



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-León**  
**Facultad de Odontología**



***Tema: “Manejo de los pacientes con enfermedades sistémicas atendidos en los quirófanos de la Facultad de Odontología UNAN-León.”***

**Integrantes:**

**Br.: Maria Mercedes Bonilla Espinoza.**

**Br.: Jessica Lisbeth Díaz Torrez.**

**Br.: Luis Carlos Sevilla Moreno.**

**Tutor:**

**Dra.: Martha Esquivel.**

**Asesor:**

**Dr.: Jorge Cerrato.**

**León, 24 de Junio del 2008.**



## ÍNDICE

	Págs.
<b>1. RESUMEN</b>	<b>1</b>
<b>2. INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>5</b>
<b>4. MARCO TEÓRICO</b>	<b>6</b>
4.1 Historia clínica	7
4.2 Enfermedades cardiovasculares	13
4.3 Enfermedades respiratorias	28
4.4 Enfermedades hematopoyéticas	32
4.5 Enfermedades gastrointestinales	36
4.6 Enfermedades endocrinas	38
4.7 Enfermedades neurológica	43
4.8 Enfermedades renales	47
4.9 Enfermedades de transmisión sexual	49
4.10 Alergias	51
<b>5. DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>53</b>
<b>6. RESULTADOS</b>	<b>58</b>
<b>7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>70</b>
<b>8. CONCLUSIONES</b>	<b>72</b>
<b>9. RECOMENDACIONES</b>	<b>73</b>
<b>10. BIBLIOGRAFÍAS</b>	<b>74</b>
<b>11. ANEXOS</b>	<b>77</b>



## RESUMEN

Día a día a los consultorios dentales acuden todo tipo de pacientes en busca de tratamientos dentales, entre los cuales un determinado grupo presenta algún problema sistémico de base. Según la patología actual o previa, deberán indicarse distintos tipos de estudios preoperatorios con el fin de garantizar la adecuada atención y necesidades de nuestra terapéutica quirúrgica.

El desarrollo de un protocolo selectivo de valoración pre-operatoria aceptable supone un reto lo que obliga a un complejo enfoque multidisciplinario, mismo que se debe tener en cuenta desde la organización de la programación quirúrgica.

Se considera importante la realización de este estudio porque nos damos cuenta, cuál es el conocimiento que tienen los estudiantes de V año de la carrera de odontología acerca del manejo de pacientes con enfermedades sistémicas y si en verdad se le está tratando al paciente de una forma integral, ya que es algo que consideramos primordial antes y después de cualquier tratamiento quirúrgico.

Este estudio permitirá establecer que tanto conocen los estudiantes de V año, acerca de cada enfermedad sistémica que presente el paciente relacionado con el tratamiento dental, así como la prevención de posibles complicaciones y las modificaciones indicadas cuando se necesite un tratamiento dental urgente.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, con un universo de estudio constituido por los 81 estudiantes del V año de la facultad de Odontología UNAN-León, y los 141 pacientes que fueron atendidos en quirófanos, en el periodo comprendido de marzo a octubre del 2007 por estos mismos estudiantes.

Para dar respuestas a los objetivos planteados se actuó de tres maneras distintas:

1. Obtención de resultados a través de revisión minuciosa de todos los expedientes archivados en las clínicas multidisciplinarias correspondientes a los pacientes atendidos en cirugía oral-quirófano entre los meses de marzo a octubre del 2007.



2. Se realizó una encuesta objetiva que abarcaba los siguientes tópicos:

- ✚ Enfermedades sistémicas que retardan o interfieren un procedimiento quirúrgico.
- ✚ Enfermedades sistémicas que ponen en riesgo la vida de forma mediata e inmediata.
- ✚ Profilaxis antibiótica.
- ✚ Anestésicos locales.
- ✚ Prevenciones a tomar en cuenta en pacientes con enfermedades sistémicas.
- ✚ Exámenes de laboratorio.

3. Se realizó una encuesta de opinión personal, donde los alumnos tenían que contestar a conciencia preguntas relacionadas con dicho tema de investigación.

Las variables fueron: grado de conocimiento, enfermedades sistémicas, edad, sexo, examen de laboratorio.

Con los resultados obtenidos en nuestra recolección de datos llegamos a la conclusión:

1. Gran parte de los estudiantes presentan deficiencia y falta de dominio del tema.
2. Las enfermedades sistémicas más frecuentes son: infección renal, seguida por las úlceras gástricas, asma e hipotensión.
3. Pocos estudiantes mandan los exámenes necesarios y pertinentes en ciertas enfermedades sistémicas, por falta de conocimiento y de precaución por parte del mismo.
4. Gran mayoría de los estudiantes encuestados no cumplen a cabalidad el protocolo de atención a seguir con los pacientes comprometidos sistémicamente que requieren una cirugía oral menor.



## INTRODUCCIÓN:

Día a día a los consultorios dentales acuden todo tipo de pacientes en busca de tratamientos dentales, entre los cuales un determinado grupo presenta algún problema sistémico de base. Según la patología actual o previa, deberán indicarse distintos tipos de estudios preoperatorios con el fin de garantizar la adecuada atención y necesidades de nuestra terapéutica quirúrgica.

Con el gran avance existente en las ciencias de la salud, cada vez más el odontólogo y el cirujano bucal deberán tratar a pacientes con patología sistémica, lo que exigirá que realicen en colaboración con los especialistas de la medicina los estudios preoperatorios que ayuden a determinar si el paciente está apto, o no, para someterse a un procedimiento quirúrgico.<sup>6</sup>

Debe tomarse en cuenta la gravedad y cronicidad de los síntomas, y la estabilidad del estado general del paciente ante la posible descompensación que pueda inducir el acto quirúrgico. El odontólogo cuenta con recursos, que permiten disminuir el riesgo de poner en peligro la salud general del paciente así como: enviar los exámenes de laboratorio necesarios, hacer un correcto llenado de historia clínica, enviar profilaxis antibiótica y un buen planeamiento previo del tratamiento a realizar.

Las pruebas preoperatorias son necesarias y sobre todo en aquellos pacientes en quienes la historia clínica y exploración física lo indiquen o ante la presencia de factores de riesgo (edad avanzada, tipo de intervención quirúrgica, enfermedad asociada, antecedentes medicamentosos, etc.)

El desarrollo de un protocolo selectivo de valoración pre-operatoria aceptable supone un reto lo que obliga a un complejo enfoque multidisciplinario, mismo que se debe tener en cuenta desde la organización de la programación quirúrgica.<sup>6</sup>

Se considera importante la realización de este estudio porque nos damos cuenta, que tanto conocen los estudiantes de V año de la carrera de odontología acerca del manejo de pacientes con enfermedades sistémicas y si en verdad se le está tratando al paciente de



una forma integral, ya que es algo que consideramos primordial antes y después de cualquier tratamiento quirúrgico.

Los estudiantes de V año de odontología como futuros profesionales de la salud, están en la obligación de brindar la mejor atención de forma individualizada a sus pacientes y para eso se requiere del mejor conocimiento teórico-práctico por lo cual estos los distinguirán en su futuro quehacer profesional.

Este estudio permitirá establecer que tanto conocen los estudiantes de V año, acerca de cada enfermedad sistémica que presente el paciente relacionado con el tratamiento dental, así como la prevención de posibles complicaciones, las modificaciones indicadas cuando se necesite un tratamiento dental urgente, y servirá como una referencia bibliográfica a futuros trabajos investigativos relacionados con el tema.

Se espera crear conciencia a todos y cada uno de los estudiantes de la facultad de odontología acerca de la importancia que tiene el saber manejar a un paciente comprometido sistémicamente al momento de una intervención quirúrgica.



### **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar el cumplimiento del protocolo de atención que los estudiantes del V año de la facultad de odontología brindan a los pacientes comprometidos sistémicamente los cuales requieren una cirugía oral menor.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Determinar el grado de conocimiento que tienen los estudiantes sobre el manejo de pacientes comprometidos sistémicamente.
2. Identificar las enfermedades sistémicas más frecuentes que padecen los pacientes que acuden a clínicas de cirugía oral según edad y sexo.
3. Determinar el porcentaje de estudiantes que solicitan exámenes de laboratorio según las enfermedades sistémicas que presente el paciente.



# MARCO TEÓRICO





## **HISTORIA CLÍNICA:**

La historia clínica de pacientes que serán atendidos en el quirófano en la facultad es un documento que recoge la descripción completa, ordenada y precisa de la relación entre el profesional y el paciente. Es un documento confidencial. El profesional hace un registro ordenado, secuencial y permanente de todos los fenómenos clínicos de todos los pacientes.

### **Partes de la historia clínica usadas en cirugía oral-quirófano:**

**Datos de filiación del paciente:** Nombre y apellidos del paciente, sexo, edad, fecha en que vino a la clínica, dirección donde habita y teléfono.

- I. Antecedentes hereditarios y patológicos:** Estos deben contener el estado de salud y la causa de la muerte de los familiares (padres y abuelos).
- II. Antecedentes hereditarios no patológicos:** Debe suministrar un breve resumen de la vida pasada y actual del paciente. Debe incluir lugar donde nació, residencia actual, condiciones higiénico-sanitarias, hábitos (tabaco, alcohol, drogas ilícitas, etc), su educación o profesión, tipo de alimentación.
- III. Historia médica anterior:** Debe mencionar las enfermedades o infecciones importantes que ha sufrido, alergias a medicamentos o alimentos, lista de operaciones, lesiones y procedimientos previos y admisiones hospitalarias. También debe mencionar si las inmunizaciones están completas (pedir tarjeta de vacunación), antecedentes transfusionales, medicamentos que toma y enfermedades de la infancia que padeció.
- IV. Padecimiento actual de orden sistémico:** Mencionar si hay alguna enfermedad que lo aqueje en la actualidad, cómo y cuándo le inició, su evolución, estado actual y tratamiento recibido.



## INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

En las clínicas de quirófano del departamento de cirugía oral se realiza el llenado de historia clínica basado en un interrogatorio directo al paciente que va a ser atendido, con el objetivo de conocer su estado de salud general y así determinar si se puede llevar a cabo un tratamiento quirúrgico dental, ya que existen un sinnúmero de enfermedades sistémicas que de una u otra forman limitan el tratamiento dental, e incluso pueden llegar a poner en riesgo la vida tanto de los pacientes como de los odontólogos.

Las enfermedades incluidas en este interrogatorio las clasificamos por órganos y sistemas de la siguiente manera:

- ✚ Enfermedades cardiovasculares: endocarditis infecciosa, angina de pecho, infarto del miocardio, defecto cardíaco congénito, fiebre reumática, cardiopatía reumática, hipertensión, hipotensión, taquicardia, bradicardia.
- ✚ Enfermedades respiratorias: tuberculosis, asma, bronquitis, enfisema.
- ✚ Enfermedades hematopoyéticas: leucemia, anemia, trastornos de la coagulación.
- ✚ Enfermedades digestivas: úlcera, hepatitis, cirrosis.
- ✚ Enfermedades endocrinas: diabetes mellitus, hipotiroidismo, hipertiroidismo, trastornos de las glándulas suprarrenales, hipoparatiroidismo.
- ✚ Enfermedades neurológicas: epilepsia, convulsiones, síncope.
- ✚ Enfermedades genitourinarias: infecciones de las vías urinarias.
- ✚ Enfermedades de transmisión sexual.
- ✚ Enfermedades de los órganos de los sentidos: auditivo, ocular, gusto, olfato, tacto.
- ✚ Alergias.

De estas enfermedades mencionadas anteriormente existen un sin número que interfieren o retardan un tratamiento dental entre ellas tenemos: diabetes, anemia, púrpura, leucemia, linfoma, hemofilia.<sup>4</sup>



Además clasificamos las que ponen en riesgo la vida de los pacientes de forma mediata e inmediata:

Mediata: fiebre reumática, endocarditis infecciosa, reacción alérgica mediata.<sup>4</sup>

Inmediata: síncope, infarto del miocardio, reacción alérgica inmediata, hipertensión arterial, arritmias cardíacas (taquicardia, bradicardia).<sup>4</sup>

### Exploración física:

**1. Inspección general:** Se anota la estatura del paciente, su constitución física. En la piel se apreciará su temperatura (fiebre), el turgor y el color.

### 2. Signos vitales:

Temperatura: 37° C.<sup>9</sup>

Pulso arterial: 60-100 latidos por minuto.

Pulso carotídeo: 60-100 latidos por minuto.

Frecuencia respiratoria: 12-20 respiraciones por minuto.<sup>16</sup>

### Presión arterial:

#### a) Clasificación de la presión arterial en adultos mayores de 18 años.<sup>9</sup>

Clase	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Normal	< 130	< 85
Normal alta	130 – 139	85 - 89
Hipertensión:		
Grado 1(leve)	140 –159	90 - 99
Grado 2(moderada)	160 –179	100 - 109
Grado 3(grave)	180 –209	110 - 119
Grado 4(muy grave)	≥ 210	≥ 120

**3. Examen de la cabeza:** Deformidades del cráneo, área de sensibilidad, asimetría, presencia de lesiones. Hacer valoraciones de los globos oculares, pupila, nariz y oídos.

**4. Examen del cuello:** Valorar su forma y especificar en caso de anomalía.

### 5. Alteraciones del sistema:

**Vascular:** Venas varicosas, úlceras, cambio de color en piernas y pies.



**Linfático:** Revisar cadenas ganglionares.

**Examen de la Cavidad oral:** El examen de la boca se realizará de forma ordenada y completa, valorando: labios, carrillos, paladar duro y blando, orofaringe, piso de la boca, lengua, encías, dientes y señalando su padecimiento actual, anotando todo, lo referente a la patología bucal o dental que estamos tratando de resolver.

Corresponde al examen de la boca, que comienza con la evaluación general del estado de salud bucal, higiene, estado de piezas dentarias, presencia de prótesis, evaluación de los tejidos blandos, halitosis, etc. La semiotecnia para el examen de la boca incluye exploración, palpación y auscultación. La exploración debe ser detallada, minuciosa y siguiendo una metodología ordenada.<sup>1</sup>

**Estudio de Gabinete:**

**Estudio radiográficos:** Se especifica el tipo de radiografía que se toma, se describe la posición y estado de los dientes, el trabeculado óseo de la zona, las lesiones observadas, etc.

**Análisis de Laboratorio:**

<b>Valores normales de células sanguíneas en sangre periférica en un adulto normal y sus variaciones.<sup>9</sup></b>	
<b>Células sanguíneas</b>	<b>Cifras</b>
Eritrocitos	4.5 a 5 millones /mm <sup>3</sup>
Leucocitos	6,000 a 10,000/mm <sup>3</sup>
PMN neutrofilos	43 a 77 %
PMN basófilos	1 a 4 %
PMN eosinofilos	0 a 2%
Linfocitos	25 a 35%
Monocitos	2 a 6%
Plaquetas	150,000 a 450,000/mm <sup>3</sup>



<b>Valores normales e interpretación de resultados de otros elementos de la biometría hemática.<sup>9</sup></b>	
Elemento	Valores normales
Hemoglobina	Hombres: 13.5 – 18 g/dl Mujeres: 12 – 16 g/dl
Hematócrito	Hombres: 40 – 54 % Mujeres: 38 – 47 %
Índices corpusculares *Volumen corpuscular medio (VCM) *Concentración media de hemoglobina corpuscular (CMHC) *Hemoglobina corpuscular media (HCM)	82 a 92 $\mu^3$ 32 a 36% 30 $\pm$ 3pg
Frotis sanguíneo	Forma de las células , maduración , diferenciación , simetría

<b>Diagnóstico de diabetes mellitus.<sup>9</sup></b>	
Pruebas de laboratorio	Resultados
1-Glucosa plasmática en ayunas Glucosa plasmática, dos horas posprandial.	$\geq$ 126mg/dl $\geq$ 200mg/dl
2-Glucosa plasmática en ayunas	$\geq$ 126mg/dl en más de una ocasión
3-Glucosa plasmática en ayunas	$\geq$ 126 mg/dl más signos y síntomas típicos de diabetes
4-Glucosa plasmática en ayunas Glucosa plasmática, dos horas posprandial	$\geq$ 126 mg/dl y <200 mg/dl
5-Glicemia plasmática al azar	200mg/dl más signos típicos de diabetes

<b>Urea y creatinina en sangre.<sup>9</sup></b>	
Pruebas de laboratorio	Valores normales
Urea	5 a 25 mg/dl
Creatinina	Hombre: 0.1 – 0.4 mg/dl Mujer: 0.2 – 0.7 mg/dl



<b>Examen general de orina.<sup>9</sup></b>	
Elementos	Valores normales
Volumen	Depende del grado de hidratación e ingestión de agua
Densidad: Relación entre la cantidad de agua y elementos de suspensión	1.004 a 1.030
Color	Amarillo
Aspecto	Claro
Proteinuria	150 mg/día
Micro albumina	30 a 300 mg/día
Sedimentos (orina recién emitida) Elementos formes Eritrocitos Leucocitos	<2 por campo <3 por campo
Cilindros (moldes de proteína de Tamm-Horsfall que adquieren la forma de los túbulos)	Raros
Células epiteliales	Raras
Microorganismos de origen diverso	<10,000 colonias/ml

**Diagnóstico:** En base a todos los datos recogidos en la historia clínica según el padecimiento bucal que presente el paciente.

**Pronóstico:** Se coloca en base a la recopilación por aparatos y sistemas.

**Tratamiento:** Colocamos el tratamiento más adecuado para el padecimiento oral que aqueja al paciente.

**Planeamiento operatorio:** Se realiza describiendo paso a paso la forma de llevar a cabo la intervención quirúrgica (detalladamente) y si nos falla un método, que otro método usaremos. Se escribe en futuro.

**Descripción de la operación:** Se trata de describir el tratamiento con las variaciones que se hicieron a la hora de la intervención quirúrgica y después de esas 24 horas (post-operatorio inmediato y mediato).



**Receta:** Se escriben los fármacos, la dosis y el número de días que durará el tratamiento.

**Control post-operatorio:** El operador está en la obligación de darle seguimiento a los pacientes por cualquier complicación, deberá darle su teléfono y horario en que puede encontrarlo. A los 7 días deberá retirarle los puntos de sutura y anotar en el expediente su evolución y estado actual.

**Paciente dado en alta:** Se coloca la fecha en que es dado de alta.

**Valor de la intervención:** Se anota lo que pagó el paciente.

### **CLASIFICACIÓN I, II, III, IV Y V DE EL ASA (American Society of Anesthesiologists).<sup>14</sup>**

Este es un sistema de clasificación de los pacientes de acuerdo a su estado físico y por tanto sirve como las decisiones del tratamiento dental:

<b>Clasificación ASA Definición</b>	<b>Comentario</b>
I Sano	Tratamiento dental se realiza en la consulta de rutina.
II Medicamente estable	Atención dental en consulta con leves cambios.
III Condición sistémica severa	Solo urgencias, antes consultar con el especialista.
IV Condición sistémica limitante	Atención solo de urgencias, en un hospital o clínica.
V Paciente moribundo	Solo se atiende apoyo de función, por ejemplo, una fractura de maxilar.

## **ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES**

### **ENDOCARDITIS INFECCIOSA:**

Es una enfermedad causada por una infección microbiana de las válvulas cardíacas o del endocardio, localizándose la mayoría cerca de defectos cardíacos congénitos o adquiridos. Desde el punto de vista odontológico, las bacterias son los agentes causantes.<sup>11</sup>



### **Exámenes complementarios:**

En el paciente con endocarditis infecciosa suelen ser positivas las pruebas de laboratorio que identifican la presencia de infección activa. La velocidad de sedimentación eritrocitaria suele estar aumentada, la proteína C reactiva es positiva y las inmunoglobulinas séricas pueden estar aumentadas.

### **Tratamiento dental:**

El objetivo del odontólogo es prevenir la endocarditis que puede aparecer en pacientes susceptibles.

Cualquier procedimiento dental que causa una lesión de los tejidos blandos o del hueso y provoca sangrado puede dar lugar a una bacteriemia transitoria que en un paciente susceptible puede desembocar en endocarditis. Incluso en las manipulaciones dentales menores, como la limpieza dental, o la colocación de una funda, pueden producirse bacteriemias transitorias.

Es adecuado realizar una máxima profilaxis antibiótica para prevenir la mortalidad tan alta que se asocia a endocarditis.<sup>11</sup>

### **Condiciones cardiovasculares de riesgo para el desarrollo de endocarditis infecciosa según (AHA):**

#### **Alto Riesgo:**

- ✚ Malformaciones cardíacas congénitas:
- ✚ Portadores de prótesis valvulares.
- ✚ Antecedentes de endocarditis infecciosa.
- ✚ Transposición de los grandes vasos.

#### **Riesgo Moderado:**

- ✚ Conducto arterioso permeable.
- ✚ Defecto septal ventricular.
- ✚ Defecto del septum primun (tabique interauricular).
- ✚ Coartación de la aorta.
- ✚ Válvula aórtica bicúspide.
- ✚ Cardiomiopatía hipertrófica.<sup>2</sup>





## REGÍMENES PROFILÁCTICOS PARA ADULTOS.<sup>15</sup>

Situación	Agente	Régimen
Profilaxis estándar	Amoxicilina	2 gr vía oral una hora antes del procedimiento.
Incapaz de tomar medicamento por vía oral	Ampicilina	2 gr IM ó IV 30 minutos antes del procedimiento.
Alérgicos a las penicilinas	Clindamicina	600mg vía oral una hora antes del procedimiento.
	Azitromicina ó Claritromicina	500mg vía oral una hora antes del procedimiento.
	Cefalexina ó Cefadroxilo	2 gr vía oral una hora antes del procedimiento.
Alérgicos a penicilinas e incapaz de tomar medicamentos por vía oral.	Clindamicina	600mg IV dentro de 30 minutos del procedimiento.
	Cefazolinc	1 gr IV dentro de 30 minutos del procedimiento.

**IM:** intra muscular, **IV:** intra venoso



## REGÍMENES PROFILÁCTICOS PARA NIÑOS.<sup>19</sup>

Niños no alérgicos a penicilina	Amoxicilina 50 mg / kg + ácido clavulánico 6.25 mg / kg (máximo 2 gr ) vía oral 1 hora antes del tratamiento dental
Niños no alérgicos a penicilina y con incapacidad para ingerir medicamentos.	Amoxicilina 50 mg / kg + ácido clavulánico 5mg / kg (máximo 2 gr) IV o IM 30 minutos antes del tratamiento dental.
Niños alérgicos a penicilina	Clindamicina 20 mg / kg (máximo 600 mg) vía oral 1 hora antes del tratamiento dental.
Niños alérgicos a penicilina y con incapacidad para ingerir medicamentos	Clindamicina 15 mg /kg (máximo 600 mg) IV o IM 30 minutos antes del tratamiento dental.

**IM: intra muscular, IV: intra venoso**

### ANGINA DE PECHO:

Dolor o molestia torácica temporal, constante, breve originada por insuficiencia coronaria, suele presentarse por esfuerzos, en ocasiones ocurre en reposo y no dura más de 30 minutos.<sup>8</sup>

#### Tratamiento dental:

En la primera visita al consultorio debe identificarse un paciente con angina de pecho, valorar el diagnóstico médico exacto, así como el tipo y número de medicamentos que recibe diariamente de manera profiláctica como para situaciones de emergencia, se debe realizar la consulta con el médico para valorar el estado actual de salud y la resistencia al estrés de estos pacientes. Al definir la extensión del plan de tratamiento odontológico debe hacerse preferentemente en comunicación con el médico tratante.<sup>9</sup>



Se deberá tomar la presión arterial y el pulso de manera rutinaria. Ante cifras superiores a 20% de los valores basales (o arriba de 180/100 mm Hg) posponer la consulta y remitir al médico.<sup>9</sup>

El estrés y la ansiedad provocados por la visita dental pueden precipitar un ataque de angina en la consulta dental. La premedicación a usar en este tipo de paciente es: Diazepam 5-10 mg, un comprimido preoperatoriamente y/o la noche anterior; considere la administración profiláctica de nitroglicerina.<sup>11</sup> Puede ser beneficioso el óxido nitroso-oxígeno a bajo flujo a través de una cánula.<sup>9</sup>

En los pacientes con angina estable, bajo control médico y farmacológico sólo hay que tener cuidado con problemas relacionados con dolor e infección, estos pueden recibir cualquier tipo de tratamiento dental bajo las siguientes condiciones:

- ✚ Citar al paciente en las primeras horas de la tarde y optimizar el tiempo de trabajo.

- ✚ Tener en la mano en cada cita el vasodilatador coronario que habitualmente recibe el paciente, ante ataque de angina de pecho.<sup>9</sup> Es conveniente administrar fármacos de acción corta para un ataque agudo, como nitroglicerina sublingual en tabletas, pueden colocarse tabletas de nitroglicerina adheridas bajo el labio o en el surco vestibular cuya acción se inicia en minutos con eficacia durante 5 horas.<sup>8</sup>

- ✚ Anestesia local profundo y duradero. Deben emplearse anestésicos locales con vasoconstrictor, debe limitarse la administración de tres cartuchos por sesión. Dosis máximas de adrenalina: 0.036 mg o también puede emplearse levonordefrina, 0.20 mg; aspire, inyecte lentamente (no emplee vasoconstrictores en pacientes con una arritmia grave).<sup>11</sup>

- ✚ Evitar interacciones farmacológicas, no utilizar vasoconstrictores adrenérgicos si el paciente recibe bloqueadores beta adrenérgicos. Evitar AINES (antiinflamatorios no esteroideos) a quienes reciben anticoagulantes orales y evitar prescribir AINES por tiempo prolongado.

- ✚ En pacientes con angina de pecho inestable deberán ser tratados solamente ante situaciones de emergencia en un medio hospitalario.<sup>9</sup>



Ante un cuadro de dolor anginoso durante el tratamiento dental, el manejo que debe darse al paciente es el siguiente:

1. Suspender el tratamiento dental.
2. Colocar al enfermo en una posición que le sea cómoda (45°), ya que tiende a sentarse y no es recomendable mantenerse en posición supina.
3. Administrar un vasodilatador coronario de acción corta (nitroglicerina) y esperar que actué de dos a cinco minutos.
4. Tomar signos vitales.
5. Dar una segunda dosis del vasodilatador coronario si no se obtiene respuesta en cinco minutos.
6. Si no se logra el alivio del dolor a los 10 minutos dar una tercera dosis y buscar ayuda médica.<sup>9</sup>

#### **Exámenes complementarios:**

Las personas que sufren de angina de pecho frecuentemente están recibiendo fármacos que reducen el riesgo de eventos tromboembólicos entre ellos: la aspirina y anticoagulantes. Ambos fármacos por diferentes mecanismos predisponen a hemorragias durante procedimientos quirúrgicos.

En el caso de uso de aspirina debe solicitarse un tiempo de sangrado (técnica IVY) los valores normales están en el rango de dos a seis minutos, por lo que cifras superiores obligan a pedir al paciente a que suspenda el medicamento, por lo menos durante seis días antes del procedimiento.

En cuanto a los que reciben anticoagulantes orales, debe solicitársele un examen denominado INR (radio internacional normalizado), el cual permite ajustar el tiempo de protrombina. Está contraindicado cualquier procedimiento quirúrgico o maniobra que impliquen sangrado si esta cifra es 3. Para este tipo de actividad el paciente debe tener un INR de 2.5 o menor, en caso que las cifras sean superiores el odontólogo debe pedir al cardiólogo que ajuste la dosis del anticoagulante oral, solicitando dos días después de que el medicamento sea disminuido un nuevo INR.<sup>9</sup>



### Interpretación del Radio Internacional Normalizado (INR) para la toma de decisiones en odontología.<sup>9</sup>

INR	PROCEDIMIENTO
< 2.0	Cirugía bucal y periodontal
2.0 a 2.5	Exodoncia simple
3.0	Operatoria dental y prótesis
> 3.0	Evitar cualquier procedimiento

### INFARTO DEL MIOCARDIO:

Muerte de tejido muscular cardíaco debido a insuficiencia coronaria; suele manifestarse por un dolor similar a la angina que dura más de 30 minutos y no necesariamente se presenta por esfuerzo.<sup>8</sup>

### Tratamiento dental:

En el paciente con historia de infarto del miocardio, además de interrogarlo para valorar su salud, la consulta con el médico es indispensable para conocer el estado actual de salud y la severidad del daño del corazón, conocer la terapia farmacológica, así como la historia de complicaciones y cooperación mostrada por el paciente. Al médico tratante debe informársele ampliamente sobre el tipo de tratamiento que va a recibir su paciente en el consultorio dental. La extensión y complejidad del plan de tratamiento dependerá de la opinión del cardiólogo sobre la capacidad que tiene la persona para soportar el estrés.

A todo paciente con historia de infarto de miocardio, se le deberá tomar la presión y el pulso de manera rutinaria. Antes cifras superiores 20% de valores de base (o arriba de 180/100mmhg) o alteraciones del ritmo cardíaco posponer la consulta y/o remitir al médico<sup>9</sup>.

### Prevención de las complicaciones:

- ✚ No ofrezca ningún tipo de tratamiento dental hasta al menos seis meses después del infarto debido al riesgo de un nuevo infarto o arritmia.
- ✚ Consulte con el médico antes de comenzar un tratamiento dental de rutina para confirmar el estado actual del paciente.



- ✚ Finalice las visitas si el paciente comienza a estar fatigado o tiene disnea o desarrolla algún cambio en las frecuencia o ritmo cardíaco; informar al médico del paciente si el paciente desarrolla dolor torácico durante la visita dental.
- ✚ Anestesia local con vasoconstrictor. Emplee una dosis máxima de adrenalina de 0.036mg y de 0.20mg de levonordefrina en el anestésico local, aspire antes de la inyección; inyecte lentamente; evite el empleo de vasopresores para controlar la perdida local de sangre; evite también el uso de vasopresores en el material de relleno gingival; no utilice adrenalina en la anestesia local en pacientes con arritmia graves.
- ✚ En pacientes con menos de seis meses de convalecencia de infarto de miocardio esta contraindicado el uso de vasoconstrictores adrenérgicos, sin embargo las enfermedades coronarias controladas no contraindican el empleo de vasoconstrictores adrenérgico siempre y cuando se haga uso racional de ellos y se empleen en concentraciones de epinefrina no mayores de 1:100,000, levonordefrina 1:20,000 y 1:30,000 para levarterenol, se aconseja limitar la administración a tres cartucho por sesión.
- ✚ En paciente bajo circunstancias de emergencia dental, debe seleccionarse un anestésico con vasoconstrictor no adrenérgico como: prilocaina con felipresina.
- ✚ Están contraindicadas las inyecciones intraligamentarias, intrapulpare y el uso de hilos retractores de tejido que contengan adrenalina, ya que no se puede tener un control sobre la cantidad de este medicamento el cual puede pasar directamente al torrente sanguíneo.
- ✚ Es preferible proporcionar el tratamiento dental a estos pacientes en las primeras horas de la tarde, limitar en lo posible eventos estresantes, si fuera necesario, puede prescribirse un tranquilizante como diazepam de 2 a 5 mg por vía oral, la noche anterior a la consulta y 45 minutos antes de la cita.
- ✚ Es conveniente pedirle al paciente el vasodilatador coronario que habitualmente recibe, administrarlo ante un ataque de dolor torácico, si es necesario prescribirlo de manera profiláctica antes de la consulta. Se debe evitar utilizar el uso de vitalómetro, bisturí eléctrico en pacientes portadores de marcapaso<sup>9</sup>.





- ✚ Los pacientes que fueron sometidos a desviaciones o puentes coronarios en los últimos seis meses, deberán recibir profilaxis antibiótica para endocarditis infecciosa.<sup>9</sup>

### **CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS:**

Las enfermedades congénitas del corazón ocurren en casi 0.5% de todos los nacidos vivos<sup>8</sup>. Estos defectos son causados probablemente por una anomalía genética heredada; alguna infección viral en la madre, especialmente rubeola o ciertos medicamentos que la madre recibe durante el embarazo (en especial 4° a las 12° semanas cuando el corazón está en desarrollo).<sup>9</sup>

Las anomalías cardíacas congénitas más comunes incluyen defectos de los tabiques auricular y ventricular, estenosis pulmonar, cabalgamiento aórtico, hipertrofia ventricular derecha conocida como: tetralogía de Fallot y persistencia del conducto permeable<sup>8</sup>.

### **Tratamiento dental:**

Lo más importante a tener en cuenta en el paciente asintomático con cardiopatía congénita es la prevención de la endocarditis infecciosa tras procedimientos dentales que produzcan bacteriemias transitorias.

El paciente con cardiopatía congénita asintomático puede recibir cualquier tratamiento dental indicado, siempre que se empleen antibióticos para prevenir la endocarditis

infecciosa. El paciente con síntomas secundarios a una cardiopatía congénita puede requerir un plan de tratamiento especial, según las complicaciones y su gravedad.

Algunos pacientes solo podrán ser sometidos a cuidados dentales urgentes y aun así, con cierto riesgo.<sup>11</sup>

### **Prevención de las complicaciones:**

- ✚ Detección en la historia o en la exploración de los hallazgos.
- ✚ Remisión a una consulta médica para su diagnóstico y tratamiento.



- ✚ Consulta con el médico antes de realizar cualquier tratamiento dental.
- ✚ Cobertura antibiótica profiláctica antes y después de cualquier procedimiento dental.
- ✚ Estudio del tiempo de hemorragia y del tiempo de protrombina antes de cualquier procedimiento quirúrgico.
- ✚ Recuento de leucocitos, si es muy bajo puede estar indicados los antibióticos en los procedimientos quirúrgicos<sup>11</sup>.

### **Exámenes complementarios:**

Los pacientes con policitemia presentaran niveles altos de hemoglobina y hematócrito. El recuento plaquetario puede ser normal o bajo. Los niveles de fibrinógeno también pueden estar disminuidos, lo que determina tiempo de protrombina alargado. El tiempo de hemorragia estará alargado en casos de trombocitopenia.

Otras técnicas diagnósticas de imagen para el estudio de las cardiopatías congénitas son la gammagrafía, la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM).<sup>11</sup>

### **FIEBRE REUMÁTICA:**

Es un trastorno inflamatorio agudo que desarrollan ciertas personas como complicación de una infección previa por *Streptococcus* del grupo A. Un concepto popular pero no comprobado es que la fiebre reumática es resultado de una reacción de tipo auto inmune entre los tejidos y los productos o partes de las bacterias y de los anticuerpos que ha producido el huésped como respuesta a estos materiales.<sup>11</sup>

### **Exámenes complementarios:**

Se suelen medir la cantidad de proteína C en sangre. Su aparición y aumento se correlaciona con la presencia de infección bacteriana. El cultivo de *Streptococcus* del grupo A de la garganta también es útil, importante, un cultivo negativo no descarta la presencia de fiebre reumática. No hay una única prueba de laboratorio que establezcan el diagnóstico de fiebre reumática, dentro de las pruebas de laboratorio positivas podemos encontrar: velocidad de sedimentación eritrocitaria elevada, presencia de proteína C reactiva.<sup>11</sup>





### **Tratamiento dental:**

El plan de tratamiento debe incluir: realizar la mayor parte posible del tratamiento en las dos a tres horas posteriores al período de espera una vez administrada la dosis de carga (una hora para la amoxicilina o clindamicina y hasta dos horas en el caso de la eritromicina). Dejar al menos una semana de separación antes de comenzar el nuevo período de cobertura antibiótico con el fin de permitir que desaparezca de la flora oral los organismos resistentes a la penicilina. Si se necesitan múltiples períodos de cobertura se pueden alternar los antibióticos empleados, primero penicilina y después clindamicina o eritromicina; al menos debe pasar una semana entre los periodos de cobertura. La duración del periodo de cobertura debe extenderse durante cinco a siete días bajo ciertas condiciones especiales: procedimientos quirúrgicos con suturas o áreas quirúrgicas lentas en cicatrizar, se pueden emplear clindamicina o eritromicina en los dos a tres últimos días de un periodo extenso de cobertura con el fin de evitar la posibilidad de desarrollo de bacterias resistente a la amoxicilina.<sup>11</sup>

### **CARDIOPATÍA REUMÁTICA**

La lesión cardíaca que resulta de un ataque agudo de fiebre reumática se denomina cardiopatía reumática. Suele afectar a la válvula mitral o aórtica. La cicatrización y calcificación de la válvula puede provocar estenosis o insuficiencia de la misma.<sup>11</sup>

### **Tratamiento dental:**

El problema básico al que se enfrenta el odontólogo que tiene pacientes con antecedentes de fiebre reumática es si presentan o no cardiopatía reumática. Si es así está indicada la profilaxis antibiótica como prevención de la endocarditis infecciosa.<sup>11</sup>

No se debe realizar ningún tratamiento dental invasivo en pacientes en sospechas de cardiopatía reumática sin cobertura antibiótica o hasta que se haya determinado mediante consulta médica que no presenta en la actualidad la enfermedad. En general sugerimos la vía oral para la administración de antibiótico siempre que sea posible por la menor incidencia de sensibilización alérgica.<sup>11</sup>



### **Exámenes complementarios:**

La presencia o ausencia de cardiopatía reumática en el paciente con antecedentes de fiebre reumática se establece mejor siguiendo los siguientes puntos:

- 1.- Historia de los síntomas.
- 2.- Radiografía PA (postero anterior) torácica.
- 3.- ECG (electrocardiograma).
- 4.- Buena exploración física incluyendo la auscultación cardíaca.<sup>11</sup>

### **HIPERTENSIÓN**

Es una elevación anómala de la presión arterial que si es crónica y no se trata se asocia con una morbilidad y mortalidad significativa.<sup>11</sup>

### **Exámenes complementarios:**

Recomendamos realizar a los pacientes con hipertensión crónica un análisis de orina, un hemograma completo y determinación de potasio, calcio, creatinina, colesterol, triglicéridos, glucosa en ayuna y ácido úrico. También se recomienda el electrocardiograma.<sup>11</sup>

### **Tratamiento dental:**

Se deberá detectar y enviar a aquellos pacientes con una elevación significativa de la presión arterial a una evaluación médica y tratamiento; cuando la presión arterial sea mayor de 180/110, se deberá retrasar el tratamiento dental y remitir al paciente a un médico.<sup>11</sup>

En todos aquellos pacientes que están siendo tratados con agentes antihipertensivos se deberá reducir el estrés y la ansiedad de la visita dental con premedicación, citas a corto plazo y un ambiente distendido por parte del odontólogo; se puede emplear óxido nitroso, pero se debe evitar la hipoxia, tener en cuenta que si el paciente está muy estresado finalizar la visita, debemos evitar además la hipotensión ortostática mediante cambios lentos en la posición del sillón y ayudando al paciente cuando salga del sillón.

Evite el reflejo estimulante del vómito y seleccione siempre la medicación y dosis sedante con cautela, debiendo utilizar anestésicos locales juiciosamente con la mínima



concentración de vasopresor (adrenalina, 0.036mg; levonordefrina, 0.20mg); aspire antes de inyectar y hágalo lentamente. No emplee material de relleno gingival que contenga adrenalina y siempre evite el empleo de anestesia general en la consulta.<sup>11</sup>

### **HIPOTENSIÓN:**

También conocida como hipotensión ortostática, es la segunda causa más importante de pérdida transitoria del conocimiento en el entorno odontológico. La hipotensión postural puede definirse como una alteración del sistema nervioso autónomo, en que se produce el síncope cuando el paciente se coloca en posición erecta.<sup>12</sup>

### **Consideraciones en el tratamiento odontológico:**

Hay que advertir que no se levante rápidamente desde una posición supina o semisupina. Cuando se encuentra en el sillón dental, el paciente volverá lentamente a la posición sentada (incorporada) al terminar la sesión.<sup>12</sup>

### **Tratamiento dental:**

Colocar al paciente que no responde en posición supina con los pies ligeramente elevados. Con ellos la perfusión cerebral mejora inmediatamente y lo normal es que la mayoría de los pacientes con hipotensión postural recuperen el conocimiento en pocos segundos.<sup>12</sup>

### **ARRITMIAS CARDÍACAS:**

#### **TAQUIARRITMIA:**

Se presentan contracciones anormalmente rápidas de origen auricular, auriculoventriculares o de los ventrículos. Se cataloga como taquiarritmia a trastornos en los cuales la frecuencia cardíaca es superior a 100 latidos por minuto, sin embargo podrían observarse frecuencias menores.<sup>9</sup>



Por su etiología las taquiarritmias se clasifican en:

- a) Primarias
- b) Secundarias al uso de fármacos, isquemia, anoxia, traumatismos o cambios electrolíticos.
- c) Debidas a cardiopatías estructurales que provoquen cambios en el impulso eléctrico del corazón.

### **BRADIARRITMIA:**

Trastornos de la conducción que se caracterizan por ritmo lento debido al bloqueo del estímulo sinoauricular. Suelen tener su origen en cardiopatías cardíacas congénitas, como: tetralogía de Fallot, infarto del miocardio, uso de fármacos entre otras.<sup>9</sup>

### **Tratamiento dental:**

**Recomendación y adecuaciones durante la consulta:** en vista de que existe una gran variedad de tipos y agentes casuales de arritmias, es importante conocer el diagnóstico y la opinión del médico sobre el curso y manejo de la arritmia, ya que algunos trastornos del ritmo, son inocuos y no requieren tratamiento, en tanto que otros pueden poner en peligro la vida del paciente. La historia clínica detallada es relevante ya que muchas de estos trastornos suelen derivar de alteraciones cardíacas preestablecidas.<sup>9</sup>

Está contraindicado tratar en la consulta dental a pacientes con arritmias sin diagnóstico, que hubieran abandonado el tratamiento o que no respondan al manejo farmacológico. Toma de signos vitales en cada cita inicial es de gran importancia, ya que a través del pulso se puede identificar a pacientes que sin saberlo tienen arritmias.

Ante cifras superiores a 20% de la presión arterial basal, frecuencia cardíaca >a 100 o < 60 latidos / minuto, suspender la consulta y remitir al paciente con el médico. Los pacientes cuya arritmia sea generada por problemas valvulares de tipo orgánico deben recibir profilaxis antimicrobiana antes de procedimientos orales que impliquen sangrado, para evitar el desarrollo de endocarditis infecciosa, identificar a los portadores de



marcapaso y evitar en ellos el uso de radiación electromagnética; vitalómetro, bisturí eléctrico o escariador ultrasónicos.<sup>9</sup>

### **Exámenes complementarios:**

En la valoración de los pacientes con arritmias, previa al tratamiento dental, deben solicitarse algunas pruebas de laboratorio, entre ellas las que permitan indagar sobre la integridad de la hemostasia en pacientes que reciben terapia anticoagulantes o ácido acetilsalicílico. Para estos pacientes es necesario solicitar tiempo de protrombina<sup>9</sup>

En pacientes que reciben ácido acetilsalicílico diariamente, como antiagregante plaquetario, pedir un tiempo de sangría, que valora la hemostasia primaria. Un tiempo superior a seis minutos obliga a suspender el medicamento por lo menos una semana antes del procedimiento quirúrgico a realizar.<sup>9</sup>

El uso prolongado de anti-arrítmicos puede hacer necesario solicitar una biometría hemática, que incluya cuenta plaquetaria ya que existen reportes de su influencia de estos medicamentos en el desarrollo de trombocitopenia y depleción de las cuentas de leucocitos, lo que pudiera poner en riesgo de trastornos de sangrado y de infecciones a quienes lo reciben crónicamente.<sup>9</sup>

El empleo de anestésicos locales con vasoconstrictores adrenérgicos no están contraindicado en los pacientes con arritmias bajo control, es recomendable que no se rebase la dosis de 0.2 mg para epinefrina (a una concentración de 1: 100,000) y de 1.0 mg para levonordefrina (1:20.000), en pacientes con arritmias no controlada está contraindicado el uso de vasoconstrictores adrenérgicos debido a la inestabilidad eléctrica del corazón y la posibilidad de producir un cuadro de arritmias.

En los que reciben bloqueadores beta adrenérgicos debe seleccionarse un anestésico local con vasoconstrictor no adrenérgico, por el riesgo de una crisis hipertensiva derivada de la interacción de ambos fármacos.<sup>9</sup>



Cuando se requiere la prescripción de AINES deberá hacerse por períodos cortos, para evitar que inhiban la acción de estos medicamentos. En los pacientes que reciben digoxina no deben prescribirse tetraciclínicas o eritromicina, porque se incrementan las concentraciones séricas de la digoxina.

## **ENFERMEDADES RESPIRATORIAS**

### **TUBERCULOSIS:**

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por *M. Tuberculosis* que afecta al hombre, animales y pájaros.<sup>8</sup> Aunque el *M. Tuberculosis* es el agente causante más común en humanos, ocasionalmente se encuentra en otras especies de microbacterias tales como la bovis, auium, africanum y la atípica.<sup>11</sup>

La tuberculosis puede afectar a cualquier órgano, sin embargo el lugar más frecuente infectado es el pulmón. La forma atípica de transmisión de la bacteria es por vía aérea tras haber sido expulsado de los pulmones principalmente a través de la tos, el estornudo y el habla.

### **Tratamiento dental:**

Los pacientes odontológicos pueden ser clasificados en una de las cuatro categorías a efectos del tratamiento:

#### **a) Paciente con tuberculosis clínicamente activa con positividad de los esputos:**

Este tipo de paciente no debería tratarse de manera ambulatoria.<sup>11</sup>

Aunque se piensa que un paciente con infección activa no es infeccioso después de 2 a 3 semanas de terapéutica con medicamentos antituberculosos (excepto en los casos de

resistencia a múltiples fármacos), es prudente posponer el tratamiento dental electivo hasta que los cultivos del esputo sean negativos, por lo general tres meses<sup>8</sup>.

Entonces dicho paciente podrá ser tratado ambulatoriamente de igual manera que cualquier individuo sano.<sup>11</sup>



El tratamiento dental urgente en pacientes que se piensa que tiene una infección activa deben utilizarse precauciones especiales<sup>8</sup> y deberá llevarse en un medio hospitalario con aislamiento adecuado, esterilización (mascarilla, guantes, batas con filtro) y sistema de ventilación especiales.<sup>11</sup>

**b) Pacientes con antecedentes de tuberculosis:**

El odontólogo debe obtener una historia que incluya diagnóstico, fechas y tipo de tratamiento. Si el paciente se halla libre de enfermedad activa y sin inmunosupresión, puede seguirse el tratamiento habitual sin precauciones especiales.

Debe posponerse el tratamiento dental y consultarse con un médico si los pacientes estén en cualquiera de las situaciones siguientes: duda sobre el seguimiento del tratamiento adecuado, falta de evaluación médica apropiada tras el tratamiento o presencia de signos o síntomas que sugieran recidiva.

**c) Pacientes con prueba de tuberculina positiva:**

Cualquier persona con una prueba cutánea positiva para la tuberculosis debiera ser considerada como si estuviera infectada con la misma. El paciente debe demostrar que ha sido evaluado para comprobar si existe enfermedad activa. En ausencia de enfermedad activa puede comenzarse con un régimen profiláctico de isoniacida durante seis meses a un año para prevenir la enfermedad. Si el paciente no está en situación contagiosa puede tratarse de manera habitual. No se requieren precauciones especiales.<sup>11</sup>

**d) Paciente con signos o síntomas de tuberculosis:**

En cualquier momento en que un paciente presente signos o síntomas inexplicados o persistentes sugerentes de tuberculosis (tos seca, dolor torácico pleurítico, fatiga, fiebre,

disnea, hemoptisis) debe aplazarse el tratamiento dental y remitirse el paciente al médico para que sea evaluado.<sup>11</sup>



## **ASMA**

Es una enfermedad respiratoria, inflamatoria que consiste en episodios recurrentes de disnea, tos y respiración jadeante como consecuencia de la hiperirritabilidad del árbol traqueobronquial.<sup>11</sup>

### **Tratamiento dental:**

El objetivo del tratamiento de los pacientes asmáticos que acuden al odontólogo debe ser el de evitar un ataque agudo de asma. Mediante una buena historia el odontólogo debe ser capaz de determinar la estabilidad de la enfermedad valorando el tipo de asma, las sustancias precipitantes, la frecuencia y gravedad de los ataques, la hora del día a la que se presenta si existe un problema presente o pasado, como se tratan habitualmente los ataques y si alguna vez ha sido necesario recibir tratamiento urgente por un ataque agudo. Un inhalador con un agonista  $\beta_2$  adrenérgico de acción rápida es el broncodilatador más eficaz y rápido y debe administrarse al primer signo de un ataque.

En estos pacientes no se requieren modificar el plan de tratamiento.<sup>11</sup>

### **Exámenes complementarios:**

La prueba de laboratorio utilizadas no son específicas para el asma y ninguna por si sola es diagnóstica, entre la más empleada se incluyen: radiografía de tórax, las pruebas cutáneas, las pruebas de estímulo con histamina o cloruro de metacolina, los frotis de esputo, los recuentos sanguíneos, la gasometría arterial y la espirometría.<sup>11</sup>

## **BRONQUITIS:**

**Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC):** bajo este concepto se engloban una serie de enfermedades, entre las que destacan la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar, que se caracterizan por una limitación crónica del flujo aéreo respiratorio.<sup>9</sup>





**Bronquitis crónica:** se caracteriza por hipersecreción bronquial que genera tos y esputo que dura más de tres meses al año, por dos años consecutivos. La hipersecreción es provocada por irritación de las vías respiratorias, que lleva a una hiperplasia glandular de la mucosa bronquial y de la tráquea, así como el estrechamiento de las vías aéreas.

#### **ENFISEMA PULMONAR:**

Es la limitación más grave en el flujo aéreo generada por dilatación de los alveolos y destrucción del parénquima pulmonar, sin el desarrollo de fibrosis. Los espacios aéreos grandes que se observan además de volver lento el recambio gaseoso mantienen los bronquiolos dilatados, lo que impide la espiración del aire. Por esta razón se forman grandes cavidades que mantienen a los pulmones en una constante hiperinsuflación, que equivale a un llenado fácil pero un vaciamiento difícil.<sup>9</sup>

#### **Exámenes complementarios:**

Radiografía de tórax, electrocardiogramas y biometría hemática.<sup>9</sup>

#### **Tratamiento dental:**

La EPOC es una enfermedad que repercute de manera muy importante en la calidad de vida del paciente, es importante conocer la severidad del cuadro clínico, pues habrá pacientes que no puedan trasladarse solos a la consulta, lo que limita de manera importante el tratamiento odontológico.<sup>9</sup>

Ningún enfermo con disnea en reposo debe ser atendido en el consultorio odontológico. Ante situaciones de emergencia por dolor o infecciones orales debe ser un trato hospitalario. Los pacientes con EPOC leve pueden recibir tratamiento con citas cortas. En casos moderados a severos debe considerarse realizar tratamientos sencillos sin muchas complicaciones de manipulación ni sofisticación, dada la dificultad respiratoria del paciente.

Colocar al paciente en el sillón en posición 45 grados o la que se considere cómoda para facilitar una mejor ventilación, debiendo limitar el uso de dique de hule.



Está contraindicado el uso de hilos retractores de tejido con epinefrina en los pacientes con bronquitis crónica que desarrollan insuficiencia cardíaca congestiva de manera temprana, ya que se corre el riesgo de producir taquicardia o edema pulmonar agudo si este fármaco se absorbe sin control, ya que estos son pacientes de alto riesgo en su manejo. Ante una emergencia en la consulta se sugiere administrar oxígeno a una velocidad de 3 L/ minutos.<sup>9</sup>

## **ENFERMEDADES HEMATOPOYÉTICAS**

### **LEUCEMIA:**

Grupo de hemopatías causada por proliferación maligna de leucoblastos, acompañada de insuficiencia medular, y por lo general de alteraciones cualitativas y cuantitativas de los leucocitos de la sangre.<sup>13</sup>

Este trastorno es una enfermedad maligna que afecta los leucocitos de la médula ósea. Las células malignas reemplazan y suprimen los elementos medulares normales y originan anemia, trombocitopenia, y deficiencia de leucocitos de función normal. Con el tiempo las células leucémicas infiltran otros órganos del cuerpo y destruyen tejido sano.<sup>8</sup>

La clasificación actual de las leucemias es muy compleja, una manera práctica de clasificarlas se basa en el tipo de rama leucocitaria afectada y la diferenciación citológica, la cual determina el grado de agresividad clínica, por el tipo celular pueden ser:

- a. Granulocíticas (mielocíticas).
- b. Monocíticas.
- c. Linfocíticas.

### **Tratamiento dental:**

Es importante tomar en consideración en el manejo bucal el número de leucocitos, eritrocitos y plaquetas, pues de estos valores dependerá el riesgo de hemorragia o infección que pueda tener cada paciente en particular.

En general los pacientes leucémicos graves solo debieran recibir tratamiento sintomático de las lesiones bucales y atender las urgencias derivadas de los problemas



dentoperiodontales infecciosos agudos, ya que el manejo dental de rutina está contraindicado por los elevados riesgos de infección y sangrado. Se debe sugerir al médico tratante y al paciente que una vez conseguida una condición estable, se instale un control bucodental estricto, particularmente de los aspectos cariosos, pulpares y periodontales, para que estos no compliquen la condición sistémica.<sup>9</sup>

### **Exámenes complementarios:**

Es conveniente solicitar una biometría hemática completa, cuenta diferencial y cuenta plaquetaria a pacientes con leucemia ya diagnosticada, para valorar el grado de anemia, la hemostasia primaria, así como el riesgo de infección que pudiera tener. Es necesario solicitar además tiempo de protrombina y tromboplastina parcial, ya que pudiera presentarse coagulación intravascular diseminada. También puede requerirse el empleo de frotis ante lesiones en las que las posibilidades de un origen micótico o viral existan.<sup>9</sup>

### **ANEMIA:**

Es el trastorno más común de los eritrocitos. Esta se define como un estado en que la capacidad de transporte de oxígeno por la sangre se encuentra disminuida, ya sea debido a una reducción del número de eritrocitos, a una disminución de su contenido de hemoglobina o ambas. La anemia puede ser de dos tipos principales según su origen:

1. Insuficiencia de la médula ósea que da por resultado una deficiencia en la calidad o cantidad de eritrocitos nuevos. Existen diversas causas para este tipo de anemia, mencionaremos las más comunes:

- ✚ Anemia por deficiencia de hierro.
- ✚ Anemia por deficiencia de vitamina B12.
- ✚ Anemia aplásica.

2. La que obedece a una pérdida excesiva de los eritrocitos sanguíneos, bien sea debida a hemorragia (aguda o crónica) o a hemólisis anormal (destrucción de eritrocitos).<sup>9</sup>



## **TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN:**

Las alteraciones de este sistema pueden ser hereditarias (primarias o adquiridas y secundarias) por lo general derivada de enfermedades hepáticas o por deficiencia de vitamina K. Todos los factores de coagulación, con excepción de una fracción del factor VIII, son elaborados por el hígado, cuatro de dichos factores II, VI, IX y X requieren de dicha vitamina para la fijación de un puente de calcio durante su síntesis.<sup>9</sup>

### **Exámenes complementarios:**

En vista de que la TACoag debe ser precisa, debe tenerse un control adecuado del grado de anticoagulación, a través de pruebas de laboratorio. Hasta principios del decenio de 1980 se había empleado como monitoreo de TACoag el tiempo de protrombina que equivale al tiempo que se requiere para formar fibrina a partir del hecho de agregar calcio al plasma citratado, en presencia de una suspensión de fosfolípido llamada tromboplastina.<sup>9</sup>

### **Tratamiento dental:**

#### **Recomendaciones durante la consulta:**

Cuando el cirujano dentista enfrenta en la consulta a paciente anticoagulado ambulatorio, debe tomar decisiones relacionadas a sí se debe o no pedir al médico que se suspenda o modifique la dosis de anticoagulantes orales que toman sus pacientes. El clínico debe poner en una balanza los riesgos de enfrentar una hemorragia oral de difícil manejo. Esta publicación sugiere que los pacientes con TACoag pueden ser tratados con base en un manejo ambulatorio siempre y cuando sean llevados a niveles subóptimos de anticoagulación.<sup>9</sup>

Para tomar una decisión el cirujano dentista debe valorar:

- a. Naturaleza del procedimiento odontológico a realizar y su potencial para producir hemorragia.
- b. El grado de anticoagulación a que la persona está siendo sometida.<sup>9</sup>

Ante una historia positiva de hemorragia o manifestaciones clínicas obvias en piel o mucosas, deben emplearse pruebas de laboratorio para monitoreo del funcionamiento del



sistema de coagulación. Se puede considerar como paciente sospechoso a aquel que tiene antecedentes de hemorragia severa después de haber sido sometido a extracciones o procedimientos químicos orales, hemorragia después de una amigdalectomía o a quienes refieren haber recibido una transfusión después de algún procedimiento quirúrgico sencillo.

Existen otras razones por las cuales de manera secundaria se altere la producción de los factores de coagulación, poniendo en riesgo de hemorragia a la persona que lo sufre, entre las diversas causas se mencionan las siguientes:

- 1) Trastornos secundarios al uso de antibióticos: el uso de antibióticos durante un tiempo prolongado puede reducir de manera importante la flora bacteriana intestinal, responsable de producir vitamina K, siendo necesario para la producción de los factores de coagulación II, VII, IX Y X, la carencia de esta vitamina puede provocar un déficit importante de estos elemento poniendo en riesgo hemorrágico al paciente ante traumatismo menores.
- 2) Trastornos hepáticos: las enfermedades del hígado afectan el funcionamiento de los hepatocitos y favorecen el riesgo de hemorragias.

El comité de estandarización en hematología propuso también que el TP (tiempo de protrombina), fuera reportada no solo en segundos o porcentaje de actividad , si no también mediante el INR (rango internacional y normalizado) a fin de lograr su estandarización .Debe aclararse que el INR se usa principalmente para el monitoreo de pacientes que reciben anticoagulantes orales.

Cuando el procedimiento bucal a realizar es el orden de extracciones, procedimiento quirúrgicos sencillo o complejos, profilaxis, o la infiltración de un anestésico local, debe valorarse el grado de anticoagulación que tiene el paciente, por lo que debe solicitarse un INR reciente. Los procedimientos de operatoria dental y los tratamientos de rehabilitación puede hacerse con INR = 3, en tanto que los procedimientos complejos de cirugía y periodoncia debe buscarse un INR =2 ó menos. Un INR entre <1.5 y 2.0 es considerado



subóptimo y se obtiene cuando se suspende la TACoag. No es aconsejable, bajo ningún concepto, intentar procedimiento dental alguno con INR mayor a 3.5.<sup>9</sup>

## **ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES**

### **ÚLCERA PÉPTICA:**

Es una rotura bien delimitada de la mucosa gastrointestinal debida a la secreción crónica de ácido pepsina y a los efectos destructivos de y la respuesta del huésped a *helicobacter pylori*. El 80% se localiza en la primera porción de duodeno y el 20% en el estómago.<sup>11</sup>

### **Exámenes complementarios:**

La úlcera péptica se diagnóstica principalmente mediante endoscopia de fibra óptica combinada con radiografía de bario de doble contraste y prueba de laboratorio para detectar *H. pylori*. La prueba de la ureasa rápida es actualmente de la elección debido a su bajo costo y su excelente rentabilidad y la rapidez con que se obtiene los resultados (de 1 a 24hrs).<sup>11</sup>

### **HEPATITIS:**

Se define de forma inespecífica como una inflamación del hígado. La hepatitis puede estar producida por agentes infecciosos o no infecciosos. Los ejemplos de hepatitis infecciosas son la hepatitis vírica, la mononucleosis infecciosa, la sífilis secundaria y la tuberculosis. La hepatitis no infecciosa se debe al uso excesivo o prolongado de sustancias tóxicas como paracetamol, alcohol, halotano, ketonazol, metildopa y metotrexato.<sup>11</sup>

### **Hepatitis A:**

Es un *picornavirus* cuyo reservorio es el hombre, el chimpancé, y probablemente, otros monos; el virus es resistente al calor y a frío, y puede persistir por periodos prolongados en el medio ambiente. La infección confiere inmunidad durante toda la vida.<sup>13</sup> El (HAV) se transmite por vía oral, por ingestión de agua o alimentos contaminados con heces de pacientes o de portadores de gérmenes, en particular leche, verduras y mariscos crudos.<sup>13</sup>



### **Hepatitis B:**

Este se transmite por contactos sexuales (en particular homosexuales), jeringas o agujas contaminadas (toxicómanos), transfusión de sangre o derivados hemáticos (hemofílicos), o transmisión madre-hijo. Su persistencia mayor de seis meses indica estado de portador.<sup>13</sup>

### **Hepatitis C:**

Igual que el HBV, este se transmite por transfusiones, toxicomanías, hemodiálisis, pero rara vez por contacto sexual.<sup>13</sup>

### **Hepatitis D:**

Se trata de un virus pequeño, defectivo o incompleto, que solo se puede desarrollar en presencia del virus de la hepatitis B (infección simultánea B + D, o sobre infección de una hepatitis B por el virus D). Igual modo de transmisión que el virus B (sujetos en riesgo: toxicómanos, homosexuales, hemofílicos, inmunodeprimidos, individuos de zonas endémicas).<sup>13</sup>

### **Hepatitis E:**

Se transmite por vía oral, por ingestión de agua o alimentos contaminados (como la hepatitis A). Enfermedad habitualmente benigna, pero existe la posibilidad de hepatitis fulminante en la embarazada, sobre todo en el tercer trimestre; si la madre se cura el niño no es infectado.<sup>13</sup>

### **Exámenes complementarios:**

Las pruebas de laboratorio más útiles para realizar un diagnóstico de la hepatitis vírica aguda son las de las transaminasas sanguíneas, que se encuentran elevadas, el nivel sérico de bilirrubina, el recuento leucocitario y el tiempo de protrombina.<sup>11</sup>

### **HEPATOPATÍA ALCOHÓLICA (CIRROSIS):**

Suele considerarse como un trastorno irreversible caracterizado por fibrosis progresiva y una regeneración anormal de la arquitectura hepática como respuesta a la lesión y a la



agresión crónica. La agresión en este caso es prolongada y se debe al consumo excesivo de etanol.<sup>11</sup>

### **Exámenes complementarios:**

Los hallazgos de laboratorio en la cirrosis van desde las anomalías mínimas producidas por un hígado graso a las manifestaciones características de la hepatitis alcohólica y la cirrosis, estas son: elevaciones de la bilirrubina, fosfatasa alcalina, aspartato aminotransferasa, alanina aminotransferasa, amilasa, ácido úrico, triglicérido y colesterol. Las deficiencias de los factores de coagulación generan elevaciones en el tiempo de protrombina y en el tiempo parcial de tromboplastina. Puede existir trombocitopenia produciendo una disminución del recuento plaquetario y un aumento del tiempo de hemorragia, suelen existir leucopenia o anemia.<sup>11</sup>

## **ENFERMEDADES ENDOCRINAS**

### **DIABETES:**

Es un complejo de enfermedades con componentes vasculares y metabólicas, se caracteriza por hiperglucemia y por unas series de complicaciones entre las que se incluyen enfermedades micro vascular renal y ocular así como unas series de neuropatías clínicas.<sup>11</sup>

### **TIPO I:**

Abarca la mayoría de casos relacionados con una deficiencia absoluta de insulina por destrucción de las células  $\beta$  de la glándula (páncreas) relacionado con procesos autoinmunitarios o de etiología desconocida. Esta destrucción de las células  $\beta$  de los islotes pancreáticos se da por infiltración y formación de anticuerpos contra estas células (insulitis).<sup>9</sup>

En diabetes no diagnosticada, mal controladas o de difícil control (lábilis), los signos de poliuria, polidipsia y polifagia, se presentan cuando la elevación de glucosa sanguínea rebasa el umbral renal y comienza a ser eliminada por la orina; junto con la glucosa se





elimina agua y electrólitos, lo cual puede llevar a deshidratación severa, lo que explica la poliuria y la polidipsia.<sup>9</sup>

### **TIPO II:**

Diabetes mellitus no dependiente de insulina: se desconoce su etiología específica, no está asociada a procesos inmunitarios como la diabetes mellitus tipo I. Pero hay una fuerte predisposición genética con obesidad y distribución abdominal de grasa.<sup>9</sup>

### **Tratamiento dental:**

El odontólogo debe remitir a sus pacientes con sospechas de diabetes para confirmar su diagnóstico y tratamiento. Monitorice y controle la hiperglucemia y en los pacientes tratados con insulina prevenga la reacción a la insulina aconsejándole tomar comidas normales antes de las visitas citando a los pacientes preferiblemente por la mañana advirtiéndole de que le informe la aparición de cualquier síntoma de reacción a la insulina cuando aparezca por primera vez. Disponga de azúcar en algunas formas para administrar en caso de reacción a la insulina. Siempre evite la anestesia general en diabéticos graves.<sup>11</sup>

### **Exámenes complementarios:**

El nivel de glucemia en ayuna y dos horas posprandial se ha convertido en las pruebas de laboratorio estándares. La utilización y la interpretación de otras pruebas de laboratorios para evaluar y diagnosticar la diabetes se enumeran a continuación: Glucosa y acetona urinarias, determinación de la glucemia, prueba de tolerancia de la glucosa oral, glucohemoglobina (hemoglobina glucosilada).<sup>11</sup>

### **HIPOTIROIDISMO:**

Disminución o ausencia de hormonas tiroideas, la etiología puede ser variada, existen estados hipotiroideos por falta de estimulación hipofisiaria o por defectos hipotalámicos que fallan en estimular la adenohipófisis. Pueden ser varias las razones que llevan a estado hipotiroideos dos de las más referidas son el cretinismo o hipotiroidismo infantil y mixedema o hipotiroidismo del adulto.<sup>9</sup>



### **Exámenes complementarios:**

Se realizarán las pruebas de T4, T3, TSH y TBG.

Cuando el paciente hipotiroideo recibe un buen cuidado médico no se plantean problemas especiales en el tratamiento dental salvo el manejo de la mala oclusión y de la macroglosia si existen.<sup>9</sup>

### **HIPERTIROIDISMO (TIROTÓXICOSIS):**

El término tirotoxicosis alude a un exceso de T4 y T3 en la corriente sanguínea. Tal exceso puede deberse a la presencia de tejido tiroideo ectópico, enfermedad de Grave, bocio multinodular, adenoma de tiroides, tiroiditis subaguda, alimentos que contienen hormonas tiroideas o enfermedades hipofisarias que afectan a la porción anterior de la misma.<sup>11</sup>

### **Exámenes complementarios:**

Las pruebas de T4, T3, TBG, y TSH son las más utilizadas para detectar el hipertiroidismo.<sup>11</sup>

### **TRASTORNOS DE LAS GLÁNDULAS SUPRARRENALES:**

Estas glándulas pueden dejar de funcionar cuando la hipófisis o el hipotálamo no son capaces de producir las cantidades requeridas de las hormonas. La producción deficiente o excesiva de cualquier hormona suprarrenal puede causar enfermedades graves.<sup>18</sup>

### **HIPOFUNCIÓN DE LAS GLÁNDULAS SUPRARRENALES:**

La enfermedad de Addison se produce cuando las glándulas suprarrenales secretan cantidades insuficientes de corticosteroides.<sup>18</sup>

### **Exámenes complementarios:**

Los análisis de sangre pueden mostrar una carencia de corticosteroides, especialmente de cortisol, así como un valor bajo de sodio y uno alto de potasio. Las medidas de la función renal en la determinación de urea y creatinina en sangre, generalmente indican que los riñones no están trabajando correctamente.



Los valores de corticosteroides, controlados después de una inyección de adrenocorticotropina (una prueba de estimulación), son útiles para distinguir la insuficiencia suprarrenal de la insuficiencia hipofisaria.<sup>18</sup>

### **HIPERFUNCIÓN DE LAS GLÁNDULAS SUPRARRENALES:**

Las glándulas suprarrenales pueden producir una cantidad excesiva de una o más hormonas. La causa de estas alteraciones reside en las mismas glándulas o en una sobrestimulación de la hipófisis. Los síntomas y el tratamiento dependen de cuáles sean las hormonas que se producen en una cantidad excesiva (esteroides androgénicos, corticosteroides o aldosterona).<sup>18</sup>

### **HIPERPRODUCCIÓN DE ESTEROIDES ANDROGÉNICOS:**

La hiperproducción de esteroides androgénicos (testosterona y hormonas similares) es un trastorno que causa virilización, es decir, el desarrollo de características masculinas exageradas, ya sea en los varones o en las mujeres. La hiperproducción moderada de androgénicos es frecuente, y tiene como único efecto un aumento del crecimiento del cabello (hirsutismo).<sup>18</sup>

### **Exámenes complementarios:**

El médico puede solicitar una tomografía computadorizada (TC) o una resonancia magnética (RM) para obtener una imagen de las glándulas suprarrenales.<sup>18</sup>

### **HIPERPRODUCCIÓN DE CORTICOSTEROIDES:**

La sobreexposición a los corticosteroides (ya sea por la hiperproducción de las glándulas suprarrenales como por su administración en cantidades excesivas) da como resultado el síndrome de Cushing.<sup>18</sup>



### **Exámenes complementarios:**

Cuando el médico sospecha el síndrome de Cushing después de observar los síntomas, requiere la medición del valor sanguíneo de cortisol, la principal hormona corticosteroide. Normalmente, los valores de cortisol son elevados por la mañana y disminuyen durante el día. Las personas con síndrome de Cushing tienen concentraciones de cortisol muy altas por la mañana, que disminuyen durante el día como cabría esperar. Es de utilidad medir el cortisol en la orina porque los análisis realizados con intervalos de pocas horas indican la cantidad que se ha producido durante ese intervalo.<sup>18</sup>

Se requieren otras pruebas de laboratorio para determinar la causa precisa del síndrome. Dichas pruebas incluyen tomografía computadorizada (TC) o una resonancia magnética (RM) de la hipófisis o de las glándulas suprarrenales, así como una radiografía del tórax o una TC de los pulmones.<sup>18</sup>

### **HIPERPRODUCCIÓN DE ALDOSTERONA:**

La hiperproducción de aldosterona (hiperaldosteronismo) por parte de las glándulas suprarrenales es una enfermedad que modifica la concentración sanguínea de sodio, potasio, bicarbonato y cloro y, en consecuencia, produce hipertensión, causa debilidad y, en raras ocasiones, períodos de parálisis.

La aldosterona, una hormona producida y secretada por las glándulas suprarrenales, transmite información al riñón para que excrete menos sodio y más potasio.<sup>18</sup>

### **Exámenes complementarios:**

Si el médico sospecha que tanto la hipertensión como los síntomas relacionados están causados por el hiperaldosteronismo, puede medir los valores sanguíneos de sodio, potasio y aldosterona.

Por lo general, no se necesitarán pruebas complementarias.

Cuando la producción de aldosterona es elevada, son útiles la tomografía computadorizada (TC) o la resonancia magnética (RM), pero con frecuencia se debe practicar una cirugía exploratoria.<sup>18</sup>



### **HIOPARATIROIDISMO:**

Es una afección en la cual el cuerpo produce muy poca hormona paratiroidea. La causa más común del hipoparatiroidismo es la lesión de las glándulas paratiroides durante una cirugía de cabeza y cuello. La secreción de la hormona paratiroidea también se puede alterar cuando los niveles de magnesio en la sangre son bajos o cuando el ph sanguíneo es demasiado alto, afección que recibe el nombre de alcalosis metabólica.<sup>17</sup>

Los factores de riesgo para el hipoparatiroidismo abarcan operación reciente de la glándula tiroides o del cuello, antecedentes familiares de trastornos de paratiroides o ciertas enfermedades endocrinas autoinmunitarias, tales como la enfermedad de Addison.<sup>17</sup>

### **Exámenes complementarios:**

- ✚ Nivel de calcio sérico bajo.
- ✚ Nivel de fósforo sérico alto.
- ✚ Nivel de hormona paratiroidea sérica bajo.
- ✚ Nivel de magnesio sérico bajo (posible).
- ✚ Ocasionalmente se presenta ritmo cardíaco anormal en un ECG (posible).
- ✚ Calcio en orina.
- ✚ Calcio ionizado en la sangre.<sup>17</sup>

## **ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS**

### **EPILEPSIA:**

Se define como un conjunto de trastornos caracterizado, por cambios crónicos, recidivantes y paroxísticos de la función neurológica, determinado por una actividad eléctrica cerebral anómala y espontánea. Las crisis pueden ser convulsivas (acompañada de manifestaciones motoras) o bien manifestarse a través de otros cambios en la función neurológica (sensoriales, cognoscitivos, emocionales).<sup>9</sup>

La etiología puede estar dada por traumatismos craneales, las anomalías del desarrollo, los tumores intracraneales, la hipoglucemia, la supresión de fármacos y los procesos febriles.<sup>9</sup>



### **Exámenes complementarios:**

Muchos pacientes epilépticos tienen un EEG (electroencefalográfico) alterado. El diagnóstico se realiza basándose en los antecedentes de convulsiones y en el EEG. Otras técnicas diagnósticas útiles son la tomografía computarizada. (TC), la punción lumbar, los perfiles químico séricos y las pruebas toxicológicas.<sup>9</sup>

### **Tratamiento dental:**

El primer paso en el tratamiento dental de un paciente epiléptico es identificarlo y ello se consigue mediante la historia clínica, es importante indagar bien acerca de sus antecedentes. En pacientes no controlados se aconseja consultar con el médico antes de realizar algún tratamiento; un paciente con enfermedad mal controlada puede requerir tratamiento anticonvulsivante adicional o sedantes, según indique el médico.<sup>9</sup>

Los pacientes con tratamiento anticonvulsivante pueden sufrir los efectos tóxicos de estos fármacos como alergias en forma de rash o reacción similar al eritema multiforme.<sup>9</sup>

La difenilhidantoína, la carbamazepina y el ácido valproico pueden causar supresión de la médula ósea, leucopenia y trombocitopenia, que condicionan una mayor incidencia de infecciones microbianas, retraso de la cicatrización y hemorragia gingival o postquirúrgica.

No deben administrarse propoxifeno ni eritromicina a los pacientes que toman carbamazepina, ya que interfieren en el metabolismo de la misma lo que puede producir toxicidad.

No deben administrarse aspirina ni antiinflamatorios no esteroideos (AINES) a los pacientes que toman ácido valproico, ya que pueden reducir más la agregación plaquetaria y provocar hemorragias. No hay contraindicaciones en lo referente a los anestésicos locales en cantidades adecuadas en estos pacientes.<sup>9</sup>



### **Prevención:**

Conocer la historia del paciente, citarlos a pocas horas de haber tomado la medicación anticonvulsivante, utilizar un abreboca y comunicarle la importancia que indique de inmediato que está sintiendo el aura.<sup>9</sup>

Si el paciente sufre una convulsión en el sillón del odontólogo la primera obligación es protegerlo y tratar de evitar las lesiones, se debe retirar el instrumental y la bandeja, colocar el sillón en posición supina con sujeción, cuando sea posible colocar al paciente de lado para controlar la vía aérea y reducir al mínimo la aspiración de secreciones.<sup>9</sup>

Después el paciente cae en un profundo sueño del que no se le puede despertar. El paciente recupera la conciencia de modo gradual en pocos minutos, pero puede seguir confuso y desorientado y sentirse violento. La cefalea es característica de esta fase. Después no se debe continuar con el tratamiento aunque hay que examinar al paciente en busca de lesiones. Si se hubiera producido alguna fractura o avulsión dental o la rotura de un aparato hay que intentar localizar el diente o los fragmentos para evitar su aspiración, para lo cual puede ser necesaria una radiografía de tórax.<sup>9</sup>

El paciente debe mantener óptimo nivel de higiene bucal, es preferible una PPF (prótesis parcial fija) a una PPR (prótesis parcial removible), ya que esta se suelta con más facilidad, en el caso de la PPF hay que examinar todos los componentes de metal, cuando sea posible, para reducir al mínimo el riesgo de fractura.<sup>9</sup>

### **CONVULSIONES:**

Es un síntoma, una descarga ocasional, obsesiva y desarrollada del tejido nervioso. En una definición más moderna se hace hincapié en los mismos principios afirmándose que es una alteración paroxística de la función cerebral, caracterizada por ataques que implican cambios en el estado de conciencia, actividad motora o fenómenos sensoriales; una convulsión tiene un comienzo súbito y una duración breve.<sup>12</sup>



### **Tratamiento en la consulta odontológica:**

1. Cuando el paciente con historia anterior de crisis de grand mal muestra un aura, hay que interrumpir de inmediato el tratamiento odontológico.
2. Retirar de la boca todo el material odontológico que sea posible antes de que el paciente pierda el conocimiento.
3. Cuando la convulsión se produce en el sillón dental será difícil mover al paciente, por lo que se le dejará en el sillón y se colocará en posición supina. Cuando se produce fuera del sillón dental se le acostará en el suelo.
4. Solicitar asistencia médica.
5. Evitar las lesiones.
6. Soporte vital básico, ya que la respiración puede ser inadecuada.
7. Administrar oxígeno.<sup>12</sup>
8. Monitorizar signos vitales.
9. Tranquilizar y recuperar al paciente.
10. Dar de alta de la consulta.<sup>12</sup>

### **SÍNCOPE:**

El síncope es un término genérico que define la pérdida de consciencia súbita y transitoria, por lo general secundaria a una isquemia cerebral al síncope vasodepresor, también denominado síncope vasovagal, se le suele conocer como desmayo vulgar y se trata de un proceso habitualmente benigno. En estudios realizados sobre urgencias en el entorno odontológico el síncope aparece como la situación de urgencia más frecuente.<sup>12</sup>

Los pacientes se desmayan en todas las fases del cuidado dental, durante la extracción de piezas u otras técnicas quirúrgicas, durante las inyecciones de anestésicos locales, estando sentado en el sillón dental e incluso en la consulta. La consciencia se recupera casi de inmediato y en poco tiempo el paciente parece totalmente recuperado. Aunque parece que su naturaleza es inocua, el síncope conlleva una pérdida de conocimiento y cualquier pérdida de la consciencia aunque sea breve, produce alteraciones fisiológicas en la víctima, ejemplo: alteraciones cardiopulmonares secundarias a hipoxia o anoxia.<sup>12</sup>





El tratamiento adecuado del síncope seguirá los pasos habituales de cualquier paciente inconsciente:

Paso 1: valorar la consciencia, el paciente muestra falta de respuesta a la estimulación sensorial.

Paso 2: pedir ayuda, activar el sistema de urgencia de la consulta de odontología.

Paso 3 :colocar al paciente en posición supina, es el paso primero y más importante para tratar el síncope ,una ligera elevación de las piernas, aumentará el retorno de sangre desde la periferia, este paso tiene la mayor importancia, ya que la mayoría de las manifestaciones clínicas que se aprecian en esta situación son productos de un flujo de sangre cerebral inadecuado, si no se ubica al paciente en esta posición puede significar la muerte o algún daño neurológico permanente producido por isquemia cerebral.<sup>12</sup>

Paso 4: valorar y abrir la vía aérea, hay que establecer de inmediato una vía aérea permeable, la maniobra frente-mentón será la única necesaria para establecer una vía aérea permeable. Esta maniobra consiste en: inclinación de la cabeza, elevación del mentón, el reanimador coloca los dedos de una mano sobre la porción ósea anterior de mandíbula del paciente, la otra mano se coloca en la frente rotando la cabeza hacia atrás.<sup>12</sup>

Paso 5: valorar la permeabilidad de la vía aérea y la respiración, la adecuación de la vía aérea debe confirmarse después mirando el tórax, escuchando y notando el aire exhalado.

Paso 6: valorar la circulación, se debe palpar el pulso carotídeo.<sup>12</sup>

## **ENFERMEDADES RENALES**

### **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:**

Este es un estado progresivo que se define cuando los riñones no son capaces de llevar a cabo su función excretora normal; la eficiencia es progresiva hasta llegar a niveles que son incompatibles con la condición de vida (incapacidad de filtración mayor de 75%).<sup>9</sup>

### **Exámenes complementarios:**

Para propósitos odontológicos en todo paciente sospechoso o declarado de insuficiencia renal se debe solicitar química sanguínea, biometría hemática y prueba de coagulación.<sup>9</sup>



### **Tratamiento dental:**

Protocolo dental para valoración y toma de decisiones en pacientes con insuficiencia renal crónica:

- a.- Valoración bucal completa clínica y radiográfica.
- b.- Realizar exámenes de laboratorio antes mencionados.
- c.- La tensión arterial debe ser vigilada de manera continua.
- d.- Establecer una minuciosa selección en las prescripciones farmacológicas.
- e.- Control de estomatitis infecciosa de tipo bacteriana, micótico o viral previo al manejo dental rutinario.
- f.- Tratamiento agresivo de infecciones dentales y periodontal apoyado con antibiogramas.
- g.- Profilaxis en pacientes con puentes arteriovenosos, conectores transdérmicos (diálisis peritoneal) y antecedentes de trasplante renal.
- h.- Debe ser considerada la posibilidad de hospitalización para manejo de infecciones graves o para la realización de procedimientos amplios particularmente los quirúrgicos en pacientes bajo diálisis o trasplante renal.<sup>9</sup>

### **GLOMERULONEFRITIS**

Por definición la glomerulonefritis es una afección inflamatoria del glomérulo de origen múltiple que causa alteraciones progresivas de su estructura y su función.<sup>9</sup>

### **Exámenes complementarios:**

En caso de sospecha de insuficiencia renal la determinación de urea y creatinina en sangre es la prueba indicada. Valores altos de estos subproductos metabólicos obligarán a una consulta médica para valoración y tratamiento.<sup>9</sup>

### **Tratamiento dental:**

Un paciente con signos subjetivos de insuficiencia renal o la sospecha de un manejo médico inadecuado como puede ser un incremento en la tensión arterial y edema palpebral, requiere de interconsulta médica para definir tratamiento.<sup>9</sup>



## **PIELONEFRITIS**

Se origina de una infección de tipo bacteriano purulenta precipitada en porciones inferiores del sistema excretor como uretra (uretritis), vejiga (cistitis), cálices y pelvecillas renales que bajo ciertas circunstancias asciende a los riñones destruyendo su parénquima causando daños funcionales permanentes.<sup>9</sup>

### **Tratamiento dental:**

Es poco probable que un paciente en estado agudo de pielonefritis procure atención dental electiva, el control del dolor y la infección serán los objetivos de manejo.<sup>9</sup>

### **Exámenes complementarios:**

La valoración de urea y creatinina sanguínea serán buenos indicadores de una alteración renal.<sup>9</sup>

### **Diálisis:**

Cuando las enfermedades renales hayan conducidos al paciente en un estado de insuficiencia terminal es posible que el paciente este bajo tratamiento de diálisis vía peritoneal o sanguínea (hemodiálisis) con la intención de eliminar de su sangre sustancias catabólicas y suplir parcialmente las funciones renales.<sup>9</sup>

### **Exámenes complementarios:**

La tensión arterial siempre debe ser vigilada tanto por su incremento como por su descenso. En los pacientes con hemodiálisis, se cuidará el brazo donde se encuentre el aditamento arteriovenosos usado para conectar al paciente al dializador. Los exámenes de laboratorio básico para el odontólogo son: química sanguínea (urea y creatinina), biometría hemática y los relacionados con la hepatitis virales B y C.<sup>9</sup>

## **ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL:**

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) tienen importantes implicaciones en la odontología. En primer lugar muchos presentan manifestaciones orales que el odontólogo debe conocer para identificarlas, de modo que le permite remitir a los pacientes para



instaurarles tratamiento médico. En segundo lugar, las ETS pueden transmitirse por contacto directo con las lesiones, la sangre o la saliva y dado que muchos pacientes pueden ser asintomáticos, hay que tratar a todos los pacientes como posibles transmisores y adoptar las precauciones universales. En tercer lugar, la presencia de una ETS se acompaña en el 10% de los casos de otras ETS adicional.<sup>11</sup>

### **INFECCIÓN POR VIH Y SIDA:**

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es una enfermedad crónica de curso progresivo e irreversible la cual produce disminución de la resistencia inmunológica celular, que permite desarrollar infecciones oportunista y neoplasias malignas que eventualmente conducen a la muerte del individuo afectado.<sup>9</sup>

### **Exámenes complementarios:**

El análisis de inmunoabsorción enzimática (ELISA) es un método sencillo que constituye el primer paso para detectar sujetos seropositivos, el resultado positivo con esta técnica se confirma con el análisis de transferencia Western (Western blot). A partir de 1989 se pueden detectar secuencias de ADN de VIH por medio de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), el cual es un método tan confiable como el cultivo de virus mismo y permite detectar el nivel de viremia de los afectados. Los recuentos de linfocitos TCD4, VHC y los niveles de ARN de VIH en plasma representan una parte importante de la valoración y seguimiento de la enfermedad en personas infectadas por VIH.<sup>9</sup>

### **Tratamiento dental:**

El riesgo de transmisión de VIH durante el trabajo odontológico existe, pero es muy bajo (es menor al calculado en otras enfermedades infectos contagiosas como la hepatitis B, la tuberculosis y la infección hepática). Lo más adecuado es utilizar los métodos de barrera y demás precauciones universales en todos los pacientes independientemente de identificarse en ellos prácticas de alto riesgo para enfermedades infectocontagiosas o francos signos de enfermedad.<sup>9</sup>



Dentro de las alteraciones bucales asociadas a la infección por VIH esta: candidiasis bucal, leucoplasia vellosa, sarcoma de kaposi bucal, linfoma no hodgkin, enfermedad periodontal.<sup>9</sup>

### **ALERGIAS:**

Se ha definido anteriormente como un estado de hipersensibilidad adquirido por la exposición a un determinado alérgeno; la reexposición al mismo produce una mayor capacidad para reaccionar.<sup>12</sup>

Las manifestaciones clínicas pueden ser desde leves y retrasadas, que se producen hasta cuarenta y ocho horas después de la exposición al antígeno, hasta las inmediatas, que ponen en riesgo la vida del paciente y que se producen segundos después de la exposición.

Existen dos formas de alergias con importantes consecuencias para la práctica odontológica:

- ✚ La reacción de tipo I, o anafiláctica (inmediata), la situación de urgencia vital más grave con la que se enfrenta el personal de la consulta de odontología.
- ✚ La reacción alérgica tipo IV o retardada, que clínicamente se traduce en una dermatitis de contacto, es particularmente importante, ya que es frecuente que el personal relacionado desarrolle este tipo de alergias.

Los fármacos que más se utilizan en odontología y con un significativo potencial de alergia:

- ✚ Antibióticos: penicilina, cefalosporinas, tetraciclinas, sulfamidas.
- ✚ Analgésico: ácido acetilsalicílico (AAS aspirina), antiinflamatorios no esteroideos (AINES).
- ✚ Narcóticos: morfina, meperidina, codeína.
- ✚ Ansiolíticos, barbitúricos.
- ✚ Anestésicos locales: ésteres, procaína, propoxicaina, benzocaina, tetracaina.
- ✚ Otros agentes: monómero acrílico (metilmetacrilato).<sup>12</sup>



### **Modificaciones del tratamiento odontológico:**

Cuando un paciente es realmente alérgico a un fármaco, hay que tomar las precauciones necesarias para evitar administrar esa sustancia al paciente.<sup>12</sup>

Los pacientes catalogados como alérgicos a los anestésicos locales son tratados en un entorno hospitalario bajo anestesia general, si la alergia al anestésico local se limita a los del grupo éster, pueden utilizarse los del grupo amida, ya que la alergenicidad, aunque posible es rara; si la alergia al anestésico local es al conservante paraben, puede inyectarse el anestésico local, si no contiene conservantes.

### **Tratamiento:**

- ✚ Interrumpir el tratamiento odontológico, inmediatamente una vez reconocidas las manifestaciones clínicas.
- ✚ Colocar al paciente como él se sienta cómodo. Soporte vital básico, si estuviera indicado valorar vía aérea, respiración y circulación y realizar los pasos necesarios del soporte vital básico.
- ✚ Utilizar un antihistamínico, en caso de reacción muy leve y localizada, se debe prescribir un antihistamínico oral y hacer que lo tome inmediatamente. Cuando se toma por vía oral, se recomienda el empleo del antihistamínico durante dos a tres días.<sup>12</sup>



## **DISEÑO METODOLÓGICO:**

**TIPO DE ESTUDIO:** Se realizó un estudio de corte transversal, descriptivo.

**ÁREA DE ESTUDIO:** Quirófanos de la facultad de odontología de la UNAN-León, ubicados en clínicas de cirugía oral I piso, localizadas en la facultad de odontología del campus médico, ubicado en el sur de León.

### **UNIVERSO DE ESTUDIO:**

- ✚ Los 81 estudiantes del V año de la facultad de odontología UNAN-LEÓN.
- ✚ Los 141 pacientes que fueron atendidos en dichas clínicas en el período comprendido de marzo a octubre del 2007 por estos mismos estudiantes.

### **UNIDAD DE ANÁLISIS:**

Historias clínicas archivadas en clínicas multidisciplinarias correspondientes a pacientes atendidos en quirófanos por estudiantes de V año en el período comprendido de marzo a octubre del 2007.

### **CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

#### **INCLUSIÓN:**

- ✚ Expedientes de pacientes atendidos en quirófano por estudiantes de V año en el periodo comprendido de marzo a octubre del 2007.
- ✚ Estudiantes matriculados en V año de la facultad de odontología del 2007.

#### **EXCLUSIÓN:**

- ✚ Expedientes de pacientes atendidos en quirófano no archivados dentro de la carpeta individual de cada estudiante.
- ✚ Estudiantes que participaron en las brigadas médicas, que al momento de aplicar las encuestas no estaba presente.



### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLES	CONCEPTOS	INDICADORES	VALORES
<b>Protocolo de atención</b>	Secuencia lógica y ordenada de acciones establecidas con el fin de resolver o prevenir una enfermedad	Historias clínicas archivadas en clínicas multidisciplinarias.	Si No
<b>Grado de conocimiento</b>	Nivel de conocimiento que poseen las personas sobre un determinado tema.	Respuestas dadas en el cuestionario aplicado a cada uno de los estudiantes del V año.	Excelente 90-100pts Muy Bueno 80-89pts Bueno 70-79pts Regular 60-69pts Deficientes 0-59pts
<b>Enfermedades sistémicas</b>	Cualquier tipo de enfermedad que afecte un órgano o sistema y que con esto conlleve a una serie de signos y síntomas variables. <sup>3</sup>	Diagnóstico de enfermedades sistémicas plasmadas en la historia clínica.	Enfermedades cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales, endocrinas, renales, neurológicas y hematopoyéticas.
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Edad reflejada en la hoja de datos generales de la historia clínica	Intervalo de edades: 11-19 años 20-28 años 29-37 años 38-46 años 47-55 años 56-64 años 65-69 años
<b>Sexo</b>	Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer.	Datos reflejados en la hoja de datos generales de la historia clínica.	Femenino Masculino
<b>Examen de laboratorio.</b>	Son todas aquellas pruebas de laboratorio que el clínico envía para saber si el paciente esta apto para ser intervenido quirúrgicamente.	En los estudios de gabinete de la historia clínica.	Todos y cada uno de los resultados obtenidos mediante los exámenes de laboratorio anexo a la historia clínica.





## **MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:**

El proceso de recolección de datos se llevó a cabo en un término de dos meses desde la fase de elaboración y organización de los instrumentos de recolección de la información.

Para dar respuesta a los objetivos planteados se actuó de 3 maneras distintas:

1. Obtención de resultados a través de revisión minuciosa de todos los expedientes archivados en las clínicas multidisciplinarias correspondiente a los pacientes atendidos en cirugía oral- quirófano entre los meses de marzo a octubre del 2007, todo esto a través de una ficha de recolección de datos. Esta ficha de recolección de datos recogía la siguiente información: número de expediente, edad, sexo, enfermedad sistémica presentada por el paciente, exámenes de laboratorio enviado a cada paciente, todo esto con el propósito de identificar las enfermedades sistémicas más frecuentes que padecen los pacientes que acuden a clínicas de quirófano, según edad y sexo, y por otro lado determinar el porcentaje de estudiantes que solicitan exámenes de laboratorio según las enfermedades sistémicas que presenta el paciente.
2. Se realizó una primera encuesta objetiva, “tipo examen” (ver anexos) que consistió en la elaboración de 15 preguntas cerradas las cuales estaban enfocadas a distintos tópicos en relación al manejo de pacientes con enfermedades sistémicas atendidos en las clínicas de cirugía oral quirófano.

Dentro de los tópicos se destacan:

- ✚ Enfermedades sistémicas que retardan o interfieren un procedimiento quirúrgico.
- ✚ Enfermedades sistémicas que ponen en riesgo la vida de forma mediata e inmediata.
- ✚ Profilaxis antibiótica.
- ✚ Anestésicos locales.
- ✚ Prevenciones a tomar en cuenta en pacientes con enfermedades sistémicas.
- ✚ Exámenes de laboratorio: valores normales e interpretación de resultados.



Para la tabulación de dichos resultados se trabajó con la escala de valores empleadas por la facultad:

<b>Escala de valores</b>	<b>Puntaje</b>
Excelente	90-100
Muy bueno	80-89
Bueno	70-79
Regular	60-69
Deficiente	0-59

Para conocer el valor de cada pregunta simplemente se dividió los 100 puntos que corresponde a la máxima nota entre las 15 preguntas de que constaba dicho examen, obteniendo un valor de 6.666 por pregunta, valor que se multiplicó por el número de preguntas correctas.

3. Se realizó una segunda encuesta “de opinión”(ver anexos) que consistió en la elaboración de 5 preguntas cerradas donde los alumnos tenían que contestar a conciencia preguntas relacionadas con dicho tema de investigación, ambas encuestas se aplicaron basadas en la lista oficial de los estudiantes del V año de odontología, se les entregó a cada uno de ellos una encuesta en sus tiempos libres y se fue marcando el nombre del estudiante que ya había dado respuesta a la encuesta, se hizo espera a que el estudiante diera respuesta a las preguntas de dicha encuesta y posteriormente se le fue retirada.



## RESULTADOS

**Tabla No.1.** Grado de conocimiento que tienen los estudiantes del V año de la facultad de odontología UNAN-León sobre el manejo de pacientes comprometidos sistémicamente, atendidos en quirófano entre los meses comprendidos de marzo a octubre del 2007.

<b>GRADO DE CONOCIMIENTO</b>	<b>Nº DE ESTUDIANTES</b>	<b>%</b>
Excelente	1	1.59
Muy bueno	5	7.94
Bueno	8	2.70
Regular	29	46.03
Deficiente	20	31.74
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>

El 46.03% de los estudiantes presentó un grado de conocimiento regular sobre el manejo de pacientes comprometidos sistémicamente, seguido de un 31.74% con un grado de conocimiento deficiente y tan solo el 1.59% se encontró dentro de la escala excelente.



**Tabla No.2.** Opinión que tienen los estudiantes del V año de la facultad de odontología UNAN-León sobre el conocimiento de los protocolos a seguir al momento de surgir posibles complicaciones en pacientes comprometidos sistémicamente que fueron atendidos en quirófano entre los meses comprendidos de marzo a octubre del 2007.

<b>CONOCEN EL PROTOCOLO</b>	<b>Nº DE ESTUDIANTES</b>	<b>%</b>
Siempre	3	4.76
No todas la veces	60	95.23
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>

De los 63 estudiantes encuestados una gran mayoría que equivale a 60 estudiantes manifiestan que no todas las veces conocen los protocolos a seguir al momento de surgir complicaciones en pacientes sistémicamente comprometidos; y solamente 3 estudiantes reflejan conocer los protocolos a seguir.



**Tabla No.3.** Capacidad que manifiestan sentir los estudiantes del V año de la facultad de odontología UNAN-León para atender a un paciente con cualquier enfermedad sistémica en quirófano, entre los meses de marzo a octubre del 2007.

<b>CAPACIDAD DE ATENCIÓN</b>	<b>Nº DE ESTUDIANTES</b>	<b>%</b>
SI	18	28.57
NO	45	71.42
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>

De los 63 alumnos encuestados 45 de ellos manifiestan no sentirse capaces para atender a un paciente con cualquier enfermedad sistémica, y solamente 18 estudiantes dicen tener capacidad para atender a este tipo de pacientes.



**Tabla No.4.** Opinión que tienen los estudiantes de V año de la facultad de odontología UNAN-León respecto a la capacidad de prevenir complicaciones trans o post-quirúrgico en pacientes comprometidos sistémicamente que fueron atendidos en quirófano durante los meses de marzo a octubre del 2007.

<b>CAPACIDAD DE PREVENIR</b>	<b>Nº DE PACIENTES ESTUDIANTES</b>	<b>%</b>
Siempre	45	71.42
No siempre	18	28.57
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>

El 71.42% de los estudiantes manifiestan seguir siempre el protocolo de prevención para evitar posibles complicaciones en el trans o post- quirúrgico y solamente el 28.57% dicen no tener dicha capacidad de prevención.



**Tabla No.5.** Opinión que tienen los estudiantes del V año de la facultad de odontología UNAN-León respecto al conocimiento de los valores normales de los diferentes exámenes de laboratorio y el establecimiento de posibles diagnósticos a través de sus diferentes resultados; enviados a los pacientes que fueron atendidos en quirófano entre los meses comprendidos de marzo a octubre del 2007.

<b>CAPACIDAD DE INTERPRETAR EXÁMENES</b>	<b>Nº DE ESTUDIANTES</b>	<b>%</b>
Siempre	8	12.69
No todas las veces	55	87.30
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>

Esta tabla nos refleja que el 87.30% de los estudiantes reflejan no conocer los valores normales de los diferentes exámenes de laboratorio para así establecer posibles diagnósticos a través de sus resultados, y el otro 12.69% restante reflejan conocer dichos valores.



**Tabla No.6.** Opinión que tienen los estudiantes del V año de la facultad de odontología UNAN-León , a la atribución de posibles causas de no sentirse plenamente capacitados al atender a pacientes comprometidos sistémicamente en quirófano en los meses comprendidos de marzo a octubre del 2007.

<b>POSIBLES CAUSAS</b>	<b>Nº DE ESTUDIANTES</b>	<b>%</b>
Estudiantes	19	30.15
Tutor	2	3.17
Ambos	40	63.50
Me siento plenamente capacitado	2	3.17
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>

Esta tabla refleja que el 63.50% de los estudiantes manifiestan que las causas que contribuyen a que ellos no estén plenamente capacitados al atender a pacientes comprometidos sistémicamente se debe a dos factores:

1. El tutor por falta de exigencia
2. El estudiante por falta de interés.





**Tabla No.7.** Distribución de los pacientes con o sin enfermedades sistémicas atendidos por los estudiantes del V año de la facultad de odontología en quirófano de la UNAN-León, entre los meses comprendidos de marzo a octubre del 2007.

<b>ENFERMEDADES SISTÉMICAS</b>	<b>Nº DE PACIENTES ATENDIDOS</b>	<b>%</b>
Ausente	75	53.19
Presente	66	46.80
<b>TOTAL</b>	<b>141</b>	<b>100%</b>

De los 141 pacientes atendidos, 46.80%; reflejó en sus expedientes por lo menos una enfermedad sistémica presente y el 53.19% no presentaron ningún tipo de enfermedad sistémica.



**Tabla No. 8.** Tipos de enfermedades sistémicas encontradas según sexo de los pacientes atendidos en quirófano de la UNAN-León, por los estudiantes del V año de la facultad de odontología entre los meses comprendidos de marzo a octubre del 2007.

TIPO DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS	SEXO				Nº DE PX CON DISTINTAS AFECCIONES	%
	M	%	F	%		
Infección renal	10	31.25	22	68.75	32	48.48
Úlcera gastrointestinal	3	30	7	70	10	15.15
Asma	3	33.33	6	66.66	9	13.63
Taquicardia	1	20	4	80	5	7.57
Hipotensión	2	40	3	60	5	7.57
Artritis	2	40	3	60	5	7.57
Bronquitis	1	33.33	2	66.66	3	4.54
Hipertensión	-	-	3	100	3	4.54
Anemia	1	33.33	2	66.67	3	4.54
Fiebre reumática	-	-	2	100	2	3.03
Enfermedades de la piel	-	-	2	100	2	3.03
Hepatitis	1	100	-	-	1	1.51
Diabetes	1	100	-	-	1	1.51
Angina de pecho	-	-	1	100	1	1.51
Insuficiencia cardíaca	-	-	1	100	1	1.51

De todas las enfermedades sistémicas encontradas en los pacientes atendidos, el sexo femenino es el afectado con mayor frecuencia.



**Tabla No. 9.** Distribución por edades de los pacientes comprometidos sistémicamente atendidos por los estudiantes del V año de la facultad de odontología en quirófanos de la UNAN-León, entre los meses comprendidos de marzo a octubre del 2007.

ENF. SISTÉMICAS	EDADES														Nº DE PX CON DISTINTAS AFECCIONES	%
	11-19	%	20-28	%	29-37	%	38-46	%	47-55	%	56-64	%	65-69	%		
Infección renal	8	25	16	50	3	9.37	3	9.37	1	3.12	1	3.12	-	-	32	48.48
Úlcera gastrointestinal	2	20	6	60	-	-	1	10	-	-	1	10	-	-	10	15.15
Asma	3	33.3	4	44.4	-	-	-	-	-	-	-	-	2	22.2	9	13.63
Taquicardia	1	20	2	40	-	-	1	20	-	-	-	-	1	20	5	7.57
Hipotensión	1	20	1	20	1	20	-	-	2	40	-	-	-	-	5	7.57
Artritis	-	-	2	40	-	-	-	-	-	-	2	40	1	20	5	7.57
Bronquitis	-	-	2	66.6	-	-	-	-	1	33.3	-	-	-	-	3	4.54
Hipertensión	-	-	1	33.3	-	-	-	-	-	-	1	33.3	1	33.3	3	4.54
Anemia	2	66.6	1	33.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	4.54
Fiebre reumática	2	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3.03
Enf. de la piel	1	50	1	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3.03
Hepatitis	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.51
Diabetes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100	1	1.51
Angina de pecho	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100	1	1.51
Insuficiencia cardíaca	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-	-	-	1	1.51

Los pacientes que con mayor frecuencia presentaron enfermedades sistémicas se encontraron dentro de los rangos de 20 a 28 años de edad.



**Tabla No.10.** Cantidad de pacientes a los que le ordenaron exámenes de laboratorio los estudiantes del V año de la facultad de odontología en quirófanos de la UNAN-León, entre los meses comprendidos de marzo a octubre del 2007.

<b>EXAMEN DE LABORATORIO</b>	<b>Nº DE PACIENTES ATENDIDOS</b>	<b>%</b>
Enviados	106	75.18
No enviados	35	24.82
<b>TOTAL</b>	<b>141</b>	<b>100%</b>

De los 141 pacientes atendidos, a 106 de ellos se le fue enviado al menos un tipo de examen de laboratorio y solamente a 35 de estos pacientes no le fue enviado ningún tipo de examen.



**Tabla Nº 11.** Tipo de exámenes enviados por los estudiantes del V año de la facultad de odontología UNAN-León a los pacientes que presentaban una enfermedad sistémica específica atendidos en clínicas de cirugía oral quirófano entre los meses comprendidos de marzo a octubre del 2007.

ENFERMEDAD SISTÉMICA	Nº de pacientes atendidos	Tipos de exámenes de laboratorio enviados			Total de exámenes	
		Exámenes de rutina		Exámenes específicos	Enviados	No enviados
		TS,TC	TS,TC,BHC			
Infección renal	32	1	15	EGO 1	17	15
Úlceras gástricas	10	1	5	-	6	4
Asma	9	1	2	-	3	6
Taquicardia	5	-	3	-	3	2
Hipotensión	5	-	3	-	3	2
Artritis	5	-	5	-	5	-
Bronquitis	3	-	1	-	1	2
Hipertensión	3	-	3	-	3	-
Anemia	3	-	1	-	1	2
Fiebre reumática	2	-	-	-	-	2
Enf. de la piel	2	-	2	-	2	-
Hepatitis	1	-	-	-	-	1
Diabetes	1	-	-	-	-	1
Insuficiencia cardíaca	1	-	-	-	-	1
Angina de pecho	1	-	1	-	1	-



### **Análisis tabla N° 11.**

De las 32 personas que presentaron infección renal (enfermedad mas común) a 17 de ellos se le fue enviado al menos un tipo de examen de laboratorio; por otro lado los pacientes que presentaron hepatitis, diabetes, e insuficiencia cardíaca, las cuales fueron las enfermedades menos frecuentes no se les fue enviado ningún tipo de examen de laboratorio.



### **DISCUSIÓN DE RESULTADOS:**

De los 63 encuestados y de los 141 expedientes revisados obtuvimos los siguientes resultados:

El 77.77% de los estudiantes del V curso, se encontró dentro de la escala de regular a deficiente respecto al “conocimiento sobre el manejo de paciente comprometidos sistémicamente”, lo cual indica que presentaron un gran déficit en relación a dicho tema; se encontró con un estudio similar a este, donde se midió el nivel de conocimiento de los estudiantes de tercero, cuarto y quinto curso de la facultad de odontología UNAN-León en relación a características y manejo de pacientes sistémicamente afectados en el segundo semestre del año 1996, donde reflejan que el 92% de los estudiantes tuvieron un conocimiento calificado como malo, siendo el V curso el que obtuvo el rendimiento más bajo, dato que coincide con este estudio.

Es lamentable darse cuenta que dichos resultados no han cambiado, ya que otro estudio realizado en el año de 1997 a 73 odontólogos de seis a diez años de experiencia de las ciudades de Managua, León y Chichígalpa, donde se midió el nivel de conocimiento que estos poseían acerca de enfermedades sistémicas relacionadas a la práctica dental, llegando a la conclusión que dichos odontólogos tuvieron conocimiento que van de regular a deficiente.

Las posibles causas que pueden estar influyendo para que se den estos resultados son:

- 1) Desinterés por parte del estudiante, por ser poco autodidacta y no tomar la debida importancia al correcto llenado de la historia clínica.
- 2) Falta de exigencia por parte de algunos tutores en relación a la revisión minuciosa de la historia clínica y sus anexos como radiografías y exámenes de laboratorio.

El autor José Luís Castellano y colaboradores, en su libro manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas hacen referencia que hipertensión arterial es la enfermedad más frecuente en la población adulta, de igual manera se encontró con un estudio en Internet titulado “Hipertensión arterial sistémica” elaborado por el Dr. Leonardo Saúl Lino



Silva, 2005, que coincidía con este dato, lo cual es lo contrario a los datos obtenidos en esta investigación donde infección renal fue la más frecuente.

En un estudio llevado a cabo en la facultad de odontología UNAN-León en el año 2004, se encontró que las enfermedades sistémicas más frecuentes fueron hipertensión arterial e infecciones renales, dato que coincide en parte con este estudio, ya que infección renal resultó ser la de mayor prevalencia, presentándola con mayor frecuencia pacientes del sexo femenino; lo que coincide con el artículo: "Trastornos del riñón y de las vías urinarias" publicado en Internet<sup>21</sup> donde refleja que a partir de los 20 a 50 años de edad las mujeres presentan dicha enfermedad con mayor frecuencia en relación a los varones.





## CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos en nuestra recolección de datos llegamos a la conclusión:

1. Gran parte de los estudiantes presentan deficiencia y falta de dominio del tema.
2. Las enfermedades sistémicas más frecuentes son: infección renal, seguida por las úlceras gástricas, asma e hipotensión.
3. Pocos estudiantes mandan los exámenes necesarios y pertinentes en ciertas enfermedades sistémicas, por falta de conocimiento y de precaución por parte del mismo.
4. Gran mayoría de los estudiantes encuestados no cumplen a cabalidad el protocolo de atención a seguir con los pacientes comprometidos sistémicamente que requieren una cirugía oral menor.



### RECOMENDACIONES:

- ✚ Motivar a los estudiantes tomen conciencia de la importancia del correcto llenado de la historia clínica para identificar las enfermedades sistémicas presente en los pacientes y de esta manera tomar en cuenta las precauciones para cada caso específico y que los tutores sean más exigentes respecto a la revisión de un correcto llenado de historia clínica previo al procedimiento quirúrgico a realizarse.
- ✚ Mayor interés de parte del estudiante en relación al enriquecimiento teórico acerca de los temas relacionados al manejo de pacientes comprometidos sistémicamente, y que de esta manera sepan identificar las manifestaciones orales propias de cada enfermedad, esto como una alarma para el odontólogo, de la existencia de posibles patologías que pueda estar padeciendo el paciente.
- ✚ Mayor exigencia de parte del docente al estudiante de anexar las radiografías, exámenes de laboratorios necesarios y específicos para cada enfermedad sistémica, al momento de presentar el caso clínico.
- ✚ Integrar al pensum académico de la carrera de odontología una materia relacionada específicamente con diagnóstico, tratamiento y manejo dental de pacientes sistémicamente comprometidos, además el de establecer relaciones hospitalarias.
- ✚ Contar en el área de cirugía oral con un equipo de primeros auxilios en caso de cualquier complicación en aquellos que así lo requieran, principalmente en pacientes sistémicamente afectados.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Maximo J. Giglio , Liliana N. Nicolosi, Semiología en la práctica de la odontología. 1ra. Edición Mc Graw – Hill Interamericana. 2000. Pág. 7-9
2. Maria José Rodríguez Muñoz, Holman Abdías Rojas Talavera, Sidar Eleazar Ruiz, Ruiz. Valoración de la prescripción de antibióticos en cirugía de terceros molares realizado por estudiantes de V curso de la facultad de odontología, UNAN-León en los quirófanos del departamento de cirugía oral- León, Nic: UNAN, 2005. Pág. 2 – 5.
3. Diccionario de medicina océano Mosby / Dir. Carlos Gispert- Barcelona: Océano, C, 2004.
4. Carmen Maria García Castro, Claudia José Cortés, Marcia Cardoza Flores. Nivel de conocimiento que poseen los odontólogos acerca de enfermedades sistémicas relacionadas a la práctica dental. León, Nic: UNAN, 1998
5. Karla Francis Alemán Méndez, Tatiana de los Andes Carvajal Betanco. Enfermedades sistémicas de pacientes atendidos en clínicas de emergencia, cirugía oral, facultad de odontología UNAN- León.- León, Nic: UNAN, 2005.
6. Cosme Gay Escoda, Leonardo Berini Aytes. Cirugía Bucal. Editorial Océano/ Ergón. Barcelona España. Tomo 1, 2004.
7. Alexandra Chamorro I; Karla Menicucci E. Nivel de conocimiento de los estudiantes de tercero, cuarto y quinto curso de la Facultad de Odontología UNAN- León, en relación a características y manejo dental de pacientes sistémicamente afectados en el segundo semestre de 1996.



8. Malcolm A. Lynch, Vernon J. Brightman, Martin S. Greemberg. Medicina Bucal de Burket. Diagnóstico y tratamiento. 8va. Edición México. Nueva editorial Interamericana, 1986. Págs. 445 – 448, 454 – 457, 465, 467, 471, 474, 522, 523.
9. José Luis Castellanos Suárez, Laura María Díaz Guzmán, Oscar Gay Zárate. Medicina en odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. 2da. Edición. Manual Moderno. Págs. 14 –18, 29, 30, 32-34, 61, 62, 67, 97-99, 104-106, 122, 132, 133, 141, 162-165, 177, 179-182, 212, 223, 428-432, 436, 437, 516.
10. Martin J. Dunn, Donald F Booth. Medicina Interna y urgencias en odontología. Traducido por el Dr. José Luis Gonzales Hernández, México DF. Editorial “El Manual Moderno.” S.A de CV. 1980. Págs. 14 –16, 62 – 64, 544.
11. James W. Little, Donald A. Falace, Craig S. Miller, Nelson L. Rhodus. Tratamiento odontológico del paciente bajo tratamiento médico. 5ta. Edición. Págs. 3, 15, 21, 27, 35, 103-117, 131, 136, 137, 140, 141, 176, 179, 189, 242, 245, 247, 249, 250 – 252, 255 – 257, 271, 274, 280, 287, 288, 291, 294, 298, 300, 308, 311 – 322, 373-378, 387, 396, 405, 426.
12. Stanley F. Malamed, “Urgencias Médicas en la consulta de odontología,” 4ta. Edición. Editorial Mosby \ Doyma Libros. 1994. Págs. 23, 120, 121, 125, 128, 131, 133, 279, 280, 281, 282, 287, 288, 347-350, 356-358, 365-367.
13. V. Fattorosso, O, Ritter. Vademécum clínico del diagnóstico del tratamiento. Págs. 515, 584, 590, 710, 1332-1334.
14. [www.medmayorcl/odontología/quinto/medoralintromedoraldoc](http://www.medmayorcl/odontología/quinto/medoralintromedoraldoc).
15. [http:// patoral.umayor.cl /emsimbuc/ emsimbuc.html](http://patoral.umayor.cl/emsimbuc/emsimbuc.html). Enfermedades sistémicas y sus implicancias bucodentarias. Dr. Benjamín Martínez R.2006.



16. Carlos Guarderas R. El examen médico: texto de enseñanza. Quito, Ecuador. Offset Ecuador, C 1982.
17. [www.walgreens.com/ library/ spanish](http://www.walgreens.com/library/spanish).
18. [www.msd.es/publicaciones/mmerck.hogar](http://www.msd.es/publicaciones/mmerck.hogar).
19. www.medicinaoral.com. Dra. Paloma Planells del Pozo, Maria José Barra Soto, Eva Santa Eulalia Troisfontaines. Profilaxis antibiótica en odontología infantil. Puesta al día. Madrid. 2006.
20. <http://www.monografias.com/trabajos19/hipertension-arterial/hipertension-arterial.shtml>. Hipertensión arterial sistémica. Leonardo Saúl Lino Silva. 2005.
21. [http://www.msd.es/publicaciones/mmerck\\_hogar/seccion\\_11/seccion\\_11\\_127.html](http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_11/seccion_11_127.html).



# ANEXOS



## GLOSARIO

**Anafilaxis:** reacción de hipersensibilidad exagerada frente a un antígeno con el que previamente se ha entrado en contacto.

**Antígeno:** cualquier sustancia extraña al huésped capaz de activar una respuesta inmune (por ejemplo alergia) mediante la estimulación del anticuerpo específico.

**Anticuerpo:** sustancia encontrada en sangre o tejidos, que responde a la administración o reacción con un antígeno; su estructura es diferente (por ejemplo IgE e IgG) y pueden desencadenar respuestas distintas (por ejemplo: anafilaxia o enfermedad del suero).

**Angioedema:** (edema angioneurótico): edema no inflamatorio que afecta la piel, tejido subcutáneo, músculos subyacente y mucosa, sobre todo las de los tractos gastrointestinales y respiratorio superior; las zonas afectada más crítica es la laringe (edema laríngeo).

**Anoxia:** estado anormal caracterizado por una falta relativa o total de oxígeno.

**Aura:** sensación subjetiva o fenómeno motor que precede y señala el comienzo de un trastorno neurológico como una crisis epiléptica o una migraña.

**Cardiomiopatía:** conjunto de enfermedades que afectan al miocardio como por ejemplo la cardiomiopatía alcohólica.

**Cretinismo:** trastorno que se caracteriza por hipotiroidismo congénito grave y que se asocia a menudo a otras alteraciones endocrinas. Un signo típico es enanismo, retraso mental.



**Depleción:** remoción de líquidos o sólidos acumulados. Pérdida excesiva de un componente del organismo, generalmente esencial como sal, agua, etcétera.

**Esteroide:** perteneciente a un numeroso grupo de sustancias hormonales con una estructura química básica similar, producidas principalmente en la corteza suprarrenal y las gónadas.

**Ectópico:** 1. perteneciente o relativo a la ectopía. 2. Alejado de la posición normal. 3. Que se origina en un sitio o tejido anormal.

**Fulminante:** enfermedad o trastorno que aparece de forma súbita y tiene carácter grave, como ciertas infecciones, fiebres o hemorragias.

**Glomerular:** pequeño penacho o racimo, por ejemplo de vasos sanguíneos o fibras nerviosas; a menudo se emplea solo para designar uno de la glomérula renal.

**Glucemia:** presencia de glucosa en la sangre.

**Hipoxia:** reducción del suministro de oxígeno a los tejidos por debajo de los niveles fisiológicos a pesar de una perfusión tisular adecuada por sangre.

**Hemofilia:** es una enfermedad sanguínea que se caracteriza por un tiempo de coagulación prolongado y tendencias hemorrágicas.

**Isquemia:** disminución del aporte de sangre a un órgano o una zona del organismo.

**Mixedema:** la forma más grave de hipotiroidismo se caracteriza por sudoración de manos, cara, pies y zona periorbitaria.

**Perfusión:** paso de un líquido a través de un órgano o área determinada del cuerpo.





**Policitemia:** aumento de la masa eritrocítica total de la sangre.

**Púrpura:** se define como una coloración púrpura de la piel y de las membranas mucosas debido a la extravasación espontánea de la sangre.

**Supino:** que se encuentra con la cara hacia arriba o recostado sobre el dorso.

**Sedimentación:** disminución de sedimento, depósito de material insoluble que se sitúa en el fondo de un líquido.

**Trombocitopenia:** situación hematológica anormal en que el número de plaquetas está disminuido, debido a una destrucción de tejido eritrocítico en la médula por ciertas enfermedades neoplásicas o por respuesta inmunológica a un medicamento.

**Urticaria:** reacción vascular de la piel marcada por la aparición transitoria de unos parches o ronchas lisas, ligeramente elevadas, más rojas, o más pálidas que la piel que las circunda y suele acompañarse de intenso prurito.



## UNAN-LEÓN

### ENCUESTA Nº 1.

Necesitamos de tu colaboración contestando la siguiente encuesta, ya que por medio de esta daremos respuesta a objetivos propuestos en nuestra investigación monográfica: "Manejo de pacientes con enfermedades sistémicas."

- 1) ¿Cuál de las siguientes enfermedades sistémicas retardan o interfieren en un procedimiento quirúrgico?
  - a) Hepatitis.
  - b) Hipertensión.
  - c) Tuberculosis.
  - d) Cardiopatía congénita.
  - e) Todas las anteriores.
  
- 2) ¿Cuál de las siguientes enfermedades sistémicas considera usted ponen en riesgo la vida del paciente de forma mediata?
  - a) Hipertensión arterial.
  - b) Taquicardia.
  - c) Reacción alérgica mediata.
  - d) Asma.
  
- 3) ¿Cuál de las siguientes enfermedades sistémicas ponen en riesgo la vida del paciente de forma inmediata?
  - a) Fiebre reumática.
  - b) Enfisema.
  - c) Sincope.
  - d) Tuberculosis.
  
- 4) ¿En que casos mandaría usted profilaxis antibiótica previo a un procedimiento quirúrgico?
  - a) Anemia.
  - b) Hipotensión.
  - c) Déficit inmunitario.
  - d) Taquicardia.
  
- 5) ¿Cuál de las siguientes enfermedades considera usted esta contraindicado el uso de anestésicos locales con vasoconstrictor?
  - a) Hipertensión, cardiopatía congénita.
  - b) Hemofilia
  - c) Epilepsia.
  - d) Cirrosis.
  
- 6) ¿Que tipo de antibiótico utilizaría en un paciente con insuficiencia renal?
  - a) Cefalosporinas.
  - b) Clindamicina.
  - c) Tetraciclina.
  - d) Todas las anteriores son verdaderas.



- 7) ¿En pacientes no alérgicos a penicilina como administraría profilaxis antibiótica?
- Amoxicilina 500 mg vía oral 2 horas antes de la intervención quirúrgica y 500 mg 24 horas después.
  - Penicilina G procainica 300,000 – 2.4 millones 2 horas antes de la intervención quirúrgica por vía IM.
  - Amoxicilina 3 grs. Vía oral 1 hora antes del procedimiento quirúrgico y 1.5 grs. 6 horas después.
  - Penicilina V 250mgs media hora antes de la intervención quirúrgica por vía oral.
- 8) ¿Cuál de las siguientes manifestaciones orales no se presentan en un paciente diabético?
- Enfermedad periodontal acelerada.
  - Xerostomía.
  - Candidiasis.
  - Glositis.
  - Mala cicatrización.
- 9) De las prevenciones a tomar en cuenta en un paciente cirrótico englobe la falsa.
- Consulte con el médico para verificar el estado actual.
  - Enviar exámenes de laboratorio como : TT,TPT,TC,BHC.
  - Monitoree y controle la hiperglucemia.
  - Minimice el empleo de fármacos de metabolismo hepático.
- 10) De las prevenciones de las complicaciones a tomar en cuenta en un paciente asmático, englobe la falsa.
- Consulte con el médico en caso de asma grave y activa.
  - Tratarlo exclusivamente en un medio hospitalario con un aislamiento adecuado.
  - Evitar medicamentos como AINES, narcóticos y barbitúricos.
- 11) De las prevenciones de las complicaciones a tomar en cuenta en un paciente hipertenso englobe lo falso.
- Detección y envío de pacientes con una elevación significativa de la presión arterial a una evaluación médica.
  - Si el paciente presenta una presión arterial que sea  $> 180/110$  puede atenderlo y realizar procedimientos quirúrgicos
  - Seleccione la medicación y dosis sedante con cautela.
  - Si el paciente esta muy estresado finalice la visita.
- 12) ¿Cuál de las siguientes manifestaciones orales se presentan en un paciente hipertenso?
- Xerostomía secundaria a los diuréticos y otros medicamentos antihipertensivos.
  - Los diuréticos mercuriales pueden causar úlceras o estomatitis.
  - Cicatrización alterada.
  - Solo a y b son verdaderas.
  - Todas son verdaderas.



13) Los valores normales de la BHC son excepto:

- a) Segmentados 54-62%.
- b) Cayados 3-5 %
- c) Linfocitos 25-33%
- d) Basófilos 3-7 %
- e) Eosinófilos 1-3 %.

14) Existen pruebas de laboratorio específicas para cada enfermedad sistémica, Aparee.

**Enfermedades sistémicas**

- a) Anemia
- b) Diabetes
- c) Problemas de hemostasia
- d) Enfermedades óseas  
(artritis)

**Pruebas de laboratorio.**

- Creatinina
- Glucemia.
- TT, TS, TC, TPT, BHC.
- Fosfatasa alcalina en suero.

15) De los resultados de los exámenes de laboratorio todo es cierto, excepto:

- a) El aumento de glucosa en sangre es característico de un paciente diabético.
- b) A la disminución de glóbulos blancos se conoce como leucemia.
- c) El aumento de hematócrito en sangre es característico de un paciente anémico.
- d) Al aumento de recuento de plaquetas se conoce como trombocitosis.



## UNAN-LEÓN Encuesta N°. 2

Necesitamos tu colaboración, contestando la siguiente encuesta, ya que por medio de esta daremos respuesta a objetivos planteados en nuestra investigación monográfica: **“Manejo de pacientes con enfermedades sistémicas”**.

1.- ¿Creés sentirte plenamente capacitado para atender a un paciente con cualquier enfermedad sistémica en las clínicas de cirugía oral- quirófano?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

2.- ¿Tomás en cuenta las prevenciones que has de tener al atender a pacientes comprometidos sistémicamente, para evitar posteriores complicaciones en el trans o post-quirúrgico?

Siempre \_\_\_\_\_ No siempre \_\_\_\_\_

3.- Al momento de una complicación de un paciente comprometido sistémicamente ¿conocés el protocolo a seguir para cada caso específico?

SI \_\_\_\_\_ No todas las veces \_\_\_\_\_

4.- ¿Conocés a cabalidad los valores normales de los diferentes exámenes de laboratorio que le envías a los pacientes atendidos en las clínicas de cirugía oral-quirófano (B.H.C, TS, TC, EGO y química sanguínea) y podés establecer posibles diagnósticos a través de sus diferentes resultados?

Siempre \_\_\_\_\_ No siempre \_\_\_\_\_

5.- Si todavía no te sentís plenamente capacitado para tratar a un paciente comprometido sistémicamente en las clínicas de cirugía oral- quirófano; ¿Creés que la causa principal sea él:

- a) Estudiante (por ser poco autodidacta)
- b) Tutor (por falta de exigencia).
- c) Ambos.
- d) Me siento plenamente capacitado para atender a estos tipos de pacientes.



**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

<b>Número de expediente</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Enfermedades sistémicas</b>	<b>Exámenes de laboratorio</b>



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
UNAN-LEÓN**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
HISTORIA CLÍNICA DE CIRUGÍA ORAL**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Sexo: \_\_\_\_\_
3. Raza: \_\_\_\_\_
4. Religión: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_

**I.- ANTECEDENTES HEREDITARIOS PATOLÓGICOS:**

1. Abuelo paterno: \_\_\_\_\_
2. Abuela paterna: \_\_\_\_\_
3. Abuelo materno: \_\_\_\_\_
4. Abuela materna: \_\_\_\_\_
5. Padre: \_\_\_\_\_
6. Madre: \_\_\_\_\_

**II.- ANTECEDENTES HEREDITARIOS NO PATOLÓGICOS.**

1. Paciente originario de: \_\_\_\_\_
2. Con residencia en: \_\_\_\_\_
3. Condición habitacional: \_\_\_\_\_
4. Tipo de alimentación: \_\_\_\_\_
5. Tabaco(cantidad): \_\_\_\_\_
6. Alcohol(cantidad): \_\_\_\_\_
7. Otras drogas: \_\_\_\_\_
8. Ocupación: \_\_\_\_\_

**III. HISTORIA MÉDICA ANTERIOR:**

1. Inmunizaciones: \_\_\_\_\_
2. Enfermedades comunes de la infancia: \_\_\_\_\_
3. Otras enfermedades: \_\_\_\_\_
4. Admisión hospitalaria y su motivo: \_\_\_\_\_
5. Antecedentes quirúrgicos: \_\_\_\_\_
6. Antecedentes transfuncionales: \_\_\_\_\_
7. Alergias: Si( ), NO( ) especifique \_\_\_\_\_
8. Medicamentos actuales (tipos, dosis): \_\_\_\_\_
9. Ha recibido radioterapia: \_\_\_\_\_ quimioterapia: \_\_\_\_\_



#### **IV.- PADECIMIENTO ACTUAL DE ORDEN SISTÉMICO:**

- Tipo de padecimiento: \_\_\_\_\_
- Cuándo le inicia: \_\_\_\_\_
- Cómo le inicia: \_\_\_\_\_
- Evolución: \_\_\_\_\_
- Estado actual: \_\_\_\_\_
- Tratamiento recibido: \_\_\_\_\_
- Si existe otro describa: \_\_\_\_\_

#### **INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:**

##### **1. CARDIOVASCULAR**

- Angina de pecho: \_\_\_\_\_
- Infarto del miocardio: \_\_\_\_\_
- Defecto cardíaco congénito: \_\_\_\_\_
- Fiebre reumática: \_\_\_\_\_
- Cardiopatía reumática: \_\_\_\_\_
- Hipertensión: \_\_\_\_\_
- Hipotensión: \_\_\_\_\_
- Taquicardia: \_\_\_\_\_
- Bradicardia: \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_
- Tratamiento: \_\_\_\_\_

##### **2. RESPIRATORIO**

- Tuberculosis: \_\_\_\_\_
- Enfisema: \_\_\_\_\_
- Asma: \_\_\_\_\_
- Bronquitis: \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_

##### **3. HEMATOPOYÉTICO:**

1. Trastornos mioproliferativos: si ( ), no ( ) especifique:

\_\_\_\_\_

2. Uso de anticoagulantes: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_





### 3. GASTROINTESTINAL:

- Úlcera: \_\_\_\_\_
- Sangrado: \_\_\_\_\_
- Hepatitis : \_\_\_\_\_
- Cirrosis: \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_
- Tratamiento: \_\_\_\_\_

### 4. ENDOCRINO:

- Diabetes: \_\_\_\_\_
- Trastornos tiroideos: \_\_\_\_\_
- Trastornos paratiroideos: \_\_\_\_\_
- Tratamiento: \_\_\_\_\_

### 5. RENAL:

- Infección: \_\_\_\_\_
- Orina, color y olor: \_\_\_\_\_
- Dolor y ardor al orinar: \_\_\_\_\_
- Frecuencia: \_\_\_\_\_
- Dificultad: \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_
- Tratamiento: \_\_\_\_\_

### 6. NEUROLÒGICO:

- Epilepsia: \_\_\_\_\_
- Convulsiones: \_\_\_\_\_
- Trastornos psiquiátricos: \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_
- Tratamiento: \_\_\_\_\_

### 7. ESTABILIDAD EMOCIONAL:

- Irritabilidad: \_\_\_\_\_
- Aprensión: \_\_\_\_\_
- Ansiedad: \_\_\_\_\_
- Tratamiento: \_\_\_\_\_



## 8. ORGANOS DE LOS SENTIDOS:

- Auditivo: \_\_\_\_\_
- Ocular: \_\_\_\_\_
- Gusto: \_\_\_\_\_
- Olfato: \_\_\_\_\_
- Tacto: \_\_\_\_\_
- Tratamiento: \_\_\_\_\_

## EXPLORACION FÍSICA:

### 1.-INSPECCIÓN GENERAL:

- Estatura: \_\_\_\_\_ peso Kg.: \_\_\_\_\_
- Constitución física: \_\_\_\_\_
- Alteraciones de la piel: color: \_\_\_\_\_
- Turgor: \_\_\_\_\_

### 2.-SIGNOS VITALES:

- Temperatura corporal: \_\_\_\_\_ frecuencia respiratoria: \_\_\_\_\_
- Pulso arterial: \_\_\_\_\_ pulso carotídeo: \_\_\_\_\_
- Presión arterial: \_\_\_\_\_ frecuencia cardíaca: \_\_\_\_\_

### 3.-CABEZA:

- Tipo de cráneo: \_\_\_\_\_
- Globos oculares: \_\_\_\_\_
- Pupilas: \_\_\_\_\_
- Nariz: \_\_\_\_\_
- Oídos: \_\_\_\_\_

### 4.-CUELLO:

- Forma: \_\_\_\_\_
- Especifique en caso de anormalidad: \_\_\_\_\_

### 5.-ALTERACIONES DEL SISTEMA:

- Vascular: \_\_\_\_\_
- Linfático: \_\_\_\_\_



**CAVIDAD ORAL:**

- Labios: \_\_\_\_\_
- Carrillos: \_\_\_\_\_
- Paladar duro: \_\_\_\_\_
- Paladar blando: \_\_\_\_\_
- Orofaringe : \_\_\_\_\_
- Piso de la boca: \_\_\_\_\_
- Lengua: \_\_\_\_\_
- Encia: \_\_\_\_\_
- Dientes: \_\_\_\_\_
- Padecimiento actual: \_\_\_\_\_

**ESTUDIOS DE GABINETE:**

**1.-ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS:**

- Tipo de radiografía: \_\_\_\_\_
- Descripción radiográfica: \_\_\_\_\_

**2.-ANÁLISIS DE LABORATORIO:**

- Tiempo de sangría: \_\_\_\_\_
- Tiempo de coagulación: \_\_\_\_\_
- B.H.C: \_\_\_\_\_
- Química sanguínea: \_\_\_\_\_
- EGO: \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_

**3.-DIAGNÓSTICO:**

- Pronóstico: \_\_\_\_\_
- Tratamiento: \_\_\_\_\_
- Fecha de la intervención: \_\_\_\_\_
- Operador: \_\_\_\_\_
- Primer ayudante: \_\_\_\_\_
- Segundo ayudante: \_\_\_\_\_

Vo.Bo. \_\_\_\_\_



**Planeamiento preoperatorio:**

---

---

---

---

**Descripción de operación:**

---

---

---

---

**Indicaciones post-operatorias:**

---

---

---

---

**Receta:**

---

---

---

---

**Control post-operatorio:**

---

---

---

---

**Paciente dado de alta:**

---

---

Vo. Bo. Profesor.