprimir el esternón con una presión de los dedos se produce una espiración forzada que facilita la apertura de las cuerdas vocales y por tanto la intubación, con lo que se minimiza el riesgo de traumatizar la glotis.

Para efectuar la maniobra se requieren dos personas: el anestesista, que expone las cuerdas vocales al laringoscopio e introduce la sonda traqueal, y un ayudante que deprime el esternón del recién nacido (1.5 cm durante un segundo) con dos dedos de una sola mano o con los pulgares de ambas manos.

En caso de fracaso, la maniobra no debe repetirse porque la eficacia desaparece al mismo tiempo que disminuye el volumen del aire contenido en los pulmones.

224.1.1 Fracasos y Peligros

Los fracasos obedecen a tres causas :

1. Error Diagnóstico:

La muerte súbita en el curso de una corrida se atribuye con frecuencia y abusivamente a un accidente cardiovascular, habiéndose llegado incluso a agrupar esta pa

tología bajo el título generico de "Infarto de restaurante"

La edad de los pacientes en la mayoría de los niños menores de un año ha conducido a revisar este diagnóstico y a practicar sin vacilar la maniobra de Heimlich en todos los casos de una persona que se asfixia y que no puede hablar signo patognómico que ha llevado a bautizar este tipo de asfixia con el nombre de "Sofocación-afónica", sino se interviene de inmediato el síndrome va a evolucionar en pocos minutos en 3 fases: Hipertensión y Cianosis, bradicardia y parada cardíaca.

Debería enseñarse a todo el mundo el signo de la sofocación: Toda persona afónica que presente trastornos de la deglución en el curso de una comida debe tocarse la garganta con la mano para indicar la presencia de un cuerpo extraño intratraqueal.

2. Inclusión demasiado profunda del Obstáculo Traqueal:

Un objeto enclavado demasiado profundamente en las vías respiratorias solo puede ser extraído por traqueotomía, intervención exclusivamente médica, difícil de realizar con urgencia y más si no se dispone de quirófano si la traqueotomía no se practica en las condiciones requeridas presenta ciertos riesgos, principalmente lesiones de los vasos del cuello y del tiroides a parte de la parada cardíaca.

3. Técnica Incorrecta

Si no se sigue al pie de la letra las reglas de la maniobra de Heimlich, está puede resultar ineficaz o bien dar lugar a complicaciones.

224.2 COMPLICACIONES

a) Complicaciones Menores:

Son frecuentes y se traducen en general por náuseas y vómitos que acompañan la expulsión del cuerpo extraño. Si el paciente permanece inconsciente hecho poco habitual, o si está acostado en el suelo, debe ser colocado inmediatamente después de la expulsión en posición lateral de seguridad (PLS) con objeto de evitar la posibilidad de un nuevo atragamiento alimentario.

encia nadie se da cuenta de la aspiración del cuerpo extraño y el primer signo - está constituido por un broncoespasmo no explicable por esta razón el médico familiar empieza a tratar al niño como si tuviera una bronquitis, antes de sospechar - la obstrucción bronquial. La tos puede ser severa al comienzo pero después de 15- o 20 minutos se torna moderada, como cualquier infección de las vías aéreas superiores. A la auscultación pulmonar se encontrará disminución del murmullo vesicular en el lado afectado. Se ordena una radiografía de torax y si el cuerpo extraño ha rodado dentro de los bronquios y el pulmón está parcialmente colapsado se - observará desviación de la tráquea hacia el lado ocluido.

Cuando la sospecha de aspiración del cuerpo extraño es casi segura se ordenarán - radiografías de torax en inspiración y expiración. Al inspirar el aire entrará en - menor proporción hacia el bronquio parcialmente ocluido y el mediastino se desviará hacia el lado de la obstrucción, a la expiración lo hará hacia la parte opuesta. En los niños en ocasiones es difícil tomar placas en inspiración y expiración pero - se logran aplicando presión con la mano sobre el epigastrio para mantener la expiración, una vez localizado el cuerpo extraño se selecciona la posición adecuada - para el drenaje postural. Por lo general se emplea la posición lateral.

La mayoría de los cuerpos extraños se ha encontrado en el bronquio mayor derecho y no es por casualidad el izquierdo sale de la tráquea en forma casi horizontal, mientras que el derecho sería una continuación de la tráquea hacia abajo. Muchos de los cuerpos extraños aspirados son grandes y no llegan a los bronquios pequeños. Cuando en alguna ocasión se localizan en los mediados o , está indicado el drenaje postural apropiado.

Antes de cada tratamiento se solicita al paciente que inspire profundamente un inhalador con isoproteremol . Cuando el niño es muy pequeño y llora, sencillamente se espera el sollozo que sigue al llanto para aplicarle el inhalador. Este método se repite durante 5 minutos cada hora. La percusión con la mano acopada puesta sobre la región afectada ,ayuda a desalojar el cuerpo extraño, igual a como se hace con-

b) Complicaciones Mayores:

En un principio se utilizaba para efectuar la presión subdiafragmática, la muñeca del operador, pero la elevación del diafragma se acompañaba entonces de una compresión de la caja torácica, responsable en algunos casos de fracturas de costilla con hemotorax. Que nosotros sepamos, este tipo de accidente no se ha podido nunca con la técnica escrita en el presente artículo.

Otro elemento importante es imperativo centrar bien la presión a nivel del hueco epigástrico para respetar los órganos laterales (Higado y bazo).

224,3 CONCLUSION:

La práctica de la maniobra de Heinlich se ha generalizado, pero cada país puede desarrollar variantes que se adopten mejor a las propias costumbres y a las condiciones de vida.

En japon por ejemplo, se utiliza preferentemente la técnica "en supinación" esto es efectuada con el paciente acostado en el suelo, al ser más fácil su ejecución en personas que comen habitualmente sentadas en el suelo sobre unas esterillas.

En Francia, donde la maniobra se viene enseñando en numerosos centros desde hace dos o tres años sobre todo en París, su práctica no se ha extendido todavía demasiado, quizá porque los franceses por su tipo de comidas están menos expuestos que los americanos a este accidente alimenticio, en consecuencia no existe aún ningún estudio sobre la frecuencia de esta intervención ni sobre la eficacia de la misma, aunque es de suponer que no tardarán en aparecer.

El profesor Maurice Cara desearía no solo que la enseñanza de la maniobra de Heinlich se generalizara entre los socorristas profesionales, sino que se incluyera en los programas de educación sanitaria del gran público ya desde la escuela primaria.

225 ASPIRACION DE CUERPOS EXTRAÑOS : TRATAMIENTO RAPIDO

Un método sencillo para extraer cuerpos extraños del árbol traqueobronquial consist

te en aplicar un buen broncodilatador y colocar al paciente con la cabeza hacia abajo, sin necesidad de recurrir a la broncoscopia.

Según la experiencia de un grupo de pediatras que han trabajado ampliamente en estos casos, si el problema es muy agudo, el médico se encuentra ante una urgencia sino el paciente debe ser sometido a tratamiento conservador, con observación durante 24 horas. Este se efectúa por medio de drenaje postural, igual que el empleado para despejar los pulmones de los niños con fibrosis quística, además de una droga broncodilatadora, que permite la dilación bronquial obtenida normalmente con la respiración profunda. Las dos medidas combinadas, seguidas del esfuerzo que el paciente hace para toser permiten que los cuerpos extraños localizados en los bronquios salgan por si mismos en un 70% de los casos.

Aunque existen excepciones, la broncoscopia de urgencia rara vez es necesaria. - por lo general, cuando los niños llegan al hospital ya no presentan tos, respiran tranquilamente y no padecen dificultades particulares. Otros presentan cuadros de neumonía o bronquiectasia y con la tos expulsan cuerpos extraños que seguramente se habían localizado en los bronquios durante mucho tiempo.

Si el niño tiene bronconeumonía y fiebre se debe evitar la aplicación de anestesia el tratamiento con drenaje postural se adaptó como práctica rutinaria en la universidad de Colorado después de un estudio de 4 años en el cual se demostró que el método era preferible a la broncoscopia. La terapia no endoscópica requiere una estancia hospitalaria de dos días aproximadamente, la broncoscopia necesita mínimo cuatro. En ocasiones se ha logrado acortar el tiempo de internación al explicar a las madres como deben tratar por medio del drenaje postural a los hijos en su casa. Además la morbilidad de la broncoscopia es mayor aunque todos los pacientes tratados en este grupo han sido niños el método puede aplicarse en la misma forma a los adultos y seguramente, será más efectivo en estos últimos, ya que colaboran mejor y suministran datos verídicos para la historia.

En los niños a menudo la historia no evidencia ningún rasgo patológico con frecuen-

las secreciones en la fibrosis quística. Debe mantenerse la muñeca relajada y conseguir que el mayor volumen de aire posible quede aprisionado entre la pared torácica y la palma de la mano. Conviene de explicarle a los padres que se trata de extraer el cuerpo extraño por medio de este método. Durante el tratamiento se solicita al paciente que respire lo mas suave que le sea posible, pues si inspira muy rapido el cuerpo extraño puede colocarse más profundamente en el bronquio. convendría que espirara con los labios entrecerrados o como si fuera a silbar, para lo grar que el cuerpo extraño salga hacia los bronquios extrapulmonares, de donde puede ser expulsado por medio de la tos. Naturalmente el enfermo debe toser de vez en cuando durante el tratamiento.

Después de cada terapia se practican inhalaciones de oxígeno al 100% por medio de máscara facial, para que la concentración de oxígeno arterial sea elevada y de un margen de seguridad, hasta que la obstrucción de las vias aereas sea superada. En tres de los pacientes del grupo estudiado el cuerpo extraño salio de un bronquio y se alojó en el del lado opuesto. Sin embargo esto no sucede con frecuencia. Cuando existe colapso pulmonar ocasionado por un cuerpo extraño se recomienda practicar broncoscopia de urgencia, pues estos pacientes pueden adquirir una infección que causaría serios problemas. En dichos casos, naturalmente, la endoscopía representa un riesgo igual al del drenaje postural.

El tratamiento con drenaje postural se lleva a cabo durante 24 horas. sino se obtienen resultados positivos en este término, se practica la broscopía.

En niños muy pequeños es peligroso practicar broncoscopia y en la mayoría de los Hospitales generales no existen broncoscopios de 3 milímetros que son los indicados para menores de un año. El procedimiento debe realizarse rapidamente y por personas con experiencia. Ya que con el broncoscopio insertado el niño respira a traves de el, y cuando se colocan instrumentos dentro del mismo queda totalmente ocluido el orificio y no hay intercambio de aire a nivel de ese bronquio.

la broncoscopia también sirve de urgencia en las insuficiencia respiratoria aguda -

pero cuando se encuentran cuerpos extraños en las cuerdas vocales el procedimiento es inútil. Debido a la estrechez del área los objetos tienden a quedar atrapados, las cuerdas entran en espasmo y el paciente no puede respirar. Por lo general una respiración profunda hace que el objeto caiga a los bronquios inferiores.

En caso de cuerpo extraño en faringe y cuerdas vocales con insuficiencia respiratoria aguda se proceda poner al paciente boca abajo y golpearle la espalda para que salga el objeto.

La continuación del tratamiento consiste en repetir las radiografías del tórax y los antibióticos, los cuales se administran según el cultivo de esputo, hasta que los pulmones estén completamente despejados.

De esta forma, cuando se trate un paciente que acusa dificultad respiratoria o tos, conviene pensar en un cuerpo extraño aspirado. Si sus síntomas no son agudos pero las radiografías confirman la sospecha, es posible que la obstrucción se haya presentado tiempo atrás, por la cual podrá ser sometido a un tratamiento de 24 horas de drenaje postural, antes de decidir la broncoscopia.

2.3 TRASTORNOS ENDOCRINOS

23.1 DIABETES MELLITUS

Etimológicamente el término "Diabetes" hace referencia al fenómeno poliuria y no a la hiperglicemia ni a la glicosuria, de ahí que se le haya añadido calificativos: a la diabetes con hiperglicemia se le denomina Mellitus o Sacarina, y a la debida a trastornos neurohipofisarios (No acompañada de Hiperglicemia ni glicosuria) el nombre de diabetes insípida.

Entidad caracterizada por hiperglicemia, debida a la insuficiencia insulina, o que los tejidos no responden a la insulina o ambas cosas a la vez desde el punto de epidemiológico existen dos clases de diabetes, La primaria y la secundaria.

231.1 Clasificación

1 Diabetes Primaria: Denominada idiopática, hereditaria, o esencial, es la más común y el prototipo de la enfermedad.

2. Diabetes Secundaria.- Una minoría de casos es el resultado de una enfermedad - subyacente como las que se mencionan a continuación:

a) Diabetes Pancreatica.- Por destrucción de los islotes B del pancreas o consecuencia de una pancreatitis.

b) Diabetes debido a un aumento de hormonas antagonistas de insulina Ej: Acromegalia, enfermedad de Cushing y Diabetes gestacional.

c) Diabetes yIatrogenica. presipitada por la administración de corticoides o de diuréticos del tipo de la tiazidas.

La diabetes primaria se divide en dos formas a) La tipo I llamada (Diabetes Juvenil) se inicia por debajo de los quince años de edad, es inestable, insulino dependientes con tendencia a la cetoacidosis.

b) Tipo II (Antes del adulto) se inicia hasta la cuarta década de la vida, es la más estable, con poca tendencia a la Cetoacidosis y mayor incidencia de manifestaciones degenerativas; no es insulino dependiente; los pacientes responden por regla general a los hipoglucemiantes orales y con frecuencia son obesos.

Los dos tipos de diabetes se diferencian por su patron hereditario y la influencia de factores ambientales.

Concepto de Diabétes Potencial no hay transtornos de metabolismo hidrocarbonado - pero el sujeto tiene la "Predisposición genética"; supone un diagnostico retrospectivo aplicado a todo el periodo de tiempo que precede a la diabétes manifiesta. se presume diabetes potencial: a) Persona cuyos dos padres son diabeticos y b) Personas cuyos padres el uno sea diabetico y el otro tenga un familiar en primer grado que sea diabético.

Sintomas

-Insuficiencia absoluta o relativa de insulina

-Licusuria produciendo poliuria

-gluconeogenesis (Producción glucosa a partir de fuente no hidrocarbonadas y por esto lipolisis conllevando a que el paciente se sienta asténico y debilitado.

- Componente vascular (o degenerativo) consiste en: 1) una microangiopatía afecta retina y riñón 2) Ateromatosis acelerada oclusión vascular.

231.2 MANIFESTACIONES

Tipo I. Polidipsia, polifagia y poliuria, adelgazamiento y astenia, predomina en jóvenes pero a veces en personas de edad.

Tipo II. Iniciación gradual con frecuencia la poliuria y polidipsia son mínimas o ausentes, algunos pierden peso pero otros los mantienen y aún lo aumentan (En pacientes de edad el diabético es obeso)

Diabetes Insípida. Enfermedad poco frecuente relacionada con un trastorno en la secreción de la hormona antidiurética (ADH) y debida a daño de la neurohipofisis la tercera parte son idiopáticas.

Diagnóstico 1. Poliuria acentuada 2. sed intensa y constante 3. Orinas pálidas y diluidas, 4. en las fases iniciales hay polaquiuria y nocturia con disminución de la orina menos veces al día 5. en niños es frecuente la enuresis.

Cetoacidosis Diabética: Antiguamente se le llamaba coma diabético; el estado de inconciencia, el efecto se presenta en fases avanzadas cuando el tratamiento fracasa es típico de diabético tipo I insulino dependiente pero ocurre en el Tipo II

Manifestaciones .- Pacientes cuya polidipsia y poliuria habrán venido aumentando (Con suspensión de tratamiento sin causa justificable)

Deshidratación .- (piel seca, globos oculares hundidos)

- Hiperventilación
- Aliento cetónico comparado a olor a manzana
- Caída tensión arterial
- Taquicardia, a veces dolor abdominal
- Al progresar la CAD sobre viene oliguria por la hipotensión arterial y finalmente aparece el coma premonitor a la muerte.

231.3 TRATAMIENTO

Diabetes Mellitus

1. Control de Dieta
2. Insulino Terapia. insulina^o cristalina, insulina NPH la primera tiene acción de 5-7 y la segunda de acción intermedia cuyo efecto se extiende por 24 -48 horas pico a las 12 horas.
3. Sulfonilurea (Hipoglicemiantes orales) Estimula secreción de insulina por las células beta del páncreas .
 - a) Tolbutamida y la clorpropamida dosis de 500 Mg. tres veces al día de la tolbutamida la clorpropamida una vez al día 1 table de 250 mgs en la mañana.

Diabetes Insípida

1. Control de Dieta.
2. Clorpropamida comienza dosis baja que se suben gradualmente hasta llegar a los 250 mgs diarios ; se busca dosis menor de mantenimiento. Si fracaza lo anterior se usa hormona antidiurética (Pitresín) en solución oleosa.

Cetoacidosis Diabetica Las metas que se persiguen

- 1) Combatir la cetosis por medio de insulina lo cual promueve la utilización de la glucosa.
- 2) Tratar la depleción hidroelectrolitica y la acidosis
 - a) Insulina Dosis baja
 - b) Líquidos dos o tres litros de solución salina isotónica o de lactato de ringer cuando la glicemia haya descendido a 250 mgs se administrará solución dextrosada al 5%
 - c) Otras medidas si esta el paciente severamente acidótico (PH-7,2 se administrará bicarbonato)

Aparte con CAD deberá ser hospitalizado.

MANIFESTACIONES ORALES DE LA DIABETES

1. Cambios periodontales severos debido a que la diabetes es un factor predisponente para la aceleración de la destrucción periodontal de origen microbiano.
2. Clínicamente estos pacientes presentan tejidos gingivales, dolorosos, rojos, movilidad dental marcada, y formación de abscesos periodontales múltiples. Estos cambios periodontales en los diabéticos están relacionados con los trastornos neutrófilos.
3. Las manifestaciones orales están relacionadas con los efectos sistémicos de la enfermedad.
4. Los Diabéticos no controlados se hayan deshidratados puesto que el agua y la glucosa se pierden en la orina disminuyendo fluido extracelular y del flujo de la saliva. La Xerostomia resultante afecta adversamente la retención de las prótesis dentales y si persiste, puede afectar y aumentar la incidencia de caries.
5. La diabetes predispone infecciones fungosas, tales como la candidosis y la mucomicosis, por lo tanto, una pronta detención y control de los niveles de azúcar es un factor importante en la prognosis de la terapia odontológica y la reducción de la sintomatología oral.

CONCLUSION

Para tratar un paciente diabético es importante tener la seguridad que está controlado medicamente y cualquier procedimiento de tipo quirúrgico es necesario cubrir al paciente con antibióticos por la facilidad que tiene esos pacientes a infectarse.

2.4 TRASTORNOS CONVULSIVOS

24.1 Estado Convulsivo y Epilepsia Idiopática

El trastorno convulsivo es expresión de una ~~de~~ descarga súbita, excesiva y desordenada de neuronas ya sea en una corteza normal o en una enferma desde el punto de vista estructural. La descarga da por resultado un trastorno casi instantáneo de la sensibilidad, pérdida de conocimiento, movimientos convulsivos, y o alguna combinación de estos fenómenos.

24.1.1 Tipos Comunes de Trastorno Convulsivo

Convulsiones generalizadas (distintas al gran mal): Enfermedades médicas intercurrentes se manifiestan en una etapa por una crisis convulsiva o una serie de crisis de este tipo, que se inician como pérdida inmediata del conocimiento y rigidez y a continuación sacudidas crónicas rítmicas de las extremidades o sólo estas últimas. La focalidad de la lesión inicial puede ser indicada por el espasmo tónico o clónico de los músculos de sólo una parte del cuerpo, o con desviación de ojos y cabeza hacia un lado. El conocimiento tiende a recuperarse poco después de que desaparece la actividad motora generalizada.

Convulsiones Generalizadas (Gran Mal) es más compleja y manifiesta con más claridad el efecto de la descarga epiléptica en la fisiología del sistema nervioso. Se inicia con pérdida súbita del conocimiento, grito y caída al suelo y a continuación movimientos tónicos y luego crónicas de los músculos del cráneo y las extremidades a veces hay, además incontinencia de estínteres y otros trastornos autónomos la actividad motora termina pronto, y deja al paciente en estado de coma, que dura durante muchos minutos o incluso media hora. Conforme desaparece el estado de coma sobrevienen confusión mental, somnolencia y cefalalgia.

Pequeño mal (epilepsia menor ausencia) Este tipo de ataque que ocurre desde los cuatro años de edad hasta la adolescencia, sobrevienen sin advertencia y es notable por su brevedad y sus manifestaciones motoras mínimas. Consiste en esencia en per

dida breve del conocimiento, que dura unos cuantos segundos a veces se producen - unos cuantos parpadeos con una frecuencia de tres por segundo y otros movimientos de los brazos. El pequeño mal puede ser más variable (atípico) con un patron motor y EEG de dos por segundo, y a continuación tiende más a combinarse con crisis súbitas de caídas al suelo o de contracciones mioclónicas generalizadas breves y únicas de las extremidades.

241.2 Ataques somáticos y visuales y de otros tipos de la sensibilidad indican daños del lobulo parietal. El transtorno sensitivo común es descrito como entumecimiento u hormigueo comezón, zumbido, electricidad o vibración. El dolor y sensaciones térnicas son raras. La molestia comienza en los labios, dedos de la mano y pies y se extiende hacia las partes adyacentes del cuerpo, siguiendo una vía determinada por las zonas sensitivas de la circunvalación postcentral del lobulo parietal.

- Alucinaciones auditivas, poco frecuentes como manifestaciones iniciales del ataque oira zumbidos o ruidos.
- Sensaciones vertiginosas son a veces el primer sintoma del ataque, vestigo seguido por una sensación auditiva.
- Alucinaciones olfativas el olor es exteriorizado, proyectando a algun objeto o sitio del medio y de naturaleza desagradable, acompañado de sensación de sed y de salivación.
- Sensaciones viscerales. originadas en el torax, en el epigastrio y en el abdomen, constituyen una de las auras mas frecuentes, el enfermo lo describe como - una sensación de hueco en el estomago, de debilidad en el epigastrio que se extiende hasta la garganta y la cabeza. La palpitación y la aceleración del pulso al principio del ataque.

241.3 Evocación de los ataques (Epilepsia Refleja) Las convulsiones son evocadas - por un estímulo fisiológico o psicológico aproximadamente uno de cada 15 pacientes habrá señalado que sus convulsiones ocurren en circunstancias especiales, como ex

ponerse a una luz intermitente , pasa de manera súbita de la oscuridad a la luz - o a la inversa ser despertado por un sonido intenso escuchar una serie de sonidos o música monófonos, tocar, frotar, o hacerle daño en una parte específica del cuerpo, efectuar ciertos movimientos (por eje: comer, leer hacer algún tipo de trabajo mental complejo) o verse sujeto a emociones de sucesos alarmantes o intensos de otro tipo la convulsión desencadenada en estos casos puede ser focal (que se inicia a menudo en la parte del cuerpo que ha sido estimulada), o generalizada.

En algunos casos esta epilepsia refleja como se llama, ha sido causada por una enfermedad cerebral focal, como fumar pero más a menudo no puede verificarse la causa. Otro punto de interés en estos casos de desencadenamiento de convulsiones ha sido el fenómeno de omisión voluntaria de la convulsión mediante ejecución de cierta labor mental, como por ejemplo, pensar en alguna otra cosa que distraiga o ponerse a contar, o iniciar cierto tipo de actividad física.

Lesión Epiléptica No ha sido posible. entre las innumerables enfermedades epilépticas distinguir el componente de lesión causante de las convulsiones y el componente que no lo es. En otras palabras no se puede decir con base en el examen microscópico si una lesión específica era epiléptica la gliosis, fibrosis, vacuolización y cicatrices meningo cerebrales han sido lesiones sospechosas, pero existen también en los focos no epilépticos.

Enfermedades que producen convulsiones sintomáticas.

Entre las enfermedades médicas que pueden ser complicadas por una crisis convulsiva señalaremos a continuación las más frecuentes.

- Abstinencia o supresión en pacientes que dependen de alcohol o barbitúricos.
- Meningitis bacteriana
- Paro Cardíaco
- Insuficiencia respiratoria
- Anestesia con N_2O y envenenamiento con CO
- Hiponatremia e intoxicación con agua.

- Encefalopatía Hipertensiva
- Porfiria
- Hipoglucemia
- Deficiencia de Piridoxina
- Aciduria argininosuccínica y fenilcetonuria
- Choque Séptico con gramnegativas
- Coma Hepático
- Insuficiencia cardíaca congestiva que no reacciona al tratamiento.

24.2 Epilepsia Idiopática: Tiende a expresarse con frecuencia máxima en dos periodos de la vida, entre los dos y los cinco años de edad y en la pubertad es más frecuente que la primera convulsión sea generalizada, aunque su aparición puede ir precedida por una serie de crisis de pequeño mal. La gravedad del estado convulsivo varía desde un solo ataque cada varios años hasta muchos ataques por día. Si las convulsiones generalizadas son frecuentes, plantean una amenaza constante de lesión o de trastorno social, que suele impedir la educación ulterior del niño o la ocupación productiva del adulto. En la forma más ligera del trastorno, sin embargo se puede lograr un control médico suficiente. Para que no haya interferencia con las actividades normales de la vida.

24.4 TRATAMIENTO Y ASISTENCIA DEL PACIENTE CONVULSO EPILEPTICO

Estado Epiléptico: Una sola crisis convulsiva raras veces termina en la vida del que la sufre, aunque ocurren casos que por posibles arritmias cardíacas, sofocación o aspiración. La recuperación de una sola crisis convulsiva suele ser rápida y no requiere tratamiento especial. Esto cuando ocurra en el consultorio Odontológico, lo importante es sugerir al paciente interconsulta médica para proseguir con el tratamiento del paciente convulso.

Mientras tanto el paciente en estado convulso es necesario protegerlo de la lesión y asegurarse de que tenga las vías respiratorias permeables. Para proteger la lengua conviene colocar entre los dientes un objeto blando que no pueda ser deglutido, pero una vez que la mandíbula ha entrado en espasmo tónico no deberá forzarse su apertura, por el peligro de fracturar las piezas dentarias.

La serie de convulsiones sin restablecimiento del conocimiento entre ellas (estado epiléptico) es el más peligroso y requiere ingreso en el hospital y farmacoterapia inmediata. A menudo el paciente ya está recibiendo una dosis de sosten de anticonvulsivos pero si no es así se le deben administrar 400 mg. de difenilhidantoína al día y 200 mg. diarios de Fenobarbital. Para el control del estado epiléptico se pueden administrar por vías intravenosas o intramuscular drazepam (Valium) a las dosis de 5 a 10 mg. o fenobarbital sódico. La inyección intravenosa de valium debe hacerse con lentitud durante un minuto en una vena grande y se repetirá cada dos o cuatro horas si es necesario la inyección rápida puede producir apnea o paro cardíaco. El fenobarbital sódico se deberá administrar también por vía intravenosa en una dosis de 200 mg. que se repetirá cada cuatro horas si es necesario para el estado epiléptico focal a veces es útil el paraldehído, a las dosis de 1 a 2 ml. con lentitud por vía intravenosa o de 5 a 10 ml. por vía intramuscular (Deben evitarse los nervios) Roto el ciclo del estado epiléptico se recurre a los medicamentos anticonvulsivos bucales o parenterales ordinarios. Si las convulsiones no reaccionan a las dosis señaladas de valium o de fenobarbital será mejor que el paciente tenga unas cuantas convulsiones, y no que quede en estado comatoso al aumentar la dosis de los medicamentos.

Otra consideración importante son el tipo de enfermedad que provoca las convulsiones y el tratamiento de la misma. Los antibióticos suelen detener la tendencia a las convulsiones en caso de meningitis bacteriana. La solución NaCl al 3% en general suprimen las convulsiones en caso de hiponatremia y la solución de glucosa al 5% tiene efecto semejante en las convulsiones hipoglucémicas El MgSO₄ y el gluco

nato de Ca. a menudo ayudan en las convulsiones urémicas. Las convulsiones por abtinencia suelen desaparecer en unos días y rara vez son graves y frecuentes. En todos esos trastornos, ó en caso de epilepsia idiopática si ocurre estado epiléptico, las convulsiones ocasionales son de consecuencia menos graves que el coma, que se ha hecho más profundo por dosis excesivas de anticonvulsivos.

Desde luego el buen éxito en la asistencia de los pacientes con epilepsia depende en gran medida de la administración de fármacos para prevenir las convulsiones. Si se atiende bien con agentes anticonvulsivos, hasta 75% de los pacientes experimentan control del problema o reducción de su frecuencia.

CONVULSIONES DE GRAN MAL. Pacientes convulsionan con poca frecuencia de gran mal - (una o cuatro por año) se puede hacer prueba de fenobarbital (Cuminar R) 1 a 5 mg. dosis charria total por Kg de peso corporal, dosis ordinaria de adulto 600-200 mg. - por su gran índice terapéutico y su toxicidad relativamente baja. Cuando las convulsiones son más frecuentes el fármaco de elección es Dilantin R (Difemhidantoína) - 4 a 7 mg; 200 a 500 mg. La combinación Dilantín (0,3 a 0,4 g) y fenobarbital (0,12 a 0,2 g) es más eficaz que cualquiera de los dos aislados y la dosis debe ser completa.

Los efectos tóxicos del Fenobarbital como somnolencia y embotamiento mental. nistagmo y marcha tambaleante (o de embriaguez) se consideran como guías de dosificación excesiva. solo la erupción cutánea contradice su administración ulterior, por lo demás se pueden controlar estos síntomas mediante reducción de dosis. El Dilantin - casi siempre produce hirsutismo, hipertrofia de las encías y como se señaló, ataxia, estupor o coma si se administra en dosis excesiva si ocurren erupciones cutáneas y otros fenómenos de hipersensibilidad (poliarteritis), sera necesario suprimir el medicamento.

Ataques Psicomotores.- Los del tratamiento del gran mal también son útiles en el tratamiento del paciente con ataques psicomotores Dilantin R 300 a 400 mg. diarios y - con misoline (primidona) 750 a 1.000 mg. al día resultados buenos.

Ataques de Pequeño Mal.- Los farmacos usado en el tratamiento del gran mal y ataques psicomotores son ineficaces en este tipo de lesión Zarontin (Efosuccimida-) 750 a 1.500 mg por día Tridione (Trimetadiona) Paradione (parametadiona) y fensuccimida (Milantin) de que se produce menos efectos colaterales. Empezar dosis - 250 mg. por día y aumentarla cada semana hasta que se logre el efecto terapéutico. Los síntomas toxicos de tridione y paradione son las erupciones cutáneas y la fotofobia. se ha notificado la aparición de anemia aplásica; el clonazepam. (1,0 a 4,0 mg tres veces al día). ha controlado mejor el pequeño mal que Zarantín (Etosuccimida).

Convulsiones menores y ataques Focales.- Los mismos fármacos eficaces en el tratamiento del gran mal si los ataques menores son poco frecuentes y no incapacitan al individuo, no se harán más esfuerzos para tratarlo!

Pequeño mal y otros tipos se deben tratar con Zarantín, mas difenilhidantoína, sodica, Fenobarbital o Mesantoina.

Como la epilepsia es un problema médico de mucha duración son importantes las medidas higiénicas generales puesto que tienden a estabilizar el estado neurofisiológico del cerebro. Deben estar constituidas por horas regulares del sueño, dieta equilibrada, ejercicios diarios, evitar el estreñimiento y abstenerse de la ingestión de alcohol.

La Psicoterapia ayudará a prevenir o superar los sentimientos de inferioridad y la vergüenza por el problema.



2.5 REACCIONES ALERGICAS.-Mas que todo es de tipo medicamentoso ya sean analgesicos, Antibioticos, anestésicos y sedantes.

Esta es producida como un trastorno que ocurre cuando el paciente se ha vuelto hipersensible a un medicamento al que ha tenido exposición previa. Al exposición repetida a un medicamento ocurre una reacción antígeno-Anticuerpo en una reacción alérgica el medicamento actúa como antígeno y prepara a las células específicas del cuerpo para una reacción futura. Estas células pueden estar localizadas en varias zonas pero suelen ser células de la piel, del sistema respiratorio, del riñón y del apéndice. Estas se llaman células Blanco, El antígeno también estimula la producción de sustancias conocidas como anticuerpos los anticuerpos pueden combinarse con el antígeno en las células blanco. Esta reacción entre antígeno y anticuerpo produce destrucción de las células blanco con liberación de sustancias químicas específicas. Las más importantes de estas son la Histamina y la Bradicicina, la histamina produce el edema hístico y el prurito que se observa en algunas reacciones de la piel. Cuando las células blanco están situadas en los pulmones, la histamina produce un espasmo intenso en los bronquiolos (Broncoespasmo) por otra parte la bradicinina afecta a los vasos sanguíneos lo cual da lugar a pérdida del tono vascular y choque.

25.1 Clasificación

a) Inmediatas: Se presentan minutos a pocas horas después de la exposición al medicamento.

La reacción inmediata se denomina anafilaxia y se divide en 3

- Cutánea : Produce prurito y edema angioneurótico de la piel
- Respiratoria: Produce broncoespasmo y edema laríngeo
- Vascular: Produce Colapso vascular y choque irreversible.

Características Clínicas: Náusea, desmayo, sudoración urticaria, prurito, hinchazón edema, angioneurótico, disnea, cianosis, taquicardia, insuficiencia vascular.

Retardadas: Ocurren de 36 a 48 horas después de la administración medicamentosa.
Clínicamente hay exantema cutáneo.

B. Pruebas para Alergia: Subcutánea y sublingual.

- Pruebas de la Penicilina: Se coloca una gota de penicilina diluida (1.000 Unidades por ml) sobre el antebrazo tratando de no provocar salida de sangre, si la reacción es positiva se producirá roncha sin ampolla o con ella, dentro de los 15 minutos iniciales. Frente a la más mínima reacción sistémica coloque un torniquete en zona próxima al sitio de las pruebas, e inyecte 0,1 ml. de adrenalina en la misma región.

Las pruebas en la mucosa son similares a las cutáneas pero más peligrosas porque la absorción es más rápida y por la imposibilidad de colocar torniquete ante una reacción sistémica.

25.2 Reacciones Alergicas más Comunes:

-Aspirina: Produce edema Angioneurótico

La aspirina aunque es alergénica pocas veces produce alergia si hay alergia a la droga se presenta con asma y edema angioneurótico. Este último se presenta como edema bien circunscrito y localizado.

Las manifestaciones son sobre labios, párpados, lengua, glotis, bronquios. puede obstruir las vías aéreas las manifestaciones labiales se pueden confundir con abceso periapical dental.

-Penicilina y Shock Anafiláctico: Es el que más produce alergia.

Manifestaciones clínicas: Urticaria que comienza por las palmas de las manos, plantas de los pies y cuero cabelludo erupciones y erifemias, edema angioneurótico, en el aparato respiratorio, colapso puede producir Shock anafiláctico, o sea disminuye notablemente la presión arterial.

Tratamiento:

-Mantenimiento de vias aereas permeables:La obstrucción de los bronquios debido a broncoespasmos, requiere administración de broncodilatador como epinefrina y aminofilina para permitir ventilación apropiada a los pulmones.

El edema en la faringe no la epiglotis en el caso de edema angioneurótico puede requerir intubación, traqueostomía o coniotomía, sino puede pasarse oxígeno a través de la obstrucción mediante el uso de una máscara completa para cara y presión positiva.

-Sostenimiento de la circulación: Control de presión Arterial

Colocar al paciente en posición de tradelemburg

o sino administrar epinefrina (adrenalina)se administra por via intramuscular o subcutanea.

-Tratamiento Medicamentoso:

Antihistaminicos como el benadryl, clorotrimeton el Dimetone

también corticosteroide una dosis intramuscular o intravenosa de cortisona sintetica.

Las reacciones alergicas agudas pueden ocasionar paro cardiaco y hacer necesario iniciar la resucitación cardio pulmonar.

25.3 Reacciones al anestesico Local

a) Produce shock anafilactico

b) Edema angioneurotico, urticaria y asma

Tratamiento

-En reacciones leves se suministra antihistaminico cada 4 horas por via oral

-En reacciones severas se inyectan 0.5 ml.de epinefrina al 1.1000 subcutanea seguida de administración de antihistaminico cada 4 horas.

c) Reacciones Toxicas del Anestesico Local

-Características Clinicas: Ansiedad inquietud locuacidad,taquicardia,aumento de

respiración, temblor, borboteo, náuseas, convulsiones, depresión, medular, pérdida de conciencia, caída de presión sanguínea, falla respiratoria, puede presentarse colapso cardiovascular.

Tratamiento

-Si es leve se acuesta al paciente y se le suministra oxígeno

-Controlar pulso, respiración y presión.

-La droga se incrementa lentamente de 0,5 a 1 ml. usando lo necesario para controlar la excesiva actividad muscular.

Si hay convulsiones o temblor dando barbitúrico intravenoso de acción rápida.

En la fase de presión el paciente se mantiene acostado con las piernas ligeramente levantadas para facilitar la circulación cerebral.

Administrar oxígeno.

Si la presión sanguínea no mejora con la oxigenación adecuada se debe administrar de 5 a 10 mg. de vasolux Methoxamine, hidrocloreto por vía intravenosa.

253.1 Mala técnica en la colocación de la anestesia

-Inyectar anestésico en un músculo provoca trismus

Tratamiento

Administrar calor y miorrelajantes de acción central

Inyectar anestésico en la parótida produce parálisis facial pasajera.

Tratamiento

Administrar calor y tranquilidad al paciente.

Inyectar anestésico en zona baja retromolar provoca anestesia del plexofaríngeo lo cual angustia al paciente, que siente anestesiado la garganta y se asfixia .

Tratamiento

Sentar al paciente explicar la situación y calmarlo

Darle agua para que trague y confirme que puede respirar

-Colocar Anestesia en Arteria Produce : ISQUEMIA

Colocar Anestesia en Vena Produce : HEMATOMA

II URGENCIAS DENTALES EN ODONTOLOGIA

Las urgencias dentales son la combinación de circunstancias imprevistas que requieren atención inmediata. La urgencia constituye una serie de procedimientos que se llevan a cabo rápidamente para aliviar la situación y así poder hacer diagnóstico-definitivo y establecer un plan de tratamiento específico.

Lo primero que debemos realizar es una historia clínica breve que nos indique las cosas más importantes que deseamos saber del paciente. unas de estas preguntas son:

a) Motivo de Consulta Que le sucede? Cuanto hace que le molesta? signos y síntomas que tipo de enfermedad sistémica tiene? que tratamientos se han hecho anteriormente, Ubicar la zona del dolor, antecedentes familiares de salud.

b) Examen Físico:

-Examen General : Presión Arterial, Temperatura, pulso, problemas sistémicos

-Examen de la cavidad oral: Tejidos Blandos, Tejidos Duros.

c) Exámenes solicitados y resultados: Radiografías periapicales, si es necesario algún examen de laboratorio, muestras de tipo histopatológico.

d) Impresión Diagnóstica: Identificación de la patología basándonos en los signos y en los síntomas.

e) Tratamiento: Son los diferentes pasos que vemos a seguir para realizar el tipo de urgencia que se nos está presentando.

1. Endodoncia

1.1 Patología Pulpar Reversible

11.1 Hiperhemia: Comienzo de una inflamación hay de dos tipos la activa cuando son arterias y pasiva cuando son venas.

Diagnostico: Dolor ante un estímulo calor.frio,dulce y vuelve y desaparece es momentaneo y pulsatil ,prueba de vitalidad positiva y el paciente se queja más cuando come algo frio que cuando come algo caliente por la contracción de esmalte y dentina.

Radiograficamente caries profunda o incipiente o obturación sin base intermedia o amalgama fracturada o un cuello descubierto.

Tratamiento:Anestesia retiramos la causa y recubrimiento directo o indirecto si el diente es permanente y joven y obturación.

12. Patologia Pulgar Irreversible: Agudas dolor mas prolongado los estímulos.

12.1 Pulpites Aguda Serosa: Edema pequeño sale liquido y el paciente manifiesta un dolor dificil de localizar no se sabe cual es el diente que duele Prueba de vitalidad positiva el dolor aumenta con el calor y el frio tiende a disminuirlo no hay dolor a la percusión.

Radiograficamente: Caries profunda con comprometimiento pulpar

Tratamiento: Anestesia Aislamiento absoluto retiramos caries hacemos la apertura y la pulpectomia y administramos analgesicos y mas adelante el tratamiento convencional de conductos.

12.2 Pulpitis aguda Supurativa y Hemorragica: El dolor es mucho mas intenso y no se alivia ni con el calor ni con el frio duele un poco a la percusión.

Radiograficamente: Caries profunda con comprometimientopulpar.

Tratamiento: Anestesia Aislamiento absoluto, retiramos caries hacemos la pulpectomia irrigamos con solución salina y con hipoclorito hasta que pare la hemorragia-hacemos preparación biomecanica hasta retirar algo de dentina y administramos analgesicos y mas adelante se hace el tratamiento convencional de conductos.

La pulpitis aguda hemorrágica es la más intensa, la más dolorosa y pulsátil, el tratamiento es el mismo que la supurativa.

La pulpitis aguda terminan en necrosis y si se infectan quedan en gangrena.

1.3 Patología Pulpar Irreversible Crónicas Es una reacción de la pulpa bien irrigada ante un irritante constante pero no muy intenso en donde la caries hace que haya exposición pulpar.

13.1 Pulpitis Crónica Ulcerativa: Es el inicio de una pulpitis crónica proliferativa se encuentra en caries profunda y debajo de una base intermedia.

Histológicamente hay zonas de necrosis, zona de contaminación, Zona de Estimulación donde hay tejido granulomatoso que no es tan proliferante El diente responde a pruebas de vitalidad.

El diagnóstico se basa clínicamente con exposición pulpar con punto rojizo que sangra y duele al tocar.

Radiográficamente: Caries Profunda no duele a la percusión

Tratamiento: Se hace en dos fases pulpo y ulcera

Si el paciente presenta y ndiente con cierre apical se hace la pulpectomia con tratamiento de conductos y en foramen inmaduro se hace la pulpotomia y una II apexificación usando Caoh mezclado con H2O destilado esa mezcla cremosa se introduce dentro del conducto y mediante control RX ver el resultado o no por lo menos cada 3 meses.

13.2 Pulpitis crónica Hiperplásica: Hay gran proliferación de tejidos se recubre de epitelio plano estratificado. No hay nervios o están muy disminuidos en número y hay gran tej granulomatosos, es asintomático.

Tratamiento: De acuerdo al tipo de foramen si es inmaduro se hace pulpotomia y si es maduro se hace pulpectomia y luego tratamiento convencional de conductos.

Diagnostico Diferencial con Polipogingival

Introduce en el botón dentario su tratamiento es periodoncia para la encía proliferada

para mirar su origen.

Polipo Pulpo Periodental

Su tratamiento es periodontal y endodastico

Radiograficamente

Se ve cavidad de caries.

Entre el polipo y la úlcera es mas dolorosa la úlcera ya que no posee epitelio.

13.3 Necrosis y gangrena

El diente duele vagamente a la percusión.

Radiograficamente: Hay Cavidad

Clinicamente : Coronas oscuras grises obturaciones con caries recurrentes que ocupan varias superficies.

-La neurosis es esteril

-La gangrena es infectada es hemetica.

Tratamiento: Remoción de restos pulpaes y realizar el tratamiento de conductos.

1.4 Patologias Periapicales de Origen pulpar

Se producen por algun factor que esta dentro de la pulpa o porque se cierra el apice es de pronóstico excelente.

1.4.1 Periodontitis Apical Aguda :

o llamada tambien pericementitis hay dolor a la percusión en sentido vertical, dolor a la oclusión y el diente tiende a obstruirse por la inflamación.

Radiograficamente: Hay ensanchamiento del espacio periodontal las pruebas de vitalidad serán negativas debido a que hay tejido necrotico.

Tratamiento: Es eliminar la causa que la produce por medio de irrigación del conducto eliminando los agentes lesivos luego se hace un tallado para sacar el diente de oclusión, es común cuando se hace endodoncia producir una periodontitis apical aguda Iatrogenica. Por sobre obturar o sobre instrumentación.

Tambien se produce por uso inadecuado de medicamentos anticepticos en el interior

del conducto y se llama medicamentos A

Para estas Iatrogenias se retira la causa, si es por instrumentos pues se acortan o sino para eliminar el material obturante.

Si no se trata se puede producir supuración y mayor dolor.

1.4.2 Abceso Periapical Agudo Tambien llamada periodontitis apical aguda supuratoria, es una colección purulenta que esta en una cavidad purulenta con microorganismos diogenos. se caracteriza por dolos espontaneo, intenso, irradiado, es similar a la pulpitis aguda, el diente se obstruye y hay movilidad dentaria por radiografia: no se ve su vitalidad es negativa se puede producir asimetria facial y hay tumefacción dentro de la boca no fluctuante con contenido liquido.

Tratamiento: Se establece una via de drenaje para disminuir la presión del liquido purulento dentro del conducto, se abre cavidad pulpar y se comienza a drenar sobre pasando el apice para asegurar mejor la via de drenaje, y se puede dejar destapado entre cita y citay se dan antibioticos puede ser Diclocxil o dolacin o se puede hacer tambien un drenaje mucosoquirurgicamente.

Cuando no son tratados estos abscesos, buscan las tablas alveolaresoseas y producen las fistulas y se denominan Absceso Apical Cronico y se caracteriza por ausencia de sintomatología no duele y Radiograficamente se ve una zona radiolucida alrededor del apice del diente.

Tratamiento: Se hace endodoncia pero antes debemos tratar muy bien esta lesión hasta que el mal olor desaparezca si podremos realizar la endodoncia.

En este absceso puede cerrarse la fistula y vuelve a producir dolor y se llama absceso Fenix y se trata de urgencia y radiograficamente se diferencia por la cicatriz El granuloma periapical y los quistes periapicales por ser asintomaticos no se tratan por urgencia.

2. Urgencias Periodontales:

2.1 Absceso Gingival: Se produce por una obstrucción del surco gingival por cuerpos extraños.

Tratamiento: Se retira el cuerpo extraño con una cuveta se limpia muy bien no hay bolsa periodontal, hay presencia de exudado no hay movilidad.

2.2 Absceso Periodontal: Es la obstrucción de la bolsa periodontal por la presencia de calculos. Hay bolsa, Perdidas oseas, movilidad dentaria, perdida de huesos encia roja blanda con presencia de hemorragia y exudado.

Tratamiento Drenar Absceso Producir raspaje, alisado radicular, eliminación de la pared blanda de la bolsa periodontal, y el contenido de la bolsa periodontal y con esto permitir la posible reinsección de ligame.

2.3 Gingivitis Ulceronecrosante Aguda: GUNA: Se produce por la unión fuso espiroquetal, el stress, la placa bacteriana, presencia de pseudomembrana, tejidos necroticos a nivel de papilas, presencia de hemorragia y exudado, presencia de ardor y dolor en la lengua, halitosis marcada su extensión no es autolimitante en las papilas la papila se ve enchatada y luego en forma de trinchera.

Tratamiento: 1. Con algodón y agua oxigenada se retiran las pseudomenbranas aplicando antes xilocaina en spray.

2. dia se le retiran los calculos y tejs necroticos mas profundos y se puede sepillar, se puede ordenar antibioticos penicilina o eritromicina 250 mg.C/4 Horas.

3. dia Fase higienica cepillado y raspaje

4. Dia. En algunos casos se debe hacer cirugia en las papilas gingivoplastia.

2.4 Gingivo Estomatitis Herpetica: GEH : Es producida por el herpes simple es autolimitante dura de 5 a 8 dias y si se repite es menos severa se encuentran las vesiculas en mejillas mucosas son muy dolorosas y las encias se encuentran edematigadas.

Tratamiento: Es demasiado Paleativo tratar de cambiar el ph con droga, en niños es muy agresivo por su disminución en anticuerpos.

2.5 Pericoronitis: Es la inflamación del capuchon pericoronario al erupcionar el diente es mas frecuente en los terceros molares y en dientes que no pueden erupcionar frecuentemente el paciente relata dolor en el oído irradiado, cuando es muy avanzado produce fiebre y malestar general tambien puede producir trismus.

Tratamiento: Limpieza o perculectomia retirar capuchon que obstruye con una cuña distal de rubens, tambien se pueden realizar enjuagatorios y administrar antibiotico.

2.6 Hipersensibilidades: Sensación de calor o frio que el paciente relata como un destemplamiento, puede producirse por traumas o problemas oclusales.

Tratamiento: Con cepillado mas duradero y menos suave y con fase higienica y además usando un dentrificio tipo sensodyne 2 a 3 veces por semana. En retracción gingival se hacen apositos con dentro praxil y cubrir con hidrosidos de calcio y barniz cavitario o fluor.

3. Urgencias Quirurgicas :

3.1 Fracturas Dentales:

3.1.1. Fractura incompleta o infracción Coronal: No hay perdida de esmalte, estas fracturas aparecen como lineas de rotura en el esmalte y no cruzan el limite esmalte dentina.

Tratamiento: No se hace nada solamente pruebas de vitalidad.

3.1.2 Fractura no complicada de la Corona: El tratamiento inmediato es subir los bordes agudos para evitar las laceraciones en labios y lengua, mas adelante se pueden hacer tallados correctivos con buenos resultados estéticos. Si la fractura

compromete dentina se coloca hidroxido de calcio y se hace una resina en temporales se coloca hidroxido de calcio y se coloca corona de acero. Aunque muchas veces en temporales simplemente se tallan los bordes puntiagudos.

3.1.3. Fractura Complicada de la Corona : Hay comprometimiento pulpar por lo general se hace exodoncia porque en los niños es muy difícil su colaboración. En permanentes se hace recubrimiento pulpar directo si es microexposición o sino se hace la pulpectomia y el tratamiento convencional de conductos.

3.1.4 Fracturas de la Corona de la Raíz no Complicadas: Pueden ser una o varias líneas de fractura no hay desplazamiento de fragmentos hay inflamación del tejido pulpar y periodontal.

Tratamiento: Permanentes: Se puede colocar el fragmento fijando con resina a los dientes adyacentes a pesas de la fractura y de que la pulpa esta viva no habra síntomas de dolor. Sin embargo es esencial que el tratamiento definitivo se empiece a los pocos días de haber ocurrido la lesión. El tratamiento definitivo entre mas severa sea la fractura se hace la exodoncia o sino se anestesia se hace gingivectomía u ostrotomia, temporalización y se deja por dos meses para inserción de tejido epitelial y luego corona definitiva en temporales se hace exodoncia.

3.1.5. Fractura Complicada de Corona y Raíz: Se hacen dos tipos de tratamiento.

a) Exposición quirurgica: de la superficie de la fractura mediante una gingivectomía y una estectomia y se hace el tratamiento convencional de conductos luego un nucleo que vaya hasta la parte de la fractura radicular y luego la corona.

b) Exposición Ortodoncica: Primero se hace la endodoncia y luego si el tratamiento ortodoncico esto dura 3 a 6 semanas luego expuesta la parte de la fractura y hecha en endodoncia se procederá a hacer el nucleo y la corona.

Si la fractura ocupa mas del tercio de la raíz y la linea de fractura sigue el eje longitudinal del diente se hará entonces la extracción.

3.1.6 Fractura de la Raiz : Son las menos comunes de las fracturas.

Tratamiento: Si la fractura está situada junto a la encía generalmente es obligatoria la extracción, seguida por la extrucción entodoncica del fragmento apical.

- Reposición del Fragmento Coronal si está desplazado
- Observar radiográficamente la posición del fragmento coronal
- Inmovilizar el diente con una ferula tipo resina grabada al acido.
- Controlar el diente con radiografía y pruebas de vitalidad.
- Mantener la férula durante 203 meses
- periodo de revisión a largo plazo minimo un año

En Temporales: Los fragmentos apicales no se deben remover si se decide hacer extracción se debe evitar el poner ferulas.

3.2 Lesiones de los Tejidos Periodontales

3.2.1. Concusión: Lesión en las estructuras de sosten del diente sin aflojamiento anormal o desplazamiento pero con reacción evidente a la percusión.

Tratamiento: Aliviar la oclusión sobre los dientes lesionados puede ser aconsejable la inmovilización en caso de aflojamiento,

Controlar el diente radiográficamente y con pruebas de vitalidad periodo de revisión minimo un año.

3.2.2. Subluxación (Aflojamiento) Lesión de las estructuras del sostén del diente con aflojamiento anormal pero sin desplazamiento del diente demostrable clinica o radiográficamente.

Tratamiento: Igual que en concusión.

3.2.3. Luxación Intrusiva: (Dislocación Central) Desplazamiento del diente hacia la profundidad del hueso alveolar esta lesión va acompañada por conminución o fractura de la cavidad alveolar la dirección de la dislocación puede ir hacia el apice de la raiz el examen radiografico muestra dislocación del diente y a veces perdida o disminución del espacio periodontal.

Tratamiento: Anestesia si es necesario

- si fué reciente se reposiciona digitalmente
- Si fue hace mas tiempo se deja que el mismo diente se reposicione o sino se le hace ortodoncia de 3 a 4 semanas.
- se deben controlar las suturas y laceraciones gingivales
- Controlar radiograficamente

En temporales se mira su relación con el permanente.

3.2.4 Luxación Extrusiva: (desplazamiento periférico avulsión parcial) desplazamiento parcial del diente fuera de su alveolo. La diferencia clinica mas importante entre la luxación intrusiva y la extrusiva es que en esta última el apíce se desplaza fuera de su nicho y no a través de la cavidad alveolar como en la luxación intrusiva. El examen radiografico siempre revela aumento del espesor del espacio periodontal.

Tratamiento: Inmovilizar el diente con férulas.

Controlar RX

Periodo de Ferulización 2 0 3 semanas

Lo demás es igual que en la intrusión.

3.2.5. Luxación Lateral Desplazamiento del diente en dirección distinta a la oxial va acompañado de conminución o fractura de la cavidad alveolar. El examen puede o no mostrar un aumento del ancho del espacio periodontal, lo cual depende de la angulación del rayo central.

Tratamiento: Igual que en luxación intrusiva y extrusiva periodo de ferulización de 6 a 8 semanas.

3.3. EXARTICULACIONES: Comprende todos los casos en que el diente ha sido desplazado completamente fuera de su alveolo (Avulsión Total)

La mayoría de las veces es uno solo pero pueden presentarse varias.

Tratamiento:

-Indicaciones para el reimplante:

- a) El diente avulsionado no debe tener un estado avanzado de caries ni enfermedades periodontales avanzadas.
- b) La cavidad alveolar no debe tener muchas conminuciones o fracturas.
- c) No debe haber contraindicación ortodóncica como ejemplo el apiñamiento
- d) Se debe tener en cuenta el periodo extraoral, por ejemplo periodos de más de 2 horas generalmente van asociados a una reabsorción radicular evidente.

-Técnica de Reimplante

- a) Colocar el diente en solución salina
- b) Si está claramente contaminado, limpiar la superficie de la raíz con gasa empapada de solución salina. No se debe tratar de esterilizar la superficie radicular del diente.
- c) Examinar la cavidad alveolar remover por medio de irrigación coágulos sanguíneos firmes.
- d) Reimplantar el diente en su cavidad por medio de presión digital.
- e) Suturar las laceraciones gingivales
- f) Verificar la posición normal del diente reimplantado radiográficamente.
- g) Aplicar una férula.
- h) Aplicar profilaxis antitetánica si el diente ha estado en contacto con el suelo o la herida se ha contaminado con el suelo.
- i) En caso de dientes inmaduros o con un foramen apical estrecho, se debe instituir terapia endodóncica de la 2 semanas después del reimplante.
- j) Cuando el foramen apical está ampliamente abierto y el diente se reimplanta dentro de las 2 primeras horas es posible la revascularización de la pulpa.
- k) Controlar el diente radiográficamente, si aparecen signos de reabsorción inflamatoria

matoria, hacer inmediatamente tratamiento del conducto radicular.

1) Vigilancia mínimo un año.

En temporales no esta indicada.

3.4 Lesiones del hueso de sosten

3.4.1 Conminución de la Cavidad Alveolar Es el aplastamiento y comprensión de la cavidad alveolar. Esta condición está asociada a una luxación intrusiva o lateral.

3.4.2 Fractura de la Pared de la cavidad alveolar: Fractura limitada a la pared vestibular o lingual del alveolo.

3.4.3. Fractura del proceso Alveolar: Puede o no afectar e alveolo del diente

3.4.4. Fractura de la Mandíbula o del Maxilar Superior: (fractura maxilar) fractura que afecta a la base de la mandíbula o del maxilar y muchas veces el proceso alveolar la fractura puede o no afectar al alveolo del diente.

Tratamiento para las lesiones del hueso de sostén:

- a) Administrar anestesia local o general
- b) Reposición de los fragmentos desplazados
- c) Los dientes de la linea de fractura se deben conservar a no ser que haya cambios inflamatorios de origen marginal o apical.
- d) Colocar una fijación rigida (Por ejemplo ferula combinada de bandas de ortodoncia y acrilico, ferúla con coronas o arcos metálicos) En la dentición temporal se puede usar un método directo de férulas con acrilico. En los casos en el que el fragmento se puede reducir a una posición estable se puede dejar la fractura sin ferulización. En estos casos los padres deberán ser instruidos para limitar la nutrición o alimentos blandos.
- e) Revisar la reducción por medio de una radiografía

- f) La terapia con antibióticos puede estar indicada en el tratamiento de las fracturas del maxilar.
- g) Controlar los dientes afectados por medio de radiografías y con pruebas de vitalidad.
- h) Inmovilizar durante 3 a 6 semanas
- i) Periodo de revisión a largo plazo mínimo un año.

3.5 COMPROMISOS ORO ANTRALES: Suceden por exodoncias superiores en posteriores por infección pasan al seno maxilar y producen abscesos y poliposis.

para evitar esta comunicación debe tomarse buena radiografía periopical el paciente consulta por sintomatología dolorosa al agacharse, fiebre, los líquidos se devuelven por las fosas nasales, inflamación.

Al examen clínico encontramos una zona cruenta alveolar con formación o no de coágulo.

A. Pruebas para verificar comunicación oro antral

- a) Prueba de vansalva se tapan las fosas nasales y al mismo tiempo le decimos al paciente que trate de expulsar sangre por la nariz, el alveolo hace burbujas si la comunicación es inmediata a la exodoncia.
- b) Examinar profundidad del alveolo con sonda; con estiletes de plata.
- c) Radiográficamente o con transiluminación
- d) El paciente con la boca cerrada y las fosas nasales tapadas deberá hacer presión hacia el sitio de la exodoncia, se coloca el fenendoscopio y se oirá un silbido.

B. Tratamiento Quirúrgico

- Colgajo borde a borde
- Colgajo wasmund
- Colgajo Doble
- Colgajo pediculado o en raqueta

Se levanta la mucosa del colgajo por vestibular anterior o posterior . Debe ser mucosa

periostico se coloca el colgajo en el sitio, contactando las superficies. previamente hay que eliminar la infección del seno lavar y limpiar. Como segunda opción el colgajo será de mucosa palatina, Los tejidos se acercan con puntos de colchonero y los bordes se suturan con puntos separados multiples . El hueso expuesto en el sitio donador puede cubrirse con cemento quirúrgico o con gasa saturada en tintura compuesta de benjuí.

Se han aconsejado discos de hueso autogeno para el cierre de pístula bucoantral combinados con el procedimiento Cadwell-IVC y antrastomía nasal.

Una intervención importante que no deberá dejarse pasar desapercibida es el posible cierre de fístula bucoantrales por medio de trasplantes libres de espesos total obtenidos del lado opuesto del paladar o del tabique mucobucal. Es procedimiento factible y usa tejido que no es extraño a la boca, por ser transferencia de tejido de una parte de la boca a otra. El sitio donador cura facilmente al estar protegido inicialmente por la aplicación de tintura benjuí, apósitos sedantes o adaptador de tejidos Bipediculados para desdentados.

Causas de Fracaso del Cierre de la Fístula Bucoantral:

Porque no se elimina por completo la infección dentro de la cavidad antral antes de operar. Ello puede lograrse en lavados y antibióticos.

El estado físico general del paciente no fue investigado ni tratado adecuadamente. Colgajos colocados sobre la abertura con demasiada tensión y no crear una superficie viva o sangrante en el sitio receptor del colgajo. Esta tensión aumenta la concentración cicatrizal.

- Tensión de la sutura.

3.6 Comunicación Oral Nasal.

A. Etiología

-Lesiones Traumáticas: Instrumentos, Armas u objetos de distinta índole puede perforar

rar la tabla vestibular, bóveda palatina, arcada alveolar, dejando establecida comunicación entre la boca y la nariz.

Técnicas Operatorias: A continuación de operaciones realizadas en el maxilar superior para extirpar tumores, quistes, eliminar dientes parcial o totalmente retenidos o erupcionados.

-Afecciones inflamatorias del Maxilar superior: Osteitis, Osteonietitis, necrosis del maxilar de distintos orígenes.

-Afecciones Específicas: Sífilis y tuberculosis. El goma sífilítico tiene su sitio de elección en bóveda palatina o el velo, suele dar perforaciones en esta región.

-Lesiones Congenitas: Fisuras alveolo palatinas.

B. Clasificación:

-Vestibulo nasales

-Palato nasales

Tratamiento: a) Protésico: Por intermedio de un aparato de caucho o acrílico que obture la brecha mientras está aplicado el aparato. Solo modifica artificialmente un problema que exige otras soluciones.

La prótesis está reservada para los fracasos de tratamiento quirúrgico o en perforaciones donde no puede ser aplicado este procedimiento por los diámetros de la perforación, el estado local de sus bordes o el estado general del paciente.

b) Quirúrgico: Debemos valernos de los tejidos vecinos a la perforación a expensa de los cuales se preparan colgajos. Estos colgajos son desplazados del sitio donde están normalmente sentados y llevados hasta el lugar donde se necesitan.

Técnica de la preparación de los colgajos: Wass mund indica 3 tipos de Colgajos.

- Colgajo Marginal: Se preparan circuncidiendo la comunicación a distinta distancia del borde y según el tipo de brecha a obturar este tejido gingival incidido - circularmente se desprende con legras pequeñas. quedan adheridos a la comunicación confrontando sus bordes luego se sutura. Estos colgajos no son casi suficientes para cerrar una perforación ceden al menor esfuerzo (Tos, estornudo, presión de aire).

- Colgajo Pediculado: Se obtiene de las partes cercanas a la comunicación, paladar mucosa gingival del vestíbulo, mucosa submucosa y capa muscular del carrillo. Se levanta el colgajo mucoperiostico, se coloca sin tensión sobre los bordes a la comunicación.

Deben ser tratados de manera que respeten los vasos nutricios, evitando su sección para prevenir la necrosis del colgajo. Wasmond da unas normas para que el colgajo tenga éxito.

a) El ancho del colgajo debe tener las 2/3 partes de su largo (para evitar necrosis).

b) El ancho del colgajo debe ser mayor que su vértice.

c) El espesor del Colgajo debe ser de 4 a 5 mms.

Colgajo o Puente: Se hacen trazando dos incisiones paralelas que limitan un trazo de fibromucosa de forma regularmente cuadrilátera, que tienen dos puntos de apoyo que son sus extremidades. Estos colgajos se trasladan lateralmente cubriendo la perforación y suturandoles a la fibromucosa vecina. Queda sobre el maxilar una porción descubierta, la cual se cubre por tejido de granulación.

3.7 Exodoncias: Antes de realizar cualquier tipo de exodoncia se debe realizar una muy buena historia clínica.

a) Indicaciones:

- Presencia de retracción gingival perdida o sea produciendo exodoncia con movilidad y no permite tratamiento periodontal.

- Si la lesión apical es mas superior al 1/3 medio de la raiz se hace exodoncia.
- Cuando es con fines ortodonticos.
- Con fines preprotésicos cuando se van a confeccionar protesis y hay dientes que no sirven
- Sobre dentadura
- Con fines estéticos
- Dientes con destrucción coronal que involucren al 1/3 cervical de esa corona
- Por Caries

b) Contra Indicaciones :

- En procesos inflamatorios agudos
- Si el paciente tiene fiebre
- Si presenta Trismus
- Precauciones con diabéticos asmáticos y epilépticos

c) Movimientos:

- En diente monorrádicular: Se hacen movimientos de lateralidad y giro sobre su propio eje.
- En diente multirradicular: Movimientos de lateralidad.

d) Tiempos para la exodoncia:

Una vez practicada la sindesmotomia se usan los bisturí o los sindesmotomos o elevadores o periostotomo. Luego se hace : 1) Prehensión : Se adosan las palancas del forcep a nivel del cuello del diente.

2) Aplicación : Se adosan las palancas del elevador a nivel de raiz y cuello

3) Luxación: Con movimientos de lateralidad o giro

4) Tracción: Con forceps o elevación con elevadores.

Una vez hecha la exodoncia se debe curetear el alveolo para evitar residuos, se hace producir una hemorragia a nivel de la mucosa para producir el coagulo para evitar dolor postoperatorio. Luego se presionan las tablas alveolares para producir

su invaginación. Luego se le dice al paciente que tenga una gaza por 2 horas pero sin que vaya a destruir el coagulo. Luego se hace sutura colchonera cruzada y se deja de tres a cinco dias

3.8 ALVEOLITIS

3.8.1 Alveolitis Seca: Esta se produce cuando al realizar una exodoncia no se forma bien el coagulo porque el paciente o hizo buches o tiene alterado el factor - XIII de la coagulación.

El alveolo produce un olor fétido .

Tratamiento:

- Se lava muy bien con suero fisiológico, sin curetear el alveolo ya que podría producirse una infección.
- Luego se hace un coagulo artificial con gasa, yodo, formonada con anestésico y terramicina (antibiótico) y tambien benpatene para aumentar la formación de apitelio para que cubra el hueso.
- Todo esto se unen en una pomada se retira dos veces al dia por la saliva y se hace por diez dias y se le da al paciente analgenico.
- Si no se puede fabricar esta pomada, entonces se hace el mismo procedimiento pero en vez del triptico colocamos ALVOGYL. y lo dejamos dentro del alveolo hasta que el mismo se reabsorba.

3.8.2. Alveolitis Humeda: Esta se produce cuando el coagulo despues de una exodoncia queda mal formado.

Tratamiento:

- Anestesiamos
- Cureteamos bien e irrigamos con suero
- Colocamos el triptico y lo cambiamos dos veces al dia o sino colocamos Alvogyl - hasta que se reabsorba por si solo.

4. URGENCIAS DE LA A.T.M.

4.1. Luxaciones y Subluxaciones: Se producen muchas veces por un bostezo exagerado o por abrir demasiado la boca esto hace que los condilos bajen y sobrepasen la apofisis del temporal o raiz trasversa del cigoma, quedando estancados sin poder regresar a su posición normal en la cavidad Glenoidea. Tambien se produce por flazides de los lingamentos de la articulación.

Tratamientos:

- a) El paciente deberá estar estresado al sentir que no puede cerrar su boca y se le debe calmar.
- b) Si sucedio hace poco se toma la mandibula con ambos dedos y se le mueve hacia abajo, adelante y atras.
- c) Si fue hace tiempo, se colocan paños de agua tibia y se hacen los mismos movimientos.
- d) Se debe tener cuidado con nuestros dedos ya que al hacer el ultimo movimiento la mandibula va a cerrarse inmediatamente con rapidez.
- e) Se administrará analgésico si es necesario

5. Urgencias Protésicas

5.1 Temporalizaciones : Las hay de dos tipos las temporalizaciones de termocurado y las de autocurado.

Para tratarse de urgencia las que mas se usan son las de Autocurado.

Las temporalizaciones de autocurado se pueden elaborar directamente sobre el paciente o indirectamente con un modelo de yeso sacado del mismo paciente .

Indirectamente: a) tomamos una impresión de las estructuras dentales a las cuales ya hemos practicado el tallo

b) Sacamos el modelo en yeso de las estructuras dentarias talladas

c) enceramos la o las estructuras dentarias y una vez hecho este encerado tomamos impresión con alginato a dicho encerado .

- d) Dejamos la impresión en la cubeta y preparamos el acrílico de autocurado color blanco. ojala un color que se asemeje lo mas posible al color de los dientes del paciente.
- e) Depositamos el acrílico en la impresión que nos dejo el encerado bien fluido
- f) Retiramos el encerado del modelo del trabajo y lo introducimos en la cubeta - donde está el acrílico de autocurado, pero antes debemos aislar con vaselina el modelo.
- g) Calculamos que el acrílico este en estado plástico y retiramos el modelo de la impresión y con un bisturí cortamos los excesos de acrílico.
- h) Luego intentamos sacar el acrílico del modelo y le damos forma con unas tijeras
- i) Luego cuando este produciendo exotermica lo volvemos a colocar en el modelo de trabajo.
- j) Una vez terminada la reacción probamos la estructura de acrílico en el paciente oclusión que sea funcional, que adapte bien, que no lastime tejidos blandos.
- k) Una vez hecho lo anterior la pulimos y la brillamos para darle estética.

Directamente:

- a) Se puede preparar acrílico de autocurado y decirle al paciente que moje con saliva para aislar.
- b) Luego vamos agregando acrílico poco a poco metiendo y sacando para ir probando oclusión y funcionalidad.
- c) También se puede comprar una corona fabricada y quitarle parte posterior y dejar la parte vestibular.
- d) Luego al final se pule y se brilla toda la estructura y que cumpla con todos - los anteriores requisitos.

Las temporalizaciones de termocurado son mas demoradas y ya no se elaborarían para una urgencia

5.2 Protesis Inmediata: Se elabora en el momento en que se hacen exodoncias se usa en casos donde hay un estado de periodontitis avanzada, se usa en pacientes -

que tiene solo 2 dientes . Mucosoportadas elaboradas en acrilico de termocurado

Protesis Interina:Es temporal se usa en periodos cortos,funcionabilidad y estética.

Protesis de Transición: En pacientes que tenían 302 dientes y a los cuales se les hace exodoncia y se usa de la prótesis anterior

Requisitos:

- Compatibilidad con el medio bucal. Termocurado
- Restaurar epicacia Respiratoria
- Guardar armonia con funciones del habla
- Estéticamente aceptable
- Conservar tejidos de Soporte.

Ventajas:

- Actua como un apósito o ferúla para controlar el sangrado
- Protege el coágulo durante el período de cicatrización
- El paciente es aceptado socialmente.

Contraindicaciones:

- Enfermedades debilitantes
- Pacientes con trastornos mentales
- Pacientes con retraso mental

Procedimiento de Elaboración

- a) Modelo preliminar con anginato y yeso Tipo III y contra molde inferior dentado
- b)Montaje en el articulador
- c)para obtener el registro se obtiene la dimensión vertical y seestabiliza un plato base y sus rodetes.
- d)Quitamos los dientes del modelo de yeso
- e)Enfilamos la protesis con el articulador.

- f) emuflamos y pulimos
- g) Luego hacemos las exodoncias al paciente quitando o remodelando hueso
- h) Se le dan instrucciones al paciente para que la sepa manejar.
- i) Luego se hace un balanceo de la oclusión si hay interferencias se hace un tallado
- j) Si la prótesis se cae se hace un rebase con pasta zincfenólica en la misma prótesis y se hace un sellado y se saca otro modelo y se hace otro emuflado.
- k) Si se vuelve a caer entonces se colocan polvos adhesivos.

Si la prótesis se fractura se coloca sobre el modelo se le confeccionan unas rieles por la parte externa y se le coloca alambre para ortodoncia y se le agrega - acrílico.

o si nó se hace un emuflado.

5.3 Caida de Carillas Estéticas : Suceden mas que todo en las prótesis fijas hechas en metal acrílico y cuyas retenciones en el metal no fueron lo suficientemente retentivas para mantener el acrílico.

Pasos:

- a) Se consiguen coronas de acrílico prefabricadas buscando el color parecido a los de los dientes del paciente.
- b) Se le colocan unas retenciones a la prótesis con fresa de alta velocidad sin llegar a perforarla.
- c) Luego se adapta la carilla de la corona prefabricada a la prótesis y se pega con acrílico de autocurado.
- d) Luego se procede a pulir y brillar.

6. IATROGENIAS:

6.1 Fractura de Agujas: Sucede cuando aplicamos anestesia y hacemos una fuerza exagerada o la aguja esta muy usada.

Tratamiento:

- Calmar al paciente
- Explicarle la situación al paciente
- Si se puede sacar el fragmento si producir ninguna incisión entonces la sacamos
- Si no se puede sacar tomamos una radiografía y miramos en que sitio se encuentra sino produce ningun daño en el sitio donde quedó se puede dejar hay.
- Si el paciente presenta molestias se procedera a hacer una cirugia para localizar el fragmento y sacarlo.

6.2 Fractura de Instrumentos de Endodoncia y Perforaciones

- Se trata de sacar el fragmento del conducto
- Si no se puede lo dejamos y se le hace control al diente

Las perforaciones se deben tratar de inmediato

- Secamos con conos de papel y segun a donde quede marcado el cono con la sangre, hacia ese lado introducimos lo mas que podamos Hidroxido de Calcio en polvo mezclado con agua destilada y lo empaquetamos muy bien.
- Mantenemos al diente con control
- Si la perforación es en tuerca se cementa con Dycol o Hidroxido de Calcio en Polvo mezclado con agua destilada.

Por lo general las perforaciones tienen muy mal pronostico por su comunicación con el ligamento.

6.3 Otras Introgenias: Cuyos tratamientos ya se han mencionado

- a) En Operatoria:- Exposiciones pulpares innecesarias
 - Colocar obturaciones sin base intermedia
 - Colocar Obturaciones sin probar oclusión
 - Eliminar tejido sano innecesariamente
 - Colocar Obturaciones desadaptadas
 - Colocar Obturación sin eliminar totalmente la caries

b)En Endodoncia :-En sobre obturaciones y sobre instrumentaciones.

- No hacer buena preparación biomecanica
- Anestesiarse en un absceso agudo inicial
- Colocar conos de sotapercha contaminados

c) En Cirugia : - (exodoncias)

- Hacer una exodoncia incompleta osea dejando fragmento
- Hacer una exodoncia con lesión y no curetear bien
- Hacer la exodoncia equivocada
- Fracturar el diente contigua o cualquier otro
- hacer la exodoncia sin haber preguntado por el estdo de salud del paciente.

d) En Prostodoncia: -Restauraciones mal adaptadas y de otro color

- Restauraciones Desbordantes
- Nucleos cementados sin su previo tratamiento de conductos
- Protesis mal adaptadas y traumáticas.

e) En Aplicaciones de Anestesia: -Podemos producir trismus

-Podemos producir mayor dolor y ~~dis~~seminación de la inyección de un absceso agudo.

-Podemos producir parestesia :cuyo tratamiento es con la aplicación de paños de agua caliente y realizar masajes.

7. OTRAS URGENCIAS DENTALES:

7.1 Trismus: Es un espasmo muscular tónico acompañado de dolor y puede ser:

- a) Traumatico:Es en forma inmediata
- b) Infeccioso: Es a largo plazo su manifestación
- c) Iatrogenica:Por anestesia mal colocada
- d) Bruxismo:Por la contracción constante de los musculos

Tratamiento:

-Buena Historia Clinica

-Analgesia y luego un relajante muscular de acción central

-Se debe dar descanso a los músculos con dieta blanda

-Terapia con calor humedo y seco para producir vasodilatación del músculo

-Si el trimus es muy intenso se ferulizan los maxilares.

-Se pueden administrar benzodiasepinas, diasepan (Valium) se dá oral o parenteral
tabletas 5 y 10 mlg. parenteral=ampolletas de 10 mgs en 2 mlitros 2,5 y 10 mgs

También en jarabe para niños 2 mg por 5 mlitros y parenteral= ampolletas de 10 mg
por 10 mlitros.

También se puede administrar Robaxin:Cada 6 horas una gragea

Robaxifen:En pacientes con problemas gastricos

Replexal :Contiene aspirina



CONCLUSIONES

- 1.- Que esta monografía, sirva como texto de consulta se trato de actualizar en lo posible terminologia, diagnosticos, tratamientos de la literatura más reciente - posible.
- 2.- La interconsulta medica de un paciente con algun problema sistemico, evitará - complicaciones mayores.
- 3.- Asi mismo, dentro de la historia clinica y exámen fisico, la anamnesis juega - papel importante en el DX tanto medico como odontológico.
- 4.- El uso de los exámenes de laboratorio clinico debe realizarse, siempre que sea necesario para descubrir enfermedades que repercuten sobre el estado de la - boca o sobre la salud general.
- 5.- En el tratamiento de urgencia se escogerá la conducta más conservadora, pero en lo posible la más efectiva.
- 6.- A nivel facultad las urgencias con mayor frecuencia son las de tipo endodónti - co y periodoncicas.
- 7.- A nivel hospitalario, las urgencias quirúrgicas son las más frecuentes.
- 8.- Por imprudencia del odontólogo se puede ocasionar iatrogenia es mejor recono - cer y limitar nuestro campo de acción cediendo a otros, si preparados para - asistir en su campo lo cual no demuestra ignorancia si no honestidad.

9.- Que como estudiantes y profesionales de la salud debemos estar actualizados en cuanto a conocimientos sobre como tratar complicaciones que se presenten en el consultorio odontológico.

INDICE DE DIAPOSITIVAS

1. Traqueostomía: Posición del Paciente
2. Traqueostomía: Preparación de la mesa de Instrumental
3. Traqueostomía: Preparación del Paciente
- 4 y 5 Traqueostomía: Incisión Transversal de la Piel
6. Traqueostomía: Separación de los Tejidos con una pinza curva
7. Traqueostomía: Tracción hacia abajo
8. Traqueostomía: Identificación de la traquea
9. Traqueostomía: Practicar una Incisión vertical en la Traquea
10. Traqueostomía: Inserción del gancho Traqueal
11. Traqueostomía: Inserción del tubo de Traqueostomía
12. Traqueostomía: Retirar el Obturador
13. Traqueostomía: Inserción de la cánula Interior
14. Traqueostomía: Conexión del Conjunto del Respirador
15. Traqueostomía: Conectar tubería Flexible a la Cánula
- 16,17,18 y 19 Maniobra Heimlich: Técnica Básica
20. Maniobra Heimlich: Paciente Acostado en el suelo
21. Maniobra Heimlich: En el Lactante
22. Maniobra Heimlich: En la Intubación Traqueal
- 23 Aspiración de Cuerpos Extraños: Tratamiento Postural
24. Reanimación Cardiopulmonar: Colocación de Manos
25. Reanimación Cardiopulmonar: Palpación Pulso Carótideo
26. Reanimación Cardiopulmonar: Respiración Boca a Boca.
27. Reanimación Cardiopulmonar: Identificación de la Mitad Infe
rior del esternón .

28. Reanimación Cardiopulmonar: Compresión Cardiaca
29. Reanimación Cardiopulmonar: Vista Superior, misma maniobra
30. Historia Clinica de Urgencias
31. Asimetría Facial por Absceso Dentoalveolar agudo
- 32,33 Aspecto Radiográfico de Absceso Cronico
- 34,3 Aspecto Clinico de Absceso Crónico : Fístula
- 35,36 Raices Abandonadas
- 37 Raices Abandonadas con Abscesos Cronicos
- 38,38 Polipo Pulpar
- 39,40 Procedimientos Quirúrgicos para el cierre de comunicación oro-antral
- 41 Clasificación de Fracturas Dentales
- 42,43 Fracturas Coronales
- 44 Fractura Radicular en tercio cervical
- 45,46,47, Fractura Radicular en Tercio Medio
- 48 Fractura Radicular en Tercio Apical
- 49 Férula de Rissdon
- 50,51 Ferula de Erick
- 52,53 Ferula de Essing
54. Aspecto Radiográfico de Absceso Periodontal con compromiso pulpar.
- 55,56 Cemento Cervial Expuesto por retracción gingival
- 57 Hiperplasia Gingival Localizada. (polipo gingival)
- 58,59,60 Pericoronitis
- 61 G.U.N.A.
- 62 G.U.N.A: Papila Interdental socavada típica entre el camino Inferior y el incisivo lateral.
- 63 G.U.N.A: Lesión progresiva con destrucción progresiva del tejido.

64. G.U.N.A: Lesión Tipica con hemorragia gingival espontanea
65. G.U.N.A. Lesión Tipica que provoco contorno irregular de encia.
66. G.E.H. Aguda eritema difuso tipico:
67. G.E.H. Aguda: Lesiones vesiculares gingivales
68. Subluxación de ATM: El cóndilo mandibular se encuentra por Delante de la cavidad Glenoidea
69. Técnica para reducir Luxaciones de ATM
- 70,71 Caida de Frentes estéticos
- 72,73,74 Iatrogenia: Fractura de Instrumento endodontico en conducto radicular.
- 75 Iatrogenia: Perforación radicular.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- DUNN MARTIN J. / BOOTH DONALD F "Medicina Interna y Urgencias en Odontología" Primera Edición Mexico 1.980 Pags. 13,14,17,21,22,68,73,74,75,90,91,92,93,94, 109,138.
- 2.- LASALA ANGEL "Endodoncia" 3a. Edición Barcelona (España) 1.979 pags. 65,72,78.
- 3.- ROBBINS STANLEY L /ANGEL MARCIA "Patología Básica" 2a. Edición Mexico D.F.1984 Pags. 545,546.
- 4.- KRUGER GUSTAVO "Tratado de Cirugia Bucal"4a. Edición Mexico Pags.270,336,67,72
- 5.- ANDREASEN J.O "Lesiones Traumáticas de los Dientes" 3a. Edición España 1.984 - pags.21,25,53,75,94,95,103,121,122,125,152,153,159,204,205,206,213,245,246,247 255,279,280.
- 6.- P.L.M. "Diccionario de Especialidades Farmacéuticas"14a. Edición para médicos Colombia 1.986 Pags. 106,247.
- 7.- MC.CARTHY FRANK M. "Emergencias En Odontología"Prevención y Tratamiento 2a. Edición Buenos Aires 1.976 Editorial e Inmobiliaria Florida Pags. 276,285.
- 8.- HARRISON TOMO I "Medicina Interna"8a. Edición en Ingles 5a. en Español México prensa medica Mexicana 1.977 Pags 153,159.
- 9.- REVISTA TRIBUNA MEDICA DE COLOMBIA No. 493 Julio 12 de 1.971 Pags. B1,B5
- 10.- HARRISON TOMO II "Medicina Interna" 8a. Edición en Inglés 5a. en Español México prensa médica mexicano Pags. 1549,1551,1679,1682,1871,1873.

- 11.- REVISTA TRIBUNA MEDICA DE COLOMBIA No. 605 de Julio 1.975 Pags. C2,C3,C4,C5.
- 12.- REVISTA TRIBUNA MEDICA DE COLOMBIA No. 771 Julio 1.982 Pags. 1,2,3,4.
- 13.- ANGEL RICARDO CEDIEL / AYALA CASABUENAS JAIME. "Guías para estudio y manejo de Pacientes" 3a. Edición Colombia 1.986 Pags. 121,205,257,346,417,488,493,494,498,499,503,512,519,520,526,529.