

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

8069 T
617.1
F47E
196
F.O
g.

EMERGENCIAS ODONTOLÓGICAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CHALATENANGO

TESIS DE GRADO
PRESENTADA POR

RAFAEL ALVARO FIGUEROA

PREVIA OPCION
DEL TITULO DE

DOCTOR EN CIRUGIA DENTAL

ENERO DE 1969
SAN SALVADOR,
EL SALVADOR,
CENTRO AMERICA



CRIENTE

T 617.6
~~T 611.3097284~~
F 471
1969

~~Expend.~~



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR :

Dr. José María Méndez

SECRETARIO GENERAL:

Dr. José Ricardo Martínez

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DECANO :

Dr. Julio Eduardo Méndez

SECRETARIO :

Dr. Ricardo Acevedo

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

JURADOS

PRIMER EXAMEN PRIVADO DE DOCTORAMIENTO

Dr. Mario Amaya Díaz

Dr. Guillermo Alvarado Morán

Dr. Humberto Vides

SEGUNDO EXAMEN PRIVADO DE DOCTORAMIENTO

Dr. Salvador Alemán Parada

Dra. Elena Gamero de Cantisano

Dr. Mauricio Novoa Paine

EXAMEN PUBLICO DE DOCTORAMIENTO

Dr. Julio César Morales

Dr. José Angel García

Dr. Carlos María Aráuz

D E D I C O

ESTE ACTO

A mis Padres :

Rafael Figueroa Flores

Francisca de Figueroa (Q.E.P.D.)

con amor y gratitud.

A mis hermanos:

Vera Alicia y

Felipe

con amor filial

A mi cuñado: José Francisco Navas

A mis sobrinos: Rosa Guadalupe, José Francisco y Ana Luisa

con cariño

A mi tío : Humberto Figueroa (Q.E.P.D.)

A mis amigos : Don Carlos A. Pineda

Don Rafael Alvergue

Arq. Arturo Cárcamo

Dr. René Suárez H.

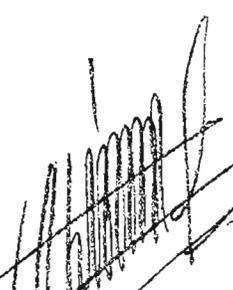
Dr. Joaquín Alberto Chinchilla

con especial afecto.

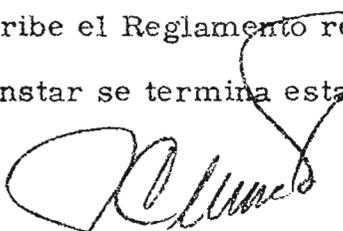
A la memoria de Doña Refugio v. de Salazar (Q.D.D.G.)

A la Familia Salazar Cárcamo, respetuosamente .

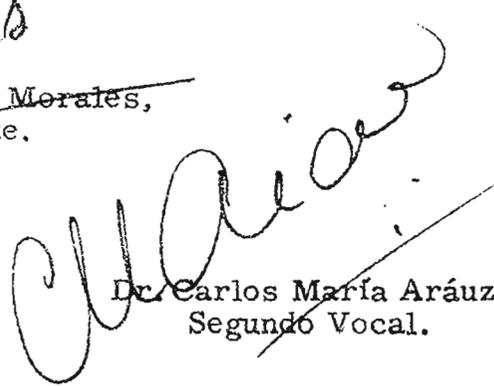
En el Decanato de la Facultad de Odontología ; San -
Salvador, a las once horas del día dieciocho de diciembre de mil
novecientos sesenta y ocho .- Reunidos los suscritos Miembros
del Jurado nombrado para calificar la Tesis Doctoral presentada
por el Bachiller Rafael Alvaro Figueroa, titulada " EMERGEN--
CIAS ODONTOLOGICAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CHALA-
TENANGO" por UNANIMIDAD de votos , ACUERDAN:
a) Aprobar el trabajo sometido a su consideración y b) Conside-
rar al alumno capaz de defenderla, después de haberlo sometido
al examen que prescribe el Reglamento respectivo .- No habien-
do más que hacer constar se termina esta Acta que firmamos .



Dr. José Ángel García,
Primer Vocal.



Dr. Julio César Morales,
Presidente.



Dr. Carlos María Aráuz,
Segundo Vocal.

" EMERGENCIAS ODONTOLÓGICAS EN EL CENTRO DE SALUD DE
CHALATENANGO "

- I . - INTRODUCCION
- II. - CONSIDERACIONES GENERALES
- III. - DEFINICION DE URGENCIA Y EMERGENCIA EN
ODONTOLOGIA
- IV. - TIPOS DE URGENCIAS ODONTOLÓGICAS, SU
PREVENCION Y TRATAMIENTO
- V. - ESTADISTICA DE CASOS ATENDIDOS EN CLINI-
CA PARTICULAR Y EN EL CENTRO DE SALUD
DE CHALATENANGO.
- VI. - CONCLUSIONES
- VII. - RECOMENDACIONES
- VIII. - BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Me he propuesto desarrollar este trabajo de Tesis comprendiendo que es un tema de mucha importancia en la cotidiana labor del Odontólogo. Impulsado a la vez por el deseo de presentar a los compañeros que van a comenzar el Servicio Social, los peligros a que estamos expuestos cuando se administran algunos medicamentos que pueden presentar - por sus cualidades alergizantes - complicaciones agudas que desde luego, están bajo nuestra responsabilidad. - Así mismo, las consecuencias a veces fatales que tienen estas inesperadas respuestas en nuestros pacientes. - La fisiopatología explica por mecanismos complejos estas reacciones que vislumbramos en nuestras clases teóricas . - Pero en la práctica , muchas ve--ces en forma dramática, tenemos que enfrentarlas en condiciones difíci--les de equipo, experiencias, etc. - No siempre son adecuadas las condi--ciones en los lugares en que nos corresponde realizar nuestro Servicio Social y nuestra preparación, como la de cualquier otro profesional que co--mienza a ejercer, pasa por dura prueba estas situaciones.

Quiero dejar bien claro que la magnitud de la intervención que pla--neamos no condiciona necesariamente el cuadro patológico de urgencia que determinada droga va a desencadenar; éste se puede presentár en las operaciones que muchos consideran " menores" . Por eso recordemos que no hay operaciones pequeñas y que debemos estar concientes de que en cada operación, nuestro celo debe ser el máximo. - Operaciones peque--ñas se dice - sólo en la mente de cirujanos pequeños . -

Quiero dejar constancia que este trabajo deriva de mis experien--cias y trabajos que durante el Servicio Social desempeñé en la Ciudad de

Chalatenango y en el Hospital de dicho Cantro de Salud. - Por la índole de los mismos, podría catalogarse mis experiencias como Emergencias Odontológicas que se resolvieron en ambiente hospitalario ya que en el citado centro conté con algunas facilidades para realizar mi labor. - Es mi deseo, que este tema contribuya al conocimiento de algunas Urgencias y Emergencias Odontológicas, a su prevención y manejo adecuado para dar en esta forma una mejor asistencia bucodental a nuestros pacientes, que bien se lo merecen. - Si así fuere, estaría cumpliendo con la finalidad que me inspiró para escribirlo. Esa es la razón de ser de este trabajo.

CONSIDERACIONES GENERALES

La responsabilidad de trabajar solos en medios nuevos para nosotros, a veces nos abruma. - Al quedarnos ante esta situación viene a nuestra mente el hecho de que está en juego, no solo nuestro prestigio personal, sino también el de nuestra Facultad que nos envía a la brega y al servicio de la comunidad.

Atrás queda el consultorio de la Facultad con su espíritu de protección hacia nosotros y la clínica asistencial en que nuestros profesores o compañeros compartían la responsabilidad, nos ayudaban con buenos consejos, siempre nos daban ánimo y solícitos acudían a nuestra ayuda. Por todo esto nuestro comportamiento como Odontólogo en Servicio Social reviste suma trascendencia.

Es hasta cierto punto enorme responsabilidad la que yo sentí al enfrentarme con esta situación nueva.

Pero la iniciativa personal, el estar conscientes de la capacidad adquirida a través de los años en las aulas y en los consultorios de la Facultad, me hicieron encarar con éxito este primer contacto con la reali-

Por otra parte, quiero agregar a lo antes dicho, que factor decisivo en todo caso de Urgencia o Emergencia es la responsabilidad, que aunada a nuestros conocimientos pueden sacarnos de cualesquier dificultad, de allí que reviste verdadera importancia el hecho de que debemos estar plenamente seguros de los medios con que se cuente en una clínica y saber distinguir aquellos accidentes o situaciones en los cuales debemos actuar o referir estos casos si no disponemos de la habilidad necesaria y medios físicos indispensables, al mas adecuado profesional que cuente en su haber con las experiencias y los tales medios físicos ya mencionados.

Pareciera ser que me he internado en lo que atañe a la ética profesional, pero no , únicamente he querido referirme a la responsabilidad que a cada uno de nosotros como profesionales odontólogos concierne, esa responsabilidad que se traduce en fuerza y disciplina, lealtad y honradez para con nosotros mismos.

El Odontólogo o Estudiante de Odontología de nuestros días, debe acostumbrarse a cubrir las eventualidades de las urgencias odontológicas corrientemente, de la misma manera que se desenvuelve en otras obligaciones profesionales, proponiéndose a desempeñar de la mejor manera posible, bajo la influencia creadora para comprender y aliviar los accidentes humanos tal como se nos presenten.

DEFINICION DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS.

Urgencia: necesario o indispensable, prontamente, así se expresa el diccionario terminológico de ciencias médicas, Salvat; más se podría definir específicamente como un accidente imprevisto o una situación que requiere acción o tratamiento inmediato. -

Emergencia: el mismo diccionario ya citado antes, dice en una de sus acepciones que es un accidente fortuito, necesidad urgente; empero, considero que para dejar bien establecida esta definición diríamos que es todo accidente imprevisto que debe ser tratado mediante ciertas eventualidades de orden odontológico. -

De esto se deduce claramente que la urgencia afecta la salud física y mental de la persona, que viene a obligar el tratamiento rápido, sin pérdida de tiempo y sin escatimar recursos; desde luego la emergencia aparece en grado superior a cualquier urgencia aunque tanto la una como la otra, quedan supeditadas a la actuación inmediata que mas convenga, a fin de restablecer la normalidad del paciente.

En cada caso, la acción del profesional odontólogo, queda indudablemente sujeta, no solo al comportamiento previo y conocimiento académico, sino por su carácter de ente humana y quizás, razón de mayor peso e importancia todavía, a la obligación sutil pero imperiosa de su profesión que lo hace utilizar todos sus conocimientos para ayudar al paciente que busca sus servicios. -

Considero paso previo, el estimar la situación del paciente y tomar las medidas necesarias y decidir con rectitud, de acuerdo al caso, el tratamiento adecuado en definitivo. - En más de alguna oportunidad, cualquier decisión difícil es preferible tomarla oyendo el cri

terio de un médico o trasladarlo de inmediato a un centro hospitalario, en donde se podrá disponer de todos los medios o por lo menos de los más esenciales para hacer frente al estado fortuito al que tengamos - que encararnos. Medida segura, y necesario es decirlo, que debemos preveer el ingreso del enfermo o paciente al centro hospitalario, para evitar toda clase de atraso, a efecto de que cuando éste llegue al centro aludido, se esté en condiciones de recibirlo y darle las atenciones del caso ; prolijo sería puntualizar los pasos, pero repito, un buen entendimiento con el Director o Médico Interno, o incluso con el administrador del centro, siempre debe existir, para resolver de mejor manera estos casos.

El tratamiento de la fase aguda de cualquier urgencia odontológica, constituye la verdadera responsabilidad del odontólogo, quien auxiliado con otros profesionales de ciencias afines, investigarán los síntomas y signos en forma completa y rápida para establecer de este modo el tratamiento más adecuado en definitiva.

TIPOS DE URGENCIAS ODONTOLÓGICAS , SU PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO . -

Al considerar el tipo de Urgencia en Odontología, el profesional debe hacer hincapié en descubrir la causa fundamental y los efectos consiguientes, para cerciorarse si se encuentra en posición acertada para poder adoptar las medidas terapéuticas adecuadas ; sin embargo, por muy importante que sea para el Odontólogo tener a mano un informe completo sobre la causa expresada, más importante aún todavía será para el paciente, el dominio que el Odontólogo tenga de sí mismo, ya que la sorpresa e indecisión pueden perjudicar los resultados ; por e¹

contrario, la serenidad y la decisión darán mayor posibilidad de resolver la situación de la Urgencia Odontológica, por muy severa que ésta sea.

Pienso que para obrar de acuerdo a lo antes expresado, que es de suma importancia en la consulta, conocer el historial clínico del paciente; es decir que hay que tratar de investigarlo lo suficiente; una fórmula de interrogatorio que se puede hacer al paciente que consulta con el Odontólogo, el cual se hará antes de acondicionarlo en el sillón, si esto fuere posible, o de mediar alternativa, ya en el sillón, sin que tales preguntas causen exasperación al paciente, es decir, con mucho tacto. Este interrogatorio puede ser el siguiente :

Cuántas veces ha tenido que visitar al Odontólogo para extracciones dentales ?

Ha experimentado alguna sensación desagradable con la anestesia ?

Cuándo le han extraído alguna pieza dental ha sangrado profusamente ?

Por varias horas o días ?

Quién es su médico ?

Lo controla a menudo o tiene ya algún tiempo de no verlo ?

En sus consultas a él le ha informado si usted es diabético ?

Si es diabético ha estado bajo control ?

En sus consultas ha sido informado de padecer de alguna dolencia cardíaca ?

Le han manifestado alguna vez que es hipertenso o como se dice corrientemente que tiene la " presión alta " ?

Ha notado ser alérgico a alguna medicina o alimento, es decir

algún fenómeno no corriente, de carácter respiratorio, nervioso o eruptivo ?

Si el paciente contesta afirmativamente que está bajo control médico, es esencial e imprescindible ponerse en contacto con el médico, para que sea éste quien determine si es indicada o no la intervención que solicita, además de excitar al médico para que proporcione los datos clínicos del paciente; si por mera casualidad no se encuentra al facultativo en cuestión, se debe aplazar la intervención pretextando con mucho tino este proceder .

Hay otra serie de preguntas no menos importantes como son: saber si la persona es nerviosa , si ha estado hospitalizada recientemente y durante qué tiempo; si ha padecido de hepatitis y por último cerciorarse de que el consultante ha ingerido o no alimento antes de cualquier intervención quirúrgica bucal.

Debe procurarse que tanto éstas, como aquellas preguntas, sean contestadas con sinceridad; en más de alguna oportunidad he pensado que los Odontólogos contemos con un formulario impreso con éstas y otras preguntas, a efecto de que sea llenado y firmado por el paciente, y tener de tal modo, un cuadro general de su situación o más bien dicho de su estado físico; hay que hacer la salvedad, que las medidas tan rigurosas que expongo deben tomarse con aquellas personas que nos consultan por primera vez, nos son completamente desconocidas y sospechamos que nos pueden ocasionar problemas .

Es también del caso manifestar que el profesional debe infundir confianza al paciente, presentándosele como una persona que quiere ayudarle en toda forma, acto seguido podemos proceder al examen oro-dental para investigar las causas o motivos del problema por el que con-

sulta . Cuando se reconocen las causas , se ha evaluado concientemente el estudio del caso, por ejemplo, en la consulta para la extracción dental y se ha determinado que ésta o las piezas dentales que sean, no se pueden salvar y que forzosamente tenemos que extraerla o extraerlas, - máxime cuando hemos podido contar con la ayuda radiológica para determinar con certeza nuestra apreciación, comprendemos que desde ese momento empezamos a enfrentarnos con el primer accidente, al proceder a la administración de la anestesia local, anestesia que debe ser adecuada al caso que se nos presenta , la cual puede ser local, regional • general. Se llama local a la que se administra por inyección bajo la fibromucosa, bajo la mucosa, intraligamentosa; por regional conocemos la que bloquea un tronco nervioso: nervio dental inferior (anestesia troncular) y general aquella usual en la cirugía general, aplicable por inhalación o inyección, se emplea en las intervenciones maxilofaciales y otras más localizadas , tales como las extracciones múltiples o extracciones en caliente.

Al aplicar cualesquiera de las anestésias mencionadas, es el momento en que se puede tener el primer imprevisto, no obstante que los anestésicos que se usan actualmente ofrecen garantía en cuanto a su pureza y dosificación se refiere, hay pues, un coeficiente bastante alto de seguridad en su uso, seguridad en la que no debemos confiar en toda la amplitud de la palabra.

Qué puede suceder al inyectar un anestésico local ?

Pueden confrontarse situaciones graves y menos graves .

Enumero algunas :

1) Choque anafiláctico , en todo caso es una consecuencia grave, reacción que se presenta al contenido del anestésico, que se traduce

en rubicundez , prurito, sudación profusa, frío, náuseas, vómito, cefalea, con pulso filiforme irregular incontable e hipotensión extrema.

Actuando con serenidad se debe :

a) Suspender la inyección que se está administrando como anestésico local.

b) Proceder a despojar, a aflojar cuando menos toda prenda de vestir que sujete el cuello o el abdomen del paciente.

c) Inyectar adrenalina acuosa intramuscular o subcutánea , clorotrimetón u otro antihistamínico intramuscular o endovenosamente según el medicamento elegido y el caso.

d) Si no hay paro respiratorio, oxígeno o respiración de boca a boca.

e) Si hay paro cardíaco, posición de Trendelemburg y masaje cardíaco.

f) Si no reacciona satisfactoriamente, conducirlo a un centro hospitalario, en donde como ya lo he expuesto antes, se cuenta con mayores facilidades para un tratamiento de esta naturaleza; se recomienda obrar sin demora de tiempo, valiosísimo en estas circunstancias; es de hacerse notar que hasta este modo de actuar , el Odontólogo ha efectuado lo que previamente debe haber hecho como Urgencia Odontológica, considero que lo que posteriormente se haga por restablecerlo será ya un tratamiento especializado.

Referente a una de las medidas que se deben tomar es capital, conocer su técnica , me estoy refiriendo a la respiración artificial y paso a explicar someramente el procedimiento o forma de administrarla.

1) Acostar al paciente boca arriba, inclinar la cabeza del paciente completamente hacia atrás . (fig. 1) .

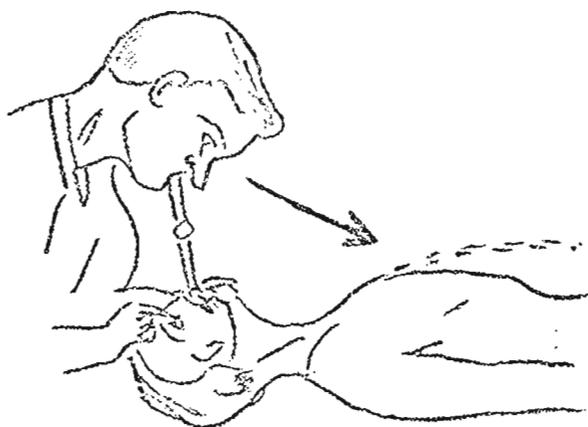


Fig. 1 . -

2) Introducir un tubo (resucitador) sobre la lengua o directamente, con un pañuelo de tela de por medio, boca a boca.

3) Levantar la mandíbula y cerrar la nariz, inyectar aire sopesado cada 2 o 3 segundos.

4) Vigilar la expansión del pecho y estar atento al regreso del aire por el enfermo, cada vez que se sopla, -

De no haber respuesta satisfactoria con el procedimiento indicado, después de uno o dos minutos, traducida en palidez

de la piel, no esfuerzo por respirar, impercepción del pulso, pupilas dilatadas, dar tres golpes secos con el canto de la mano, en el pecho exactamente sobre la mitad del esternón (fig. 2) y luego continuar con la respiración artificial, (fig. 3) .

Debemos recordar también que la anestesia local puede en casos esporádicos o más bien dicho raramente , producir un paro cardíaco en esta razón es que debemos estar preparados para hacer frente asimismo a esta urgencia y de esta manera poder atender eficientemente a nuestro paciente ; en tal eventualidad, el profesional odontólogo debe estar familiarizado con la técnica de resurrección externa del corazón, que se traduce en síntesis a la compresión del pecho para conseguir la circulación artificial de la sangre, cuando el corazón ha dejado de funcionar. La técnica que se debe seguir en esta urgencia es la siguiente :

1) Si se notare que el corazón ha dejado de latir, se debe de

menzar sin dilación a comprimir el corazón (fig. 4), colocando la palma de la mano sobre la mitad del esternón, manteniendo rectos los brazos.

2) Oprimir con fuerza pero sin brusquedad para evitar la fractura de las costillas.

3) Examinar el pulso y las pupilas; si no hay mejoría con



Fig. 2. -

tinuar con la resucitación boca a boca como ya se ha indicado anterior

mente e ilustrado por medio de la (fig. 1) .

4) Alternar, quince compresiones de pecho con dos soplos (respiración artificial), ya sea usando el " tubo resucitador " o boca a boca, hasta hacer posible su normalización.

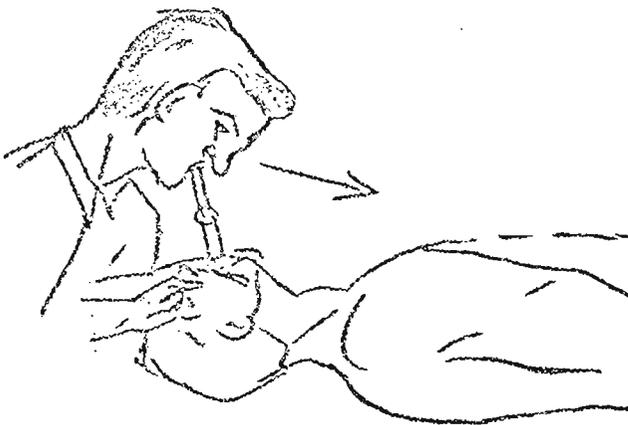


Fig. 3. -

SHOCK NEUROGENICO

Hay otro tipo de urgencias que el Odontólogo pueda tener que confrontar en su trabajo, éstas son las del tipo neurogénico, que aunq en el fondo, no pueden catalogarse enteramente como una urgencia, : visten una característica tan especial, que se hace necesario conocer y tratarlas adecuadamente en carácter , se puede decir, emergente , mientras se recibe el auxilio del facultativo, talvez , incluso especial do .

Es del caso hacer alusión en este trabajo a los casos más corrientes con los que nos podemos encontrar, entre ellos y muy graves por cierto aquellos que muestran serios trastornos como consecuencia de la abrumadora ansiedad, temor o indecisión, estados sicóticos transitorios o de alguna duración que remiten algunas veces con un trato comprensivo por parte del Odontólogo, más beneficioso que el uso

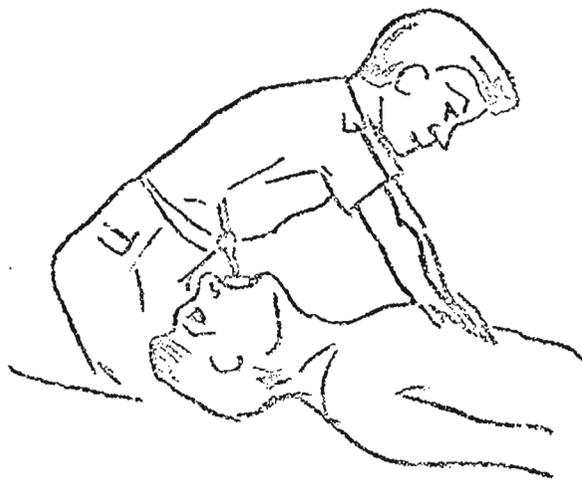


Fig. 4 . -

de sedantes o tranquilizadores. Quiero concluir diciendo que el paciente de este tipo aunque solo es de la responsabilidad del Odontólogo durante la atención en su clínica, es en todo caso conveniente hacer ver a sus familiares sus tendencias, porque en más de una vez estos pacientes al verse apurados por un dolor intenso u otra causa de la competencia del facultativo Odontólogo, pueden atentar hasta contra su vida, si el paciente tiene o ha tenido tendencia al suicidio.

Por esta razón siempre es importante entablar conversación con los pacientes, a través de ella podemos descubrir signos indicadores que nos lleven alguna conclusión con respecto a la persona que estamos tratando o en vías de tratar, en especial al autosimulador, que trata de obscurecer el cuadro clínico que en realidad presente, sin aparentar explicación orgánica alguna.

Otro problema dentro esta urgencia es el de los pacientes violentos o perturbados los cuales son muy frecuentes, mayormente los que

se presentan tomados de licor, intoxicados; debe siempre persuadirse les en tal forma, que sin herir susceptibilidades, entiendan que no se pueden intervenir. A estos pacientes no se debe tratar nunca en tal estado . Además de los casos ya reseñados, el más frecuente que se presenta en el consultorio dental es el del paciente en estado de miedo superlativo, se trata de una situación muy crítica para el dentista, en la cual el paciente sufre un ataque de ansiedad hasta descontrolarse, descontrol que externa con gritos, temblor de cuerpo y otros síntomas nerviosos ; se recomienda tratarlos con firmeza y no dejarlos nunca solos a su voluntad. En estos casos da muy buen resultado un tranquilizante o sedante de acción rápida y estable. Soy de opinión que la exploración de las causas del pánico deben posponerse hasta que el paciente haya mejorado notablemente y tratar entonces de hacer muy cordiales las relaciones odontólogo-paciente , siendo en estos casos en los que el profesional debe tomar revelancia, a fin de controlar a su paciente como profesional, pues una orden correcta, una prescripción o una pregunta enérgica del odontólogo, puede influir en su estado mental o síquico ; debe pues el odontólogo, atinar o conocer a su paciente y recordar que el hablar prudentemente con él, constituye una medicina poderosa en sus manos ; nada es tan valioso como la palabra oportuna y bien dirigida , de donde se concluye que hablar con calma, explicar anormalidades y lograr el control del paciente ansioso o atemorizado, calmar al enojado, aclarar la realidad al que sufre confusiones, interrumpir una conducta destructiva o nada cuerda con el impulsivo, brindar esperanzas realistas al desesperado, estimula eficazmente al paciente a colaborar con su dentista. En resumen estas prácticas no debemos considerarlas nuncia triviales, tienen en el fondo un hondo sentido de humanas y más

que todo, mucho de éticas .

Referente al tratamiento físico, debe adoptarse siempre en combinación, si cabe la palabra, con el tratamiento sicoterapéutico, en el entendido de que se buscarán los medios más adecuados para allanar las dificultades con aquellos pacientes que no colaboran, de tipos desconfiados o combativos, con los cuales es preferible no usar medicación oral, siendo en tales circunstancias mejor emplear la vía parenteral. Es importante hacer notar que los tranquilizantes no son útiles hasta cierto punto, para dominar estados depresivos agudos, pero dan magníficos resultados aliviando las situaciones de perturbación que los acompañan. Actualmente, como todos lo sabemos, disponemos de medicamentos depresores, pero éstos no tienen una acción rápida suficiente para que sus resultados clínicos inmediatos sean enteramente satisfactorios en estos casos de urgencia de que me he tomado la libertad de venir hablando. Considero de importancia exponer que varios medicamentos y drogas como el fenobarbital, la morfina y sus derivados como el paraldehido, utilizado en estas urgencias, no son del todo eficaces y sí concreta muchos riesgos e inconvenientes su uso, por eso es que soy de parecer que es preferible prescindir de ellos, y dejar que sean utilizados con más seguridad por el médico especializado si el caso lo requiere .

HEMORRAGIAS. SU ETIOLOGIA

Una de las emergencias que con más frecuencia se nos han presentado en nuestra práctica, son las hemorragias, debidas por lo general, a intervenciones quirúrgicas o traumatismos, aunque también por defectos de coagulación.

Qué hemos hecho en estas circunstancias ?

La conducta a seguir debe ser conforme a las condiciones del caso y será considerando ésta, que trazamos nuestro plan de trabajo.

Así tenemos, que primero evaluaremos el estado del paciente de una manera rápida y general para descartar shock , incontinencia u otra patología concomitante ; en segundo lugar procederemos a efectuar compresión ya sea directamente sobre el sitio de sangramiento con gasa simple o empapada en sustancias vasoconstrictoras (adrenalina, efedrina, etc.), sobre el tronco principal del vaso sangrante.

En casos de hemorragias severas, debidas posiblemente a defectos de coagulación, algunos profesionales han usado férulas de materiales fraguables (godiva, por ejemplo) y han logrado contenerla, para mientras determinan la verdadera causa, por medio de laboratorio. Nosostros consideramos más práctico, en estos casos y en los lugares donde no se cuenta con laboratorios completos, transfundir sangre fresca extraída en bolsas plásticas (especialmente hechas para extraer sangre) o en frascos siliconados. Con esto se obtiene una respuesta rápida y segura sin pérdida de tiempo . De allí que en este Centro de Salud se procura mantener las bolsas mencionadas como medida de emergencia.

A continuación procedemos con medidas específicas en cada caso : a) determinar el sitio sangrante, ya sea éste de tejido blando o de hueso. En el primer caso, lo más indicado es suturar con puntos hemostáticos (en X) ,eso , si la compresión no da resultado satisfactorio. Cabe hacer constar que algunos autores recomiendan no abusar de las sustancias vasoconstrictoras, por el efecto vasodilatador de re-

bote que se produce al desaparecer la acción de las mismas. En el caso del hueso, el sangramiento se puede controlar con cera hemostática, gelatinas absorbibles (tipo gelfoan) y en último caso, cuando el alveolo se trata puede utilizarse una fresa dental, haciéndola girar contra las paredes de dicho alveolo. b) Si el paciente presenta shock hemorrágico, debemos proceder a restituir el volumen sanguíneo utilizando de ser posible, sangre completa o en su defecto expansores del plasma, (macrodex, graplasmoid haemaccel), o en último caso soluciones isotónicas (suero salino o dextrosa al 5 %).

Además de la terapia de restitución, el paciente se pondrá en posición de Trandelemburg u horizontal y con control de signos vitales y desde luego suprimiendo el factor etiológico del shock.

Debemos de tener presente que la práctica tradicional de tratamiento del shock con sustancias vasoconstrictoras, tipo Levofed, han sido condenadas, a raíz de los estudios hemodinámicos y vasculares hechos por Lillehei-et al .

TRAUMATISMOS

Consideramos bajo este título luxaciones, heridas faciales y fracturas de etiología violenta.

Las heridas quirúrgicas y fracturas iatrogénicas, no se nos presentarán como consultas de emergencias.

La fractura en sí, no es considerada como un caso de emergencia, salvo cuando se trata de fracturas expuestas, en que debe de atenderse con la premura correspondiente para evitar la osteomielitis. Por esta razón únicamente nos concretaremos a discutir las fracturas expuestas .

Los factores etiológicos más frecuentes son heridas con armas cortopundentes , caídas, coces de bestias y accidentes automovilísticos.

Desgraciadamente por la escasa educación de nuestros pacientes y ésto lo expongo por haberlo vivido, muchas veces al consultarnos , las heridas ya están infectadas, lo que nos obliga a que el tratamiento sea más difícil. Dado que este tipo de lesiones consultan directamente al Centro de Salud, el primero en enfrentar el problema es el médico; pero es obligación del Odontólogo cuando es consultado (y con mucha frecuencia) ser el más capaz para orientar adecuadamente el tratamiento. Desafortunadamente la experiencia nos demuestra que no siempre lo es así, quizá por la poca práctica hospitalaria que se tiene, a la cual deberíamos darle tanta importancia como a los otros haceres de la profesión .

Siempre que se nos ha consultado sobre estos casos, nuestro objetivo es restaurar las funciones de los órganos dañados sin descuidar el aspecto estético.

Para cumplir estos objetivos tenemos que enfocar el problema dando prioridad a la supresión de hemorragias, prevención de infecciones (antibióticos y antitoxina tetánica) y eliminación del dolor, utilizando según el caso anestésicos o analgésicos (Pantalgine, Demerol, Sosegón, Baralgina, etc.)

En el caso específico de una fractura expuesta del maxilar inferior, el primer paso tiene que ser la supresión del dolor, suturar heridas e inmovilizarlo con vendaje cefalo mandibular, mientras se refiere al cirujano oral, para su tratamiento.

Las luxaciones, aunque no revisten la severidad de una heri-

da sangrante, podemos considerarla como una emergencia por el dolor, la pérdida de la función de la mandíbula y la ansiedad que produce en el paciente. La reducción de una luxación se intentará inicialmente sin anestesia y si no es posible reducirla de esta manera, recurriremos a la anestesia general o a la infiltración intraarticular y anestesia local.

OBSTRUCCION RESPIRATORIA

Sin entrar en detalle de procedencia, otro tipo de urgencia que puede presentarse, es el de la obstrucción de las vías respiratorias superiores, que tienen como inevitable y rápida consecuencia, la muerte por asfixia, si esta urgencia no es tratada con la premura del caso.

El diagnóstico de obstrucción respiratoria superior o alta debe ser reconocido por la retracción inspiratoria de las fosas supraclaviculares, aleteo nasal, estridor y cianosis.

Los tipos de obstrucción a considerarse son todos reversibles, respondiendo algunos de ellos a la técnica de la respiración artificial que ya hemos indicado y descrito antes, otros requieren técnicas especiales. Si la obstrucción radica en la laringe a causa de cuerpos extraños como alimentos regurgitados, prótesis dentales u otro cuerpo extraño, muchas veces basta la simple supresión del obstáculo que impide libremente la respiración. Importante es manifestar que la obstrucción de las vías respiratorias en los pacientes en estado shock, proviene en la mayor parte de veces, de la lengua que obstaculiza la respiración, situación que se alivia extendiendo el cuello del paciente en posición de decúbito dorsal u opistótono, lo cual lleva el maxilar inferior hacia adelante, si se dispone de una sonda endotraqueal y hay su

ficiente entrenamiento en ello, debe insertarse para ayudar más al paciente, a recobrar la respiración .

Otra causa es el edema laríngeo (obstrucción reversible) en el que está indicado sin tardanza el tratamiento con adrenalina acuosa, antihistamínicos y esteroides (Decadrón) que se pueden usar con seguridad por la vía subcutánea, intramuscular o endovenosa, de acuerdo al caso que se presente ; si no hay mejoría bien acentuada, lo indicado será practicar una traqueotomía de verdadera urgencia , operación quirúrgica tan importante que debe ser perfectamente conocida por todo Odontólogo, ya que de ella ha dependido en muchos casos, salvar la vida a los pacientes en que se ha presentado tal dolencia, así pues, sin desestimar la gran importancia de la operación, como lo digo antes, los casos verdaderamente aislados donde no se cuente con el instrumental adecuado, bien se puede momentáneamente suplir la necesidad de viabilizar la respiración con un simple trocar número catorce (14) , introducido entre los cartílagos traquiales, facilitando la ventilación y permitiendo aspirar las secreciones, mientras se puede llevar al paciente a un centro asistencial para practicarle en toda forma la traqueotomía. Introducir el trocar # 18 entre los cartílagos traquiales, debe ser una operación de sumo cuidadosa, para no dañar el esófago y grandes vasos vecinos .

Si la situación o estado del paciente se complica extremadamente por hipoventilación alveolar con respiración inadecuada es preferible llevarlo de una vez a un centro hospitalario.

A continuación me permito presentar la técnica para practicar la traqueotomía , indicada, como ya lo he dicho antes, como una medida de urgencia en pacientes con obstrucción completa o súbita de la la-

ringe, que bien pudo producirse por aspiración de cuerpos extraños o colapso de la tráquea, edemas laríngeos y procesos o accidentes operatorios en la cavidad oral o también en la presencia de una parálisis post-operatoria completa de las cuerdas vocales, por la lesión del nervio recurrente .

Comunmente no hay tiempo para preparar al paciente en una forma especial y en lo que respecta a la anestesia tanto en la traqueotomía de elección, como en la de verdadera urgencia se puede usar la anestesia por infiltración ; si hay asfixia la anestesia es a veces innecesaria.

Referente a la posición que se debe obligar al paciente , es en todo caso, - completamente tendido o acostado colocándosele un cojinetado debajo los hombros para lo--

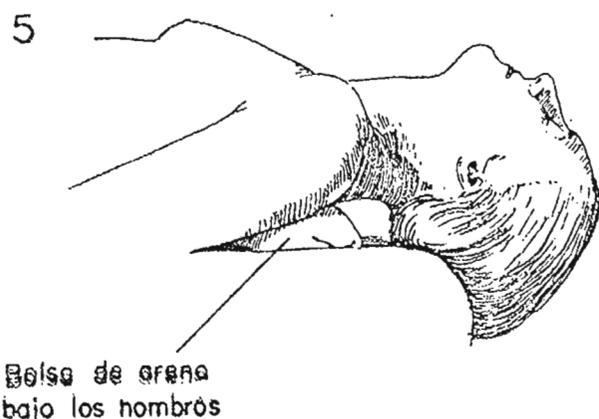


Fig. 5. -

gar poner en hiperextensión el cuello, el mentón debe mantenerse en la línea media, como se indica en la figura 5 que ilustra la posición - descrita .

La preparación operatoria se inicia siempre haciendo una buena asepsia de la piel en toda la superficie anterior al cuello, con una solución adecuada, limitando el campo operatorio con paños estériles. En casos de suma urgencia se puede incluso prescindir de esta etapa.

La operación propiamente dicha, traqueotomía de urgencia, comienza cuando el cirujano hace la incisión y exposición para lo cual, previamente debe estirar con el índice y el pulgar de la mano izquier-

da la piel situada encima de la tráquea, procediendo entonces a hacer la incisión en la línea media que atraviesa la piel, tejido celular sub-

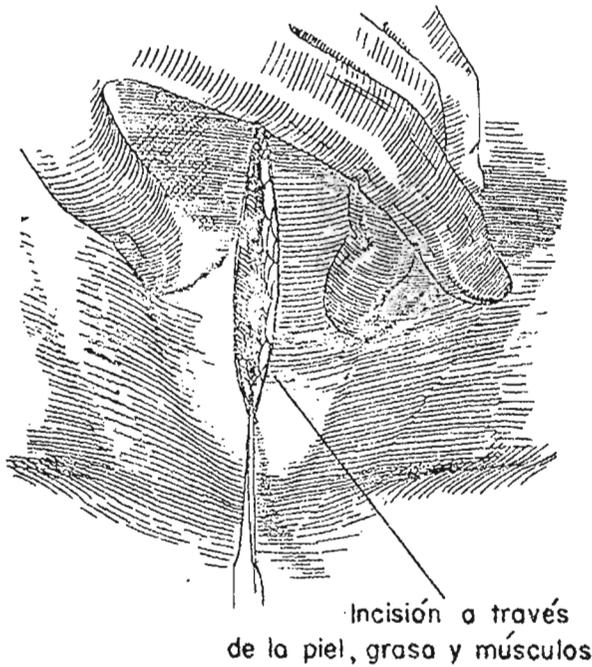


Fig. 6. -

(fig. 8); el mango del bisturí se introduce en la tráquea y se hace girar a fin de ensanchar lo más posible la incisión y poder introducir rápidamente el tubo de traqueotomía (fig. 9), fijándolo con una cinta o sutura (fig. 10) .

Restablecida la vía suficientemente para el paso del aire, se ligan los vasos que sangran y que se aproximan al tejido subcutáneo de los bordes de la incisión por sutura intercortada, con seda a poca tensión. No es conveniente cerrar o suturar la piel por aquello de que pueda aparecer alguna infección y es más fácil combatirla con una combinación de medicamentos tópicos e inyectados .

Quiero hacer la salvedad que existe otra técnica para practicar la traqueotomía, es decir lo que se puede llamar una traqueotomía selectiva que me abstengo de tratarla en este trabajo por razones fáci-

cutáneo y muscular (fig. 6) , luego con el índice izquierdo , el operador aísla la tráquea - (fig. 7) por disección roma, mientras con el índice actuando de separador, se tira del extremo superior de la incisión para facilitar la exposición de la tráquea, se seccionan uno o más anillos traqueales superiores , teniendo cuidado de no lesionar el cartílago cricoides

El dedo índice palpando la tráquea



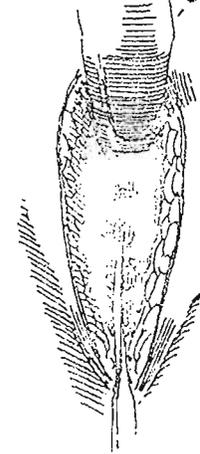
Fig. 7. -

y en general todo lo indispensable para poder defender de la mejor manera una urgencia .

Sugiero entre las medicinas que no deben faltar, las siguientes :

tes :

El dedo índice sobre la tráquea



Incisión de la tráquea



Bisturí entreabriendo la incisión

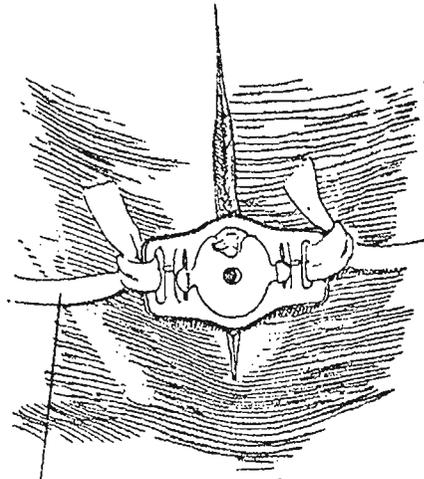
Fig. 8. -

Fig. 9. -

Inyecciones de adrenalina acuosa 1 x 1.000 ampollas de 1 cc. ; Decadrón, Emivan, etc.

Antihistamínicos, tipo Clorotrimetón. Tranquilizantes, tipo

Liranol, Vallium 2 .
 Analgésicos potentes, tipo
 Bemerol, Mecoten.
 Anticoagulantes Vit. K ,
 Adrenocromo.
 Analépticos de la respira-
 ción : Coramina Cafeína.
 Anestésicos locales de di-
 versas composiciones etc.



Cinta que mantiene la cánula de traqueotomía en su lugar

Fig. 10

ESTADISTICA DE CASOS ATENDIDOS EN CLINICA PARTICULAR Y EN EL CENTRO DE SALUD DE CHALATENANGO .

Abscesos	21
Luxaciones	9
Heridas faciales	63
Heridas faciales con fractura	8
Traqueotomías	4
Hemorragia por extracción dental	27
Shock Hemorrágico	11
Paro cardíaco	1

Deja ver claramente este cuadro que en aquellos lugares más apartados o mejor dicho en donde no se dispone de los medios necesarios , es donde más a menudo , con más frecuencia el Odontólogo tiene que enfrentarse a ellos, felizmente para el ponente con éxito tanta vez le tocó actuar .

CONCLUSIONES

1) Se ha tratado de presentar en este trabajo de Tesis sobre las Urgencias y Emergencias Odontológicas, cuales son las medidas terapéuticas que están más al alcance del Odontólogo o Estudiante de Odontología en su práctica cotidiana, para ponerlas en práctica .

2) Se analiza cuáles son los casos que con mayor frecuencia pueden presentarse y que corresponden al grupo de urgencias odontológicas a que se está expuesto.

3) Se da a conocer la falta de un entrenamiento práctico, necesario, en lo que se refiere a intervenciones de urgencia y muchas veces a conocer farmacológicamente hablando, la sinonimia de muchos medicamentos y su campo para hacer frente a todo tipo de urgencias odontológicas .

4) Se hace notar que las intervenciones quirúrgicas o terapéuticas de primeros auxilios tienen mayor pronóstico, si son inmediatos.

5) Se hace hincapié en la necesidad de conocer claramente las urgencias a que se está expuesto en Odontología, sin reconocimiento para ser tratados lo más pronto posible y servir eficientemente al paciente.

6) La morbilidad y mortalidad son muy bajas o son nulas si el tratamiento se instaura inmediatamente .

RECOMENDACIONES

1) Se recomienda muy respetuosamente a las Autoridades de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de El Salvador , hacer lo posible porque todos los estudiantes en su año previo al Servicio Social, obtengan un mayor entrenamiento en materia quirúrgica de urgencia, para que en esta forma, estar preparado y poder hacer frente a intervenciones de tal naturaleza, para poderse desenvolver con eficiencia, tanto durante el Servicio Social, como en el ejercicio profesional particular, propiamente dicho .

2) También se solicita, recomendándolo de manera muy especial, que en los planes de estudio de la Facultad, en el año previo al Servicio Social, se imparta la enseñanza de Anestesiología y resucitación artificial que incluya el llamado masaje cardíaco externo, desde el punto de vista práctico, con el objeto de que el alumno se familiarice con las técnicas y avances de la ciencia.

3) Que se reconozca que las concepciones adquiridas durante nuestros años de estudio en nuestra Facultad, entran en serias contradicciones con la realidad que el profesional llega a encarar en la práctica profesional, tratando de tal modo , de que los estudios sean más realistas y objetivos posibles .

BIBLIOGRAFIA

- 1) Directores Huéspedes
Doctores Wells Benjamín, Musser Mares, Mc. Claghry
Robert Clínica Médica de Norteamérica.
Urgencias Médicas-marzo/ 62 pág. 309-316; 457-472-
563-574 (Edición en Español) .
- 2) Cutler Zoillinger- Atlas de Operaciones Quirúrgicas ;
2a. Edición en Español 1956 pág. 3, 7 y 20 .
- 3) Dobkin, A.B. Brook M., Brook J. Emergencias en el
sitio mismo. Resurrección usando respiración artificial
directa y compresión externa del corazón -
Canal M.A.J. pág. 84, 889, 892 - Edición 1961.
- 4) Chatton Miltons J., Margen Shildon, Brainerd Henry .
Diagnósticos y Tratamientos - Edición Italiana en Español
1967 de Paccin Editore, Paduc. Italia.
- 5) Lillehei, et al
The nature of irreversible shock. Experimental and
clinical observations. Am Surgery 160, 682, 1964
- 6) Laskin, Daniel M.D.D.S. M.S. Management of Oral
Emergencias .