



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**CHOQUE ANAFILÁCTICO:
CONSIDERACIONES CLÍNICAS.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

SALVADOR VILLAVICENCIO MENDOZA

TUTOR: C.D. LILA ARELI DOMÍNGUEZ SANDOVAL

MÉXICO, D.F.

2010



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

A Dios, por darme la oportunidad de llegar y culminar esta etapa de mi vida que tiene un gran valor para mí, y que en ocasiones me resultaba un tanto lejana, es por ello que te doy las gracias Señor.

A mis padres, ya que fueron mi principal apoyo y motivación durante toda mi formación académica, por que sin su ayuda, sin su apoyo, sin su comprensión, sin sus regaños, sin sus consejos, sin sus preocupaciones me hubiera resultado muy difícil, gracias mamá, gracias papá por ser eso, mis padres soy muy afortunado de tener unos padres como lo son ustedes y me siento muy orgulloso de ello, son lo mejor que tengo.

A mis hermanos, que crecimos juntos y que siempre conté con su apoyo y su cariño, mari, el solo hecho de ser mi hermana es un orgullo, pablo, sigues tú hermano sabes que te quiero mucho, los amo a los dos.

A Valentina, por ser ese estímulo de motivación cuando la veo, cuando la abrazo y cuando se enoja por que le doy un beso.

A mamá Lupe, por que desde el cielo me manda sus bendiciones y cariño.

A papá golo, por sus consejos, enseñanzas, cariño y respeto.

A mis tíos y su familia, porque directa o indirectamente siempre conté con su apoyo y confianza.

A mis abuelos paternos, por haberme dado al papá que tengo.

A mis amigos, por su amistad, ayuda y compañía.

A la Universidad por ser mi casa y por cobijarme durante varios años, gracias UNAM, orgulloso de pertenecer a la máxima casa de estudios.

A todos mis profesores, doctores que tuvieron un tiempo para mí, gracias a todos ellos por las enseñanzas y por mi formación, en especial a la Dra. Lila Domínguez por ser mi tutora de ésta tesina.

CHOQUE ANAFILÁCTICO: CONSIDERACIONES CLÍNICAS.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN. -----	5
2. PROPÓSITO. -----	7
3. OBJETIVO. -----	7
4. DEFINICIÓN. -----	8
4.1 Definición de shock o choque. -----	8
4.2 Definición de anafilaxia.-----	9
4.3 Definición de choque anafiláctico.-----	11
5. FISIOPATOGENIA DEL CHOQUE ANAFILÁCTICO. -----	12
5.1 Consideraciones vasculares y celulares. -----	12
5.2 Antígeno.-----	14
5.3 Anticuerpo. -----	15
5.4 Reacción antígeno – anticuerpo. -----	16
6. CAUSAS DE REACCIONES ANAFILÁCTICAS. -----	17
7. SIGNOS Y SÍNTOMAS. -----	18
7.1 Signos y síntomas por sistemas. -----	19

8. DIAGNÓSTICO. -----	20
8.1 Diagnóstico clínico. -----	20
8.2 Diagnóstico diferencial. -----	22
9. TRATAMIENTO. -----	23
9.1 Principales acciones en el tratamiento del choque anafiláctico. ----	24
9.2 Medicamentos para el tratamiento del choque anafiláctico. -----	26
10. CONSIDERACIONES Y SUGERENCIAS EN EL MANEJO ODONTOLÓGICO. -----	29
10.1 Pasos a seguir ante la presencia del estado de choque. -----	33
11. CONCLUSIONES. -----	34
12. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS. -----	36

1. INTRODUCCIÓN.

El choque anafiláctico es una entidad o estado el cual representa una urgencia médica, ya que éste es el resultado de una reacción alérgica por parte del organismo hacia una sustancia que se administra con fines terapéuticos.

Es de suma importancia saber si un paciente ha padecido alguna alergia (incluso alimenticia) o un estado franco de choque con anterioridad, ya que muchas veces de éste antecedente se tomarán los lineamientos para algún nuevo tratamiento, ya que resulta obligatorio para cualquier personal de salud y por consiguiente para nosotros como odontólogos en nuestra práctica diaria.

El tratamiento en la consulta odontológica tiene alrededor de ella muchos factores que pueden desencadenar o propiciar una urgencia médica, el choque anafiláctico sin duda es una de ellas, ya que para un buen tratamiento odontológico se requiere la ayuda y el respaldo de medicamentos o fármacos, a si como de sustancias que podrían resultar alérgicas para algunos pacientes.

El odontólogo se enfrenta con frecuencia a problemas relacionados con la alergia. Uno de los más frecuentes es el paciente que presenta alergia a un anestésico local, un antibiótico o un analgésico, siendo estas las sustancias de mayor uso en la consulta odontológica.

Es por ello que se deben de tener los conocimientos y habilidades necesarias para poder actuar de manera rápida y efectiva ante la presencia de una urgencia como lo es un choque anafiláctico.

Ya que para nosotros el buscar u obtener un pronóstico favorable para el paciente que se encuentre en un estado de choque depende en gran medida de la capacidad de la persona, a si como de la rapidez con que se actúe frente a un estado de choque es decir, nosotros como odontólogos en nuestra consulta.

2. PROPÓSITO.

Conocer las características clínicas del choque anafiláctico y su relación con el tratamiento odontológico y así poder manejar y controlar este tipo de urgencia en caso de presentarse en la consulta odontológica.

3. OBJETIVO.

Conocer las consideraciones y manifestaciones clínicas del choque anafiláctico para proporcionar la información pertinente y necesaria para enfrentar, evaluar, reconocer y manejar esta urgencia en el consultorio dental.

4. DEFINICIÓN.

4.1 Definición de shock o choque.

Es un estado clínico que se caracteriza por una disminución generalizada en la **perfusión de los tejidos**, asociada con reducción del gasto cardiaco efectivo. ¹

El choque es un estado de insuficiencia circulatoria caracterizado por un riego tisular inadecuado.

El flujo sanguíneo es insuficiente para satisfacer los requerimientos nutricionales de las células.

Esta insuficiencia origina disfunción celular y, por último, la muerte. ⁴

El choque es un estado en donde existe una insuficiencia circulatoria generalizada, es decir, cuando el flujo sanguíneo resulta insuficiente para satisfacer los requerimientos nutricionales de los tejidos y sus células, provocando disfunción, asociada a una reducción en el gasto cardiaco.

4.2 Definición de anafilaxia.

Las reacciones anafilácticas fueron descritas por primera vez en el año 1902 por Portier y Richet.³

La anafilaxia es una reacción alérgica severa en todo el cuerpo. Después de estar expuesto a una sustancia, el sistema inmunitario de la persona se vuelve sensible a dicho alérgeno.

En una exposición posterior, se puede presentar una reacción alérgica súbita, severa y que compromete a todo el cuerpo.⁹

La anafilaxia es una urgencia médica que involucra una reacción alérgica aguda sistémica la cual afecta a todo el cuerpo. Esto ocurre después de la exposición a un antígeno (alérgeno) al cual la persona se ha sensibilizado previamente.

La anafilaxia es causada por un mecanismo inmunológico que incluye un anticuerpo IgE que se fija a la célula cebada o al basófilo y reacciona con algunos alérgenos. Esto causa la liberación de varios químicos, o mediadores como la histamina, la serotonina, heparina.⁸

Es un estado alérgico en el cual el gasto cardiaco y la presión arterial muchas veces caen en forma drástica.²

La anafilaxia sistémica se produce típicamente por alergenos inyectados (penicilina, suero, anestésicos locales).

En los individuos sensibilizados sólo se requiere una cantidad pequeña de alérgeno para producir una anafilaxia mortal.¹

Es una reacción de **hipersensibilidad general del tipo I** que pone en peligro la vida.

La insuficiencia circulatoria periférica y el choque que se producen, es posible que causen la muerte en unos cuantos minutos (**choque anafiláctico**).

4.3 Definición de choque anafiláctico.

El choque anafiláctico es un tipo de reacción alérgica grave, que con frecuencia causa la muerte; se presenta unos cuantos minutos después de la administración de algún fármaco o de proteínas no humanas, como alimentos, sueros o venenos. ⁴

Se puede definir también como la falla circulatoria que se presenta abruptamente después de la penetración al organismo, generalmente por vía parenteral, de un alérgeno al cual el sujeto está sensibilizado. ⁷

Esto ocasiona en el organismo una hipersensibilidad sistémica tipo I que resulta en manifestaciones mucocutáneas, cardiovasculares respiratorias y gastrointestinales que pueden poner en riesgo la vida. ³

Esta reacción generalizada en el organismo o bien este tipo de hipersensibilidad es causada por la liberación de mediadores químicos a consecuencia de una interacción antígeno-anticuerpo, puede llegar a ser fatal por su severidad y la forma rápida como aparece. ⁵

5. FISIOPATOGENIA DEL CHOQUE ANAFILÁCTICO.

5.1 Consideraciones vasculares y celulares.

Un mecanismo por el cual el sistema inmune nos ayuda a defendernos contra los materiales extraños es la producción de millones de anticuerpos diferentes (también llamados inmunoglobulinas).

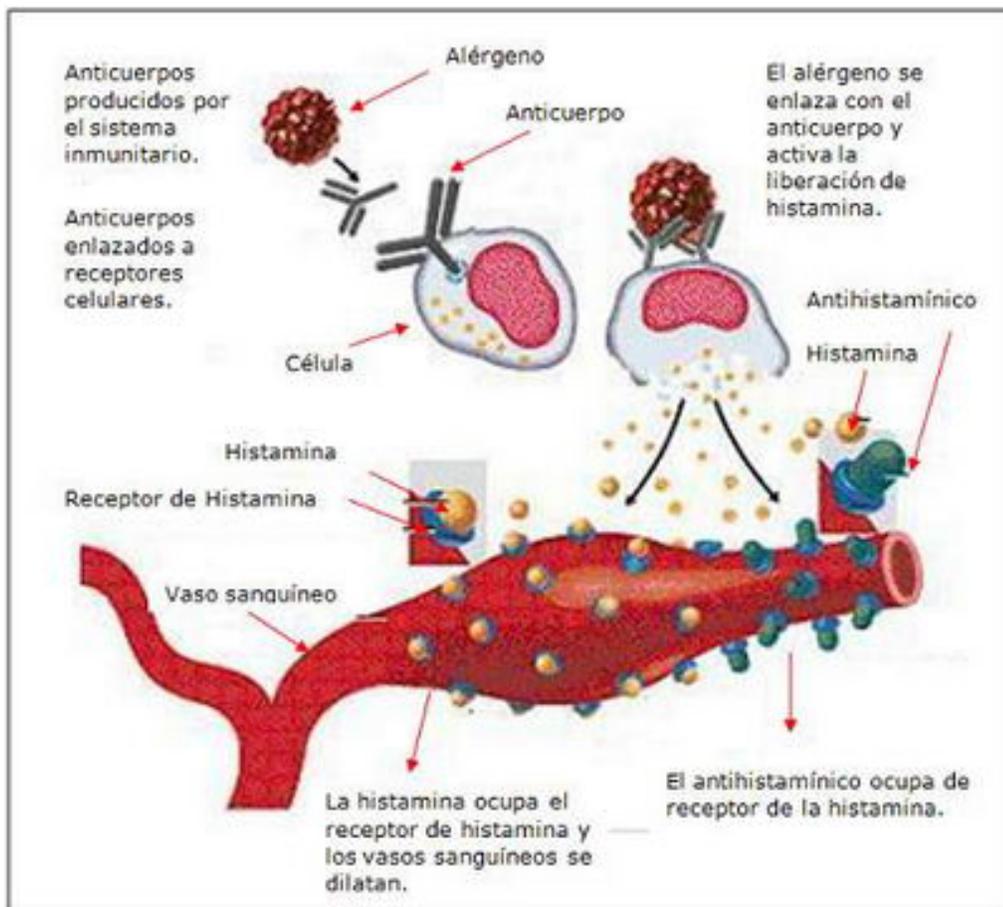
Cada anticuerpo tiene la habilidad de reconocer y unirse a una sustancia extraña específica y única. Los anticuerpos circulan en la sangre y están presentes en casi todos los líquidos corporales donde ayudan a "capturar" y prevenir la entrada de materia extraña no deseada.

La primera exposición a un antígeno (alergeno) activa el sistema inmunitario y causa la producción de **anticuerpos IgE**, que son específicamente reactivos en contra del antígeno. Estos se fijan a la membrana superficial de las células cebadas y de los basófilos a través de receptores de IgE.

La producción de una cantidad suficiente de anticuerpos para desarrollar una hipersensibilidad clínica requiere de una o más semanas. ¹

Cuando se presenta una exposición subsecuente al mismo antígeno, se produce una interacción antígeno – anticuerpo, en la superficie de la célula cebada o del basófilo, causando desgranulación de estas células.¹

Estas células liberan sustancias vasoactivas como la histamina, serotonina y leucotrienes que aumentan la capacidad vascular por dilatar las venas, dilatación de las arteriolas, con lo cual disminuye considerablemente la presión arterial, y gran aumento de permeabilidad capilar, con rápido escape de liquido hacia los espacios tisulares.²

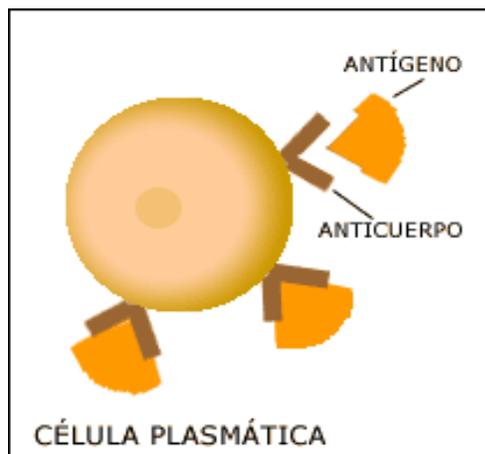


5.2 Antígeno.

Es aquella sustancia que causa una reacción alérgica. La acción resultante puede producirse luego de la ingestión, inhalación, inyección, o contacto con la piel.

Un antígeno es una sustancia que desencadena la formación de anticuerpos y puede causar una respuesta inmune. Un antígeno es una molécula capaz de producir una respuesta del sistema inmune mediante la activación de linfocitos.

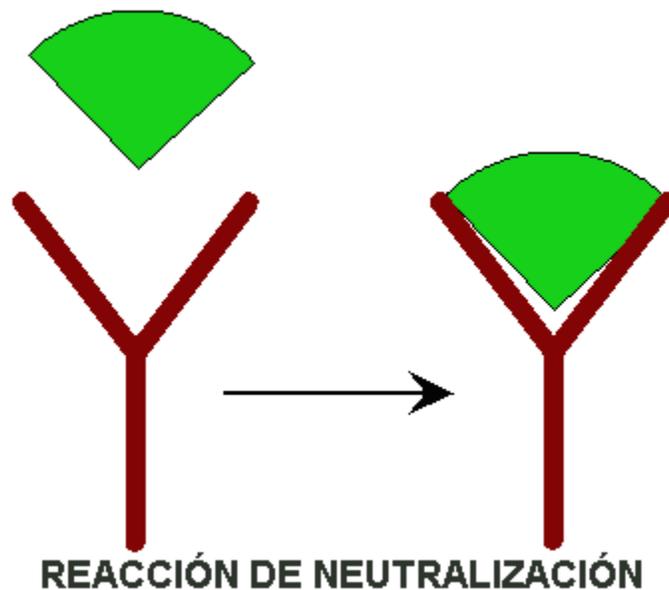
Los antígenos son moléculas capaces de producir una respuesta inmune. Normalmente son de naturaleza proteica aunque también pueden ser carbohidratos. Los antígenos pueden ser reconocidos por los anticuerpos producidos por linfocitos B activados. ¹⁰



5.3 Anticuerpo.

Los anticuerpos (también conocidos como inmunoglobulinas), son proteínas producidas por células plasmáticas, que tienen la capacidad de reconocer y unirse a moléculas extrañas al cuerpo.

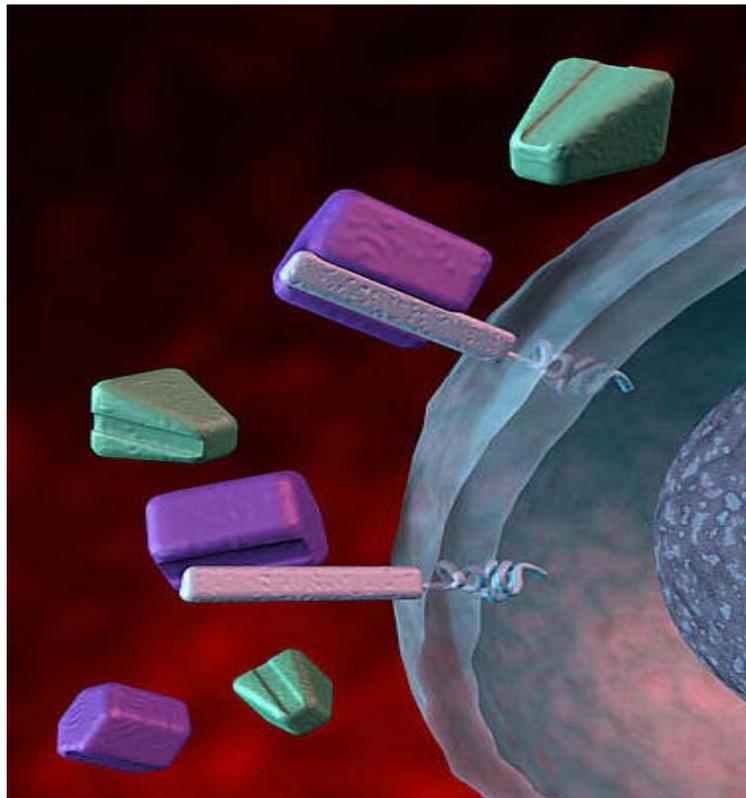
Son empleados por el sistema inmunitario para identificar y neutralizar elementos extraños tales como microorganismos patógenos o proteínas de un organismo de diferente especie. ¹¹



5.4 Reacción antígeno – anticuerpo.

Es una de las piedras angulares en la respuesta inmunológica del cuerpo humano. El concepto se refiere al momento cuando un anticuerpo se une a un antígeno para inhibir su toxicidad dentro del cuerpo. ¹³

El reconocimiento antígeno-anticuerpo es una reacción de complementariedad, por lo que se efectúa a través de múltiples enlaces no covalentes entre una parte del antígeno y los aminoácidos del sitio de unión en el anticuerpo. La reacción se caracteriza por ser específica, rápida, reversible y espontánea. ¹²



6. CAUSAS DE REACCIONES ANAFILÁCTICAS.

La vía de entrada más frecuente del antígeno o alérgeno para producir reacciones anafilácticas es por inoculación (medicamentos inyectables, picaduras de abejas y avispas, etc.), aunque ello no excluye que a veces puedan producirse reacciones anafilácticas cuando el antígeno o alérgeno penetra por otras vías (oral, tópica o por inhalación).³

CAUSAS	ELEMENTOS DESENCADENANTES
Medicamentos	AINES. Aspirina. Antibióticos. Anestésicos. Insulina. Protamina. (tx de hemorragias) Estreptoquinasa. (disolver trombos) Progesterona. Medios de contraste. Inmunoterapia.
Alimentos	Cacahuates. Pescado. Mariscos. Leche. Huevos.
Inoculación de veneno	Veneno de abejas, avispas, hormigas
Varios	Látex

7. SIGNOS Y SÍNTOMAS.

Los signos y síntomas son angustia importante, urticaria o edema, sensación de asfixia, tos, espasmo bronquial o edema laríngeo. En los casos graves se presenta hipotensión, pérdida del conocimiento, dilatación pupilar, incontinencia y convulsiones; puede presentarse la muerte de manera repentina.⁴

Los signos y síntomas del choque anafiláctico pueden dividirse en cuatro categorías:³

- Mucocutáneas.
- Respiratorias.
- Cardiovasculares.
- Gastrointestinales.



7.1 Signos y síntomas por sistemas. ³

SISTEMA COMPROMETIDO	SIGNOS Y SINTOMAS
Mucocutáneo	Urticaria. (ronchas enrojecimiento de la piel) Angioedema. (Inflamación de piel y mucosas) Prurito. (picazón-comezón) Enrojecimiento. Conjuntivitis. (inflamación de la conjuntiva ocular)
Respiratorio	Disnea. (falta de aire) Laringoespasma. (cierre glótico) Estridor. (sonido agudo) Sibilancias. (sonido durante la respiración) Rinorrea. (excreción de moco excesiva) Tos
Cardiovascular	Hipotensión. Vasodilatación. Aumento de la permeabilidad capilar que lleva a pérdida de volumen intravascular. Taquicardia. (frecuencia excesiva del ritmo cardiaco) Bradicardia. (ritmo cardiaco lento) Dolor torácico. Síncope. (pérdida del conocimiento)
Gastrointestinal	Náusea Vómito Disfagia. (dificultad para tragar) Diarrea

8. DIAGNÓSTICO.

8.1 Diagnóstico clínico.

El diagnóstico del choque anafiláctico en el evento agudo es, sin duda, completamente clínico y se debe iniciar con una historia clínica breve y dirigida ya que el tratamiento debe ser administrado de manera inmediata.

La historia clínica debe incluir un interrogatorio orientado a identificar episodios previos de anafilaxia e ingesta de alimentos especiales, nuevos medicamentos y/o picaduras y mordeduras de insectos.

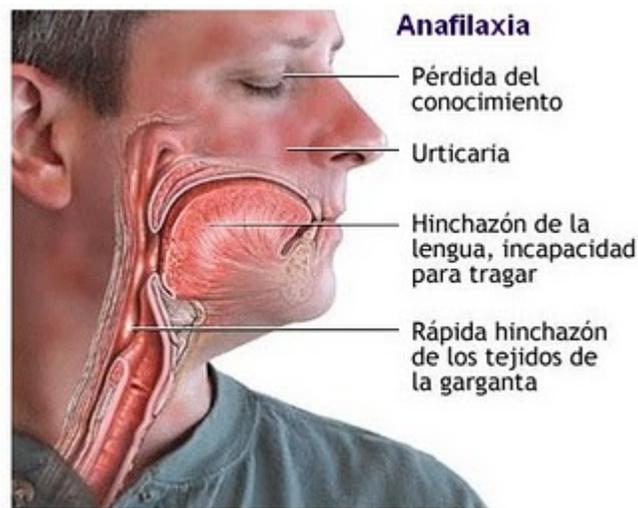
El diagnóstico preciso de choque anafiláctico resulta en ocasiones confuso debido a la variedad de presentaciones clínicas del mismo, además de la existencia de otras condiciones clínicas que se asemejan al cuadro anafiláctico como son los eventos vasovagales, mastocitosis, arritmias cardíacas, envenenamiento por mordedura de serpiente, ataques de pánico y convulsiones.

La evaluación debe enfocarse hacia la identificación de manifestaciones que pongan en riesgo la vida del paciente, esto incluye la evaluación del estado respiratorio y cardiovascular prestando especial atención a los signos y síntomas que sugieran compromiso de la vía aérea para prevenir el colapso cardiovascular y el paro cardiorespiratorio.³

El tiempo transcurrido una vez que el paciente se expone al alérgeno también es importante ya que las reacciones anafilácticas usualmente ocurren minutos después de la exposición al agente disparador.

En el choque anafiláctico inducido por alimentos puede presentarse un lapso de tiempo de 4 – 6 horas entre la ingesta y la aparición de los síntomas, el cual se atribuye al proceso de digestión del elemento alérgico.

Las personas con antecedentes de enfermedad asmática pueden estar más expuestas a desarrollar reacciones anafilácticas, sin embargo, el asma no es reconocido como un factor predisponente del choque anafiláctico, aunque sí puede ser un elemento predictor de la severidad del cuadro clínico.³



8.2 Diagnóstico deferencial.

Solamente después de que se ha descartado el diagnóstico de choque anafiláctico se deben considerar otras condiciones que pueden asemejarse a la presentación clínica de la anafilaxia, ya que la falla en el reconocimiento y tratamiento apropiado de ésta puede resultar fatal para el paciente.

Angioedema:

Existe una presentación clínica que se ha denominado “Angioedema familiar”, el cual es hereditario pero difícil de diferenciar de una reacción alérgica temprana de choque anafiláctico, sin embargo, en este tipo de pacientes no se presenta urticaria. El tratamiento consiste en la administración de plasma fresco congelado.

Asma:

Episodios de asma casi fatal (estado asmático) pueden simular una reacción anafiláctica debido a su presentación clínica con estridor y Sibilancias, sin embargo, las crisis de asma no cursan con urticaria o Angioedema.

Los ataques de pánico pueden presentarse con estridor como resultado de una aducción forzada de las cuerdas vocales, pero en un ataque de pánico el paciente no muestra Angioedema, urticaria, hipoxia o hipotensión.³

9. TRATAMIENTO.

Una vez que se sospecha que el paciente está presentando una reacción anafiláctica es necesario administrar de manera inmediata adrenalina. No existen contraindicaciones absolutas para utilizar adrenalina en el contexto del choque anafiláctico, y la demora en la administración de ella genera complicaciones en el manejo del paciente.

En adultos la dosis indicada de adrenalina vía intramuscular es de 0.3 a 0.5 ml de una solución de 1:1.000, es decir, 0.3 a 0.5 mg de la misma dilución.¹⁵

Se recomienda el uso o la utilización de una dosis de 0.1 ml vía endovenosa de una solución de 1:1.000 de adrenalina para el manejo de pacientes con hipotensión o para aquellos que hayan sido refractarios al medicamento intramuscular, sin embargo, la administración de medicamento endovenoso se ha relacionado con mayores efectos secundarios y, solo debe considerarse en un paciente con un compromiso sistémico severo.

Ya que el choque anafiláctico puede generar en un colapso cardiovascular, es importante que el equipo de salud esté atento y preparado ante cualquier signo de deterioro que requiera apoyo vital, por lo tanto una evaluación inicial y reevaluación constantes del paciente haciendo énfasis en el ABC (vía aérea, ventilación, circulación) son fundamentales.³

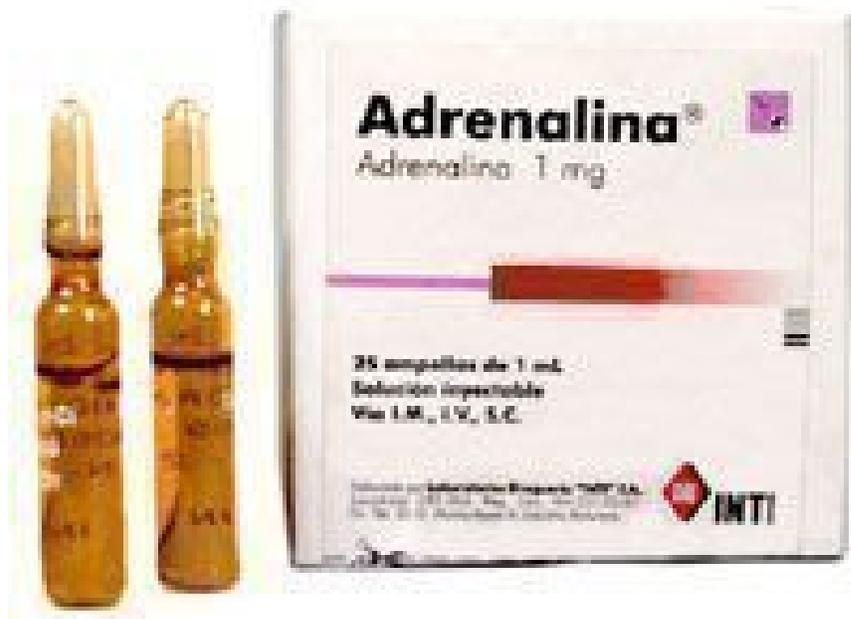
9.1 Principales acciones en el tratamiento del choque anafiláctico.

Administre adrenalina vía intramuscular en dosis de 0.3 a 0.5 mg de una solución de 1:1.000, si es necesario se puede repetir cada 15 a 20 minutos en todo paciente que presente reacciones sistémicas como hipotensión, edema de la vía aérea o dificultad respiratoria

En caso de que las manifestaciones sean tan severas que el paciente se presente en colapso cardiovascular administre adrenalina 0.1 mg EV (1:10.000) en 5 y 17 minutos.

Iniciar una revisión completa ya que las dosis altas de adrenalina pueden precipitar arritmias cardiacas.³

Los pacientes que toman β -bloqueadores tienen mayor incidencia de reacciones anafilácticas, y pueden presentar una respuesta paradójica a la adrenalina. Considere la utilización de glucagón en este tipo de pacientes.³



Adrenalina – Epinefrina.

9.2 Medicamentos para el tratamiento del choque anafiláctico.

Reacciones cutáneas y de la vía aérea. ³

TERAPIA	INDICACIONES	DOSIS	OBJETIVOS
Adrenalina	Broncoespasmo Edema laríngeo Hipotensión Urticaria Angioedema	0.3-0.5 ml. 1:1000 IM cada 10 min.	Mantenimiento de la vía aérea. Disminución de la extravasación de líquidos.
Oxigeno	Hipoxemia (falta de oxigeno en la sangre)	Para mantener 5-10 lts/min.	
Salbutamol	Broncoespasmo (Estrechamiento de la luz bronquial	0.5 – 2.5 mg según necesidad	
Metilprednisolona	Broncoespasmo	125 mg EV cada 6 horas.	Disminución de las reacciones tardías.

Reacciones Cardiovasculares. ³

TERAPIA	INDICACIONES	DOSIS	OBJETIVOS
Adrenalina	Hipotensión	2 –10 mcg/min en goteo	Mantenimiento de la PAS.
Ranitidina	Hipotensión	50 mg en 20 ml D5%H2O	
Glucagon	Hipotensión	1 mg en 1 Lit. D5H2O goteo a 5-15 mcg/min	

La adrenalina es el medicamento de primer orden. Sus propiedades corrigen las anomalías del choque. ⁶

- a. Sus efectos alfa adrenérgicos corrigen la vasodilatación extrema, arteriolar y venular; restauran la tensión arterial sistémica y disminuyen la permeabilidad capilar.
- b. Sus efectos B1 refuerzan la actividad cardíaca y mejoran el débito.
- c. Sus efectos B2 aseguran la broncodilatación inmediata y pueden, en cierta medida, frenar la desgranulación mastocítica.

El choque severo requiere del uso de clorhidrato de adrenalina por vía intravenosa a una dosis de 0,25 a 1 mg, diluido en 10 ml de suero fisiológico aplicado muy lentamente. El medicamento es usualmente bien tolerado.

El riesgo de una arritmia cardíaca es mínimo comparado al peligro que conllevaría el no administrarlo.

En las formas menos severas, se prefiere la vía intramuscular, incluso subcutánea, a la misma dosis, eventualmente repetida a los 15 minutos si la mejoría no es muy notoria.

Los antihistamínicos no tienen una real utilización por su poca acción.

Los corticoides son muy útiles para prevenir las reacciones tardías. Es aconsejable la hidrocortisona 200 mg IV cada 6 horas.⁶

10. CONSIDERACIONES Y SUGERENCIAS EN EL MANEJO ODONTOLÓGICO.

Debe iniciarse el tratamiento tan pronto se sospeche anafilaxia, no esperar hasta que se manifieste por completo.

Colocar al paciente en posición de seguridad, se le debe colocar en una posición cómoda, y debe comprobarse que respire sin impedimentos

Si hay hipotensión, se elevarán las extremidades inferiores

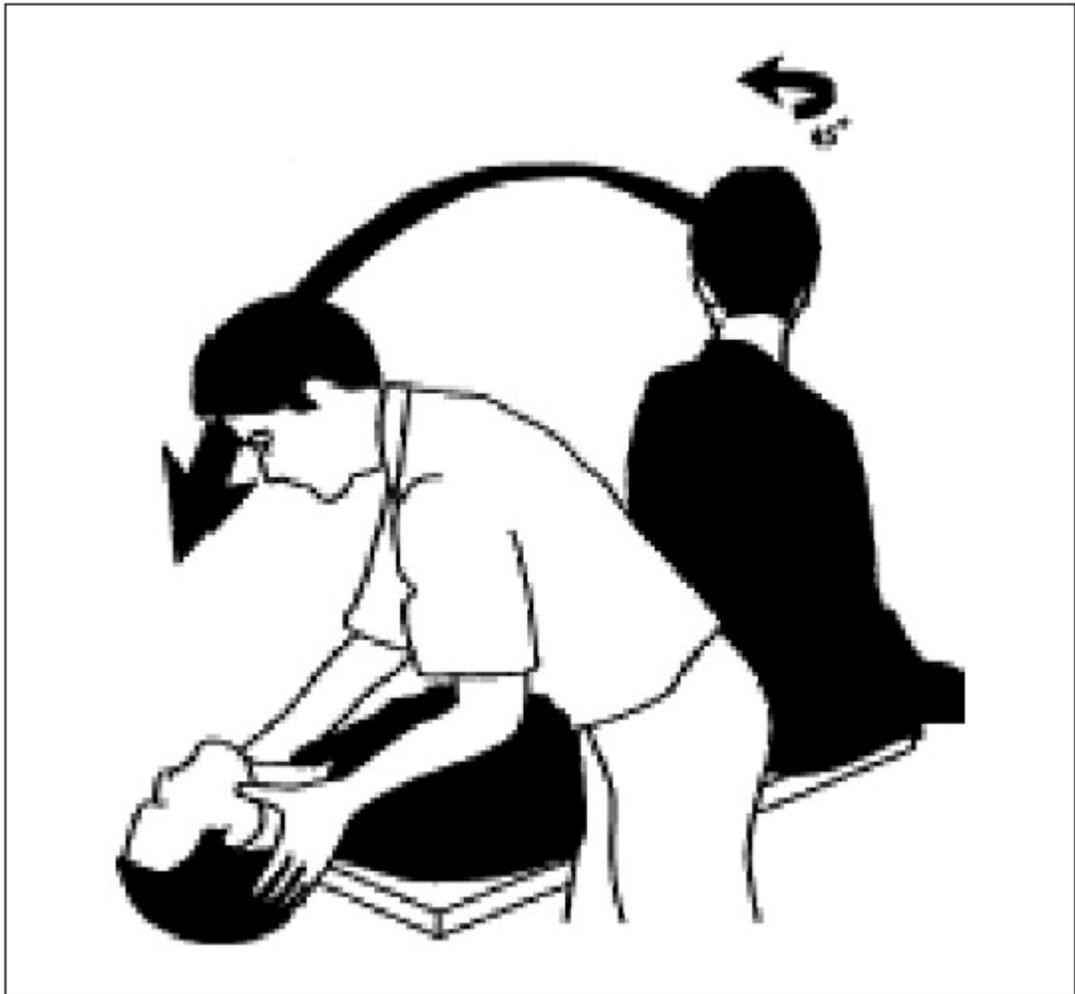
Si vomita, se le colocará con la cabeza de lado

Asegurarse de que la vía aérea esté libre (dentadura postiza, vómitos, etc.), si no es así, liberarla.

Retirar las prendas de vestir que opriman (cinturón, corbata, camisa, etc.)

Al paciente en estado de inconsciencia hay que colocarlo en posición supina a nivel, o con la cabeza ligeramente hacia abajo (hacer esto con la mayor rapidez posible).⁴

a) Posición. Decúbito supino. ⁴



b) Vías respiratorias. Deben conservarse permeables y administrar oxígeno a través de mascarilla o puntas nasales a una velocidad de 5 a 10 lit. / min.

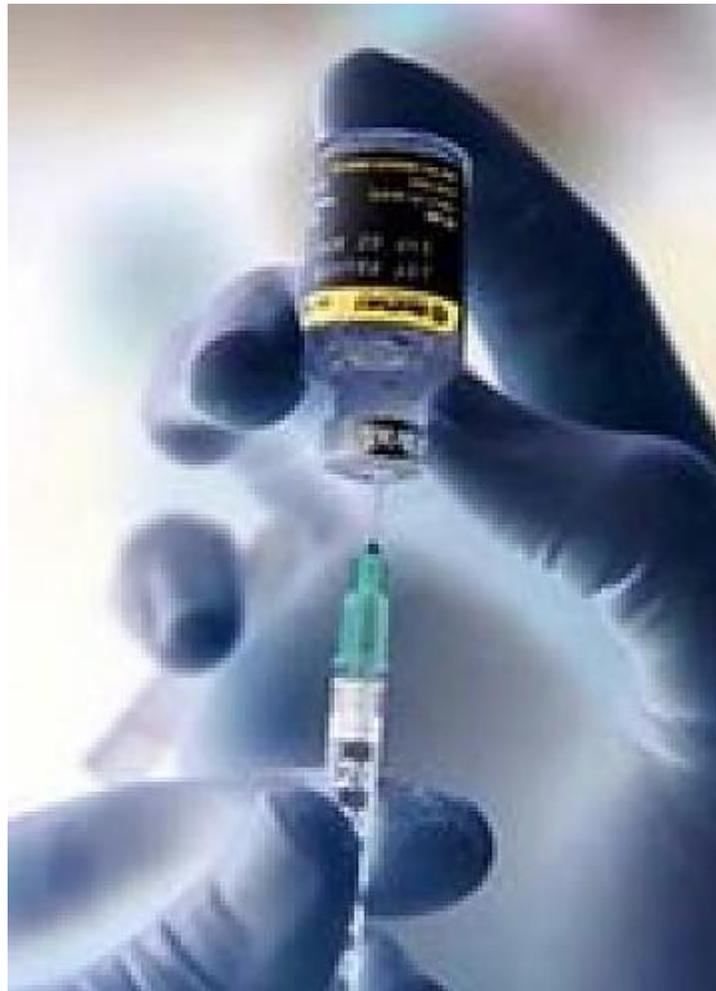
Si el paciente no respira, ayude a la ventilación con una bolsa-mascarilla hasta que se efectúe la entubación endotraqueal.

c) Acceso intravenoso. Inserte un catéter intravenoso e inicie venoclisis de solución salina equilibrada o salina normal, 0.5 a 1 Lit. en 30 min. Para adulto; en niños, 5 a 15 ml/kg, la administración posterior dependerá de la presión arterial y de la diuresis.

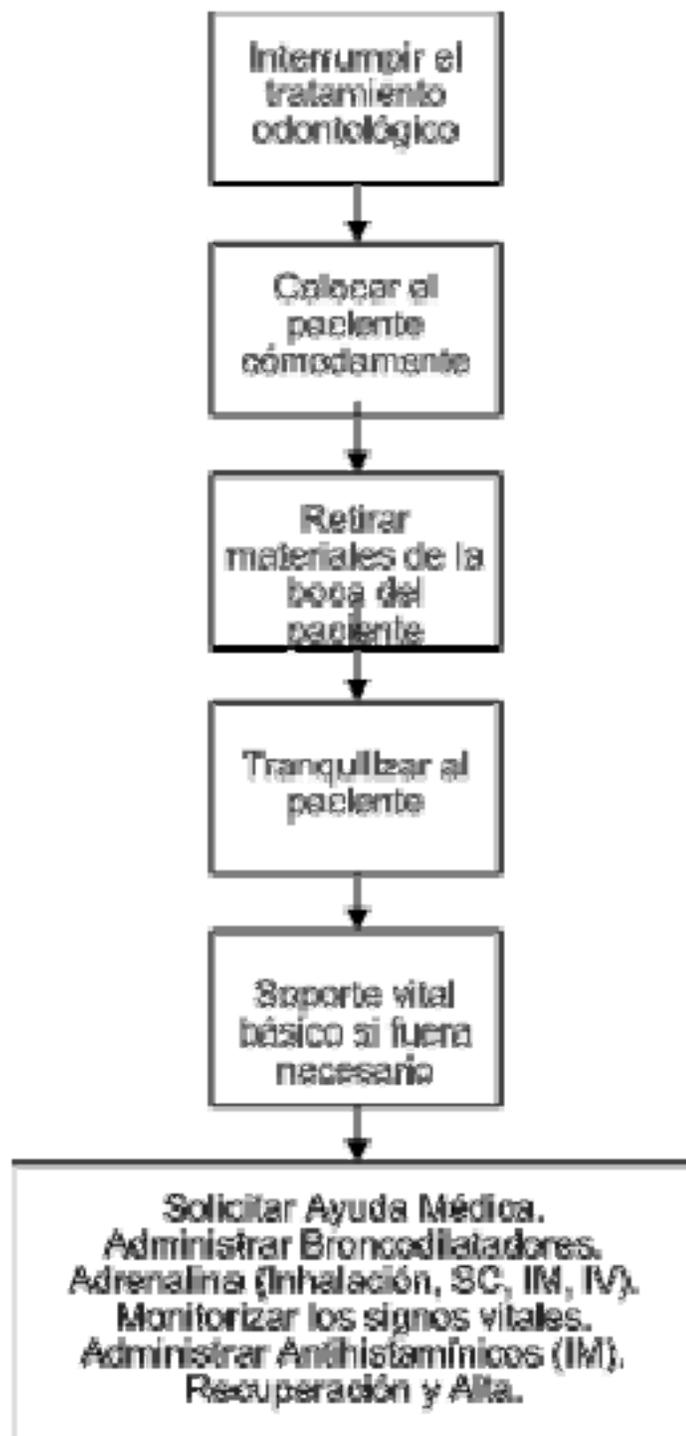
d) Fármacos. La adrenalina es el fármaco de elección para uso de urgencia y se administrará tan pronto como se sospeche o se haga el diagnóstico de choque anafiláctico.

Para la anafilaxia leve, administrar adrenalina 0.3 a 0.5 ml de solución 1:1,000 intramuscular en adultos, en niños administrar 0.01 ml/kg dosis hasta llegar a un máximo de 0.4 ml dosis. ⁴

Para la anafilaxia grave, la adrenalina debe administrarse por vía intravenosa o por sonda endotraqueal; dando de 1 a 5 ml de la solución 1:10,000. Repetir cada 10 minutos si los síntomas continúan o son recurrentes.⁴



10.1 Pasos a seguir ante la presencia del estado de choque.¹⁴



11. CONCLUSIONES.

Dada la importancia y severidad clínica que ocasionan las reacciones anafilácticas hay que hacer mucho énfasis en las medidas preventivas, todo esto con la única finalidad de evitar la posible aparición de esta clase de reacciones.

Debemos de tener en cuenta la importancia y el uso de los medicamentos que son los que con mayor frecuencia ocasionan una reacción alérgica, con la finalidad de tener mayor precaución en personas con factores de riesgo o enfermedades alérgicas posibles, y por supuesto de evitar exponer a personas con alergias específicas reconocidas.

Cualquier sustancia puede ocasionar un tipo de sensibilización a una persona y por consiguiente crear una reacción alérgica.

Los compuestos de mayor importancia son en primer lugar los antibióticos, ya que son los que con mayor frecuencia producen algún tipo de alergia, así como los antiinflamatorios y el uso de anestésicos locales, siendo estas sustancias las que tienen un mayor uso en la consulta odontológica, y que son de gran importancia para llevar con éxito un tratamiento en nuestra consulta diaria.

Podemos concluir y finalmente resaltar el manejo de un paciente en el cual se presentó una reacción alérgica y que desencadenó en un estado de choque.

El manejo y tratamiento del paciente ante esta situación en el consultorio dental es de gran importancia ya que la vida del paciente en este estado depende absolutamente de las acciones y medidas tomadas por nosotros como odontólogos, pero también por que formamos parte del personal de salud y tenemos la obligación de velar por la salud de nuestros pacientes.

12. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS.

1. Parakrama Chandrasoma T. Patología General. México: Editorial

El Manual Moderno, 1999. Pp. 114-115, 141

2. Guyton AC. Tratado de Fisiología Médica. 8ª ed. Madrid: Editorial

McGraw-Hill Interamericana, 1992. Pp. 278-279

3. Casas Quiroga Isabel C. Shock Anafiláctico: Fisiopatología, Reconocimiento y Tratamiento.

<http://www.scribd.com/doc/16791447/Shock-Anafilactico>

4. T Mary. HO, MD, MPH. Saunders E. Charles, MD, FACP. Diagnóstico y Tratamiento de Urgencias. 2ª ed. México: Editorial El Manual Moderno, 1991.

Pp. 41-42, 717

5. Galtán V. Jorge. Cabrejos A. Antonio. Rodríguez A. Miguel. Generalidades y Farmacoterapia del Shock Anafiláctico. Revista Científica. 1994.

http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev_cientifica/n04_1994/pdf/a09.pdf

6. Tratamiento de Elección en caso de Shock Anafiláctico. 2008

<http://www.odontologia-online.com/php/phpBB2/about7636.html>

7. <http://es.wikipedia.org/wiki/Anafilaxia>

8. Anafilaxia. Colegio Mexicano de Pediatras Especialistas en Inmunología Clínica y Alergia. Comité de Anafilaxia.

http://www.compedia.org.mx/archivos/docs/20_anafilaxia.pdf

9. Anafilaxia. Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. y los Institutos Nacionales de la Salud.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000844.htm>

10. Antígeno. Medicina Molecular. 2008.

<http://www.medmol.es/glosario/107/>

11. <http://es.wikipedia.org/wiki/Anticuerpo>

12. Factores que intervienen en la reacción antígeno-anticuerpo.

Gaceta Médica. México 2004. Pp. 28-30

http://imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=27355&id_seccion=1903&id_ejemplar=2820&id_revista=48

13. http://es.wikipedia.org/wiki/Reacci%C3%B3n_ant%C3%ADgeno-anticuerpo.

14. Malamed F.S. Urgencias Médicas en el Consultorio Dental. 2ª ed. México: Editorial Científica S.A. de C.V. 1986. Pp. 345-350

15. Stone Keith C. Diagnóstico y Tratamiento de Urgencias. 5ª ed. Editorial El Manual Moderno. 2009. Pp. 168