

879522

7
2 ej



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

URGENCIAS EN EL CONSULTORIO DENTAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

OSCAR GALINDO NAVARRO



CHIHUAHUA, CHIH.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Í N D I C E

P Á G.

INTRODUCCIÓN+++++	5
CAPÍTULO I RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR+++++	7
CAPÍTULO II COAGULACIÓN SANGUÍNEA+++++	38
CAPITULO III TRAUMATOLOGÍA OCULAR+++++	70
CAPÍTULO IV MEDICAMENTOS DE UTILIDAD EN URGENCIAS EN EL CON-- SULTORIO DENTAL+++++	88
CONCLUSIONES+++++	94
BIBLIOGRAFÍA+++++	96

I N T R O D U C C I Ó N .

UN GRAN NÚMERO DE SITUACIONES DE URGENCIA PUEDEN PREVENIRSE EN EL CONSULTORIO DENTAL.

AUNQUE NO ES COMÚN, PUEDEN AMENAZAR LA VIDA; POR LO TANTO, SE DEBE DE RECONOCER LO MÁS PRONTO POSIBLE EL PROBLEMA Y CORREGIR INMEDIATAMENTE. EN TÉRMINO DE URGENCIA, LO MEJOR ES LA PREVENCIÓN Y ÉSTA CONSISTE EN:

- 1.- CONOCER SI EXISTEN FACTORES ADVERSOS, EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.
- 2.- SABER COMO VIGILAR LOS SIGNOS VITALES DEL PACIENTE.
- 3.- RECORDAR A LOS PACIENTES QUE TOMEN SU MEDICACIÓN NORMAL EL DÍA DE SU CITA. PACIENTES CON ANGINA DE PECHO, DEBERÁN LLEVAR CONSIGO SU MEDICAMENTO, EN CASO DE QUE LA TENSIÓN DESARROLLADA DURANTE SU CITA EN EL CONSULTORIO DENTAL LE PUEDA PROVOCAR UN ATAQUE DE ANGINA.
- 4.- ORGANIZAR EN EL HORARIO DEL CONSULTORIO LAS CITAS DE MANERA QUE NO IMPIDAN LOS HÁBITOS DE LAS COMIDAS DE LOS PACIENTES MEDICADOS.

- 5.- ESTAR ATENTOS A LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE REACCIONES ALÉRGICAS, ASÍ COMO SABER COMO ATENDERLAS.
- 6.- TENER DISPONIBLE EL EQUIPO DE URGENCIA Y ACCESORIO-BIOLOGICAMENTE ACTIVO. EL EQUIPO SE DEBE REVISAR-PERIODICAMENTE, LOS MEDICAMENTOS SE DEBEN REEMPLAZAR CUANDO EXPIREN, ESTAR BIEN FAMILIARIZADOS CON EL USO DE MEDICAMENTOS DE URGENCIA, DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN.
- 7.- TENER NÚMERO TELEFÓNICO DE CLÍNICAS, HOSPITALES, --SERVICIOS DE URGENCIA Y AMBULANCIA DISPONIBLES INMEDIATAMENTE.
- 8.- TODO EL PERSONAL DEL CONSULTORIO, DEBE ESTAR FAMILIARIZADO CON LAS TÉCNICAS DE RESUCITACIÓN CARDIO-PULMONAR.
- 9.- ELABORACIÓN DE UNA HISTORIA CLÍNICA MÉDICA Y DENTAL CUIDADOSA.
- 10.- ACTUAR DE MANERA RÁPIDA, PERO CON PRECAUCIÓN Y SEGURIDAD ANTE UNA URGENCIA.

CAPÍTULO I

RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR.

1.- EL PARO CARDIOPULMONAR ES LA CESACIÓN RESPIRATORIA-
E INESPERADA DE LA RESPIRACIÓN EFECTIVA Y DE LA CIRCULACIÓN.
ES IMPORTANTE EL RECONOCIMIENTO BASICO DE ÉSTA URGENCIA, DE-
BIDO A QUE LOS CAMBIOS BIOLÓGICOS IRREVERSIBLES OCURREN DU--
RANTE LOS PRIMEROS CUATRO MINUTOS.

LAS CARACTERÍSTICAS DE ESTA URGENCIA SON LAS SIGUIENTES:

- A) AUSENCIA DE MOVIMIENTOS TORÁXICO-ABDOMINALES (RESPI-
RATORIOS).
- B) AUSENCIA DE PULSO Y LATIDOS CARDIACOS.
- C) CIANOSIS GENERALIZADA.
- D) PUPILAS ARREFLÉXICAS.
- E) PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO.

TÉCNICAS DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP).

1) ASISTENCIA RESPIRATORIA.

SE EFECTÚA DE BOCA A BOCA CON EQUIPO APROPIADO, SI SE CUEN-

TA CON ESTE EN EL CONSULTORIO DENTAL.

HAY 3 MÉTODOS PARA IMPULSAR EL AIRE A LOS PULMONES DEL PACIENTE:

BOCA A BOCA, BOCA A NARIZ Y BOCA A CÁNULA.

EL PRIMER PASO CONSISTE EN DESPEJAR LA VÍA AÉREA DEL PACIENTE EXTRAYENDO DE SU CAVIDAD BUCAL CUALQUIER OBSTRUCCIÓN: PRÓTESIS REMOVIBLES, DIENTES FRACTURADOS, AMALGAMA, DIQUE DEHULE, ETC., LUEGO SE INCLINA HACIA ATRÁS LA CABEZA DEL PACIENTE COLOCANDO UNA MANO SOBRE SU FRENTE Y LA OTRA POR DEBAJO -- DEL CUELLO. EL PACIENTE DEBE ESTAR EN PLANO HORIZONTAL PARA EVITAR CON ÉSTA MANIOBRA QUE LA LENGUA OBSTRUYA LA VÍA AÉREA. UNA VEZ QUE LA CABEZA DEL PACIENTE ESTÁ EN ÉSTA POSICIÓN, SE APRIETAN SUS FOSAS NAALES CON LOS DEDOS INDICE Y PULGAR, LUEGO NUESTRA BOCA DEBE CUBRIR POR COMPLETO LA BOCA DEL PACIENTE. UNA VEZ HECHO ESTO, SE HACE UNA INSPIRACION PROFUNDA Y SE SOPLA CON INTENSIDAD SUFICIENTE EN LA BOCA DEL PACIENTE PARA -- QUE SE EXPANDA SU TÓRAX. ENTRE CADA EXHALACIÓN SE APARTA LA BOCA DEL PACIENTE PARA QUE SE PUEDA LLEVAR A CABO LA INSPIRACIÓN Y EXPLORACIÓN.

EN OCASIONES TIENE QUE EMPLEARSE EL MÉTODO DE BOCA A NARIZ. EN CASO DE QUE EL PACIENTE TENGA ESPASMO DE MANDÍBULA OTRISMUS. EN ÉSTE MÉTODO DEBE OBSERVARSE QUE NO HAYA OBSTRUCCIÓN NASAL COMO POLIPOS, TABIQUE NASAL DESVIADO O SINUSITIS Y

NO OLVIDAR CERRAR LA BOCA DEL PACIENTE PARA EVITAR QUE ESCAPE EL AIRE INSUFLADO POR SU NARIZ.

EL MÉTODO DE BOCA A CÁNULA CONSISTE EN INTRODUCIR UNA CÁNULA EN FORMA DE S EN LAS VÍAS AÉREAS Y A TRAVÉS DE ÉSTA LLEVAR A CABO LAS MANIOBRAS DE RESPIRACIÓN. SIN EMBARGO SE PUEDE COMPLICAR, YA QUE SI NO SE TIENE LA PRÁCTICA NECESARIA PARA INTRODUCIR LA CÁNULA A LA OROFARINGE SE PIERDE TIEMPO EN HACER ÉSTA MANIOBRA.

EXISTE OTRO MÉTODO EN EL CUAL SE USA OTRO EQUIPO AUXILIAR Y ES LA BOLSA AMBU, LA CUAL TIENE UNA MASCARA QUE ABARCA BOCA Y NARIZ A TRAVÉS DE LA CUAL PASA EL AIRE AL APRETAR LA BOLSA. LA ASISTENCIA RESPIRATORIA DEBE EFECTUARSE ALREDEDOR DE 12 VECES POR MINUTO.

2) ASISTENCIA CIRCULATORIA:

SE LLEVA A CABO POR MEDIO DEL MASAJE CARDIACO, EL CUAL CONSISTE EN COMPRIMIR EL CORAZÓN A TRAVÉS DE LA PARTE ANTERIOR DEL ESTERNÓN. SIEMPRE DEBE UTILIZARSE UN RESPALDO SÓLIDO PARA HACER QUE LA ASISTENCIA CIRCULATORIA SEA EFECTIVA, Y SEGUIR LOS SIGUIENTES PASOS:

- 1.- LOCALIZAR EL APÉNDICE XIFOIDES QUE ES LA PUNTA DEL ESTERNÓN.
- 2.- MEDIR 4cms. HACIA ARRIBA Y COLOCAR EN ESE SITIO EL -

TALÓN DE NUESTRA MANO IZQUIERDA O DERECHA, EN CASO -
DE SER IZQUIERDO EL OPERADOR.

- 3.- EL BRAZO DEBE ESTAR RECTO Y ESTIRADO POR COMPLETO.
- 4.- LOS DEDOS DEL OPERADOR DEBEN ESTAR PARALELOS A LAS -
COSTILLAS PERO SIN TOCARLAS.
- 5.- SE COLOCA LA MANO DERECHA EN LA MISMA POSICIÓN Y SO-
BRE LA IZQUIERDA (DERECHA EN CASO DE SER IZQUIERDO).
- 6.- SE COMPRIME EL TÓRAX DE 3-5 cms. MECIENDOSE HACIA --
ADELANTE DE MANERA QUE TODO EL PESO DEL CUERPO SE --
APOYE SOBRE EL ESTERNÓN DEL PACIENTE.
- 7.- SE DEJA DE COMPRIMIR PARA PERMITIR QUE LA ELASTICI--
DAD DE LA PARED TORÁCICA EXPANDA UNA VEZ MÁS EL TÓ--
RAX.
- 8.- REPETIR EL PROCEDIMIENTO CON UNA FRECUENCIA DE 60 VE
CES POR MINUTO.

REANIMACIÓN.

CUANDO LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR SE LLEVA A CABO POR
UNA PERSONA: DEBEN VENTILARSE LOS PULMONES RAPIDAMENTE 4 VE--
CES Y MASAJE CARDIACO 15 VECES. DESPUÉS SE VENTILAN 3 VECES
LOS PULMONES Y SE COMPRIME EL CORAZÓN. 15 VECES.

CUANDO LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR SE LLEVA A CABO POR

DOS PERSONAS; SE DEBEN DE COLOCAR A LADOS OPUESTOS. SE LLEVA A CABO LA RESPIRACIÓN 4 VECES Y SE HACE UN MASAJE CARDIACO UNA VEZ POR SEGUNDO. ENTRE CADA 5 MASAJES CARDIACOS SE LLEVA A CABO LA VENTILACIÓN ARTIFICIAL.

CUANDO LA REANIMACIÓN CARDIO-PULMONAR ES EFICAZ OCURRE -
LO SIGUIENTE:

- 1.- LAS PUPILAS SUFREN CONTRICCIÓN.
- 2.- DESAPARECE LA CIANOSIS.
- 3.- SE PALPA EL PULSO.
- 4.- SE INICIA LA RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA.
- 5.- EL PACIENTE PUEDE MOVERSE.

SI ES POSIBLE TENER EN NUESTRO CONSULTORIO EL EQUIPO APROPIADO PARA ATENDER ÉSTA URGENCIA DE LA MEJOR MANERA POSIBLE. SE HARÁ ADMINISTRANDO OXÍGENO Y MEDICAMENTOS:

EL USO DE OXÍGENO REQUIERE DE UN AERODUCTO ADECUADO, MANTENIDO SI ES NECESARIO POR INTUBACIÓN TRAQUEAL, TRAQUEOTOMÍA Y UN APARATO DE PRESIÓN POSITIVA QUE PUEDE ENVIAR PULSOS DE OXÍGENO A LA CÁNULA O SONDA NASAL, EL OXÍGENO DEBE TENER UNA CONCENTRACIÓN DE 40-60%, CUANDO SE USA LA SONDA NASAL, Y DE 80-100% CUANDO ES CÁNULA O SONDA ENDOTRAQUEAL.

SE DEBE LLEVAR A CABO INMEDIATAMENTE UNA PUNCIÓN VENOSA PARA SUMINISTRO ENDOVENOSO DE 100 a 300ml. (60-180 ME.) O MÁS

DE BICARBONATO DE SODIO PARA CONTRARRESTAR LA ACIDOSIS. LA CANTIDAD VARIARÁ DE ACUERDO CON LA DURACIÓN DEL PARO CARDIACO.

2.- ANGINA DE PECHO:

OCURRE AL EXISTIR UN ESTRECHAMIENTO EN EL CALIBRE DE LAS ARTERIAS QUE IRRIGAN EL CORAZÓN (CORONARIAS). SE PRESENTA - COMO UN DOLOR AGUDO Y OPRESIVO EN LA REGIÓN PRECORDIAL PERO, - QUE PUEDE IRRADIARSE A OTROS SITIOS COMO LA MANDÍBULA POR --- EJEMPLO: EL DOLOR ES DESENCADENADO POR LA ACTIVIDAD LOCOMOTORA Y CEDE CON EL REPOSO.

EL TRATAMIENTO DE ESTA URGENCIA EN EL CONSULTORIO ES:

- 1) RECONOCER EL PADECIMIENTO, SI LA HISTORIA CLÍNICA NO- LO REVELÓ.
- 2) SUSPENDER TODO TRATAMIENTO DENTAL EN ESE MOMENTO.
- 3) COLOCAR AL PACIENTE EN POSICIÓN SUPINA.
- 4) ADMINISTRAR NITROGLICERINA POR VIA SUBLINGUAL.
- 5) MANEJO ADECUADO DE SU PADECIMIENTO Y PROGRAMARLE SU - CITA PARA OTRO TIEMPO TOMANDO LAS SIGUIENTES MEDIDAS:
 - PRESCRIBIR UN TRANQUILIZANTE ANTES DE SU PRÓXIMA CITA.
 - INDICARLE NO FUMAR 48 HORAS ANTES DE SU CITA.
 - CITARLO A MEDIA MAÑANA O MEDIA TARDE.
 - ADMINISTRAR SU MEDICAMENTO ANTES DE INICIAR SU TRATA- MIENTO.

3.- SÍNCOPE;

ES LA PÉRDIDA TRANSITORIA DE LA CONCIENCIA DEBIDO A UNA-DEFICIENCIA EN LA OXIGENACIÓN DE ÓRGANOS VITALES. LOS SÍNTOMAS SON: DEBILIDAD, NAUSEA, VÉRTIGO, SUDACIÓN PROFUSA Y PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA. A LA EXPLORACIÓN EL PACIENTE PRESENTA-UN PULSO DEBIL, SUDORACIÓN FRÍA, HIPOTENSIÓN.

DEBEMOS TOMAR LAS SIGUIENTES MEDIDAS:

- 1.- EXTRAER CUALQUIER OBJETO DE LA BOCA, PARA EVITAR QUE BRONCOASPIRE.
- 2.- COLOCAR AL PACIENTE CON LA CABEZA EN SITUACIÓN INFERIOR AL NIVEL DEL CORAZÓN Y LAS PIERNAS A UN NIVEL - SUPERIOR AL DE SU CORAZÓN.
- 3.- ADMINISTRAR SOLUCIÓN AMONIACAL PARA ESTIMULAR LA RESPIRACIÓN.
- 4.- EN LA SIGUIENTE CITA SE LE ADMINISTRA UN ANSIOLÍTICO 1 HORA ANTES DE ACUDIR AL CONSULTORIO.

4.- DIABETES MELLITUS:

SE PRESENTA CUANDO EL PANCREAS PRODUCE Poca INSULINA, PERMITIENDO UNA ACUMULACIÓN EXCESIVA DE AZÚCAR EN LA SANGRE.

MANIFESTACIONES BUCALES:

- 1.- GINGIVITIS Y DOLOR DE ENCÍAS.

- 2.- DESTRUCCIÓN ÓSEA PARODONTAL, LA CUAL CONDUCE A PÉRDIDA DENTAL.
- 3.- XEROSTOMÍA.
- 4.- PULPITIS.
- 5.- CICATRIZACIÓN RETARDADA POR LA ESCLEROSIS.
- 6.- HALITOSIS (ACETÓNICA).

MANEJO DEL PACIENTE EN EL CONSULTORIO DENTAL:

DESPUÉS DE VALORAR AL PACIENTE Y CONFIRMAR QUE SU DIABETES ESTÁ BAJO CONTROL, SE INICIA EL TRATAMIENTO DENTAL.

AL UTILIZAR ANESTÉSICO LOCAL NO DEBE USARSE EPINEFRINA, O SE USA PERO EN UNA CONCENTRACIÓN NO MAYOR DE 1:100,000, YA QUE ESTIMULA LA DESCOMPOSICIÓN DE GLUCÓGENO EN GLUCOSA Y POR LO TANTO JUNTO CON LA TENSIÓN PUEDE ELEVAR LA GLUCEMIA.

SE UTILIZARÁ UN ANESTÉSICO LOCAL QUE CONTENGA UN VASO--CONSTRUCTOR DIFERENTE COMO LA NEOCOBEFRINA (CARBOCAINA). UN SANGRADO POSTCIRUGÍA REQUIERE DE SUTURAS EFICIENTES Y HEMOSTASIA CONVENIENTE, DEPENDIENDO DEL GRADO DE INFECCIÓN Y DE SU DIABETES, EL USO DE ANTIBIOTICOTERAPIA.

CHOQUE INSULÍNICO:

EXISTEN PACIENTES QUE REQUIEREN DE LA ADMINISTRACIÓN DE INSULINA INYECTABLE PARA SU DIABETES MELLITUS. EN ÉSTOS PA

CIENTES PUEDE OCURRIR UN CHOQUE INSULÍNICO O COMA HIPOGLUCE--
MIANTE QUE SE MANIFIESTA POR NERVIOSISMO, TEMBLOR, DEBILIDAD,
DOLOR ABDOMINAL, NÁUSEA, SUDACIÓN, VÉRTIGO, PÉRDIDA TRANSITO--
RIA DE LA CONCIENCIA, CONVULSIONES, COMA Y EN OCASIONES EL PA
CIENTE PUEDE FALLECER.

PUEDE OCURRIR CUANDO SE ADMINISTRA DEMASIADA INSULINA O--
CUANDO SE HA INGERIDO POCA ALIMENTACIÓN O HA TRANSCURRIDO UN--
LARGO LAPSO DE TIEMPO ENTRE LA ADMINISTRACIÓN DE INSULINA Y -
LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS, CUANDO HA OCURRIDO VÓMITO O DIA---
RREA, CUANDO SE HACE EJERCICIO EXTRAORDINARIO, POR EL CONSUMO
DE ENERGÍA. LOS VALORES DE GLUCEMIA ESTARÁN POR ABAJO DE --
60/100ml. DE SANGRE.

MANEJO EN EL CONSULTORIO:

CUANDO EL PACIENTE ESTÁ CONCIENTE SE LE DAN ALGUNOS TE--
RRONES DE AZÚCAR O JUGO DE NARANJA (UN VASO). SI EL PACIEN--
TE POR EL CONTRARIO ESTÁ INCONCIENTE, SE LE INYECTARÁ 1.5cc.-
DE GLUCOSA POR VÍA INTRAVENOSA.

EL PACIENTE QUE VA A CAER EN CHOQUE INSULÍNICO POR LO GE
NERAL DIRÁ QUE SE SIENTE MAL, ES IMPORTANTE ADMINISTRAR EN ES
TE MOMENTO AZÚCAR PARA EVITAR GRAVES COMPLICACIONES.

5.- EPILEPSIA.

PADECIMIENTO INTERMITENTE Y CRÓNICO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, CARACTERIZADO POR UNA DESCARGA EXCESIVA NEURONAL DEL CEREBRO Y ATAQUES REPENTINOS DE INCONCIENCIA CON CONVULSIONES O SIN ELLAS.

LA EPILEPSIA PUEDE SER CONGÉNITA O ADQUIRIDA. LA HERENCIA ES UN FACTOR IMPORTANTE, YA QUE ES TRES VECES MÁS FRECUENTE EN FAMILIAS CON ANTECEDENTES DE EPILEPSIA, SI SE COMPARA CON LA POBLACIÓN GENERAL. LAS CAUSAS DE LA EPILEPSIA ADQUIRIDA INCLUYEN: CAMBIOS ANORMALES EN EL ENCEFALO ORIGINADOS POR ALTERACIONES TALES COMO: ENCEFALITIS, MENINGITIS, TUMORES HEMORRAGIA Y TRAUMATISMO. TRASTORNOS GENERALES TALES COMO: TOXEMIA GRAVÍDICA, INTOXICACIÓN ALCOHOLICA Y ANEMIA PERNICIOSA.

AL INICIARSE UN ATAQUE EPILÉPTICO EN LA EPILEPSIA MAYOR, EL PACIENTE POR LO GENERAL SE CAERÁ BRUSCAMENTE, EN OCASIONES EMITIENDO UN GEMIDO O UN CHILLIDO AGUDO. TODOS LOS MÚSCULOS SUFREN ESPASMO, LAS MANOS SE CIERRAN, LOS CODOS SE FLEXIONAN Y LAS PIERNAS SE EXTIENDEN Y SE PONEN RÍGIDAS. CABEZA Y OJOS CON LAS PUPILAS DILATADAS SE VOLTEAN AL LADO EN QUE LAS CONVULSIONES SON MÁS INTENSAS. DEBIDO AL ESPASMO MUSCULAR SE PRESENTA CIANOSIS Y DISNEA. LA LENGUA PUEDE PROTRUIR ENTRE LOS DIENTES Y SER MORDIDA. PUEDE HABER INCONTINENCIA --

URINARIA Y FECAL.

EL ATAQUE PUEDE DURAR DE 3 a 5 MINUTOS O MÁS. NO SE CO-
NOCE LA CAUSA QUE DESENCADENA ÉSTAS CRISIS, PERO LA TENSIÓN -
EMOCIONAL (COMO LA QUE OCURRE EN ALCUNAS PERSONAS CUANDO ACU-
DEN AL DENTISTA) PUEDE CONTRIBUIR A QUE SE PRESENTEN.

EN LA EPILEPSIA MENOR LOS ATAQUES CONSISTEN EN UNA BREVE-
INTERRUPCIÓN DE LA CONCIENCIA, EN LA CUAL EL PACIENTE PUEDE --
SUSPENDER LO QUE ESTÁ DICIENDO O HACIENDO Y DESPUÉS DE UNOS SE
GUNDOS REANUDAR SU ACCIÓN PREVIA. EN ALCUNAS OCASIONES PUEDE
CAER AL PISO PERO SE LEVANTA INMEDIATAMENTE. LOS ATAQUES PUE-
DEN OCURRIR EN SERIES QUE PUEDEN DURAR VARIAS HORAS.

POR LO GENERAL ÉSTOS PACIENTES RECIBEN TRATAMIENTO ANTIE-
PILÉPTICO COMO EL DILANTIN SÓDICO, FENOBARBITAL, TEGRETOL, ETC.

EL MANEJO EN EL CONSULTORIO CONSISTE EN:

- 1.- COLOCARSE AL LADO DEL PACIENTE, EVITAR QUE SE CAIGA -
DE LA UNIDAD.
- 2.- EVITAR QUE ASPIRE SALIVA A LOS PULMONES COLOCÁNDOLE -
LA CABEZA DE LADO.
- 3.- COLOCAR UNA CÁNULA O VARIOS ABATELENGUAS UNIDOS A AL-
GÚN MATERIAL BLANDO PARA EVITAR QUE EL PACIENTE SE --
MUERDA LA LENGUA.
- 4.- AFLOJAR TODA LA ROPA AJUSTADA.

- 5.- PROTEGERLO QUE NO SE LESIONE DURANTE LAS CONVULSIONES.
- 6.- SI SE PROLONGA ALGUNA CRISIS, APLICAR UN RELAJANTE Y SEDANTE MUSCULAR CON EL FIN DE DISMINUIR EL ESPASMO-MUSCULAR Y LA CIANOSIS.

6.- ASMA BRONQUIAL:

ES UNA ENFERMEDAD QUE SE CARACTERIZA POR ESPASMO DE LOS--MÚSCULOS DE LOS BRONQUIOS Y LOS BRONQUIOLOS, LOS CUALES SUFREN UN ESTRECHAMIENTO. LOS ATAQUES ASMÁTICOS SE PRESENTAN EN FORMA SÚBITA Y PERIÓDICA. EL PACIENTE ASMÁTICO, POR LO GENERAL-PUEDE INSPIRAR PERO SUS MÚSCULOS RESPIRATORIOS ESTÁN MUY DEBILITADOS.

LA CRISIS ASMÁTICA PUEDE DURAR ALREDEDOR DE UNA HORA O EN OCASIONES PUEDE APARECER UN ATAQUE TRAS OTRO, DE MANERA QUE EL TRASTORNO SE PRESENTA POR VARIOS DÍAS.

MANEJO EN EL CONSULTORIO DE UN PACIENTE CON CRISIS ASMÁTICA:

- 1.- RETIRAR CUALQUIER OBJETO DE SU BOCA.
- 2.- COLOCARLO EN POSICION SEMIFOWLER.
- 3.- PROPORCIONARLE EL MEDICAMENTO QUE TIENE PRESCRITO: --SALBUTAMOL, TEOFILINA, ETC.
- 4.- SI NO CEDE LA CRISIS:

APLICAR UNA AMPOLLETA DE AMINOFILINA EN 200cc. DE SOLUCIÓN GLUCOSADA AL 5% POR VÍA INTRAVENOSA.

- 5.- PROGRAMARLE SU CITA EN UN PERÍODO POSTERIOR A LAS--- CRISIS ASMÁTICAS Y RECORDARLE LA INGESTIÓN DE SU MEDICAMENTO.

7.- ESTADO DE CHOQUE:

LA FISIOPATOLOGÍA DEL ESTADO DE CHOQUE ES UN PROBLEMA AÚN NO COMPLETAMENTE DILUCIDADO. BASICAMENTE CONSISTE EN UN DESAJUSTE NEGATIVO ENTRE EL VOLUMEN TOTAL DEL LÍQUIDO INTRAVASCULAR Y LA CAPACIDAD DEL LECHO VASCULAR QUE LO CONTIENE, QUE A SU VEZ TRAE CONSIGO ALTERACIONES HEMODINÁMICAS, METABÓLICAS ETC. MUY VARIABLES.

POR SU ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA, SE PUEDE CLASIFICAR - EN 3 GRUPOS:

- 1.- POR DISMINUCIÓN DEL VOLUMEN DEL LÍQUIDO INTRAVASCULAR, HEMORRAGIAS, DESHIDRATACIÓN HEMOLISIS, ETC.
- 2.- POR AUMENTO DE LA CAPACIDAD DEL LECHO VASCULAR; INFECCIÓN, ANAFILAXIA, ETC.
- 3.- MIXTO.

CUADRO CLÍNICO:

LOS DATOS CARACTERÍSTICOS DEL ESTADO DE CHOQUE SON:

- 1.- HIPOTENSIÓN ARTERIAL.
- 2.- PULSO RÁPIDO Y DEBIL.
- 3.- TAQUICARDIA.
- 4.- SUDORACIÓN FRÍA DE LA PIEL, PILOERECCIÓN FRECUENTE.
- 5.- PALIDEZ.
- 6.- OBNULACIÓN MENTAL DE INTENSIDAD VARIABLE.

PREVIAMENTE A LA INSTALACIÓN DEL CUADRO PUEDEN EXISTIR-DATOS QUE HAGAN PENSAR EN LA PRONTA INSTALACIÓN DEL CUADRO - CLÍNICO:

- 1.- INQUIETUD. EN OCASIONES ANSIEDAD Y TEMOR.
- 2.- NÁUSEA.
- 3.- LIPOTIMIAS.
- 4.- ASTENIA, SED INTENSA.

SÍNTOMAS:

- 1.- PSIQUISMO.- POR LO GENERAL LA PERSONA EN ESTADO DE-CHOQUE ESTÁ INMOVIL, APÁTICO, PERO CONCIENTE. LA - FASE DE APATÍA SUELE ESTAR PRECEDIDA POR UN PERÍODO DE ANGUSTIA Y AGITACIÓN. EN CIERTOS CASOS LA LUCI-DEZ QUEDA INTACTA HASTA EL ÚLTIMO MINUTO.
- 2.- PIEL.- PÁLIDA Y EN LOS CASOS GRAVES MARMOREA. LA-PIEL ESTÁ FRÍA EN PARTICULAR EN LAS EXTREMIDADES Y-ESTÁ DISMINUIDA SU TURGENCIA EN PARTICULAR CUANDO -

EL CHOQUE ES SECUNDARIO A DESHIDRATACIÓN.

3.- SISTEMA CARDIOVASCULAR.- PULSO RÁPIDO QUE POR LO GENERAL PASA DE 140 PULSACIONES POR MINUTO; FILIFORME A VECES IMPERCEPTIBLE. EN LA FASE TERMINAL SE HACE MÁS LENTO. A LA AUSCULTACIÓN DEL CORAZÓN SE ESCUCHA UN RITMO PENDULAR. EL SIGNO FUNDAMENTAL ES LA HIPOTENSIÓN TANTO SISTÓLICA COMO DIASTÓLICA Y -- POR LO GENERAL ES PROPORCIONAL A LA GRAVEDAD DEL -- CUADRO CLÍNICO. CON FRECUENCIA ES IMPOSIBLE MEDIR LA TENSIÓN DIASTÓLICA. EL COLAPSO DE LAS VENAS DIFICULTA SU PUNCIÓN.

4.- RESPIRACIÓN.- EN GENERAL SUPERFICIAL Y UN POCO ACCELERADA. LA DISNEA INTENSA TIENE UN PRONÓSTICO DESFAVORABLE.

5.- PUPILAS.- DILATADAS, REACCIONAN MAL A LA LUZ.

6.- RIÑONES.- ES FRECUENTE LA OLIGURIA.

MANEJO EN EL CONSULTORIO DENTAL:

EL TRATAMIENTO EFICAZ ES POSIBLE TAN SOLO CUANDO EL CHOQUE ES TRATADO PRECOZMENTE. ANTES DE TOMAR LAS MEDIDAS SINTOMÁTICAS QUE SE DESCRIBEN A CONTINUACIÓN, INSTITUIR UNA TERAPÉUTICA CAUSAL SIEMPRE QUE RESULTE POSIBLE: SUPRIMIR UNA -

HEMORRAGIA, ADMINISTRAR ANTIBIÓTICOS EN CASO DE INFECCIÓN.

1.- POSICIÓN DEL PACIENTE.- SE LE DEBE COLOCAR ACOSTADO CON LA CABEZA MÁS BAJA QUE LOS PIES. SIN EMBARGO, ÉSTA POSICIÓN SOLO SE MANTENDRÁ DURANTE ALGUNAS HORAS.

2.- ADMINISTRACIÓN DE LÍQUIDOS.- ESTA MEDIDA ESTÁ INDICADA EN TODO TIPO DE CHOQUE; PERO SEGÚN EL CASO SE RECURRIRÁ A SANGRE TOTAL, PLASMA, SOLUCIONES FISIOLÓGICAS Y GLUCOSADAS: ÉSTAS MEDIDAS ESTÁN CONTRAINDICADAS EN CASO DE CHOQUE CARDIOGENO.

a) TRANSFUSIONES DE SANGRE TOTAL: INDICADAS EN CASO DE HEMORRAGIA IMPORTANTE HASTA EL RESTABLECIMIENTO DEL HEMATOCRITO NORMAL. DAR INMEDIATAMENTE 500ml., LUEGO PROSEGUIR CON 250ml. CADA MEDIA HORA HASTA COMPLETAR 1-3 LITROS SEGÚN LAS PÉRDIDAS, LA EVOLUCIÓN CLÍNICA Y EL RESTABLECIMIENTO DE LA DIURESIS.

b) PLASMA, SUERO O SOLUCIONES FISIOLÓGICAS: INDICADAS EN EL CHOQUE TRAUMÁTICO EN AUSENCIA DE SANGRE. LOS SUCEDANEOS DEL PLASMA (DEXTRAN, OXIPOLIGELATINA) PUEDEN SER DE GRAN UTILIDAD. EXISTE PELIGRO DE EDEMA AGUDO PULMONAR POR PERFUSIÓN INTRAVENOSA EXCESIVA EN EL CHOQUE CARDIOGENO Y EN EL TOXINFECCIOSO.

3.- SIMPATICOMIMÉTICOS Y ANALÉPTICOS.- ADRENALINA, NORADRENALINA, DERIVADOS DE LA ADRENALINA, EFEDRINA; EXCEPCIONALMENTE RESULTAN DE UTILIDAD EN EL CHOQUE -- TRAUMÁTICO. POR LO GENERAL SE ADMINISTRAN EN EL -- SUERO GLUCOSADO O EN GOTA A GOTA INTRAVENOSO MUY -- LENTO. LA NORADRENALINA SE ADMINISTRA POR EJEMPLO: DILUIR 3-4 AMPOLLETAS DE 1ml. AL 1/100 EN UN LITRO-- DE SOLUCIÓN GLUCOSADA QUE SE ADMINISTRA GOTA A GOTA INTRAVENOSO LENTO EN OCHO HORAS.

CIERTOS SIMPATICOMIMÉTICOS (VASOPRESORES) SON PELIGRO-- SOS Y CAPACES DE PROVOCAR UN EDEMA AGUDO PULMONAR,-- RITMOS VENTRICULARES RÁPIDOS Y OLIGURIA POR ISQUE-- MIA RENAL.

4.- CORTICOSTEROIDES Y ACTH.- INDICADOS EN PARTICULAR - EN EL CHOQUE ANAFILÁCTICO Y EN EL TOXINFECCIOSO EN-- COMBINACIÓN CON LOS ANTIBIÓTICOS. EN CASO DE UR-- GENCIA EXTREMA ADMINISTRAR 100mg. DE HIDROCORTISONA POR VÍA INTRAVENOSA EN 500ml. DE SOLUCIÓN GLUCOSADA.

5.- CORRECCIÓN DE LA ACIDOSIS.- ADMINISTRAR UNA SOLUCIÓN MOLAR DE LACTATO DE SODIO EN DOSIS DE 5ml. POR KG.- POR HORA HASTA RESTAURAR EL PH. SANGUÍNEO.

6.- ATROPINA.- INDICADA EN LOS ESTADOS DE CHOQUE ACOMPA-- NADOS DE BRADICARDIA. INYECTAR 0.5mg. POR VÍA IN--

TRAVENOSA. _

7.- DIGITAL.- INDICADA SOLO EN EL CHOQUE ACOMPAÑADO DE SIGNOS FRANCOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA.

8.- INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA:

LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA DERECHA OCURRE --- CUANDO EL LADO DERECHO DEL CORAZÓN NO IMPULSA EN FORMA EFICAZ HACIA LOS PULMONES LA SANGRE QUE LLEGA POR LA VENA CAVA SUPERIOR Y LA VENA CAVA INFERIOR. COMO UN RESULTADO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA DERECHA, SE DIFUNDE HACIA LOS TEJIDOS Y PRODUCE EDEMA, EL CUAL COMIENZA PRIMERO EN LOS TOBILLOS PARA DESPUES INVADIR PIERNAS, MUSLOS Y POR ÚLTIMO-- ABDOMEN.

EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA CRÓNICA QUE ACUDE A TRATAMIENTO DENTAL, ESTARÁ SUJETO A TRATAMIENTO CON DIGITAL, DIURÉTICO O AMBOS.

LA DIGITAL EJERCE VARIOS EFECTOS EN EL MÚSCULO CARDIACO: AUMENTA LA FUERZA DE CONTRACCIÓN DEL MIOCARDIO, REDUCE LA RAPIDEZ DE CONDUCCIÓN DE IMPULSOS EN EL NODO AURICULOVENTRICULAR, YA QUE EL CORAZÓN EN ALGUNOS DE ÉSTOS PACIENTES PUEDE LATIR CON TAL RAPIDEZ QUE NO BOMBEA EN FORMA EFICAZ LA SANGRE HACIA LOS PULMONES O A TRAVÉS DEL CUERPO. POR LO TANTO LA DIGITAL DISMINUYE LA FRECUENCIA DE LAS DESCARGAS EN EL NO

DO AURICULOVENTRICULAR PARA QUE CADA IMPULSO QUE LLEGA AL -- VENTRÍCULO EXPULSE EFICIENTEMENTE LA SANGRE. LA DIGITAL AC TÚA COMO DIURÉTICO AL PERMITIR QUE MAYOR VOLUMEN DE SANGRE - LLEGUE A LOS RIÑONES, LOS CUALES ELIMINAN LÍQUIDO DEL CUERPO O PUEDE EJERCER UN EFECTO DIRECTO SOBRE LOS RIÑONES AL HACER QUE AUMENTEN LA EXCRECIÓN URINARIA.

LO IMPORTANTE EN EL CONSULTORIO DENTAL CON ÉSTOS PACIEN TES ES RECORDAR SI HA TOMADO SU MEDICAMENTO EN EL HORARIO IN DICADO, SE DEBE DE TOMAR EN CUENTA QUE LOS PACIENTES QUE - SON SUJETOS A TRATAMIENTO A LARGO PLAZO, EN OCASIONES SE --- VUELVEN APÁTICOS Y OLVIDAN TOMAR SUS MEDICAMENTOS SEGÚN SE - LES INDICÓ.

9.- CARDIOPATÍA HIPERTENSIVA:

EL TERMINO HIPERTENSIÓN SIGNIFICA PRESIÓN ARTERIAL ELE VADA. EN TODO MOMENTO HAY CIERTA PRESIÓN EN LOS VASOS SAN-- GUÍNEOS, TANTO EN ARTERIAS COMO EN LAS VENAS. CUANDO EL -- VENTRÍCULO IZQUIERDO SE CONTRAE E IMPULSA SANGRE HACIA UNA - ARTERIA, SE ELEVA LA PRESIÓN DE ÉSTA. LUEGO CUANDO EL VEN TRÍCULO IZQUIERDO SE ESTÁ LLENANDO DE SANGRE Y ÉSTA TODAVÍA- NO SALE HACIA LAS ARTERIAS, DESCIENDE LA PRESIÓN ARTERIAL.

LA PRESIÓN ELEVADA OBTENIDA EN EL MOMENTO DE LA EXPUL-- SIÓN DE LA SANGRE DEL VENTRÍCULO SE CONOCE COMO PRESIÓN SIS-

TÓLICA, MIENTRAS QUE LA OBTENIDA CUANDO NO ESTÁ EXPULSÁNDOSE SANGRE DEL VENTRÍCULO SE DENOMINA PRESION DIASTÓLICA, LA --- CUAL ES MENOR QUE LA PRIMERA POR EJEMPLO, LA PRESIÓN ARTE--- RIAL NORMAL DE LAS PERSONAS ES DE: 120/80 MM DE HG. SIN EM BARGO TÉNGASE EN CUENTA QUE SON CIFRAS PROMEDIO Y QUE PUEDEN HABER CIFRAS MAYORES O MENORES, LOS CUALES SERÍAN PERFECTA--- MENTE NORMALES EN CIERTOS INDIVIDUOS. EN ALGUNOS PACIENTES UNA PRESIÓN ARTERIAL DE 90/60 ES NORMAL Y EN OTROS UNA PRE--- SIÓN DE 136/85 ESTARÍA EN LÍMITES NORMALES.

LAS PAREDES ARTERIALES TIENEN CIERTO GRADO DE ELASTICIDAD, DE MODO QUE CONFORME LA SANGRE ES EXPULSADA DEL VENTRÍCULO EN FORMA DE CHORRO REPENTINO, AQUELLAS ABSORVEN LA FUERZA, ES DECIR PUEDEN DILATARSE. ESTO DA COMO RESULTADO UNALIMITACIÓN DE LA INTENSIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA Y POR LA MISMA CARACTERÍSTICA, CUANDO EL VENTRÍCULO ESTÁ ENREPOSO Y NO EXPULSANDO SANGRE, LA ELASTICIDAD DE LAS PAREDES PERMITE LA CONSTRICCIÓN DE LAS ARTERIAS, DE MANERA QUE NO BAJA MUCHO LA PRESIÓN. SIN EMBARGO, CON LA VEJEZ SE VA PER--- DIENDO ÉSTA ELASTICIDAD Y CUANDO LA SANGRE ES EXPULSADA POR EL VENTRÍCULO, LA PARED ARTERIAL YA NO PUEDE ABSORVER O AMOR TIGUAR LA FUERZA. ENTONCES LO QUE PUEDE HABER SIDO UNA PRE SIÓN ARTERIAL SISTÓLICA NORMAL DE 130-140 BIEN PODRÍA ELEVARSE A 170-180 MM. DE HG.

EL FENÓMENO MEDIANTE EL CUAL LAS ARTERIAS PIERDEN SU --- ELASTICIDAD Y SUFREN ENDURECIMIENTO SE DENOMINA ARTERIOESCLEROSIS Y SUELE AFECTAR A LAS ARTERIAS DE TODO EL CUERPO. ES UNA FORMA RELATIVAMENTE BENIGNA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DE AHÍ QUE SE LE CONOZCA COMO HIPERTENSIÓN ARTERIOESCLERÓTICA BENIGNA. EN ALGUNOS INDIVIDUOS TAMBIÉN SE ELEVARÁ LA PRESIÓN DIASTÓLICA Y DARÁ LUGAR A UN TRASTORNO MUCHO MÁS GRAVE EL CUAL SE DENOMINA HIPERTENSIÓN DIASTÓLICA, EN ALGUNAS PERSONAS ÉSTA ALTERACIÓN PUEDE SER LEVE Y FÁCIL DE CONTROLAR, MIENTRAS QUE EN OTRAS PUEDE SER MUY GRAVE Y PONER EN PELIGRO LA VIDA. LA HIPERTENSIÓN DIASTÓLICA POR ARRIBA DE 100 MM. DE HG. ES UN FENÓMENO GRAVE POR LAS SIGUIENTES RAZONES:

- 1.- DEBIDO A LA PRESIÓN AUMENTADA EN LAS ARTERIAS, EL VENTRÍCULO IZQUIERDO ES SOMETIDO A UNA MAYOR CARGA DE TRABAJO, LO CUAL CON EL TIEMPO PUEDE DAR LUGAR A UNA INSUFICIENCIA DEL MISMO.
- 2.- EL MÚSCULO DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO SE HIPERTROFIA DEBIDO A LA PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA QUE TIENE QUE COMPENSAR, LO CUAL TAMBIÉN PUEDE OCASIONAR INSUFICIENCIA CARDIACA.
- 3.- LA PRESIÓN AUMENTADA POR MUCHO TIEMPO EN LA PARED DE LAS ARTERIAS PUEDE CAUSAR RUPTURA DE ALGUNAS ARTERIAS PEQUEÑAS DEL ENCEFALO Y PRODUCIR UNA APOPLEJIA.

4.- UNA HIPERTENSIÓN DIASTÓLICA CONSTANTE PUEDE AFECTAR-
LOS RÍÑONES.

MUCHOS PACIENTES QUE ACUDEN A TRATAMIENTO DENTAL TIENEN-
UN DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIOESCLERÓTICA O HIPERTEN-
SIÓN DIASTÓLICA, PERO MUCHOS PACIENTES PUEDEN SER DIAGNOSTICA
DOS DURANTE LA HISTORIA CLÍNICA, EXPLORACIÓN EN EL CONSULTO--
RIO DENTAL. ES IMPORTANTE ASEGURARSE DE QUE EL PACIENTE TO-
ME SU MEDICAMENTO, ALGUNOS PACIENTES CON TRATAMIENTO PROLONGA
DO OLVIDAN TOMARSE SU MEDICAMENTO ANTES O DURANTE EL TRATA---
MIENTO DENTAL, EL REALIZAR PROCEDIMIENTOS DENTALES EN ÉSTOS -
PUEDE IMPLICAR CIERTO RIESGO, COMO UN ACCIDENTE VASCULAR CERE
BRAL, QUE PONE EN PELIGRO SU VIDA. ANTE LA PRESENCIA DE ES-
TE CUADRO, SE ACUESTA AL PACIENTE, SE LE PROHIBE HACER CUAL--
QUIER TIPO DE MOVIMIENTOS Y SE TRASLADA AL HOSPITAL MÁS CERCA
NO PARA SU ADECUADO TRATAMIENTO.

10.- INFARTO DEL MIOCARDIO:

ÉSTE ES UN TRASTORNO QUE SE PRODUCE CUANDO UN TROMBO OCLU
YE UNA DE LAS RAMAS MAYORES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS, LO --
CUAL IMPIDE EL SUMINISTRO DE SANGRE DEL MIOCARDIO AFECTADO Y-
PROVOCA SU MUERTE (INFARTO), DE AHÍ EL TÉRMINO DE INFARTO AL-
MIOCARDIO. A MENUDO SE LE REFIERE COMO UNA OCLUSIÓN CORONA-
RIA O UNA TROMBOSIS CORONARIA.

LOS SÍNTOMAS DE UN INFARTO DEL MIOCARDIO SON VARIABLES, PERO PUEDEN COMENZAR EN FORMA DE DOLOR LEVE, EN LA REGIÓN RETROESTERNAL E IRRADIAR HACIA HOMBRO IZQUIERDO, MANDÍBULA, CUELLO O BRAZO IZQUIERDO. EL DOLOR AUMENTA DE INTENSIDAD POR LO GENERAL DURA 30 MINUTOS O MÁS Y PUEDE SER PRODUCIDO POR EL MAYOR TRABAJO DEL CORAZÓN DESPUÉS DE UNA COMIDA ABUNDANTE, RAZÓN POR LA CUAL, AL PRINCIPIO PUEDE CONFUNDIRSE CON INDIGESTIÓN. EL PACIENTE PUEDE TENER DISNEA, NÁUSEA, VÓMITO, SUDOR FRÍO, DESPLOME DE LA PRESIÓN ARTERIAL, ASÍ COMO PULSO RÁPIDO-DÉBIL, EL DOLOR TAMBIÉN PUEDE SER INTENSO DESDE EL PRINCIPIO.

SI ÉSTA URGENCIA OCURRE EN EL CONSULTORIO DENTAL DEBERÁN TOMARSE LAS SIGUIENTES MEDIDAS:

- 1.- SE COLOCA AL PACIENTE EN POSICIÓN TRENDELEBURG (CON LA CABEZA A UN NIVEL MÁS BAJO QUE LOS PIES) SI SE ENCUENTRA EN ESTADO DE CHOQUE.
- 2.- SE LLEVAN A CABO LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR.
- 3.- SI SE CUENTA CON EQUIPO DE URGENCIA SE LE APLICAN -- 0.5mg. DE ATROPINA INTRAVENOSA.
- 4.- ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO A UNA CONCENTRACIÓN DE 60-80%
- 5.- SE TRASLADA A UN HOSPITAL PARA SU COMPLETO RESTABLE-

CIMIENTO.

6.- SE APLICAN 60-180 ME. DE BICARSOL PARA LA ACIDOSIS -
RESPIRATORIA.

11.- REACCIÓN ALÉRGICA:

SE PRESENTAN CON MÁS FRECUENCIA ACTUALMENTE EN EL CONSUL-
TORIO DENTAL. ANALGÉSICOS, ANTIBIÓTICOS, SEDANTES Y ANESTÉ-
SICOS LOCALES DESEMPEÑAN UNA PARTE IMPORTANTE EN HACER EL TRA-
TAMIENTO DENTAL LO MÁS INDOLORO Y COMODO POSIBLE. SIN EMBAR-
GO EL USO DE CUALQUIER MEDICAMENTO IMPLICA EL RIESGO DE PRODU-
CIR UNA ALERGIA MEDICAMENTOSA, LA CUAL PUEDE SER DE RIESGO MÍ-
NIMO O PONER EN PELIGRO LA VIDA DEL PACIENTE POR CHOQUE. LA
PENICILINA ES EL MEDICAMENTO QUE MÁS A MENUDO PRODUCE REACCI-
ONES ALÉRGICAS. SE CITA COMO LA CAUSA DE 80% DE TODAS LAS --
REACCIONES PRODUCIDAS POR ANTIBIÓTICOS QUE PONEN EN PELIGRO -
LA VIDA.

LA ALERGIA MEDICAMENTOSA PUEDE SER DEFINIDA COMO UN TRAS-
TORNO QUE OCURRE CUANDO UN PACIENTE SE HA VUELTO HIPERSENSI--
BLE A UN MEDICAMENTO AL QUE HA TENIDO EXPOSICIÓN PREVIA. A-
LA EXPOSICIÓN REPETIDA A UN MEDICAMENTO OCURRE UNA REACCIÓN -
ANTÍGENO-ANTICUERPO.

EN UNA REACCIÓN ALÉRGICA, EL MEDICAMENTO ACTUA COMO ANTÍ

GENO Y PREPARA A LAS CÉLULAS ESPECÍFICAS DEL CUERPO PARA UNA REACCIÓN FUTURA. ÉSTAS CÉLULAS PUEDEN ESTAR LOCALIZADAS EN VARIAS ZONAS, PERO SUELEN SER CÉLULAS DE LA PIEL, DEL SISTEMA RESPIRATORIO, DEL RIÑÓN Y DEL APARATO INMUNOLÓGICO. ÉSTAS SE LLAMAN CÉLULAS BLANCO. EL ANTÍGENO TAMBIÉN ESTIMULA LA PRODUCCIÓN DE SUSTANCIAS CONOCIDAS COMO ANTICUERPOS. ÉSTOS PUEDEN COMBINARSE CON EL ANTÍGENO EN LAS CÉLULAS BLANCO. ÉSTA REACCIÓN ENTRE ANTÍGENO Y ANTICUERPO PRODUCE DESTRUCCIÓN DE LA CÉLULA BLANCO CON LIBERACIÓN DE SUSTANCIAS QUÍMICAS ESPECÍFICAS. LAS MÁS IMPORTANTES DE ÉSTAS SON LA HISTAMINA Y LA BRADICININA. LA HISTAMINA PRODUCE EL EDEMA ANGIONEURÓTICO Y EL PRURITO QUE SE OBSERVAN EN ALGUNAS REACCIONES DE LA PIEL. CUANDO LAS CÉLULAS BLANCO ESTÁN SITUADAS EN LOS PULMONES, LA HISTAMINA PROVOCA UN ESPASMO INTENSO DE LOS PEQUEÑOS BRONQUIOS (BRONCOESPASMO). POR OTRA PARTE LA BRADICININA AFECTA A LOS VASOS SANGUÍNEOS, LO CUAL DA LUGAR A PÉRDIDA DEL TONO VASCULAR Y CHOQUE.

LAS REACCIONES ALÉRGICAS SE CLASIFICAN DE ACUERDO A LA SECUENCIA DE TIEMPO EN EL CUAL OCURREN. LAS REACCIONES INMEDIATAS SE PRESENTAN MINUTOS O POCAS HORAS DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN AL MEDICAMENTO. LAS REACCIONES RETARDADAS OCURREN -- 36-48 HORAS DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN MEDICAMENTOSA. LA REACCIÓN INMEDIATA SE DENOMINA ANAFILAXIA Y PUEDE DIVIDIRSE --

EN 3 FORMAS: CUTÁNEA, LA CUAL PRODUCE PRURITO Y EDEMA ANGIONEURÓTICO DE LA PIEL; RESPIRATORIA LA CUAL OCASIONA BRONCOESPASMO Y EDEMA LARÍNGEO Y VASCULAR; EN LA QUE SE PRODUCE COLAPSO VASCULAR Y CHOQUE IRREVERSIBLE. LA REACCIÓN RETARDADA SE OBSERVA MÁS COMUNMENTE COMO UN EXANTEMA CUTÁNEO.

LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE UNA REACCIÓN ALÉRGICA INMEDIATA SON NUMEROSOS Y DIVERSOS. LA FORMA MÁS GRAVE ES LA REACCIÓN ANAFILÁCTICA. ÉSTA REACCIÓN OCURRE CON MUCHA RAPIDEZ (EN -- CUESTION DE MINUTOS) DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y PROVOCA NÁUSEA, SUDACIÓN Y DESMAYO. ÉSTO PUEDE IR SEGUIDO POR UNA REACCIÓN CUTÁNEA QUE CONSISTE EN URTICARIA, PRURITO INTENSO E HINCHAZÓN. EL EDEMA AGUDO CAUSADO POR UNA REACCIÓN ALÉRGICA PUEDE PRESENTARSE EN EL SITIO DE LA INYECCIÓN O ALREDEDOR DE LA CARA, LA GARGANTA O LA LARINGE Y SE LLAMA EDEMA ANGIONEURÓTICO.

EL PROGRESO DE LA REACCIÓN ANAFILÁCTICA DA ORIGEN A DIFICULTAD PARA RESPIRAR, ESTRIDOR LARÍNGEO Y CIANOSIS. ÉSTA DIFICULTAD RESPIRATORIA OBEDECE A QUE LA HINCHAZÓN DE LA FARINGE O LA LARINGE PRODUCE UN BLOQUEO PARCIAL DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS. SE PRESENTA TAQUICARDIA Y EL PACIENTE PUEDE MOSTRAR -- SIGNOS DE INSUFICIENCIA VASCULAR QUE PUEDEN VARIAR DESDE HIPOTENSIÓN LEVE HASTA CHOQUE DEFINIDO (HIPOTENSIÓN ARTERIAL INTENSA Y PERSISTENTE).

EL TRATAMIENTO DE LAS REACCIONES ALÉRGICAS DEBE INCLUIR -

LA PREVENCIÓN. UNA REACCIÓN ALÉRGICA A ALGÚN MEDICAMENTO -- PUEDE PRESENTARSE EN FORMA COMPLETAMENTE INESPERADA. SIN EMBARGO, EN LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES HAY CIERTOS INDICIOS -- QUE NOS DEBEN PREVENIR SOBRE LA POSIBILIDAD DE UNA REACCIÓN-- ALÉRGICA. PUEDE HABER ANTECEDENTE DE ALERGIA MEDICAMENTOSA, DE ALGÚN TRASTORNO ALÉRGICO COMO ASMA O FIEBRE DE HENO, O UN- ANTECEDENTE FAMILIAR DE ALERGIA. CUALQUIERA DE ÉSTOS FACTO- RES DEBEN DE PONERNOS EN SOBREAviso EN CUANTO A LA POSIBILI- DAD DE UNA REACCIÓN ALÉRGICA.

LA FRECUENCIA DE LAS REACCIONES ALÉRGICAS ES VARIABLE Y- ESTÁ RELACIONADO TANTO CON EL MEDICAMENTO ESPECÍFICO QUE SE - ADMINISTRA COMO CON LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN. LA PENICILINA ES CON MUCHO LA CAUSA MÁS FRECUENTE DE ALERGIA EN EL CONSULTO RIO DENTAL.

LA ASPIRINA AUNQUE ES ALÉRGICA, POCAS VECES PRODUCE ALER GIA. PUEDEN PRESENTARSE REACCIONES ALÉRGICAS MORTALES INDE- PENDIENTEMENTE DE LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN QUE SE ESCOJA PARA DAR UN MEDICAMENTO, PERO POR LO GENERAL SE ACEPTA QUE LA VÍA- BUCAL ES LA QUE OFRECE MENOS POSIBILIDAD DE REACCIÓN ALÉRGICA INMEDIATA, MIENTRAS QUE LA VÍA PARENTERAL AUMENTA ÉSTA POSIBI LIDAD. SIN EMBARGO NO DEBE PENSARSE QUE LA VÍA BUCAL ES POR COMPLETO SEGURA, YA QUE SE HAN COMUNICADO REACCIONES ANAFILÁC TICAS GRAVES, INCLUSIVE FALLECIMIENTOS CON EL USO DE PENICILI NA POR VÍA BUCAL.

SI SURGIERA ALGUNA DUDA EN RELACIÓN A SI EL PACIENTE PUEDE PRESENTAR ALGUNA REACCIÓN A UN MEDICAMENTO, DEBERÁ PRACTICARSE UNA PRUEBA CUTÁNEA PARA DESCARTAR ALERGIA AL MEDICAMENTO. ÉSTA CONSISTE EN UNA INYECCIÓN INTRADÉRMICA DE UNA SOLUCIÓN DILUIDA DEL MEDICAMENTO EN DUDA Y LA OBSERVACIÓN DE LA REACCIÓN LOCALIZADA. PUESTO QUE ÉSTAS PRUEBAS SON DIFÍCILES DE INTERPRETAR, NO SON POR COMPLETO CONFIABLES Y SON UNA CAUSA POTENCIAL DE ALGUNA REACCIÓN ANAFILÁCTICA AGUDA.

EL MANEJO DE UNA REACCIÓN ALÉRGICA EN EL CONSULTORIO ES:

- 1.- MANTENIMIENTO DE VÍAS AÉREAS PERMEABLES.
- 2.- SOSTENIMIENTO DE LA CIRCULACIÓN.- SE COLOCA AL PACIENTE EN POSICIÓN DE TRENDELEMBURG.
- 3.- TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO.- PARA NEUTRALIZAR EL ALÉRNO, ADMINISTRAR MEDICAMENTOS QUE CONTRARRESTEN LOS EFECTOS INMEDIATOS Y A LARGO PLAZO DE UNA REACCIÓN-ALÉRGICA. LOS MEDICAMENTOS ANTIHISTAMÍNICOS SON ÚTILES: UNA AMPOLLETA DE CLOROTRIMETÓN INTRANUSCULAR O INTRAVENOSA ES MUY ÚTIL, SE PUEDE TRATAR TAMBIÉN CON BENADRYL, DIMETANE. LOS CORTICOSTEROIDES SE USAN A MENUDO EN EL TRATAMIENTO DE REACCIONES --ALÉRGICAS, YA QUE TIENEN EFECTOS BENÉFICOS A LARGO-PLAZO. LA CORTISONA EN UNA REACCIÓN ALÉRGICA TIENE EFECTO SOBRE EL SISTEMA VASCULAR. DEBEMOS RECORDAR QUE LAS REACCIONES ALÉRGICAS AGUDAS PUEDEN -

OCASIONAR PARO CARDIACO Y HACER NECESARIO INICIAR LA RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR. TODA REACCIÓN ALÉRGICA YA SEA QUE OCURRA EN LA FORMA LEVE DE UNA ERUPCIÓN CUTÁNEA O BIEN UN COLAPSO VASCULAR AGUDO, DEBE SER TRATADA COMO UNA URGENCIA GRAVE O POTENCIALMENTE GRAVE.

12.- FIEBRE REUMÁTICA.

ES DE GRAN IMPORTANCIA EL TRATAMIENTO ADECUADO DEL PACIENTE CON ANTECEDENTE DE FIEBRE REUMÁTICA QUE ACUDE A ATENCIÓN DENTAL. EN LA CAVIDAD BUCAL DE LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES SE ENCUENTRA ALOJADO CIERTO TIPO DE ESTREPTOCOCCO. CUANDO HAY SALIDA DE SANGRE EN LA BOCA POR CUALQUIER PROCEDIMIENTO, YA SEA INTERVENCIÓN, PARODONIA, ENDODONCIA O CUANDO SE HACE ALGUNA OTRA MANIPULACIÓN DENTAL COMO REPARACIÓN DE CAVIDAD Y CONDENSACIÓN DE AMALGAMA, LAS BACTERIAS PASAN A LA CIRCULACIÓN SANGUÍNEA Y PRODUCEN BACTEREMIA TRANSITORIA, ÉSTAS LUEGO PUEDEN PASAR AL CORAZÓN Y EN PACIENTES NORMALES NO SON DE CONSECUENCIA, PERO EN EL CASO DE PACIENTES CON ANTECEDENTES DE FIEBRE REUMÁTICA LAS VÁLVULAS PUEDEN ESTAR CICATRIZADAS Y PROPORCIONAR GRIETAS EN LAS CUALES PUEDEN ALOJARSE BACTERIAS Y PRODUCIR CRECIMIENTOS O VEGETACIONES.

ESTO DA LUGAR A UNA ENFERMEDAD LLAMADA ENDOCARDITIS BACTERIANA. LAS VEGETACIONES QUE ESTÁN LLENAS DE BACTERIAS SON

MUY PELIGROSAS Y MUY BLANDAS, DE MANERA QUE SE PUEDEN ROMPER-
CON FACILIDAD Y PASAR A LA SANGRE EN FORMA DE ÉMBOLO. ÉSTOS
COÁGULOS PUEDEN ENTONCES BLOQUEAR UNA ARTERIA Y OCASIONAR NE-
CROSIS DEL TEJIDO IRRIGADO POR TAL ARTERIA. EL COÁGULO PUE-
DE O NO SER COMPATIBLE CON LA VIDA, LO CUAL DEPENDE DE SI LA-
ESTRUCTURA AFECTADA ES EL ENCEFALO, LA PIERNA O EL DEDO.
ADEMÁS CADA UNO DE ÉSTOS COÁGULOS ORIGINA INFECCIÓN EN NUEVAS
REGIONES DEL CUERPO. ÉSTAS VEGETACIONES PUEDEN PRODUCIR UN-
SOPLO CARDIACO, CUYAS CARACTERÍSTICAS SONORAS VARÍAN CON EL -
PASO DEL TIEMPO EN VIRTUD DE LA FORMA CAMBIANTE DE LAS VEGETA-
CIONES A MEDIDA QUE CRECEN Y SE DISUELVEN. ANTES DE LA IN-
TRODUCCIÓN DE LA PENICILINA POCAS PERSONAS SE RECUPERABAN DE
UNA ENDOCARDITIS BACTERIANA; SIN EMBARGO, ACTUALMENTE ES RA-
RO YA QUE EL ESTREPTOCOCO ES SUSCEPTIBLE A LA PENICILINA.

ES IMPORTANTE INVESTIGAR SI EL PACIENTE TIENE EL ANTECE-
DENTE DE FIEBRE REUMÁTICA PARA ADMINISTRAR PENICILINA ANTES Y
DURANTE EL TRATAMIENTO DE LA SIGUIENTE FORMA:

INTRANUSCULAR: 800,000 UNIDADES UNA HORA ANTES DEL TRATA-
MIENTO Y UNA VEZ AL DÍA, DURANTE 5 DÍAS DESPUÉS.

BUCAL: 500mg. DE AMPICILINA UNA HORA ANTES DEL TRATAMIE-
NTO Y DESPUÉS 500mg. CADA 8 HORAS DURANTE TRES DÍAS.

ERITROMICINA EN CASO DE SER SUSCEPTIBLES A LA PENICILINA:

BUCAL: ADULTOS 500mg. UNA HORA ANTES DEL TRATAMIENTO, DES

PUES CADA 8 HORAS POR DOS DÍAS.

NIÑOS: 20mg. POR KG. DE PESO UNA HORA ANTES Y DESPUÉS --
10mg. POR KG. DE PESO CADA 6 HORAS POR DOS DÍAS.

CAPÍTULO II

1.- COAGULACIÓN SANGUÍNEA.

LA COAGULACIÓN SANGUÍNEA ES UN FENÓMENO SUMAMENTE COMPLEJO. LA COAGULACIÓN DE LA SANGRE DEPENDE DEL DESENCADENAMIENTO DE UNA SECUENCIA DE FENÓMENOS QUE DAN POR RESULTADO LA PRODUCCIÓN FINAL DE UN COÁGULO FIRME DE FIBRINA. EN RESUMEN --- EXISTEN CUANDO MENOS 12 FACTORES EN LA SANGRE: EL PLASMA Y LAS PLAQUETAS, LOS CUALES SE ENCARGAN DE LA COAGULACIÓN FINAL. SE DESIGNAN DESDE EL FACTOR I HASTA EL FACTOR XIII, NO EXISTIENDO EL VI.

- I FIBRINOGENO.
- II PROTROMBINA.
- III TROMBOPLASTINA.
- IV CALCIO.
- V PROACELERINA.
- VI NO SE CONSIDERA YA.
- VII PROCONVERTINA.
- VIII FACTOR ANTINEMOFÍLICO.
- IX FACTOR DE CHRISTMAS.
- X FACTOR DE STUART-POWDER.
- XI ANTECEDENTE TROMBOPLASTÍNICO DEL PLASMA (ATP)

XII FACTOR DE HAGEMAN.

XIII FACTOR ESTABILIZADOR DE LA FIBRINA.

LOS FACTORES IX, X Y XII RECIBIERON SU NOMBRE POR LAS FAMILIAS EN LAS QUE SE ENCONTRARON SUS DEFICIENCIAS.

SE CONSIDERA QUE LA COAGULACIÓN DE LA SANGRE OCURRE EN 3-ETAPAS:

- 1.- LA FORMACIÓN DE TROMBOPLASTINA.
- 2.- LA FORMACIÓN DE TROMBINA.
- 3.- LA PRODUCCIÓN DE FIBRINA.

EL CONTROL DE LA SECUENCIA DE LOS FENÓMENOS ENCARGADOS DE LA COAGULACIÓN DEBE SER PRECISO POR LAS SIGUIENTES RAZONES:

- 1.- DEBE INICIARSE EL MECANISMO DE LA COAGULACIÓN CUANDO OCURRE UNA RUPTURA DE LA INTEGRIDAD VASCULAR.
- 2.- SIN EMBARGO, DEBE LIMITARSE A LA ZONA DE LA LESIÓN. POR RAZONES EVIDENTES, NO ES DESEABLE QUE TODA LA SANGRE SE ACUMULE EN EL COÁGULO.
- 3.- DEBE PERMITIR LA DISOLUCIÓN FINAL DEL COÁGULO DE FIBRINA Y EL RESTABLECIMIENTO DE LA LUZ DEL VASO SANGUÍNEO.
- 4.- NO DEBE INICIARSE EL MECANISMO DE COAGULACIÓN CUANDO NO SE REQUIERE.

LA COAGULACIÓN COMIENZA CUANDO HAY UNA RUPTURA DE LA PARED DE UN VASO SANGUÍNEO. AL PRINCIPIO EL VASO SE CONTRAE DE

BIDO A QUE ENTRAN EN ACCIÓN REFLEJOS LOCALES. LUEGO LAS PLAQUETAS SE ADHIEREN AL REVESTIMIENTO ENDOTELIAL ROTO DEL VASO SANGUÍNEO Y EXTIENDEN NUMEROSAS PROYECCIONES PODIFORMES QUE AYUDAN A TAPONAR LA ROTURA EN EL VASO SANGUÍNEO. SE PIENSA TAMBIÉN QUE LAS PLAQUETAS CONTIENEN SEROTONINA, LA CUAL LIBERAN PARA REFORZAR LA VASOCONSTRICCIÓN INICIADA POR LOS REFLEJOS DE LOS VASOS SANGUÍNEOS DESPUÉS DE LA LESIÓN. LAS PLAQUETAS TAMBIÉN TIENEN LA FUNCIÓN DE DISOLVER O PRODUCIR LISIS DEL COÁGULO DE FIBRINA UNA VEZ QUE SE HA FORMADO. ESTO SE LLAMA RETRACCIÓN DEL COÁGULO. ADEMÁS CONTRIBUYEN A LA FORMACIÓN DE LA TROMBOPLASTINA.

COAGULACIÓN:

PRIMERA ETAPA.- LA FORMACIÓN DE TROMBOPLASTINA ES LA PRIMERA ETAPA. ES PRODUCIDA EN DOS REGIONES DIFERENTES: EN EL PLASMA SANGUÍNEO Y EN LOS TEJIDOS DEL CUERPO A TRAVÉS DE UNA INTERACCIÓN DE VARIOS DE LOS FACTORES NECESARIOS PARA LA COAGULACIÓN. LA ETAPA PRIMERA LLEGA A SU TÉRMINO DESPUÉS QUE SE CUENTA CON VARIAS PRUEBAS QUE SIRVEN PARA DESCUBRIR DEFICIENCIAS EN LAS DIVERSAS ETAPAS DE LA COAGULACIÓN. ÉSTAS DEBEN LLEVARSE A CABO, SI POR ALGUNA RAZÓN EL PACIENTE TIENE EL ANTECEDENTE DE SANGRADO O SANGRA EN FORMA EXCESIVA DESPUÉS DE ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, CON EL OBJETIVO DE VERIFICAR SI LA DEFICIENCIA CORRESPONDE A LA PRIMERA ETAPA DE LA COAGU-

LACIÓN O A LAS OTRAS DOS. HAY PRUEBAS ESPECÍFICAS PARA CADA ETAPA. SE PUEDEN REALIZAR DOS PRUEBAS SANGUÍNEAS PARA DETECTAR DEFICIENCIAS EN LA PRIMERA ETAPA DE LA COAGULACIÓN, LA -- PRUEBA DE GENERACIÓN DE TROMBOPLASTINA (PGT) O LA PRUEBA DEL TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP).

SEGUNDA ETAPA.- COMIENZA ESTA ETAPA Y LA TROMBOPLASTINA-(FACTOR III) FORMADA ACTUARA SOBRE LA PROTROMBINA (FACTOR II) LA CUAL ES UNA PROTEINA QUE SE ENCUENTRA DISUELTA EN EL PLASMA. CON LA AYUDA DEL CALCIO SANGUÍNEO (FACTOR IV) CONVIERTE LA PROTROMBINA EN TROMBINA. LAS DEFICIENCIAS EN ESTA ETAPA- SE PUEDEN DETERMINAR MEDIANTE UNA PRUEBA SANGUÍNEA LLAMADA -- TIEMPO DE PROTROMBINA DE QUICK (DESCUBRIDOR DE LA PRUEBA). ÉSTA DETERMINA EL TIEMPO REQUERIDO PARA QUE LA PROTROMBINA,-- EN LA PRESENCIA DE TROMBOPLASTINA Y CALCIO, SEA CONVERTIDA EN TROMBINA. . . SI ESTE TIEMPO ES PROLONGADO Y SON NORMALES -- LAS PRUEBAS PARA LA PRIMERA ETAPA, ENTONCES SE CONSIDERA QUE- EXISTE UNA DEFICIENCIA DE PROTROMBINA EN LA SANGRE. ES EN - ÉSTA ETAPA DONDE ACTUAN LOS ANTICOAGULANTES ORALES PROLONGAN- DO EL TIEMPO FINAL DE COAGULACIÓN.

LA PROTROMBINA ES FORMADA POR EL HÍGADO, DE MANERA QUE - CIERTAS ENFERMEDADES HEPÁTICAS. PUEDEN PROVOCAR SU DEFICIENCIA Y EL PACIENTE PUEDE PRESENTAR SANGRADOS EXCESIVOS. ESTO ES- CIERTO, ESPECIALMENTE EN PERSONAS CON CIRROSIS HEPÁTICA. LA

VITAMINA K ES NECESARIA PARA LA FORMACIÓN DE PROTROMBINA EN EL HÍGADO, SE ENCUENTRA EN ALGUNOS ALIMENTOS Y TAMBIÉN ES PRODUCIDO POR BACTERIAS INTESTINALES; SIN EMBARGO ES NECESARIA LA BILIS PARA QUE PUEDA SER ABSORVIDO POR EL HÍGADO. POR LO TANTO EN PACIENTES CON ICTERICIA OBSTRUCTIVA EN LOS QUE LOS CONDUCTOS BILIARES ESTÁN BLOQUEADOS, LA BILIS NO PASA HACIA EL INTESTINO, LA VITAMINA K NO ES ABSORVIDA POR EL HIGADO Y NO SE FORMA PROTROMBINA. A ÉSTOS INDIVIDUOS SE LES PUEDE ADMINISTRAR VITAMINA K, ANTES DE SOMETERLOS A UNA INTERVENCIÓN, PARA QUE FORMEN PROTROMBINA NORMAL Y SE LLEVE A CABO LA COAGULACIÓN NORMAL. SIN EMBARGO HAY QUE CONSIDERAR QUE LA VITAMINA K NO ES UNA PANACEA PARA TODAS LAS DEFICIENCIAS DE LA COAGULACIÓN. EN OCASIONES ES UTILIZADO ERRONEAMENTE PARA CORREGIR CUALQUIER DEFICIENCIA COAGULATORIA, MIENTRAS QUE SOLO SERA EFICAZ CUANDO HAY UNA DEFICIENCIA EN LA PRODUCCIÓN DE PROTROMBINA. NO EJERCE EN ABSOLUTO ALGÚN EFECTO SOBRE LA PRIMERA Y TERCERA ETAPAS DE LA COAGULACIÓN.

TERCERA ETAPA.- LA PROTROMBINA FORMADA ES UNA ENZIMA QUE CONVERTIRÁ EL FIBRINÓGENO (FACTOR I), UNA PROTEINA QUE SE ENCUENTRA EN CANTIDAD ABUNDANTE EN EL PLASMA, A FIBRINA. ÉSTA FIBRINA ES REFORZADA ADEMÁS POR OTRO FACTOR PLASMÁTICO (XIII) QUE AL ACTUAR SOBRE LA MISMA FORMA UN COÁGULO FIRME DE FIBRINA, EL CUAL ES EL PRODUCTO FINAL DE LA COAGULACIÓN.

LAS DEFICIENCIAS DE FIBRINÓGENO PUEDEN DETERMINARSE MIDIENDO LA CANTIDAD DEL MISMO QUE SE ENCUENTRA CIRCULANDO EN EL PLASMA. LA CUAL ES MUCHO MAYOR EN COMPARACIÓN A LA DE TODOS LOS DEMÁS FACTORES PROTEÍNICOS. SUS CIFRAS NORMALES SON DE 200 a 400 mg. DE FIBRINÓGENO POR 100 ml. DE SANGRE. POR LO GENERAL SE ALTERARÁ EL MECANISMO DE LA COAGULACIÓN CUANDO EL FIBRINÓGENO SEA MENOR DE 100mg. POR 100ml. DE SANGRE. EN VIRTUD DE QUE TAMBIÉN ES PRODUCIDO POR EL HIGADO CIERTAS ENFERMEDADES HEPÁTICAS PUEDEN OCASIONAR SU DEFICIENCIA.

UNA VEZ QUE SE HA FORMADO EL COÁGULO, DEBE DISOLVERSE A SU DEBIDO TIEMPO, POR SUPUESTO PARA QUE PUEDA TOMAR LUGAR LA RECANALIZACIÓN (APERTURA DE LA LUZ) DEL VASO SANGUÍNEO. ÉSTE FENÓMENO DE DISOLUCIÓN SE DENOMINA FIBRINOLISIS O RETRACCIÓN DEL COÁGULO, Y SE LOGRA CUANDO EL PLASMINÓGENO, QUE SE ENCUENTRA EN ESTADO ACTIVO EN EL PLASMA ES CONVERTIDO EN FIBRINOLISINA, LA CUAL DISUELVE O PRODUCE LISIS DEL COÁGULO Y PERMITE LA RECUPERACIÓN DE LA LUZ DEL VASO SANGUÍNEO. LAS PLAQUETAS TAMBIÉN PARTICIPAN EN LA RETRACCIÓN, YA QUE SE ENCUENTRAN EN GRAN NÚMERO EN EL COÁGULO DE FIBRINA FINAL; PARECE QUE UNEN LOS BORDES DEL VASO SANGUÍNEO ROTO MIENTRAS SE ESTA RETRAYENDO EL COÁGULO. SI HAY UNA DEFICIENCIA DE PLAQUETAS, EL COÁGULO ES FACILMENTE DESALOJADO Y COMIENZA UNA VEZ MÁS EL SANGRADO. POR LO TANTO CUANDO DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA HAY AL PRINCIPIO UNA COAGULACIÓN NORMAL Y-

LUEGO EL PACIENTE COMIENZA A SANGRAN EN FORMA INTERMITENTE, - PODRÍA SOSPECHARSE QUE HAY UNA DEFICIENCIA DE PLAQUETAS Y QUE LA RETRACCIÓN DEL COÁGULO NO ESTÁ PRODUCIENDOSE DE MANERA NOR MAL.

AL VALORAR A UN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD - HEMORRÁGICA O DE SANGRADO PERSISTENTE TRAS OPERACIONES DENTALES PREVIAS, DEBEN INVESTIGARSE EN FORMA CUIDADOSA SUS ANTECEDENTES. SE DEBERÁ PREGUNTAR A LOS PACIENTES SI EL SANGRADO SE PRESENTA SOLO DURANTE INTERVENCIONES DENTALES O SI OCURRE DE MANERA PROLONGADA DESPUÉS DE CUALQUIER HERIDA ACCIDENTAL. POR ALGUNA RAZÓN LOS PACIENTES PARECEN CONSIDERAR QUE SANGRAN DESPUES DE SER SOMETIDOS A ALGUNA INTERVENCIÓN EN LA CAVIDAD-BUCAL, PERO DECLARAN QUE SU SANGRADO ES NORMAL SI SUFREN ALGUNA OTRA HERIDA. ES PROBABLE QUE ESTE TIPO DE PACIENTES NO - TENGA ALGUNA ENFERMEDAD HEMORRÁGICA. SIN EMBARGO SI EL PACIENTE AFIRMA QUE SI TIENE SANGRADO PERSISTENTE CUANDO SE HIERE EN FORMA ACCIDENTAL, ENTONCES PUEDE PADECER ALGUNA ENFERMEDAD HEMORRÁGICA. CUANDO ÉSTE ES EL CASO SU POSIBLE RELACIÓN CON CUALESQUIERA DE LOS FACTORES EXTERNOS COMO MEDICAMENTOS O TRAUMATISMO Y SI ALGÚN OTRO MIEMBRO DE LA FAMILIA TIENE EL -- MISMO PROBLEMA.

LOS TRASTORNOS HEMORRÁGICOS PUEDEN SER EL RESULTADO DE - LOS DEFECTOS VASCULARES, DEFICIENCIA DE PLAQUETAS (TROMBOCITOPENIA) O DEFECTOS DE COAGULACIÓN.

LOS DEFECTOS VASCULARES PUEDEN SER CONGÉNITOS O ADQUIRIDOS Y REPRESENTAN ALGUNA DEFICIENCIA DEL VASO QUE PROVOCA UN SANGRADO PROLONGADO. EN LOS DEFECTOS VASCULARES CONGÉNITOS--NO SE PRESENTA LA CONTRACTILIDAD NORMAL DE LOS CAPILARES.

LOS DEFECTOS VASCULARES ADQUIRIDOS PUEDEN SER DEBIDOS A--LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- 1) PÉRDIDA DE LA ELASTICIDAD DE LA PIEL Y LOS CAPILARES--POR VEJEZ.
- 2) INFECCIONES GRAVES QUE PUEDEN LESIONAR EL ENDOTELIO--VASCULAR.
- 3) LOS CUALES SON NECESARIOS PARA QUE LOS VASOS SANGUÍ--NEOS MANTENGAN SU INTEGRIDAD.
- 4) Y ALGUNOS TIPOS DE REACCIÓN ALÉRGICA EN LOS QUE PUEDE LESIONARSE EL VASO SANGUÍNEO.

LOS PACIENTES CON DEFECTOS VASCULARES TENDRÁN UN TIEMPO--PROLONGADO DE SANGRADO, YA QUE EL VASO SANGUÍNEO NO SE CONTRIENE. EL TIEMPO DE SANGRADO NORMAL VARÍA DE 1-6 MINUTOS SEGÚN LA PRUEBA QUE SE UTILICE. EN ÉSTOS PACIENTES, EVIDENTEMENTE EL MECANISMO DE COAGULACIÓN SERÍA NORMAL, ES DECIR LAS PRUE--BAS SANGUÍNEAS SON NORMALES. ÉSTA ES LA DIFERENCIA IMPORTANTE:

EL TIEMPO DE SANGRADO INDICA QUE POR ALGUNA RAZÓN NO ESTÁ OCURRIENDO LA CONTRACTILIDAD VASCULAR O LAS PLAQUETAS NO SE ESTÁN ADHERIENDO AL SITIO DE LA LESIÓN PARA FORMAR LA OBSTRUCCIÓN FÍSICA PRELIMINAR, NECESARIA PARA QUE COMIENZE EL MECANISMO DE LA COAGULACIÓN. POR LO TANTO EN CIERTOS PADECIMIENTOS PUEDE HABER UN TIEMPO ANORMAL DE SANGRADO Y LAS OTRAS PRUEBAS SER NORMALES. ÉSTE ES EL PROPÓSITO DE PRACTICAR LA SERIE DE PRUEBAS: PARA DETERMINAR CUAL ES EL SITIO DE LA DEFICIENCIA PARA QUE PUEDA SER TRATADA.

LA SEGUNDA CIRCUNSTANCIA QUE DÉ POR RESULTADO ENFERMEDAD HEMORRÁGICA PUEDE SER UNA ALTERACIÓN DE LOS TROMBOCITOS. LA CAUSA DE ÉSTA PUEDE SER DESCONOCIDA (EN CUYO CASO SE DENOMINA IDIOPÁTICA), O PUEDE SER SECUNDARIA A ALGUNA INFECCIÓN, ALERGIA MEDICAMENTOSA, O ENFERMEDAD DE LA MÉDULA ÓSEA. EL TRAS-TORNO CONSISTE BASICAMENTE EN UNA DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE PLAQUETAS O TROMBOCITOS. LA CUENTA PLAQUETARIA NORMAL ES DE 250,000 POR MM. Y PUEDE COMENZAR EL SANGRADO CUANDO SU NÚMERO SE REDUCE A 100,000 POR MM³.

ÉSTOS PACIENTES TAMBIEN TENDRÁN UN TIEMPO PROLONGADO DE SANGRADO EN VIRTUD DE QUE LA COAGULACIÓN DE LA SANGRE SOLO SE PUEDE PROSEGUIR NORMALMENTE UNA VEZ QUE SE HAYA PRODUCIDO LA VASCONTRICCIÓN Y LAS PLAQUETAS HAYAN FORMADO UN TAPÓN MECÁNICO.

EN ÉSTAS DOS ALTERACIONES, LA HEMORRAGIA EXCESIVA DES--- PUES DE UNA EXTRACCIÓN DENTAL PUEDE SER EL PRIMER SIGNO, O -- PUEDE HABER SANGRADO ESPONTÁNEO DE LAS ENCÍAS. SI YA ESTÁ - CONFIRMADO EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD, NO DEBERÁ PRACTI- CARSE AL PACIENTE ALGUNA OPERACIÓN DURANTE LAS ETAPAS DE LA-- MISMA, MIENTRAS QUE EN LA ETAPA CRÓNICA SOLAMENTE SE INTERVENDRÁ CON LA VALORACIÓN DEL HEMATÓLOGO.

LA TERCERA CAUSA QUE OCASIONE ENFERMEDAD HEMORRÁGICA PUE DE SER DE ALGUNA ALTERACIÓN EN EL CICLO MISMO DE LA COAGULA-- CIÓN. DEBIDO A DEFICIENCIA DE ALGUNO DE LOS FACTORES DE LA- COAGULACIÓN. SE ENCONTRARÁN EN ÉSTAS CIRCUNSTANCIAS TODAS-- LAS PRUEBAS SANGUÍNEAS NORMALES RELACIONADAS CON LOS VASOS -- SANGUÍNEOS O CON LA CUENTA DE TROMBOCITOS, POR EJEMPLO EL --- TIEMPO DE SANGRADO, PERO EL PACIENTE CONTINÚA CON SU HEMORRA- GIA.

HEMOFILIA.- ES EL TRASTORNO CLÁSICO DE LA PRIMERA ETAPA- DE LA COAGULACIÓN, ES UNA ENFERMEDAD HEREDITARIA CARACTERIZA- DA POR UNA DEFICIENCIA DEL FACTOR VIII (FACTOR ANTIHEMOFÍLICO) Y QUE ES TRANSMITIDA POR UNA MADRE PORTADORA A SU PROGENIE -- MASCULINO. ASÍ PUES LAS MUJERES NO PUEDEN SUFRIR HEMOFILIA; LA CUAL ES TRASMITIDA POR SUS MADRES.

ÉSTOS ENFERMOS PUEDEN SER OBJETO DE ALGUNA INTERVENCIÓN- EN CAVIDAD BUCAL, EN HOSPITAL BAJO SUPERVISIÓN ESTRECHA DEL-- EQUIPO MÉDICO.

2.- VALORES NORMALES DE LAS PRINCIPALES PRUEBAS DE LABORATO--

RIO.

1) CITOLOGÍA HEMÁTICA:	HOMBRES	MUJERES
HEMOGLOBINA EN GR. POR 100 ML.	15.5-20	13.5-17
ERITROCITOS MILLONES POR MM ³ .	5-6	4.5-5.5
HEMATOCRITO.	47-55	42-48
CONCENTRACIÓN MEDIA DE HEMOGLOBINA		+30%
RETICULOCITOS %		0.5-1.5
LEUCOCITOS POR MM ³		4000-10,000
LINFOCITOS		18-45%
MONOCITOS.		3-10%

2) PRUEBAS ORDINARIAS DE TENDENCIA HEMORRÁGICA:

TIEMPO DE SANGRADO (DUKE).	DE 1-3'
TIEMPO DE SANGRADO (IVY)	2-6'
TIEMPO DE COAGULACIÓN (LEE WHITE)	5-8'
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA.	35-55'
PLAQUETAS POR MM ³ .	200-500 ML.

3) QUÍMICA SANGUÍNEA:

GLUCOSA	60-90 MGZ	AUTOANALIZADOR
	65-110MGZ	NELSON SOMOGYI

4) ANÁLISIS DE ORINA:

DENSIDAD	1012 - 1030
ALBÚMINA	NEGATIVA
GLUCOSA	NEGATIVA
ACETONA	NEGATIVA
LEUCOCITOS	1-2 POR CAMPO.
ERITROCITOS	NEGATIVO
HEMOGLOBINA	NEGATIVO
BILIRRUBINA	NEGATIVO
CILINDROS	NEGATIVO.

5) PADECIMIENTOS EN LOS CUALES LOS NIVELES DE TRANSAMINASA ES
TÁN ELEVADOS:

	TGO	TGP	DHL
INFARTO AL MIOCARDIO	40-300	40-300	680-2600
CIRROSIS HEPÁTICA.	40	40	
HEPATITIS AGUDA	100.-1500	100-1500	680

3.-LA HEMORRAGIA Y SU TRATAMIENTO.

EL TÉRMINO HEMORRAGIA NO INDICA SIMPLEMENTE LA SALIDA DE SANGRE AL EXTERIOR, SINO QUE COMPRENDE TODA EXTRAVASACIÓN DE SANGRE FUERA DE LOS CONDUCTOS VASCULARES NORMALES.

LOS EFECTOS DE LA HEMORRAGIA DEPENDEN DE SU LOCALIZACIÓN DE LA CANTIDAD Y RAPIDEZ CON QUE SE PIERDE LA SANGRE, DE LA - CIFRA ANTERIOR DE HEMOGLOBINA, DEL GRADO EN QUE PUEDA RETRAER SE EL SISTEMA VASCULAR PARA MANTENER UNA CIRCULACIÓN ADECUADA EN LOS ÓRGANOS VITALES Y DE LA RAPIDEZ CON QUE PUEDAN SUSTRAR SE DE LOS TEJIDOS UNA CANTIDAD DE LÍQUIDO SUFICIENTE PARA RES TABLECER EL VOLUMEN SANGUÍNEO.

DICHOS EFECTOS DEPENDEN TAMBIÉN, HASTA CIERTO PUNTO, DE LA CAUSA SUBYACENTE Y DE SI LA SANGRE SE PIERDE POR COMPLETO- O SI PERMANECE EN LOS TEJIDOS Y PUEDE APROVECHARSE EN PARTE- PARA EL RESTABLECIMIENTO.

DE ACUERDO CON SU LOCALIZACIÓN, LAS HEMORRAGIAS PUEDEN-- CLASIFICARSE EN EXTERNAS E INTERNAS.

- 1) LAS HEMORRAGIAS EXTERNAS PROCEDENTES DE HERIDAS, ROTU RAS VASCULARES.
- 2) LAS HEMORRAGIAS INTERNAS PRODUCIDAS POR TRAUMATISMOS, TRASTORNOS CELULARES AGUDOS O CRONICOS Y ALTERACIONES NEOPLÁSICAS.

VARÍA TAMBIÉN EL FACTOR CRONOLÓGICO DE LA HEMORRAGIA:

ASÍ LAS HEMORRAGIAS QUE TIENEN LUGAR EN EL MOMENTO DE -- LA HERIDA O EL TRAUMATISMO RECIBEN EL NOMBRE DE HEMORRAGIAS-- PRIMARIAS.

LAS QUE SE INICIAN MÁS TARDE PERO EN EL MISMO DÍA, SE LLAMA HEMORRAGIA DE "REACCIÓN" Y LAS QUE SE PRODUCEN PASA DO EL PLAZO SE LES DENOMINA HEMORRAGIA SECUNDARIA.

LA HEMORRAGIA DE REACCIÓN SE DEBE A CIRCUNSTANCIAS TALES COMO FALLO EN UN PUNTO DE SUTURA, ELIMINACIÓN MECÁNICA DEL COÁGULO O SIMPLEMENTE AUMENTO DE LA TENSIÓN ARTERIAL CUANDO SE INICIA LA RECUPERACIÓN.

LA HEMORRAGIA SECUNDARIA SE DEBE SIEMPRE A LA INFECCIÓN-DE LA HERIDA.

EN LAS HEMORRAGIAS MENOS INTENSAS EL PULSO SE HACE RÁPIDO E IRREGULAR, LOS VASOS PARECEN REBLANDECERSE Y VACIARSE EN CADA DIÁSTOLE, LA RESPIRACIÓN SE HACE ARTIFICIAL Y SUSPIROSA- Y EL PACIENTE AQUEJA AHOGO Y SED. LA PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO VA PRECEDIDA A MENUDO DE TINITUS, CENTELLEOS Y DOLOR ABDOMINAL.

EL PACIENTE PUEDE FALLECER A CAUSA DE CHOQUE SECUNDARIO-QUE EXAGERA LOS EFECTOS DE LA PÉRDIDA DE SANGRE Y QUE OCASIONA ANOXEMIA CEREBRAL Y DE OTROS ÓRGANOS VITALES.

FISIOLOGÍA DE LA HEMOSTASIA:

LA HEMOSTASIS ES EL PROCESO QUE DETIENE LA SALIDA DE SANGRE DE LOS VASOS DAÑADOS, PARA RESULTAR EFICAZ LA HEMOSTASIA-REQUIERE VASOS SANGUÍNEOS CON TEJIDOS EXTRAVASCULARES NORMA-

LES, PLAQUETAS NÚMERICAS Y FUNCIONALMENTE NORMALES Y UN MECANISMO NORMAL DE COAGULACIÓN.

LA FASE VASCULAR:

LA CONSECUENCIA MÁS INMEDIATA DE UNA HERIDA A UN PEQUEÑO-VASO, ES LA REDUCCIÓN DEL SANGRADO POR VASOCONSTRICCIÓN Y EXTRAVASIÓN DE LA SANGRE. LA VASOCONSTRICCIÓN TIENDE A REDUCIR EL FLUJO SANGUÍNEO A TRAVÉS DEL ÁREA DAÑADA.

LA SALIDA DE SANGRE DE LOS TEJIDOS NORMALES ESTÁ LIMITADA POR EL TEJIDO EXTRAVASCULAR DE SOPORTE POR EL AUMENTO DE LA PRESIÓN TISULAR QUE PRODUCE EL COLAPSO DE LAS VÉNULAS, QUE ENTONCES SE ADHIEREN CON RAPIDEZ Y SE OBLITERAN.

FASE PLAQUETARIA:

EN UNOS CUANTOS SEGUNDOS DESPUÉS DE LA LESIÓN, LAS PLAQUETAS COMIENZAN A ADHERIRSE A LA SUPERFICIE DEL VASO DAÑADO (ADHESIÓN) Y ENTRE SI (AGREGACIÓN). ÉSTE PROCESO SE FACILITA MUCHO POR EL RETARDO EN EL FLUJO SANGUÍNEO CAUSADO POR LA FASE-VASCULAR Y PRODUCEN RAPIDAMENTE UN PEQUEÑO TAPÓN PLAQUETARIO O TROMBO.

FASE DE COAGULACIÓN:

LA COAGULACIÓN DE LA SANGRE ES EL PROCESO POR EL CUAL LA-

SANGRE LÍQUIDA SE CONVIERTE EN UN COÁGULO. ÉSTE PROCESO -- COMPRENDE LA INTERACCIÓN DE VARIAS PROTEÍNAS PLASMÁTICAS MAL DEFINIDAS EN CANTIDADES DENOMINADOS "FACTORES DE LA COAGULACIÓN".

EN LA VALORACIÓN DE LA HEMORRAGIA SE DIRIGIRÁ LA ATENCIÓN PARTICULAR A:

- 1.- SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PÉRDIDA SANGUÍNEA.
- 2.- LOCALIZACIÓN DE LA FUENTE DE LA HEMORRAGIA.
- 3.- ASPECTO Y CANTIDAD DE LA SANGRE.
- 4.- CIERTAS MANIFESTACIONES DE LA HEMORRAGIA QUE SUGIEREN UN TRASTORNO DE LA HEMOSTASIA.

LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA PÉRDIDA DE SANGRE EN SÍ DEPENDEN DE LA CANTIDAD Y LA RAPIDEZ CON QUE SE PIERDA LA SANGRE.

LA PÉRDIDA AGUDA Y PROFUSA QUE OCURRE EN MINUTOS, POR LO GENERAL PRODUCE SÍNCOPE, MIENTRAS QUE LA PÉRDIDA DE UNA CANTIDAD COMPARABLE EN UN PERÍODO DE HORAS DÁ POR RESULTADO UN CUADRO DE COLAPSO CIRCULATORIO PERIFÉRICO. LA PÉRDIDA CONTINUA PERO LENTA PRODUCE UN CUADRO INSIDIOSO DE SÍNTOMAS DE ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO.

LA HISTORIA CLÍNICA SIGUE SIENDO LA MEJOR PRUEBA DE LA BÚSQUEDA DE UN PADECIMIENTO HEMORRÁGICO CUANDO EL PACIENTE--

LLEGA POR PRIMERA VEZ A NUESTRO CONSULTORIO.

LOS ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS, EXTRACCIONES MÚLTIPLES DE DIENTES SIN PERDIDA ANORMAL DE SANGRE, SON DATOS IMPORTANTES EN NUESTRA HISTORIA CLÍNICA.

HISTORIA.- LA HEMORRAGIA HA SIDO SIEMPRE UN GRAN PROBLEMA. LOS ANTIGUOS GRIEGOS EMPLEABAN UN ESTIPTICO VEGETAL A LAS HERIDAS SANGRANTES. EL ALUMBRE EN VINAGRE Y LA CORTEZA VERDE DE LA HIGUERA, ERAN REMEDIOS RECOMENDADOS POR HIPÓCRATES.

CELSE, RECONOCIDO CIRUJANO ROMANO RECOMENDABA LA CAUTERIZACIÓN POR MEDIO DE UN INSTRUMENTO CANDENTE Y LOS CIRUJANOS DEL SIGLO XV RECURRÍAN TODAVÍA AL CAUTERIO CANDENTE.

PERO LA MORTANDAD POR HEMORRAGIA ERA TAN ENORME COMO HORRIBLE EL TRATAMIENTO.

NO FUE SINO HASTA EL SIGLO XVI QUE AMBROSIO PARE, PADRE DE LA CIRUGÍA FRANCESA INICIO UN GRAN ADELANTE, USÓ LA LIGADURA PARA CONTENER LA HEMORRAGIA.

PATOGENIA:

LA CAUSA PRINCIPAL DE LA HEMORRAGIA BUCAL, ES EL TRAUMATISMO SOLO EN CASOS RELATIVAMENTE RAROS SE DEBE LA HEMORRAGIA

A DEFECTOS VASCULARES O A INSUFICIENCIA EN EL PROCESO DEL MECANISMO DE LA COAGULACIÓN DE LA SANGRE.

LA HEMORRAGIA ASOCIADA CON LOS VASOS SANGUÍNEOS LESIONADOS PUEDE DETENERSE ESPONTÁNEAMENTE POR EL MECANISMO DE CONTRACCIÓN DEL VASO, LA ACUMULACIÓN DE PLAQUETAS Y LA AGLUTINACIÓN EN EL PUNTO DE LA LESIÓN QUE TAPONAN TEMPORALMENTE EL VASO ABIERTO Y CONTRIBUYEN A LA FORMACIÓN DEL COÁGULO.

TRATAMIENTO:

LA HEMORRAGIA POSTOPERATORIA SE CLASIFICÓ COMO PRIMARIA, INTERMEDIA Y SECUNDARIA, LO QUE INDICA EL TIEMPO EN EL QUE SE PRESENTA EL SANGRADO. EL SANGRADO CONTINUO DURANTE EL TRATAMIENTO E INMEDIATAMENTE DESPUÉS SE LE LLAMA HEMORRAGIA PRIMARIA. EL SANGRADO QUE SE PRESENTA POCO TIEMPO DESPUÉS, CUANDO SE PENSÓ HABERLO CONTROLADO SE LE LLAMA HEMORRAGIA INTERMEDIA. ÉSTO POR LO GENERAL INDICA LA CAPACIDAD DE CONTROLAR EL SANGRADO MECANICAMENTE DURANTE UN PERÍODO DE TIEMPO LO BAS TANTE PROLONGADO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.

LA HEMORRAGIA SECUNDARIA ES DE MAYOR IMPORTANCIA Y SE PRESENTA POCO DESPUÉS DE QUE SE ORGANIZA LA COAGULACIÓN INICIAL DE 24 HORAS A 10 DÍAS DESPUÉS DEL TRATAMIENTO.

EL MANEJO DE LOS 3 TIPOS DE HEMORRAGIAS ES EL SIGUIENTE:

EL ESFUERZO INICIAL DEBERÁ SER ENCAMINADO A CONTROLAR --
LOS FACTORES EMOCIONALES Y PSÍQUICOS. LAS PERSONAS CON UNA-
HEMORRAGIA SE TORNAN APRENSIVAS Y REQUIERE QUE SE LES OFREZCA
SEGURIDAD Y QUE SE LES HAGA SENTIR CÓMODOS, Y TRANQUILOS.

EL USO DE SEDANTES ES DE UTILIDAD, ASÍ COMO EL ANESTÉSICO
LOCAL CON VASOCONSTRICTOR. DEBERÁ COLOCARSE UN APÓSITO A
PRESIÓN SOBRE EL SITIO SANGRANTE.

ÉSTE PROCEDIMIENTO INICIAL SUELE CONTROLAR LOS SANGRADOS
LEVES Y PERMITE LA EVALUACIÓN CUIDADOSA.

EL SANGRADO ARTERIAL ES DE COLOR ROJO BRILLANTE, MIEN---
TRAS QUE EL VENOSO SE CARACTERIZA POR LA APARICIÓN LENTA PERO
CONTINUA Y ES DE COLOR MÁS OSCURO.

SI EL VASO SANGRANTE SE ENCUENTRA EN LOS TEJIDOS BLANDOS
PUEDE SER CERRADO CON UNA PINZA HEMOSTÁTICA O CON UN PUNTO DE
SUTURA.

SI LA SANGRE EMANA DEL ALVÉOLO, PUEDE COLOCARSE UNA TIRA
DE GASA A PRESIÓN EN EL MISMO.

EL GEL-FOAM U OXICALL COLOCADOS EN EL ALVÉOLO SUELEN CON
TROLAR EL SANGRADO.

PRESENTÓ POR ACCIDENTAL O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

2.- MEDIDAS LOCALES QUE CON FRECUENCIA ES NECESARIO USAR EN UNIÓN CON LA TERAPÉUTICA GENERAL.

EL TRATAMIENTO GENERAL: DEBE DIRIGIRSE ANTE TODO A LA -- ELIMINACIÓN DE LA DISCRASIA HEMORRÁGICA SI LA HAY.

LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DEBEN POSPONERSE DE SER -- POSIBLE HASTA QUE SE HAYA CORREGIDO LA CONDICIÓN PERO AÚN ESTAN INDICADAS CIERTAS PRECAUCIONES ESPECIALES. LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMORRÁGICAS DEBEN SER HOSPITALIZADOS. DEBE HACERSE UN ESTUDIO COMPLETO DE LA SANGRE.

EN LOS CASOS DE ESCORBUTO DEBEN DE TRATARSE CON ÁCIDO AS CÓRBICO, A RAZÓN DE 500 MG. DIARIOS CON VITAMINA C (CIPRINA)- PARA DISMINUIR LA FRAGILIDAD CAPILAR, Y ES NECESARIO AJUSTARLA DIETA.

EN OTRAS DISCRASIAS DE LA SANGRE DEBE PRESCRIBIRSE UN -- TRATAMIENTO ESPECÍFICO.

LA HEMOFILIA PRESENTA UN PROBLEMA MUY IMPORTANTE. CUAL QUIER TRATAMIENTO QUE SE PLANEE HACER EN UN HEMOFÍLICO TIENESUS RIESGOS.

EL ODONTÓLOGO DEBE TOMAR ENORMES PRECAUCIONES PARA EVITAR LACERACIONES TISULARES. AL REBAJAR Y PULIR EN REDUCCIO-

NES DE ESTRUCTURA DENTAL SUBGINGIVAL Y ADAPTACIÓN DE BANDAS-- DE MATRICES DEBERÁ EJERCERSE EXTREMO CUIDADO PARA MANTENER LA INTEGRIDAD DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES. SI SE PRESENTARAN- HEMORRAGIAS MENORES, GENERALMENTE PODRÁN CONTROLARSE CON APÓ- SITOS QUIRÚRGICOS JUNTO CON AGENTES HEMOSTÁTICOS COMO LA TROM BINA.

EN ÉSTOS PACIENTES DEBE EVITARSE EL BLOQUEO MANDIBULAR,- PORQUE ÉSTA FORMA DE INYECCIÓN PUEDE CAUSAR HEMORRAGIA EN LOS ESPACIOS FARÍNGEOS LATERALES, DONDE ES DIFÍCIL APLICAR MEDI-- DAS DE CONTROL.

COLOCAR CUIDADOSAMENTE UN DIQUE DE CAUCHO SERVIRÁ A DOS- PROPÓSITOS PRINCIPALES: ADEMÁS DE LOGAR UN CAMPO SECO PARA CO LOCAR MATERIALES RESTAURATIVOS, TAMBIEN AYUDARÁ A PROTEGER -- LOS TEJIDOS BLANDOS CONTRA LACERACIONES ACCIDENTALES.

EN HEMOFÍLICOS LAS EXTRACCIONES DENTALES DEBERÁN PLANEAR SE SOLO COMO ÚLTIMO RECURSO DESPUÉS DE HABER DESCARTADO TODA- POSIBILIDAD DE MANTENER LA PIEZA CON AYUDA DE PULPECTOMÍAS O- ENDODONCIAS ETC.

CUANDO HAYA QUE RECURRIR A EXTRACCIONES Y SE PREVEEN HE- MORRAGIAS EXCESIVAS, DEBERÁ HOSPITALIZARSE AL PACIENTE PARA - PODER MANEJAR CUALQUIER SITUACIÓN O COMPLICACIÓN QUE PUEDA -- SURGIR DURANTE EL TRANCURSO DEL TRATAMIENTO.

ANTES DE INTERNAR AL PACIENTE EN EL HOSPITAL, EL ODONTÓLOGO DEBERÁ ORGANIZAR UN PLAN DE TRATAMIENTO. ESTE PLAN -- JUNTO CON LA HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE DEBERÁ SER DISCUTIDA POR EL ODONTÓLOGO, EL MÉDICO FAMILIAR Y EL PERSONAL DEL HOSPITAL PARA DISEÑAR UN PLAN MÉDICO QUE INCLUYA ANÁLISIS DE SANGRE DETALLADO PARA DETERMINAR EL TIPO DE PROBLEMA HEMORRÁGICO, TIEMPO DE COAGULACIÓN Y SANGRADO Y CUENTA DE PLAQUETAS. AL FINALIZAR ÉSTAS ETAPAS EL HEMATÓLOGO DEBERÁ COORDINAR EL TRATAMIENTO MÉDICO DEL PACIENTE.

SE ACONSEJA PREMEDICACIÓN DEL HEMOFÍLICO CUANDO SE PLANEEAN PROCEDIMIENTOS PROLONGADOS O CUANDO EL PACIENTE ES ---- APRENSIVO O DIFÍCIL DE MANEJAR. PUEDE ACONSEJARSE TRANSFUSIÓN DE PLASMA PREOPERATORIA SI SE PREVEE SANGRADO EXCESIVO.

LAS EXTRACCIONES Y OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN ÉSTOS PACIENTES DEBEN HACERSE CON EL MENOR TRAUMATISMO POSIBLE. AL EMPLEO DE APÓSITOS QUIRÚRGICOS A PRESIÓN PARA CONTROLAR LA HEMORRAGIA DEBERAN SEGUIR APÓSITOS EN EL ALVÉOLO-- CON GELFOAM O ALGÚN OTRO AGENTE HEMOSTÁTICO QUE PUEDA MANTENERSE EN SU LUGAR CON GASA IMPREGNADA DE VASELINA PARA IMPEDIR LA INCORPORACIÓN DE LA GASA AL COÁGULO SANGUÍNEO.

EL HEMATÓLOGO Y EL DENTISTA DEBERÁN PLANEAR UN PROGRAMA DE TRANSFUSIONES POSOPERATORIAS. LA DURACIÓN DE ÉSTA TERAPÉUTICA DEPENDE DE LA APROXIMACIÓN DEL TIEMPO DE CICATRIZA--

CIÓN DE LAS HERIDAS QUIRÚRGICAS. EL PACIENTE NO DEBERÁ RECIBIR COSA ALGUNA POR LA BOCA EN LAS 4 HORAS QUE SIGAN A LA OPERACIÓN Y DEBERÁ RECIBIR ÚNICAMENTE LÍQUIDOS EN LAS SIGUIENTES 24 HORAS.

EN LA HEMORRAGIA CAUSADA POR LESIÓN DEBE PROCURARSE FÁCILMENTE LA HEMOSTASIA CON LAS PINZAS HEMOSTÁTICAS Y LIGANDO EL VASO QUE SANGRA O POR LA ELECTROCOAGULACIÓN. DEBERÁ TENERSE CUIDADO METICULOSO PARA CONTENER TODO SANGRADO DE LAS HERIDAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS Y CON FRECUENCIA ESTÁ INDICADA LA SUTURA. PUEDE APLICARSE UN TAPÓN DE GASA ENTRE LOS MAXILARES.

SE COLOCA EN EL ALVÉOLO QUE SANGRA DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN DE UN DIENTE O DE UNA HERIDA QUE HAYA SIDO SUTURADA, -- HASTA QUE SE FORMA UN COÁGULO.

EL SANGRADO DEL ALVÉOLO SE TRATA COLOCANDO EN ÉSTE TROMBINA O CELULOSA OXIDADA. LA HEMORRAGIA PUEDE SER CONTENIDA CONDENSANDO EL HUESO ESPONJOSO CON UN PULIDOR DENTAL O COLOCANDO CERA PARA HUESO EN LA REGIÓN SANGRANTE.

EN LA HEMORRAGIA INTENSA DE LA ARTERIA PALATINA ANTERIOR PUEDE INSERTARSE UNA ESPIGA.

CON FRECUENCIA SE CONTIENE LA HEMORRAGIA DE LA MUCOSA PALATINA CON UNA SUTURA DE COLCHÓN A TRAVÉS DE LA MUCOSA Y--

EN TORNO AL VASO SANGRANTE, ANUDANDOLA EN LA SUPERFICIE.
EN LA HEMORRAGIA GRAVE PUEDE RECURRIRSE A ANUDAR LA ARTERIA-
CARÓTIDA EXTERNA.

EN CASO DE HEMORRAGIA SECUNDARIA DESPUÉS DE LA EXTRAC--
CIÓN DE UN DIENTE DEBERÁ DEBRIDARSE EL ALVÉOLO. SE QUITA--
TODO EL COÁGULO QUE SE HAYA FORMADO Y SE APLICA UN TAPÓN A--
PRESIÓN.

EL PACIENTE DEBERÁ SER COLOCADO EN POSICIÓN FOWLER MODI
FICADA (ELEVACIÓN APROXIMADA DE 22-25 CMS.).

DEBERÁ PROHIBIRSE AL PACIENTE QUE SE ENJUAGUE LA BOCA,-
SE RECOMIENDA LA APROXIMACIÓN CUIDADOSA DE LOS BORDES DE LA-
HERIDA CON LA INTRODUCCIÓN DE UN AGENTE HEMOSTÁTICO EN LA HE
RIDA, COMO LA TROMBINA A FIN DE EVITAR QUE LA SANGRE PENETRE
EN EL TEJIDO SUBCUTÁNEO, CAUSANDO EQUIMOSIS QUE DESFIGURA AL
PACIENTE.

EL EMPLEO DE POLVO DE SULFATO FÉRRICO COLOCADO EN EL AL
VÉOLO CON GASA DE YODOFORMO, DEJÁNDOLO VARIOS DÍAS DA BUENOS
RESULTADOS.

HEMOSTÁTICOS:

LOS HEMOSTÁTICOS O ESTIPTICOS SON SUBSTANCIAS QUE SE EM
PLEAN PARA COHIBIR LAS HEMORRAGIAS. LAS HEMORRAGIAS PUEDEN

SER DE 3 TIPOS FUNDAMENTALES:

- 1.- ARTERIAL: LA ÚNICA MANERA DE DETENER UNA HEMORRAGIA ARTERIAL ES POR LIGADURA DE LAS ARTERIAS LESIONADAS.
- 2.- VENOSA: SE PUEDE DETENER GENERALMENTE EJERCIENDO PRESIÓN SOBRE EL VASO DURANTE 5 MINUTOS, COMO SE HACE-- DESPUÉS DE UNA PUNCIÓN VENOSA.
- 3.- CAPILAR: SE ORIGINA POR LESIÓN DE MUCHOS CAPILARES. ES UNA HEMORRAGIA DIFUSA POR REZUMAMIENTO, Y EL ÚNICO TIPO SUSCEPTIBLE DE TRATAMIENTO POR HEMOSTÁTICOS.

LA HEMORRAGIA CAPILAR PUEDE SER DOMINADA DE 3 MANERAS:

- 1.- POR FORMACIÓN DE UN AUTÉNTICO COÁGULO.
- 2.- POR VASOCONSTRICCIÓN.
- 3.- POR COAGULACIÓN DE LAS PROTEINAS SANGUÍNEAS.

UN PROCEDIMIENTO SIMPLE PARA COHIBIR LA HEMORRAGIA EN ZONAS PEQUEÑAS CONSISTE EN CUBRIR LA LESIÓN CON POLVO INERTE ESTERIL COMO GRANOS DE ALMIDÓN. LAS PARTÍCULAS FORMAN INNUMERABLES FOCOS PARA LA FORMACIÓN DE HEBRAS DE FIBRINA Y PRODUCEN RÁPIDA FORMACIÓN DEL COÁGULO.

PREPARADOS DE TROMBOPLASTINA:

OTRO MÉTODO PARA LOGRAR LA FORMACIÓN DEL COÁGULO CONSISTE EN USAR PREPARADOS QUE CONTENGAN TROMBOPLASTINA. HOWELL-

COMPROBÓ QUE ÉSTA TROMBOPLASTINA O SUBSTANCIA TROMBOPLÁSTICA-
CONTIENE EL FOSFATIDO CEFALINA EN TODAS LAS FUENTES QUE INVE-
SIGÓ; LA CEFALINA TAL COMO SE PREPARA GENERALMENTE TIENE PRO-
PIEDADES TROMBOPLÁSTICAS INTENSAS Y SE ACEPTA QUE ÉSTA SUSTAN-
CIA EXISTE EN LOS TEJIDOS Y EN LAS PLAQUETAS ES UN COMPLEJO--
COMPUESTO DE CEFALINA-PROTEINAS HIDROSOLUBLE.

ÉSTE COMPUESTO, SIN EMBARGO NO HA SIDO AISLADO EN CONDI-
CIONES DE PUREZA QUÍMICA Y LA NATURALEZA REAL DE LA TROMBO---
PLASTINA ESTÁ TODAVÍA SUJETA A INVESTIGACIÓN, AUNQUE PARECE -
PROBABLE QUE SEA UNA COMBINACIÓN ENTRE UNA PROTEINA Y UN FOS-
FOLÍPIDO.

PREPARADOS DE TROMBINA:

LOS PREPARADOS DE PROTRONBINA, SE APLICAN LOCALMENTE EN-
EL TRATAMIENTO DE LAS HEMORRAGIAS SUPERFICIALES POR REZUMA---
MIENTO EN LOS TEJIDOS CICATRIZALES EN EPISTAXIS EN CIRUGÍA --
ÓSEA. PERO NO SON MUY EFICACES PARA COHIBIR HEMORRAGIA Y SE
HA ABANDONADO SU USO.

CELULOSA OXIDADA:

RECIENTEMENTE SE HA COMPROBADO QUE LA CELULOSA DE QUE SE
COMPONE EL ALGODÓN ES ÚTIL. LA GASA SI SE OXIDA PARCIALMEN-
TETE POR UN PROCEDIMIENTO ESPECIAL SE CONVIERTE EN UNA SUSTAN-

CIA (ÁCIDO POLIMERIZADO POLIANHIDROGLUCURÓNICO) QUE CONSERVANDO EL ASPECTO DE ALGODÓN O GASA DIFIERE DE ELLOS EN SER FUERTEMENTE HEMOSTÁTICO Y SUSCEPTIBLE DE SER COMPLETAMENTE ABSORBIBLE EN EL PUNTO DE LA APLICACIÓN.

SE UTILIZA EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS; EN INTERVENCIONES DE LA CAVIDAD BUCAL. ESTA SUSTANCIA ES FUERTEMENTE ÁCIDA Y FORMA UN COÁGULO EN CONTACTO CON LA SANGRE, TRANSFORMÁNDOSE RAPIDAMENTE EN UNA MASA BLANDA MORENO-OBSCURA, QUE MÁS TARDE ADQUIERE ASPECTO DE UNA SUSTANCIA COLOIDAL GELATINOSA Y DESPUÉS SE CONVIERTE EN UN LÍQUIDO ACUOSO QUE DESPUÉS DESAPARECE POR DIFUSIÓN, O ES ELIMINADO POR FAGOCITOSIS, PUEDE USARSE JUNTO CON PREPARADOS DE TROMBOPLASTINA SI SE NEUTRALIZA ANTES CON UNA SOLUCIÓN DE BICARBONATO SÓDICO.

EL CLORURO DE TOLONIO (AZUL DE TOLUIDINA) ES UN COLORANTE QUE POSEE EL EFECTO ANTIHEPARINA: Y POR LO TANTO RESULTA ÚTIL PARA ACORTAR EL TIEMPO DE COAGULACIÓN EN ALGUNAS ENFERMEDADES CARACTERIZADAS POR LA EXISTENCIA DE CANTIDADES EXCESIVAS DE SUSTANCIAS HEPARINOIDES EN LA SANGRE.

PREPARADOS:

TROMBINA: U.S.P. ES UNA COMBINACIÓN DE PROTROMBINA, CALCIO Y TROMBOPLASTINA. LA TROMBINA ES DE ORIGEN HUMANO O BOVINO. SE USA COMO HEMOSTÁTICO POR APLICACIÓN LOCAL EN FOR-

MA DE POLVO SECO, O DISUELTA EN SOLUCIÓN SALINA ISOTÓNICA ES TERIL.

CELULOSA OXIDADA: U.S.P. (OXICELL) Y (HEMOPACK), ES UN-
ALGODÓN O GASA OXIDADA POR PROCEDIMIENTOS ESPECIALES. SE -
PRESENTA EN FORMA DE TAPONES, DISCOS, ALMOHADILLAS Y TIRAS.
NO DEBE PONERSE EN AUTOCLAVE, SE ABSORBE COMPLETAMENTE EN 6-
SEMANAS, SEGÚN LA CANTIDAD EMPLEADA.

GELATINA ESPONJOSA ABSORVIBLE: U.S.P. (GEL-FOAM).

EL USO DE ÉSTE EN EL HUECO DE LA EXTRACCIÓN O EN OTRAS-
CAVIDADES OPERATORIAS ESTABLECIDAS EN EL MAXILAR, PROMUEVE -
LA RÁPIDA FORMACIÓN DEL COÁGULO CON LO CUAL SE LOGRA OCLUIR-
LA CAVIDAD ANTES DE QUE PUEDAN PENETRAR EN ELLA Y CONTAMINAR
LA SALIVA Y PARTÍCULAS ALIMENTICIAS, U OTROS RESIDUOS.

EN LAS GRANDES CAVIDADES, ÉSTOS MATERIALES SIRVEN COMO-
ARMAZÓN DE APOYO PARA LA GRANULACIÓN Y SE ABSORVEN MUCHO AN-
TES DE COMPLETARSE LA OSIFICACIÓN. SIN EMBARGO, NO SIEMPRE
SE LOGRAN BUENOS RESULTADOS CON ÉSTA TERAPÉUTICA. ALGUNAS-
VECES SE PRODUCEN HEMORRAGIAS SECUNDARIAS 3-4 DÍAS ANTES DE-
LA EXTRACCIÓN.

EN TAL CASO SUELE LIMPIARSE BIEN EL HUECO DEJADO POR LA
AVULSIÓN DEL DIENTE, ANESTESIANDO LA CAVIDAD Y SE APLICAN HE
MOSTÁTICOS. DESPUÉS SE SUTURA EL ALVÉOLO Y SE INYECTA VITA

MINA K POR VÍA PARENTERAL.

VASOCONSTRICTORES:

PUEDE COHIBIRSE LA HEMORRAGIA POR LA APLICACIÓN TÓPICA DE MEDICAMENTOS VASOCONSTRICTORES COMO LA ADRENALINA, EPINEFRINA, TIENEN SIN EMBARGO DOS DESVENTAJAS PRINCIPALES:

- 1.- SU ACCIÓN ES BREVE.
- 2.- A LA VASOCONSTRICCIÓN LE PUEDE SEGUIR UNA VASODILATACIÓN COMPENSADORA QUE PERMITE UN RIESGO DE LOS TEJIDOS SUPERIOR A LO NORMAL; ESTO PUEDE ROMPER EL COÁGULO Y CAUSAR HEMORRAGIA SECUNDARIA.

COAGULACIÓN DE LAS PROTEINAS SANGUÍNEAS:

ÉSTE MÉTODO ES MÁS DRÁSTICO, PERO TAMBIÉN MÁS EFICAZ, PARA DETENER UNA HEMORRAGIA. LAS SUSTANCIAS EMPLEADAS SON PRECIPITANTES MUY ACTIVOS DE LAS PROTEÍNAS Y SOBRE TODO POTENTES AS---TRINGENTES Y ANTISÉPTICOS, EN FORMA DE SALES DE METALES PESADOS. ÉSTOS PRODUCTOS CAÚSTICOS PUEDEN USARSE EN SUSTANCIAS EN FORMA DE LÁPICES ESTIPTICOS O GASAS CAÚSTICAS, O EN SOLUCIÓN.

MECANISMO DE ACCIÓN ASTRINGENTE, ANTISÉPTICA, IRRITANTE Y CORRO SIVA:

LOS EFECTOS DE LOS ANTISÉPTICOS Y DE LOS ASTRINGENTES SE -

PRODUCEN PRINCIPALMENTE POR SU ACCIÓN SOBRE LAS PROTEINAS.

LAS PROTEINAS SON SUSTANCIAS MUY COMPLEJAS FORMADAS POR MOLÉCULAS MUY GRANDES, QUE SE CLASIFICAN COMO COLOIDES.

PERTENECEN A LAS CLASES DE COLOIDES QUE SE DENOMINAN COMUNMENTE "EMULSOIDES". LOS COLOIDES EMULSOIDES TIENEN PROPIEDADES IMPORTANTES, POR EJEMPLO:

- 1.- CADA MOLÉCULA O GRUPO DE MOLÉCULAS ESTÁ RODEADO POR UNA CUBIERTA DE AGUA.
- 2.- CADA MOLÉCULA O GRUPO DE MOLÉCULAS ESTÁ DOTADO DE CARGA ELÉCTRICA.

EL PODER ANTISÉPTICO DE MUCHAS DE LAS SUSTANCIAS USADAS, COMO TALES OBEDECE A SU CAPACIDAD PARA PRECIPITAR LAS PROTEÍNAS, PERO PARA QUE LA MOLÉCULA DE PROTEÍNA PRECIPITE TIENEN QUE SUCEDERLE 2 COSAS:

- 1.- DEBE PERDER SU CUBIERTA ACUOSA. ÉSTE PROCESO SE LLAMA DESHIDRATACIÓN O ACCIÓN ASTRINGENTE.
- 2.- DEBE NEUTRALIZARSE LA CARGA ELÉCTRICA DE LA MOLÉCULA.

POR LO QUE ATAÑE A LAS PROTEÍNAS DE LAS BACTERIAS, LA ACCIÓN ASTRINGENTE ES POCO EFICAZ, EXCEPTO PARA LA TENDENCIA DE PRODUCIR BACTERIOSTASIS, POR LO CUAL NO MUEREN LAS BACTERIAS-- SINO QUE SE HACEN INCAPACES DE MULTIPLICARSE.

TAMBIÉN LA ACCIÓN ASTRINGENTE TIENDE A RESTABLECER EL VOLUMEN NORMAL DE LAS QUE ESTÁN TUMEFECTAS INFLAMADAS A CONSECUENCIA DE LA INFECCIÓN.

POR LO TANTO EL EFECTO ASTRINGENTE SOBRE LOS TEJIDOS ES DE GRAN BENEFICIO, YA QUE AL MITIGAR LA INFLAMACIÓN CONTRIBUYE A DISMINUIR LAS MOLESTIAS QUE SUPRE EL PACIENTE AUNQUE NOTENGAN LOS ASTRINGENTES ACCIÓN ANTISÉPTICA, PERO SI LA ACCIÓN ASTRINGENTE ES MUY INTENSA, LA SOLUCIÓN APLICADA RESULTA IRRI TANTE PARA LOS TEJIDOS Y SI SE AUMENTA TODAVÍA MÁS EL TÍTULO DE LA SOLUCIÓN SE PRECIPITAN Y SE DICE QUE LA SOLUCIÓN ES CORROSIVA O CAÚSTICA.

CAPÍTULO III

1.-TRAUMATOLOGÍA OCULAR.

LOS OJOS DEL CIRUJANO DENTISTA SE ENCUENTRAN EN ESTRECHO CONTACTO CON EL PACIENTE Y EXPUESTOS A LOS MATERIALES UTILIZADOS EN EL PACIENTE, ESTÁN SUJETOS A AGRESIONES TANTO DE TIPO-MECÁNICO (HERIDAS, CONTUSIONES), FÍSICO (CALOR) O QUÍMICO --- (POLVOS, PARTÍCULAS ETC.), QUE PUEDEN DAÑAR EN FORMA GRAVE A-ÉSTE ÓRGANO O A SUS ANEXOS, ASÍ HERIDAS APARENTEMENTE PEQUE--NAS DE LOS PÁRPADOS PUEDEN PRODUCIR DEFORMIDADES CICATRIZALES QUE ALTERAN LA DINÁMICA PALPEBRAL Y LA CONSIGUIENTE PROTEC---CIÓN DEL OJO Y CONDUCEN A OPACIDADES CORNEALES QUE INTERFIE--REN CON LA VISIÓN, UNA PEQUEÑA HERIDA PENETRANTE (UNA PARTÍCULA DE ANALGAMA) EN EL GLOBO OCULAR PUEDE DESENCADENAR UNA ENDOFTALMITIS Y LLEVAR A LA PÉRDIDA DEL ÓRGANO.

ANATOMÍA DEL GLOBO OCULAR:

ES UN ÓRGANO PAR, SITUADO A AMBOS LADOS DE LA LÍNEA MEDIA ENTRE LA PARTE ANTERIOR DEL CRÁNEO Y EL MACIZO FACIAL, SE ENCUENTRA ALOJADO EN UNA CAVIDAD ÓSEA (LA ORBITA).

LOS OJOS PUEDEN MOVERSE GRACIAS A LOS MÚSCULOS EXTRAOCULARES, SITUADOS ENTRE EL GLOBO OCULAR Y EL VÉRTICE Y BASE DE-

DE LA ÓRBITA (MÚSCULOS RECTOS Y OBLICUOS RESPECTIVAMENTE) E INERVADOS POR LOS PARES CRANEALES III, IV Y VI. EL GLOBO OCULAR SE UNE AL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL POR MEDIO DEL NERVIO ÓPTICO Y LAS VÍAS VISUALES QUE ALCANZAN HASTA LA ZONA OCCIPITAL DEL ENCEFALO A NIVEL DE LA CISURA CALCARINA.

EL GLOBO OCULAR TIENE UN DIÁMETRO APROXIMADO DE 25 MM. POR 23 DE DIÁMETRO VERTICAL. ESTÁ CONSTITUIDO POR 3 ENVOLTURAS DE AFUERA ADENTRO ESCLERÓTICA (ESCLEROS-DURO) ES BLANQUECINA, RESISTENTE POR SER DE NATURALEZA FIBROSA Y FORMA UNA ESPECIE DE CASQUETE EN LA PARTE ANTERIOR, DEL CUAL POR TRANSFORMACIÓN DE LA PROPIA ESCLERA APARECE UNA CIRCUNFERENCIA TRANSPARENTE LLAMADA CÓRNEA QUE PERMITE EL PASO DE LA LUZ. POR LA PARTE POSTERIOR LA ESCLERA SE ADELGAZA PARA PERMITIR EL PASO A LOS FILETES NERVIOSOS QUE PARTEN DE LA RETINA Y VAN A FORMAR EL NERVIO ÓPTICO.

LA ENVOLTURA SIGUIENTE O UVEA (LATIN-UVA) ES UNA MEMBRANA CONJUNTIVA VASCULAR PIGMENTADA QUE SE EXTIENDE DESDE EL NERVIO ÓPTICO A LA CÓRNEA Y PRESENTA 3 PORCIONES DE ADELANTERATRAS: COROIDES, CUERPO CILIAR Y EL IRIS. LA COROIDES ESTÁ EN CONTACTO CON LA MEMBRANA RETINIANA, LLEVA VASOS CAPILARES QUE FORMAN RICOS PLEXOS SOSTENIDOS EN UNA TRAMA CONECTIVA PARA DAR NUTRICIÓN A LAS CAPAS EXTERNAS DE LA RETINA.

EL CUERPO CILIAR OCUPA LA PARTE ANTERIOR DE LA UVEA, ES-

DE NATURALEZA MUSCULAR Y RESPONSABLE DE LA ACOMODACIÓN DEL--
OJO, POR LA CARA INTERNA SOSTIENE A LOS PROCESOS CILIARES --
(FORMACIONES VASCULARES PLEXIFORMES) QUE SON LOS FORMADORES--
DEL HUMOR ACUOSO.

EN LA PARTE ANTERIOR DEL CUERPO CILIAR SE INSERTA EL --
IRIS QUE SE DIRIGE HACIA EL EJE CENTRAL DEL OJO EN FORMA PER
PENDICULAR FORMANDO UN ORIFICIO (LA PUPILA) QUE FUNCIONA A -
MANERA DE UN DIAFRAGMA FOTOGRÁFICO.

POR DENTRO DE LA COROIDES SE ENCUENTRA LA MEMBRANA MÁS--
INTERNA DEL OJO (RETINA: LATIN-RED) DE NATURALEZA NERVIOSA -
SE EXTIENDE DESDE EL NERVIO ÓPTICO POR DETRÁS HASTA LA ORA -
SERRATA POR DELANTE DEJANDO UN ESPACIO DE COROIDES SIN RETI-
NA VISUAL QUE LLEGA HASTA EL CUERPO CILIAR, LLAMADO PARS PLA
NA. LA RETINA CONTIENE LOS RECEPTORES DE LOS IMPULSOS LUMI
NOSOS (CÉLULAS NERVIOSAS MODIFICADAS, LLAMADAS CONOS Y BASTO
NES) Y A PARTIR DE ELLOS MEDIANTE EL RELEVO DE OTRAS 2 NEURO
NAS SE FORMAN VARIAS CAPAS HISTOLÓGICAS QUE FINALMENTE DAN -
ORIGEN A LAS FIBRAS ÓPTICAS QUE AL CONFLUIR EN EL CENTRO DEL
POLO POSTERIOR FORMAN EL NERVIO ÓPTICO. EN EL POLO POSTE--
RIOR Y A UNOS 3 MM. DEL BORDE EXTERNO DEL NERVIO ÓPTICO ESTÁ
LA MACULA (LATIN-MANCHA) QUE SE VE COMO UNA ZONA DE COLOR --
AMARILLENTO QUE HACE FRENTE AL EJE ÓPTICO DEL OJO Y MUESTRA--
EN SU CENTRO UNA DEPRESIÓN (FOVEA) CON UN INTENSO REFLEJO AL
ESTUDIO OFTALMOSCÓPICO FORMADA POR EL ADELGAZAMIENTO DE LA -

RETINA, YA QUE A ÉSTE NIVEL TODAS LAS CAPAS HISTOLÓGICAS DESAPARECEN DEJANDO SOLO A LOS CONOS, AGRUPADOS EN NÚMERO ENORME, LO QUE PERMITE UNA GRAN DISCRIMINACIÓN VISUAL, SIENDO ESTA LA ZONA RESPONSABLE DE LA VISIÓN FINA (POR EJEMPLO: LA -- LECTURA).

EN CONTACTO CON LA RETINA ESTÁ EL CUERPO VITREO (LATIN: VIDRIO), MASA GELATINOSA TRANSPARENTE QUE ENTRE OTROS FACTORES DETERMINA LA FORMA Y TENSIÓN DEL GLOBO OCULAR Y PERMITE-- A SU TRAVÉS EL PASO DE LA LUZ.

POR DELANTE DEL VITREO SE ENCUENTRA EN EL EJE DEL GLOBO OCULAR UNA FORMACIÓN LENTICULAR, TRANSPARENTE Y DE NATURALEZA FIBROSA LLAMADA CRISTALINO (LATIN: CRISTAL) QUE ESTÁ SUSPENDIDA POR DETRÁS DE LA PUPILA POR UNA FORMACIÓN LIGAMENTOSA QUE PARTE DEL CUERPO CILIAR (ZONULA) Y FIJA AL CRISTALINO EN TODA SU CIRCUNFERENCIA.

ENTRE EL CRISTALINO Y LA CARA POSTERIOR DE LA CórNEA -- HAY UN ESPACIO LLENO DE UN LÍQUIDO TRANSPARENTE (HUMOR ACUOSO) SEGREGADO POR LOS PROCESOS CILIARES. ESTE ESPACIO SE-- SUBDIVIDE EN UNA CÁMARA POSTERIOR, SITUADA ENTRE LA CARA POSTERIOR DEL IRIS POR UNA PARTE Y LA ZONULA Y EL CRISTALINO -- POR LA OTRA (POR ELLA CIRCULA EL HUMOR ACUOSO DESDE LOS PROCESOS CILIARES HASTA LA PUPILA) Y LA CÁMARA ANTERIOR SITUADA ENTRE LA CARA ANTERIOR DEL IRIS Y LA PARTE PUPILAR DEL CRIS-

TALINO POR UNA PARTE Y LA CARA POSTERIOR DE LA CórNEA POR LA OTRA. LA CÁMARA ANTERIOR TIENE UN RECESO MARGINAL A TODO EL REDEDOR LLAMADO ÁNGULO DE LA CÁMARA ANTERIOR, FORMADO ENTRE LA UNIÓN CORNEOESCLERAL (LIMBO) POR DELANTE Y EL CUERPO-CILIAR Y LA RAIZ DEL IRIS POR DETRÁS, DONDE SE ENCUENTRAN -- LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA DE FILTRACIÓN QUE REGULAN LA PRE--SIÓN OCULAR (TRABECULO Y CANAL DE SCHLEMM), YA QUE EL HUMOR-ACUOSO QUE LLEGÓ A TRAVÉS DE LA PUPILA A LA CÁMARA ANTERIOR, SALDRÁ DE ÉSTA Y POR ENDE DEL OJO, FILTRANDOSE POR EL ÁNGULO CAMERULAR DESCRITO.

POR ÚLTIMO LOS MEDIOS TRANSPARENTES DEL OJO, AQUELLOS -- QUE PERMITEN EL PASO DE LA LUZ A SU TRAVÉS PARA ALCANZAR LA-RETINA, SON DE ADELANTE ATRÁS, LOS SIGUIENTES: CórNEA, HUMOR-ACUOSO, CRISTALINO Y EL CUERPO VITREO. CUALQUIER OPACIDAD A SU NIVEL IMPEDIRÁ MECANICAMENTE EL ACCESO DE LA LUZ A LA RE-TINA Y DIFICULTARÁ EN GRADO VARIABLE LA VISIÓN.

2.- LESIONES PALPEBRALES.

POR SU SITUACIÓN ANTERIOR SUFREN AGRESIONES CONTRA EL -- OJO, YA QUE LO PROTEGE.

LAS PRINCIPALES LESIONES SON: LAS QUEMADURAS TÉRMICAS Y CAUSTICACIONES:

SE LOCALIZAN EN LA REGIÓN PALPEBRAL: POR EJEMPLO FLAMA-

ZOS IGNEOS, SALPICADURA CON SUSTANCIAS ÁCIDAS, ETC. Y PRODUCEN QUEMADURAS GENERALMENTE DE PRIMER GRADO, QUEMADURA QUE SUFREN LAS PESTAÑAS POR FLAMA LIBRE QUE LA REDUCEN A PEQUEÑOS MUÑONES CARBONIZADOS QUE CAEN AL INTERIOR DE LA CAVIDAD-CONJUNTIVAL Y OBRAN COMO VERDADEROS CUERPOS EXTRAÑOS.

EL TRATAMIENTO ANTE UNA QUEMADURA POR CAÚSTICO CONSISTE EN EL LAVADO ABUNDANTE CON AGUA PARA DILUIR EL AGENTE QUÍMICO, DE SER POSIBLE CON UNA SOLUCIÓN ALCALINA (SOLUCIÓN DE -- CARBONATO) SI LA QUEMADURA FUE POR ACIDO, O UNA SOLUCIÓN DEBILMENTE ÁCIDA SI LA QUEMADURA FUÉ POR UN AGENTE ALCALINO. SI EL CEMENTO FUÉ LA CAUSA DE UNA QUEMADURA ESTARÁ INDICADO-- UN LAVADO ABUNDANTE CON UNA SOLUCIÓN AZUCARADA (DEXTROSA AL-5%).

DESPUÉS DEBERÁ PONERSE UN UNGUENTO DÉRMICO ANTIBIÓTICO-- PARA PERMITIR UNA CORRECTA CICATRIZACIÓN. EN LA QUEMADURA-- TÉRMICA DEBERÁN REMOVERSE ESCRUPULOSAMENTE LOS RESTOS DE LAS PESTAÑAS CARBONIZADAS (QUE SE REGENERAN RAPIDAMENTE) PARA -- EVITAR SU CAIDA EN LA CONJUNTIVA DONDE PUEDEN LESTONAR CONSE-- CUTIVAMENTE LA Córnea.

HERIDAS PALPEBRALES:

PUEDEN VARIAR DESDE UNA PEQUEÑA HERIDA LINEAL QUE SIGUE EL CONTORNO DE LAS FIBRAS DEL MÚSCULO ORBICULAR DE LOS PARPA--

DOS O UNA SECCIÓN VERTICAL, DEPENDIENDO DEL TAMAÑO DE LA PARTÍCULA DE AMALGAMA COMO EJEMPLO AL ESTAR REMOVIENDO UNA AMALGAMA.

EL TRATAMIENTO BUSCARA LA REPARACIÓN DE LA HERIDA CON UNA SUTURA, DE PEQUEÑO CALIBRE Y UNA AGUJA ATRAUMÁTICA; NOSIN ANTES RETIRAR EL CUERPO EXTRAÑO Y EXPLORACIÓN DEL GLOBO OCULAR PARA CERCIORARSE DE QUE NO EXISTE OTRO CUERPO EXTRAÑO EN EL GLOBO OCULAR.

3.-LESIONES CONJUNTIVALES:

HERIDAS:

SON MUY FRECUENTES DE PRODUCIR POR FRAGMENTOS DE AMALGAMA PUDIENDO SER PEQUEÑAS, REGULARES O AMPLIAS E IRREGULARES. IMPORTA DESCARTAR UNA HERIDA PERFORANTE INTRAOCULAR.

EL TRATAMIENTO ES LA REMOSIÓN DE LA PARTÍCULA CON UN ISOPO, POSTERIORMENTE SE HACE OCLUSIÓN SIMPLE DEL OJO POR UNOS DÍAS INSTALANDO DIARIAMENTE UN COLIRIO ANTIMICROBIANO.

CUERPOS EXTRAÑOS:

GENERALMENTE SE ALOJAN EN LA CARA TARSAL DEL PARPADO SUPERIOR O FONDO DE SACO CONJUNTIVAL SUPERIOR; PUDIENDO FRAGMENTOS METÁLICOS, PIEDRECILLAS, ETC.

SE PRODUCE UNA INTENSA IRRITACIÓN CON FOTOFOBIA, DOLOR-- Y LAGRIMEO AL EROSIONARSE LA CórNEA POR EL PASO DEL CUERPO-- EXTRAÑO AL PARPADEAR, CONDICIÓN QUE SE EXAGERA AL OPRINIR -- LOS PÁRPADOS O FROTARSE EN FORMA IMPRUDENTE TRATANDO DE ALI-- VIAR SUS MOLESTIAS.

PARA DETECTARLO SE EVIERTE EL PÁRPADO Y SE EMPLEA UNA -- ILUMINACIÓN Y AUMENTO SUFICIENTE MEDIANTE UNA LUPA. EL TRA-- TAMIENTO CONSISTE EN LA REMOCIÓN DEL CUERPO EXTRAÑO PASANDO-- UN ISOPO DE ALGODÓN HUMEDECIDO, PUDIENDO SER ÚTIL TAMBIEN UNA AGUJA HIPODÉRMICA ESTERIL. REMOVIENDO EL CUERPO EXTRAÑO ES CONVENIENTE OCLUIR EL OJO MEDIANTE UNAS HORAS PARA PERMITIR-- LA CICATRIZACIÓN DE LAS EROSIONES CORNEALES, INSTALANDO PRE-- VIAMENTE UN COLIRIO ANTIBIÓTICO.

CAUSTICACIONES Y QUEMADURAS TÉRMICAS:

PUEDEN SER PRODUCIDAS POR METAL FUNDIDO, AGUA CALIENTE, ÁCIDOS, ALCALIS, QUE ALCANZAN LA CAVIDAD CONJUNTIVAL AFECTAN-- DO A ESTA MUCOSA Y A LA CórNEA. SE ENCUENTRA UNA INTENSA -- CONGESTIÓN Y EDEMA DE LA CONJUNTIVA, ACOMPAÑADOS CASI SIEM-- PRE DE INFILTRACIÓN CORNEAL CON PÉRDIDA DEL EPITELIO TINGI-- BLE POR FLUROSCEINA; POSTERIORMENTE SE FORMA EN LA CONJUNTI-- VA UNA ESCARA BLANQUECINA, QUE SE ULCERA Y ES SUBSTITUIDA -- POR TEJIDO DE GRANULACIÓN QUE AL CICATRIZAR FUSIONA LAS SU--

PERFICIES CRUENTAS DE LA CONJUNTIVA BULBAR Y TARSAL, DANDO UN SIMBLEFARON; ASÍ MISMO LA CÓRNEA MUESTRA UN INFILTRADO EN TODO SU ESPESOR QUE LUEGO ES SUBSTITUIDO POR TEJIDO CONJUNTIVO OPACO O BIEN SE NECROSA Y DESARROLLA UNA ULCERACIÓN PROGRESIVAMENTE PROFUNDA Y SE PERFORA CON LAS GRAVES CONSECUENCIAS DE SUPONER.

AÚN SI NO SE PERFORA LA CÓRNEA SIEMPRE DESARROLLA UN CUADRO INFLAMATORIO UVEAL ANTERIOR (IRIDOCICLITIS) MUY SEVERO, SIENDO IMPORTANTE QUE ANTE UNA CÓRNEA APARENTEMENTE INDEMNEMENTE NO SE DEBE PRECIPITAR A AFIRMARLO, PUES SOBRE TODO EN EL CASO DE CAÚSTICOS ALCALINOS PUEDE QUEDAR MUY SEVERAMENTE DAÑADA LA CONJUNTIVA Y ESCLERA CERCANAS AL LIMBO Y COMPROMETER LA NUTRICIÓN CORNEAL, EVOLUCIONANDO ENTONCES RETARDADAMENTE HACIA LA OPACIDAD O NECROSIS.

EN CAUSTICACIONES SEVERAS PRODUCIDAS POR AGENTES ALCALIS, LLEGA A SER TAN INTENSO EL DAÑO (NO SOLO EN CONJUNTIVA Y CÓRNEA) QUE DEBE TENERSE POR EL OJO, YA QUE ÉSTAS SUSTANCIAS SON ABSORBIDAS Y CONCENTRADAS INTRAOCULARMENTE, CAUSANDO UNA VERDADERA INTOXICACIÓN OCULAR QUE CONDUCE A UNA UVEITIS SEVERA INICIALMENTE Y DESPUÉS UNA ATROFIA DEL ÁREA CILIAR POR NECROSIS QUE CONDUCE AL OJO A UNA TISIS BULBAR A PESAR DE SU TRATAMIENTO CON CORTICOIDES.

EL TRATAMIENTO INMEDIATO CONSISTIRÁ EN UN LAVADO ABUN--

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

-79-

DANTE DEL OJO CON SUERO FISIOLÓGICO O AGUA SIMPLE, AL MENOS, DE SER POSIBLE EMPLEAR UNA SOLUCIÓN DEBILMENTE ALCALINA DE - BICARBONATO, SI EL CAÚSTICO ES UN ÁCIDO O LIGERAMENTE ÁCIDA- (SOLUCIÓN DE ÁCIDO ACÉTICO) SI FUE UN ALCALINO. EN EL CASO DE UNA CAUSTICACIÓN CON CEMENTO, SE TRATARÁ DE PRECIPITARLE- CON UNA SOLUCIÓN GLUCOSADA AL 5% O AZUCARADA QUE DA UN GLUCO NATO INSOLUBLE E INERTE.

REMOVER TOTALMENTE EL AGENTE HACIENDO LA EVERSIÓN DE -- LOS FONDOS DE SACO (PREVIA ANESTESIA TÓPICA), PARA SI ES NE- CÉSARIO RASPAR HASTA DEJAR LIBRES COMPLETAMENTE DICHS FON- DOS.

EN UNA ETAPA SIGUIENTE DEBE EVITARSE LA ADHERENCIA DEL- GLOBO OCULAR CON LOS PÁRPADOS MEDIANTE EL EMPLEO DE UN UN--- GÜENTO ANTIMICROBIANO Y CORTICOIDE. ASÍ MISMO ES UTIL INS- TILAR UNA SOLUCIÓN OLEOSA DE CORTICOIDES Y ANTIMICROBIANOS - EN LA CAVIDAD CONJUNTIVAL VARIAS VECES AL DÍA Y SI LA Córnea ESTÁ COMPROMETIDA USAR UN MIDRIÁTICO PARA PREVENIR LA FORMA- CIÓN DE SINEQUIAS POR LA IRIDOCICLITIS SECUNDARIA QUE SIGUE- A LA QUERATITIS CAÚSTICA. COMO COMPLEMENTO DE LO ANTERIOR, ES CONVENIENTE USAR CORTICOIDES Y ANTIBIÓTICOS POR VÍA GENE- RAL PARA LIMITAR LA REACCIÓN INFLAMATORIA Y PREVENIR UNA IN- FRECCIÓN AGREGADA Y EMPLEAR ANALGÉSICOS POTENTES, PUES LA MO- LESTIA ES MUY DOLOROSA.

EN ETAPAS TARDÍAS SE TRATAN SECUELAS DE SIMBLEFARON O -
LEUCOMA CICATRIZAL MEDIANTE CIRUGÍA POR EL OFTALMÓLOGO.

4.-LESIONES CORNEALES:

POR SU SITUACIÓN FRONTAL EN EL OJO, ES FRECUENTE ASIEN-
TO DE CUERPOS EXTRAÑOS, QUEMADURAS, ETC.

CUERPOS EXTRAÑOS:

SON POR LO GENERAL FRAGMENTOS DE AMALGAMA QUE DESPRENDI-
DAS VIOLENTAMENTE CAEN CON VIOLENCIA EN LA CórNEA. AL ES--
TAR PREPARANDO O REBAJANDO UNA PRÓTESIS REMOVIBLE O UNAS PLA-
CAS TOTALES, SE DESPRENDEN FRAGMENTOS, PUDIENDO ASENTARSE EN
LA SUPERFICIE O INCRUSTARSE A PROFUNDIDAD VARIABLE DANDO UNA
INTENSA MOLESTIA (SÍNDROME IRRITATIVO DEL SEGMENTO ANTERIOR,
QUE CONSISTE EN DOLOR, LAGRINEO Y FOTOFOBIA POR LA IRRITA---
CIÓN DE LOS FILETES NERVIOSOS ANTE LA PRESENCIA DEL CUERPO--
EXTRAÑO). ÉSTA MOLESTIA SERÁ TANTO MÁ S INTENSA, CUANTO MA-
YOR SEA EL CUERPO EXTRAÑO Y SI SE TRATA DE UN FRAGMENTO METÁ-
LICO SE SUMARÁ LA ACCIÓN AGRESIVA QUÍMICA DEL ÓXIDO MISMO.

EL HALLAZGO DEL CUERPO EXTRAÑO EN OCASIONES ES DIFÍCIL-
DE PERCIBIR SI ES MUY PEQUEÑO, NECESITANDOSE UNA ILUMINACIÓN
TANGENCIAL INTENSA (ILUMINACIÓN OBLICUA) Y EL AUXILIO DE UNA
LUPA O SI ES POSIBLE UNA LÁMPARA DE HENDIDURA CON EL MICROS-
COPIO CORNEAL. DE NO SER POSIBLE ESTO, SE DESCUBRIRÁ EL--

CUERPO EXTRAÑO POR CONTRASTE CON EL OFTALMOSCOPIO SOBRE EL FONDO ROJIZO DEL RESPLANDOR PUPILAR DONDE APARECE LA MANCHA OSCURA DEL CUERPO EXTRAÑO. SI AÚN CON UNA BÚSQUEDA CUIDADOSA NO SE ENCUENTRA EL CUERPO EXTRAÑO Y HAY EL ANTECEDENTE Y SEGURIDAD DE QUE EXISTE, SE DEBE TOMAR UNA RADIOGRAFÍA SIMPLE DE LA ÓRBITA DEL MISMO LADO BUSCANDO LA PRESENCIA DE UN CUERPO RADIOOPACO.

EL TRATAMIENTO CONSISTE EN REMOVER LA PARTÍCULA, ANESTESIANDO PREVIAMENTE EL OJO POR INSTILACIÓN DE UNAS GOTAS DE TETRACAINA AL 2% Y CON EL AUXILIO DE UNA AGUJA HIPODÉRMICA ESTERIL O AL MENOS CON SU EXTREMO AGUDO FLAMEADO PARA NO INTRODUCIR GÉRMESES EN EL ESTROMA CORNEAL. LA TÉCNICA DE LA EXTRACCIÓN REQUIERE DE ALGUNAS CONSIDERACIONES: ENTREABRIR SUAVEMENTE LOS PÁRPADOS DEL OJO LESIONADO, ENTRE EL ÍNDICE Y EL PULGAR DE LA MANO NO DIESTRA Y CON BUENA ILUMINACIÓN QUE PONGA EN EVIDENCIA EL CUERPO EXTRAÑO, APROXIMAR TANGENCIALMENTE LA AGUJA AL CUERPO EXTRAÑO, INTENTANDO EMPUJARLO DE ATRÁS HACIA ADELANTE.

DESPUÉS DE REMOVER EL CUERPO EXTRAÑO QUEDA UNA EROSIÓN EN LA CórNEA QUE DEBE TRATARSE APLICANDO UN COLIRIO ANTIMICROBIANO Y OCLUYENDO EL OJO POR 1-2 DÍAS EN TANTO CICATRIZADA LA EROSIÓN, DE LO CONTRARIO QUEDARÁ UN PEQUEÑO LEUCOMA QUE SI ASIENTA EN EL CENTRO DE ÉSTA PUEDE INTERFERIR CON LA VISIÓN.

HERIDAS PENETRANTES:

PUEDEX SER PUNTIFORMES O ALCANZAR TODA LA EXTENSIÓN DE LA CórNEA E INCLUSO REBASAR ESTA Y LA REGIÓN LIMBICA AVANZANDO SOBRE LA ESCLERA HASTA EL ECUADOR E INCLUSO MÁS ATRÁS, --- SIENDO CAUSADAS POR LO COMÚN POR INSTRUMENTOS CORTANTES; LIMAS, TIRANERVIOS, TIJERAS, FRAGMENTOS DE FRASCOS QUE ESTALLAN, FRAGMENTOS METÁLICOS DESPRENDIDOS VIOLENTAMENTE.

SI EL TAMAÑO DE LA HERIDA FUE PEQUEÑO O LA INCIDENCIA--- CON QUE ALCANZÓ A LA PARED ESCLERAL PERMITE A LOS BORDES DE LA HERIDA ACTUAR A MANERA DE VÁLVULA Y COAPTARSE, SE PUEDE ENCONTRAR LA CÁMARA ANTERIOR FORMADA Y EL IRIS EN SU SITIO NORMAL, LO QUE A PRIMERA VISTA PUEDE ENGAÑAR SOBRE LA PROFUNDIDAD DE LA HERIDA Y SOLO UN EXAMEN CUIDADOSO PONDRÁ EN EVIDENCIA EL HECHO DE QUE LA HERIDA ALCANZÓ TODO EL ESPESOR CORNEAL. PERO HABITUALMENTE AL PRODUCIRSE LA HERIDA SE ENTREABREN SUS LABIOS Y PERMITEN ESCAPAR EL HUMOR ACUOSO PERDIENDOSE LA CÁMARA ANTERIOR Y HERNIANDOSE POR LA MISMA EL IRIS, SEA SALIENDO AL EXTERIOR O AL MENOS ENCLAVANDOSE EN LA HERIDA A MANERA DE UN TAPÓN APRECIANDOSE ENTONCES LA PUPILA DESVIADA HACIA EL ENCLAVAMIENTO Y PERMITIENDO UNA REFORMACIÓN INCOMPLETA DE LA CÁMARA ANTERIOR. EN HERIDAS AMPLIAS EL CRISTALINO PUEDE SER ALCANZADO POR EL AGENTE VULNERANTE ROMPIENDOSE SU CÁPSULA Y FORMANDOSE RAPIDAMENTE UNA CATARATA TRAUMÁTICA QUE PUEDE INVADIR LA CÁMARA ANTERIOR POR LA BRECHA CAPSULAR. FINALMENTE -

SI LA HERIDA REBASÓ EL LÍMITE DE LA CórNEA Y ALCANZÓ LA REGIÓN CILIAR O LA ESCLERÓTICA, SE PUEDE ENCONTRAR UNA HERNIA DEL CUERPO CILIAR O LA COROIDES E INCLUSO DEL CUERPO VITREO SI SE ROMPE AQUELLA. EL TRATAMIENTO BUSCARÁ EVITAR LA INFECCIÓN CON EL EMPLEO PROFILÁCTICO DE ANTIMICROBIANOS Y ANTE UNA HERIDA COAPTADA CON CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR HACER LA LOCALIZACIÓN PRECISA DE ÉSTE Y EXTRAERLO QUIRURGICAMENTE.

ASÍ MISMO CON UNA HERIDA COAPTADA CON FORMACIÓN DE UNA CATARATA TRAUMÁTICA, SE AÑADIRÁ AL EMPLEO DE ANTIMICROBIANOS POR VÍA GENERAL (PENICILINA POR VIA PARENTERAL, POR EJEMPLO), EL EMPLEO TÓPICO DE MIDRIÁTICOS Y CORTICOIDES PARA EVITAR LA APARICIÓN DE SINEQUIAS Y DISMINUIR LOS FENÓMENOS INFLAMATORIOS, ESPERANDO LA OPACIFICACIÓN COMPLETA DEL CRISTALINO PARA QUE SE LE HAGA EXTRACCIÓN POR EL OFTALMÓLOGO.

ANTE UNA HERIDA CON EL IRIS HERNIADO E INCLUSO CON CATARATA TRAUMÁTICA SE HARÁ TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LO MÁS PRONTO POSIBLE, RESECANDO EL TEJIDO IRIDIANO MALTRATADO Y HACIENDO UN ESCRUPULOSO LAVADO DE LA CÁMARA ANTERIOR PARA EXTRAER TODO POSIBLE CUERPO EXTRAÑO.

EN UNA HERIDA QUE REBASÓ EL NIVEL DEL LIMBO Y ALCANZÓ LA ESCLERÓTICA SE RESECA EL VITREO Y TEJIDOS LESIONADOS, PROCURANDO NO TRAUMATIZAR LA REGIÓN CILIAR, USANDO CRIOTERAPIA PARA EVITAR UN DESPRENDIMIENTO DE RETINA EN LOS BORDES DE LA

HERIDA ESCLERAL PARA ADHERIR A ESE NIVEL LA ESCLERÓTICA, CO-
ROIDES Y RETINA.

EL PRONÓSTICO DE ÉSTAS LESIONES SIEMPRE ES RESERVADO, -
PERO LA REPARACIÓN PRECOZ CON TÉCNICA CUIDADOSA Y EL EMPLEO-
DE SUTURAS E INSTRUMENTAL FINO, AUNADO AL USO DE ANTIMICRO--
BIANOS Y ESTEROIDES Y UN ADECUADO MANJEJO POR EL OFTALMÓLOGO-
DA RESULTADOS FUNCIONALES IMPORTANTES.

LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES SON: INFECCIÓN INTRAOCU-
LAR (ENDOFTALMITIS EXÓGENA), OFTALMIA SIMPÁTICA, EL DESPREN-
DIMIENTO DE RETINA Y LA PTISIS BULBAR.

ENDOFTALMITIS EXÓGENA:

SOBREVIENE POR LA INTRODUCCIÓN DE GÉRMENES PIÓGENOS AL-
OJO A TRAVÉS DE UNA HERIDA PENETRANTE DE LA PARED OCULAR ---
(CÓRNEA, ESCLERÓTICA). LOS GÉRMENES COMUNNENTE SON TRANS--
PORTADOS POR EL AGENTE CORTANTE (PARTÍCULA DE AMALGAMA, LIMA,
TIRANERVIOS ETC.), AL LLEGAR A LA CÁMARA ANTERIOR ALCANZAN -
EL IRIS DONDE DESENCADENAN POR SU PROLIFERACIÓN Y LIBERACIÓN
DE TOXINAS UNA INTENSA IRIDOCICLITIS PLASTICA QUE CURSA CON-
INTENSA CONGESTIÓN CONJUNTIVAL DE TIPO MIXTO, QUEMOSIS Y EDE
MA PALPEBRAL Y EN LA CÁMARA ANTERIOR LA PRECOZ FORMACIÓN DE-
UN HIPOPION SECO SÉPTICO, CON BORRAMIENTO DEL DIBUJO IRIDIA-
NO Y GRUESAS SINEQUIAS, CON INTENSO DOLOR Y BAJA VISUAL ACEN

TUADA HASTA PERCIBIR SOLO LA LUZ E INCLUSO NI ESTO. DEL SEG MENTO ANTERIOR LA INFECCIÓN RAPIDAMENTE SE EXTIENDE A LA CAVI DAD VITREA Y LA COROIDES DANDO UNA HIALITIS Y COROIDITIS SUPU RADA (QUE PUEDE SER EL PRIMER ASIENTO SI EL GERMEN LLEGÓ CON- LA HERIDA A LA ESCLERA Y COROIDES, EN UN CUERPO EXTRAÑO AL VI TREO O POR VÍA HEMATÓGENA A LA COROIDES COMO OCURRE EN LAS CO ROIDITIS SUPURADAS ENDÓGENAS(, QUE CURSAN CON FORMACIÓN MUY - RÁPIDA DE EXUDACIÓN PURULENTO QUE ENGLOBA A CORIORRETINA Y PA SA AL VITREO QUE TOMA UN ASPECTO OPALESCENTE Y AMARILLENTO, - PASANDO EN UNAS HORAS A UN VERDADERO ABSCESO DEL VITREO QUE - COMPROMETE YA A TODAS LAS ESTRUCTURAS OCULARES, EN ESTA ETAPA EL PUS NO SOLO LLENA LA CÁMARA ANTERIOR Y EL VITREO, SINO QUE IMPREGNA A LA CÓRNEA, PUDIENDO INCLUSO EXTENDERSE A LA CÁPSU LA DE TENON Y DAR UN OJO INMOVIL EN PROPTOSIS.

SE PRESENTA CEFALEA INTENSA, NÁUSEA Y VOMITOS, REFLEJOS, FIEBRE Y PÉRDIDA DE VISIÓN DEL OJO QUE SE SIENTE ENDURECIDO.

FINALMENTE EL GLOBO OCULAR TERMINA POR PERFORARSE POR LA REGIÓN INTERCALAR (ZONA DEBIL NATURAL) Y DEJA SALIR EL PUS,-- QUE TAMBIEN PUEDE EXTERIORIZARSE POR LA PROPIA HERIDA, CON LO CUAL DISMINUYEN LAS MOLESTIAS, COMO OCURRE AL DRENAR CUALQUIER ABSCESO Y EL OJO SE ENJUTA Y QUEDA COMO UN MUÑÓN PEQUEÑO, DE- FORME Y CIEGO (PTISIS BULBAR).

EL TRATAMIENTO MEJOR DE LA ENDOFTALMITIS SERÁ SU PROFII--

LAXIS CON EL EMPLEO DE ANTIMICROBIANOS ANTE UNA HERIDA PENE-
TRANTE (ULCERA CORNEAL PERFORADA O INFECCIÓN GENERAL PIÓGENA)
PUES UNA VEZ DESARROLLADO EL CUADRO INFECCIOSO INTRAOCULAR EL
PRONÓSTICO ES MUY GRAVE; NO OBSTANTE SE TRATARÁ DE CONTROLAR-
LA INFECCIÓN Y SALVAR AL MENOS ANATOMICAMENTE AL OJO APLICAN-
DO UN ANTIBIÓTICO DE AMPLIO ESPECTRO POR VÍA TÓPICA Y UN ANTI
BIÓTICO POR VÍA GENERAL, O EL ESPECÍFICO SI SE LOGRÓ AISLAR -
EL GERMEN Y DETERMINAR SU SUSCEPTIBILIDAD, AUNQUE POR LA RA-
PIDEZ DE EVOLUCIÓN DEL PROBLEMA NO ES PROBABLE QUE SE OBTENGA
OPORTUNAMENTE.

GENERALIDADES:

TAMAÑO Y FUERZA DE PENETRACIÓN DE LAS PARTÍCULAS DE AMAL
GAMA:

UNA PARTÍCULA PUEDE SER LO BASTANTE GRANDE COMO PARA DE-
JAR UNA HERIDA A SIMPLE VISTA, EN TANTO QUE UN FRAGMENTO PE-
QUEÑO LE DAÑARÁ TAN POCO QUE PUEDE PASAR INADVERTIDO, ASÍ MIS
MO, SI LA ENERGÍA QUE ANIMA AL CUERPO EXTRAÑO ES MUY GRANDE -
PUEDE ATRAVEZAR LIMPIAMENTE EL GLOBO OCELAR EN TODAS SUS PAR-
TES (CÓRNEA, CÁMARA ANTERIOR, IRIS, CRISTALINO, VITREO, RETI-
NA, ESCLERA) Y ALCANZAR LA ÓRBITA DONDE TERMINA ALOJANDOSE, -
PERO SI SU ENERGÍA ES BAJA PUEDE ENCLAVARSE EN LA PROPIA Cór-
NEA, CAER EN LA CÁMARA ANTERIOR O MÁS COMUNTE QUEDAR EN LA
CÁMARA VITREA.

POR LO GENERAL, LA ENERGÍA Y EL TAMAÑO DEL CUERPO EXTRAÑO GUARDAN RELACIÓN CON EL GRADO DE PENETRACIÓN DE ÉSTE. SI ATRAVESÓ LA CORTEZA LA CÓRNEA Y PENETRÓ A LA CÁMARA ANTERIOR FRECUENTEMENTE SE APRECIARÁ SOBRE EL IRIS O CRISTALINO-- Y MÁS RARAMENTE ALOJADO EN EL ÁNGULO DE LA CÁMARA ANTERIOR-- DONDE SOLO PODRÁ DESCUBRIRSE POR GONIOSCOPIA SI TUVO LA ENERGÍA SUFICIENTE PARA ATRAVESAR CÓRNEA. IRIS Y CRISTALINO -- SIN PASAR POR LA PUPILA SE ENCONTRARÁ UN ORIFICIO SOBRE EL-- IRIS. SI ALCANZÓ EL VITREO PUEDE ALOJARSE EN SU SENO Y FLOTAR INICIALMENTE PARA TERMINAR POR EFECTO DE LA GRAVEDAD -- ASENTANDOSE EN EL VITREO INFERIOR, AHÍ SE DESCUBRE MEDIANTE-- OFTALMOSCOPIA SI EL CRISTALINO NO SE HA OPACIFICADO.

NATURALEZA QUÍMICA DE LA PARTÍCULA:

EXISTEN CUERPOS METÁLICOS SUSCEPTIBLES DE COMBINARSE -- QUÍMICAMENTE CON LOS TEJIDOS DANDO UNA REACCIÓN TÓXICA DEGENERATIVA COMO OCURRE CON LAS PARTÍCULAS QUE CONTIENEN COBRE. EN OTRO GRUPO INTERMEDIO ESTÁN LAS PARTÍCULAS QUE CONTIENEN-- PLOMO QUE PRODUCE UN CARBONATO MUY POCO IRRITANTE, EL ZINC-- QUE PUEDE PULVERIZARSE Y PRODUCIR UNA SUPURACIÓN ASÉPTICA.

EL COBRE O BRONCE SE DISOCIAN PERMITIENDO A SUS SALES -- DEPOSITARSE EN LA CARA PROFUNDA DE LA CÓRNEA EN FORMA DE UN ANILLO (ANILLO DE KAISER-FLEISCHER) EN EL CRISTALINO DANDO -- UNA CATARATA VERDOSA EN PÉTALOS DE FLOR O "CATARATA EN GIRASOL", ÉSTE CUADRO SE DENOMINA CHALCOSIS.

CAPÍTULO IV

MEDICAMENTOS DE UTILIDAD EN URGENCIAS EN EL
CONSULTORIO DENTAL:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN:	URGENCIA.
AMILNITRITO.	INHALACIÓN.	ANGINA DE PECHO.
NITROGLICERINA.	SUBLINGUAL.	ANGINA DE PECHO.
DEXAMETASONA 8 mg.	INTRAVENOSA.	ANAFILAXIS.
DIAZEPAM.	INTRAVENOSA.	CONVULSIONES.
DIFENHIDRAMINA 50mg. C/ 6 HORAS.	VÍA ORAL	REACCIÓN ALÉRGICA RETARDADA.
EFEDRINA 25mg.	INTRAVENOSA	CIERTOS CASOS DE COLAPSO VASCULAR.
EPINEFRINA (1/1000) 0.3 a 0.5 ML.	INTRAVENOSA	REACCIONES ALÉRGICAS INMEDIATAS REACCIONES ASMÁTICAS. REACCIÓN ANAFILÁCTICA.

GLUCAGON.	INTRAVENOSA.	CHOQUE INSULÍNICO.
SUCCINATO SÓDICO DE HIDROCORTISONA 100mg.	INTRAVENOSA.	ANAFILAXIS.
ISOPROTERENOL 0.2mg. (ISUPREL).	INHALACIÓN.	ATAQUE ASMÁTICO
HEMOSTÁTICOS LOCALES.	TÓPICA.	CONTROL LOCAL - DEL SANGRADO.
NALOXONA 0.2mg.	INTRAVENOSA-INTRA MUSCULAR.	DEPRESIÓN RESPI RATORIA POR SO- BREDOSIS DE NAR CÓTICOS.
OXÍGENO.	INHALACIÓN	SÍNCOPE. ALERGIA. ANGINA DE PECHO
FENILEFRINA 2mg.	INTRAVENOSA	CIERTOS CASOS - DE COLAPSO VAS- CULAR.
SOLUCIONES DE AMONIACO	INHALACIÓN.	SÍNCOPE. LIPOTIMIA.
SULFATO DE ATROPINA	INTRAVENOSA.	INFARTO AL MIO- CARDIO.

BICARBONATO DE SODIO.	INTRAVENOSA.	INFARTO AL MIOCARDIO. ACIDOSIS RESPIRATORIA.
DEXTROSA AL 12	INTRAVENOSA.	COMA HIPOGLUCÉMICO.

OTROS MEDICAMENTOS DE EXISTENCIA EN EL CONSULTORIO DENTAL:

NOMBRE	USOS
ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 500 mg.	ANALGÉSICO ANTIPIRÉTICO. ANTIINFLAMATORIO.
DISPRINA INFANTIL (SOLUBLE)	ANALGÉSICO. ANTIPIRÉTICO. ANTIINFLAMATORIO.
ALFANETILDOPA TABLETAS 500mg.	ANTIHIPERTENSIVO.
DIAZEPAN 2mg.	TRANQUILIZANTE.
FENIDANTOINA 100mg.	ANTIEPILEPTICO.

NOMBRE:	USOS:
AMPICILINA 500mg. CÁPSULAS	ANTIMICROBIANO ÚTIL VS. G +
ERITROMICINA CÁPSULAS 500mg.	ANTIMICROBIANO ÚTIL VS. G + DE ELECCIÓN EN PERSONAS HIPER-- SENSIBLES A LA PENI CILINA.
FENILBUTAZONA GRAGEAS.	ANTIINFLAMATORIO.
CEFALOSPORINA CÁPSULAS 500 mg.	ANTIMICROBIANO ÚTIL VS. MICROORGANISMOS PRODUCTORES DE LA - ENZIMA PENICILINASA
DRAMAMINE GRAGEAS.	ANTIHEMÉTICO.
DICLOXACILINA.	ANTIMICROBIANO VS.- MICROORGANISMOS G-
CLINDAMICINA CÁPSULAS 200mg.	ANTIMICROBIANO VS. GÉRMENES ANAEROBIOS

MATERIAL Y EQUIPO DE URGENCIA EN EL CONSULTORIO DENTAL:

GASAS 5 X 5 cms.
GASAS 5 X 10 cms.
TORUNDAS DE ALGODÓN.
ALCOHOL.
CLORURO DE BENZALCONIO.
ABATELENGUAS.
ISOPOS.
ISORINE SOLUCIÓN.
MERTHIOLATE.
JABÓN NEUTRO.
TELA ADHESIVA.
JERINGAS 3CC.
JERINGAS 5CC.
LIGADURA.
EQUIPO VENOSSET.
PUNZOCAT #s. 18, 19 Y 20.
SOLUCIÓN GLUCOSADA AL 5% 500CC.
SOLUCIÓN HARRTMAN 1000 CC.
SOLUCIÓN FISIOLÓGICA 500 CC.
BOLSA AMBU.
CÁNULAS.
TABLA 14 X 14 PULGADAS.

RESPIRADOR ARTIFICIAL (DE SER POSIBLE)

TANQUE DE OXÍGENO PARA USO MÉDICO.

MASCARILLA DE OXÍGENO (ADULTO-INFANTIL).

ESTETOSCOPIO.

BAUMANÓMETRO.

TERMÓMETRO ORAL.

C O N C L U S I O N E S .

EN ALGUNAS OCASIONES, AFORTUNADAMENTE MUY POCO FRECUENTES, EL ODONTÓLOGO SE VE OBLIGADO A TRATAR SITUACIONES DE -- EMERGENCIA, SURGIDAS EN EL PACIENTE EN EL CONSULTORIO DENTAL.

NOS REFERIMOS A AFECCIONES DE ORDEN GENERAL QUE NECESITAN TRATAMIENTO URGENTE PORQUE PONEN EN PELIGRO LA VIDA DEL PACIENTE.

EN ÉSTOS CASOS DEBE SOLICITARSE LA AYUDA INMEDIATA SUPERIOR LO ANTES POSIBLE PERO HASTA QUE LLEGUE ÉSTA, CUALQUIER PROFESIONISTA DEL ÁREA DE LA SALUD, TIENE LA OBLIGACIÓN DE CONOCER Y MANEJAR LOS PRINCIPIOS DEL APOYO VITAL BÁSICO Y DEBE ESTAR EN CONDICIONES DE PONERLOS EN PRÁCTICA AL INSTANTE.

EL APOYO VITAL BÁSICO COMPRENDE EL CUIDADO DE LA VÍA AÉREA, VENTILACIÓN ARTIFICIAL, COMPRESIÓN CARDIACA Y MONITOREO DE LOS SIGNOS VITALES.

TODOS LOS PROFESIONALES DEL ÁREA DE LA SALUD DEBEN SER CAPACES DE ADMINISTRAR MEDICAMENTOS PARENTERALES, AL MENOS -- POR VÍA INTRAMUSCULAR, LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ES SECUNDARIO AL APOYO VITAL BÁSICO.

NO SE PRETENDE QUE EL ODONTÓLOGO SE DESEMPEÑE COMO ESPECIALISTA MÉDICO EN LA EMERGENCIA QUE PONE EN PELIGRO LA VIDA, PERO SI SE ESPERA QUE ACTÚE CON PRONTITUD, PRESTANDO APOYO VITAL, SEGUIDO DE TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS SEGÚN LAS CIRCUNSTANCIAS, SI LA CAPACIDAD Y EXPERIENCIA INDIVIDUAL LO PERMITEN.

B I B L I O G R A F Í A .

1.- HARRISON

MEDICINA INTERNA.

5a. EDICIÓN

LA PRENSA MEXICANA
MÉXICO, 1987 TOMO I
1330 PÁGINAS.

2.- HERXHEIMER

ASMA BRONQUIAL.

EDITORIAL MARIN S.A.
BARCELONA, ESPAÑA
151 PÁGINAS.

3.- MC.BRYDE BLACKLOW

SIGNOS Y SÍNTOMAS.

5a. EDICIÓN.

EDITORIAL INTERAMERICANA
MÉXICO, 1979
969 PÁGINAS.

4.- MARTIN J. DUNN/ DONALD F. BOOTH

MEDICINA INTERNA Y URGENCIAS EN ODONTOLOGÍA.

EDITORIAL EL MANUAL MODERNO S.A.
138 PÁGINAS.

5.- MEYERS FREDERIK.

FARMACOLOGÍA CLÍNICA.

3a. EDICIÓN.

EDITORIAL EL MANUAL MODERNO.

MÉXICO 1986.

500 PÁGINAS.

6.- PADILLA DE ALBA FRANCISCO JAVIER.

OFTALMOLOGÍA FUNDAMENTAL.

3a. EDICIÓN

EDITORIAL MÉNDEZ CERVANTES

492 PÁGINAS.

7.- PONS PEDRO

PATOLOGÍA CLÍNICA MÉDICA.

SALVAT EDITORES

MÉXICO, 1979

430 PÁGINAS.

8.- SEBASTIAN C. CIANCIO/ PRISCILA C. BOURGAULT.

FARMACOLOGÍA CLÍNICA PARA ODONTÓLOGOS.

EDITORIAL EL MANUAL MODERNO.

284 PÁGINAS.

9.- SOKOLOW MAURICE/Mc.ILORY MALCOLM.

CARDIOLOGÍA CLÍNICA.

EDITORIAL AL MANUAL MODERNO

MÉXICO 1986.

674 PAGINAS.

10.- WSHLIN AKE.

CUIDADOS INTENSIVOS.

EDITORIAL LIMUSA

MÉXICO, 1981

507 PAGINAS.