



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**FARMACOS, USO Y ABUSO EN ESTOMATOLOGIA
PSICOSEDACION**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

PABLO SERRANO REYNOSO

MEXICO, D. F.

1985.



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.

INDICE

1. FARMACOS, USO Y ABUSO EN ESTOMATOLOGIA.	
ANÁLISIS DEL TEMA	
2. DEFINICIONES DE LAS DROGAS	23
3. DROGAS CARDIOVASCULARES	25
4. DROGAS ANALGESICAS	33
5. DROGAS HIPNOTICAS	62
6. HISTAMINAS Y ANTIHISTAMINICOS	67
7. ANESTESICOS LOCALES	73
8. VASOPRESORES O VASOCONSTRICTORES	80
9. ANTIBIOTICOS	84
10. PRINCIPALES EFECTOS ADVERSOS DE LAS DROGAS ANTIMICROBIANAS	106
11. DROGAS ANTICOLINERGICAS	110
12. ESTIMULANTES Y ANALEPTICOS	113
13. PSICOTOMIMETICOS	118
14. HORMONAS NATURALES	121
15. HORMONAS SINTETICAS	123
16. VITAMINAS	126

17.	ENZIMAS	131
18.	ANTIACIDOS	132
19.	VACUNAS	133
20.	GERMICIDAS, DESINFECTANTES Y ANTISEPTICOS	134
21.	PASTAS DENTIFRICAS Y COLUTORIOS	140
22.	RESUMEN	142

PSICOSEDACION

1.	INTRODUCCION	144
2.	TERMINOLOGIA	147
3.	COMPONENTES DEL PROCESO IATROSEDANTE	148
4.	TEMORES DENTALES	150
5.	COMO SE ADQUIEREN LOS TEMORES DENTALES	152
6.	CONDICIONAMIENTO DE LOS TEMORES DENTALES	153
7.	MODELAMIENTO	158
8.	PERCEPCION DEL ODONTOLOGO POR EL PACIENTE	161
9.	ENTREVISTA IATROSEDANTE	163

10.	COMPORTAMIENTO CLINICO IATROSEDANTE	188
11.	LENGUAJE EUFEMISTICO	198
12.	ENTREVISTA PREPARATORIA	200
13.	ESTRATEGIA EMPATICA NO VERBAL	202
14.	PERICIA ASISTENCIAL FISICA	204
15.	RESUMEN	213
16.	FARMACSEDACION VIA ORAL	214
17.	VIA ORAL Y VIA INTRAMUSCULAR	215
18.	SELECCION DEL PACIENTE	216
19.	FACTORES QUE MODIFICAN LA ACCION DE LAS DROGAS	217
20.	VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LA VIA ORAL	219
21.	DROGAS	223
	A) ALCOHOL ETÍLICO	223
	B) BARBITÓRICOS	227
	C) BENZODIAZEPINAS	231
	D) ANTIHISTAMÍNICOS	237
22.	CONCLUSIONES	240

INTRODUCCION

ES INDUDABLE QUE EL CIRUJANO DENTISTA SE ENFRENTA EN FORMA COTIDIANA A DOS PROBLEMAS QUE REPRESENTAN UN RETO: PRESCRIBIR SENSATAMENTE LOS MEDICAMENTOS ADECUADOS Y TRANQUILIZAR A SU PACIENTE.

EL PROPÓSITO DE ESTE TRABAJO ES EL DE FACILITARLE AMBAS TAREAS.

EL AUGE DEL EMPIRISMO Y DE LOS MEDICAMENTOS PATENTADOS EN ESTE SIGLO ES UN MAL QUE LOS AMIGOS DE LA CIENCIA Y LA HUMANIDAD NUNCA PODRÁN DEJAR DE LAMENTAR.

SE ESTÁ PAGANDO EN LA ACTUALIDAD EL MÁS ALTO PRECIO QUE HAN PAGADO JAMÁS POR PANACEAS INSERTIVILES, POR DISPOSITIVOS INEFICACES Y POTENCIALMENTE PELIGROSOS, POR TRATAMIENTOS ADMINISTRADOS POR PERSONAS INESCRUPULOSAS, POR MODAS EN ALIMENTOS Y POR SUPLEMENTOS DIETÉTICOS INNESARIOS Y OTROS SEDUCTORES PRODUCTOS Y SERVICIOS QUE ENCIERRAN FALSAS PROMESAS DE CURACIÓN O DE ALIVIO DEL DOLOR.

CUANDO EL LECTOR TERMINE DE LEER ESTE TRABAJO, TAL VEZ SE DE CUENTA DE QUE BÁSICAMENTE ES NEGATIVO EN CUANTO A SU TONO Y CONTENIDO. ANTES DE CRITICAR ESTA EXPOSICIÓN Y DE TENER LA CÓMODA CERTEZA DE SU CAPACIDAD PARA RESISTIR LAS TENTACIONES DE LOS CHARLATANES DE LA MEDICINA, CONSIDEREMOS QUÉ NOS OFRECEN: PROMESAS DE UNA VIDA SIN PREOCUPACIONES, DOLOR, INSOMNIO, TENSIÓN, CONSTIPACIÓN, SANGRE CANSADA, ARRUGAS, HALITOSIS, DIENTES DÉBILES, OLOR EN EL CUERPO Y PECAS. LA TEORÍA DE GOEBBELS DE LA CONVERSIÓN DE LA MASA A UNA LÍNEA PREPLANIFICADA DE PENSAMIENTO MEDIANTE LA CONTÍNUA Y MONÓTONA REPETICIÓN DE LA GRAN MENTIRA, NO SOLO MESMERIZA A LOS IGNORANTES Y A LOS NO INFORMADOS, SINO TAMBIÉN A LOS EDUCADOS, MUCHOS DE --

ELLOS CON UN COCIENTE INTELECTUAL QUE ENTRAN EN LA CATEGORÍA DEL GENIO.

LOS ODONTÓLOGOS NO SOMOS INMUNES A ESTO, PORQUE EL NUESTRO ES UN ARTE DE CURAR, PORQUE NOS HEMOS CAPACITADO Y PORQUE NOS HEMOS INMBUIDO DEL DESEO DE CURAR LAS ENFERMEDADES O ALIVIAR EL SUFRIMIENTO, QUIZÁ SEAMOS MÁS PROPENSOS A SUCUMBIR A ESTAS EMBESTIDAS QUE NUESTROS HERMANOS LEGOS. NUESTRA FUNCIÓN NO CONSISTE EN PREDICAR NI FOMENTAR LA DESCONFIANZA Y LA DESILUSIÓN EN NUESTROS PACIENTES, SINO EN ATEMPERAR LA EUFORIA CON EL FERMENTO DEL SENTIDO COMÚN, Y EN SUSTITUIR LAS QUIMERAS CON HECHOS CONCRETOS.

HAY UNA RESPONSABILIDAD MORAL, ÉTICA Y LEGAL QUE TENEMOS QUE ACEPTAR JUNTO CON NUESTROS DIPLOMAS: LA RESPONSABILIDAD DE ANALIZAR, DISECAR Y DESPUÉS ACEPTAR O DESCARTAR LAS AFIRMACIONES DE NUESTROS VISITADORES MÉDICOS BIEN INTENCIONADOS PERO NO SIEMPRE TAN BIEN INFORMADOS. EN VIRTUD DE LA EDUCACIÓN DIDÁCTICA Y DE LA PRÁCTICA CLÍNICA, SABEMOS QUE LA ADULTERACIÓN TODAVÍA FLORECE, PERO QUE LA FLUORACIÓN ES UNA CUESTIÓN EXPLOSIVA: QUE ALGUNAS DROGAS SON REALMENTE MILAGROSAS PERO QUE TODAS SON VENENOS PROTOPLASMÁTICOS ¿PERO NUESTROS PACIENTES LO SABEN?

¿SABEN NUESTROS PACIENTES QUE DE LOS 400 PRODUCTOS QUE CADA AÑO SE AGREGAN EN LAS ESTANTERÍAS DE LAS FARMACIAS APENAS UNOS 20 SON COMPUESTOS NUEVOS, MIENTRAS QUE LOS DEMÁS REPRESENTAN

SENTAN NUEVAS SALES DE LA MISMA DROGA, MODIFICACIONES MÍNIMAS DE ESTRUCTURA, COMO LA SUSTITUCIÓN DE UN HALÓGENO (Cl) POR OTRO (Br), Y MEZCLAS DE PRODUCTOS REGISTRADOS ANTERIORES?

TODAVÍA ES MUY POPULAR EL CONCEPTO DE PROFANO DE QUE LAS DROGAS CURAN O ALIVIAN PRÁCTICAMENTE CUALQUIER MALESTAR CON RAPIDEZ Y ABSOLUTA INOCUIDAD, Y MUCHOS DE NOSOTROS SOMOS CULPABLES DE ADHERIRNOS A ESTA ACTITUD Y DE FOMENTARLA. ASÍ, LA ASPIRINA CALMA EL DOLOR DE CABEZA, LOS ANTIBIÓTICOS DESTRUYEN LAS BACTERIAS, Y LOS TRANQUILIZANTES DISIPAN LA TENSIÓN NERVIOSA.

NO OBSTANTE, ESTE TIPO IDEAL DE DROGA, DE ACCIÓN PURA Y SIMPLE, ES TAN RARO QUE PRÁCTICAMENTE PUEDE CONSIDERARSE INEXISTENTE. LA ASPIRINA ES CAPAZ DE PROVOCAR REACCIONES ALÉRGICAS FATALES EN ALGUNAS PERSONAS; CIERTOS ANTIBIÓTICOS PRODUCEN SERIOS TRASTORNOS SANGUÍNEOS, Y LOS TRANQUILIZANTES PUEDEN ORIGINAR UNA SERIE DE EFECTOS INDESEABLES QUE VAN DESDE EL TREMOR MUSCULAR HASTA LAS PERTURBACIONES HEPÁTICAS.

UN VIEJO AXIOMA MÉDICO ESTABLECE QUE EL USO DE CUALQUIER DROGA ENTRAÑA UN RIESGO CUIDADOSAMENTE CALCULADO. EL DESCONOCIMIENTO, POR PARTE DEL PÚBLICO EN GENERAL, DE QUE LA ACCIÓN DE LAS DROGAS NO ES UN MECANISMO SENCILLO, DE QUE LA ADMINISTRACIÓN DE CUALQUIERA DE ELLAS PUEDE PRODUCIR RESULTADOS IMPREVISTOS, Y DE QUE LAS DROGAS RECIENTEMENTE DESCUBIERTAS PUE-

4

DEBEN TENER EFECTOS NOCIVOS, QUE NO SE MANIFIESTAN HASTA QUE ALCANZAN UNA AMPLIA DIFUSIÓN.

HAY UNA TENDENCIA GENERALIZADA A SUBESTIMAR LA TOXICIDAD DE LAS DROGAS. SE HAN PROPUESTO VARIAS RAZONES PARA EXPLICAR ESTE FENÓMENO: LA INFLUENCIA DE LAS CAMPAÑAS PUBLICITARIAS - SEGÚN LAS CUALES, INVARIABLEMENTE, EL PACIENTE EXPERIMENTA UNA SENSACIÓN AGRADABLE AL TOMAR LA "MEDICINA"; LOS DISEÑOS CAUTIVANTES, TANTO DE LOS COMPRIMIDOS COMO DE LOS RECIPIENTES; EL OPTIMISMO NATURAL DEL SER HUMANO; LA DIFICULTAD DE RECONOCER CIERTOS TIPOS DE REACCIONES TÓXICAS POR LA OSCURA SINTOMATOLOGÍA CON QUE SE MANIFIESTAN; Y LA MALA PREDISPOSICIÓN DE LOS FABRICANTES PARA ENUMERAR LOS EFECTOS TÓXICOS REALES Y POTENCIALES DE UN PRODUCTO.

NO SE DISPONE DE ESTADÍSTICAS AMPLIAS SOBRE LOS CASOS DE INTOXICACIÓN GRAVE O MORTAL POR REACCIÓN A LAS DROGAS. ESTE HECHO DE NINGUNA MANERA DISMINUYE LA MAGNITUD DEL PROBLEMA. UNA CLAVE SIGNIFICATIVA ES LA GRAN ABUNDANCIA DE ARTÍCULOS MÉDICOS REFERIDOS A LOS FENÓMENOS DE TOXICIDAD. COMO SI ESTO FUERA POCO, UNA ENCUESTA REALIZADA EN UNA IMPORTANTE INSTITUCIÓN DE ESTADOS UNIDOS REVELÓ QUE LAS REACCIONES TÓXICAS MOTIVADAS POR LAS DROGAS CONSTITUYAN LA PRINCIPAL CAUSA DE INTERNACIÓN EN ESE CENTRO HOSPITALARIO.

EL ALUVIÓN DE NUEVOS PRODUCTOS Y LA PUBLICIDAD CONCOMITANTE, JUNTO CON LA POSICIÓN DE LOS PACIENTES Y DE LOS VENDEDORES, PLANTEARON UN PROBLEMA DE PRIMORDIAL IMPORTANCIA PARA LA --

FARMACOLOGÍA Y LA QUIMIOTERAPIA. LA MULTIPLICIDAD DE COMPUESTOS GEMELOS QUE APARECEN DESPUÉS DEL LANZAMIENTO DE UNA DROGA, ESPECIALMENTE CUANDO ABRE NUEVAS PERSPECTIVAS Y ES ÚTIL PARA CONTROLAR ALGUNA ENFERMEDAD, CONSTITUYE CIERTAMENTE UN ASPECTO COMPENSABLE, POR NO DECIR MERITORIO, DEL SISTEMA DE LA LIBRE EMPRESA, EN EL CUAL LA IMPOSIBILIDAD DE COMPETIR PUEDE SIGNIFICAR LA IMPOSIBILIDAD DE EXISTIR.

CADA COMPAÑÍA CONSIDERA QUE, PARA MANTENERSE EN UN CAMPO ALTAMENTE COMPETITIVO, DEBE PRODUCIR UN PRODUCTO SIMILAR AL DE LA COMPETENCIA. EL RESULTADO FINAL ES UNA PROFUSIÓN DE CONGÉNEROS QUE MUCHAS VECES CONSIGUIEN CONFUNDIR, Y AÓN FRUSTRAR, HASTA AL MÁS AVEZADO DE NUESTROS COLEGAS ODONTÓLOGOS, MÉDICOS Y FARMACÉUTICOS.

UNA DE LAS PARADOJAS DE LA QUIMIOTERAPIA MODERNA ES QUE, SUMIDOS EN NUESTRA OBSESIÓN DE FORMULAR O DESCUBRIR NUEVAS DROGAS, PARACEMOS OLVIDAR QUE LOS PRINCIPIOS DE SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DESCANSAN, EN ÚLTIMO TÉRMINO, EN LOS CONOCIMIENTOS QUE TIENE EL PROFESIONAL SOBRE LOS CONCEPTOS BÁSICOS DE FARMACOLOGÍA.

LA INTOXICACIÓN POR DROGAS, CONSIDERADA COMO ENTIDAD, DEBE REFERIRSE NO SÓLO AL AGENTE QUÍMICO Y A LAS PROPIEDADES QUE LO CARACTERIZAN, SINO TAMBIÉN AL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE QUE HA DE HACER USO DE ELLAS. PARA UTILIZAR UNA DROGA EN FORMA INTELIGENTE Y SEGURA, CON

FIN DE PREVENIR, TRATAR O DIAGNOSTICAR UNA ENFERMEDAD, ES IMPERATIVO TENER UNA INFORMACIÓN ADECUADA DE SUS EFECTOS FISIOLÓGICOS, TANTO EN EL ORGANISMO SANO COMO EN EL ENFERMO.

EN LÍNEAS GENERALES, PUEDE CONSIDERARSE QUE EL GRADO DE IRRITABILIDAD DEL SISTEMA NERVIOSO DEL PACIENTE ES EL PATRÓN QUE PERMITIRÁ DETERMINAR EMPÍRICAMENTE LA DOSIS DE DROGA POR --- PRESCRIBIR.

LAS CONDICIONES QUE AUMENTAN LA IRRITABILIDAD SON LAS SIGUIENTES: DOLOR, TEMOR, FIEBRE, - TIROTOXICOSIS, ALCOHOLISMO, FATIGA MUSCULAR Y FENÓMENOS TÓXICOS; ES DECIR, ESTADOS CON METABOLISMO BASAL ELEVADO. LAS CONDICIONES QUE DISMINUYEN LA IRRITABILIDAD SON EL SHOCK, EL HIPOTIROIDISMO (MIXEDEMA) LA ENFERMEDAD DE ADDISON, LA SENILIDAD Y LAS ENFERMEDADES ASTE-- NIZANTES O CONSUNTIVAS, CARACTERIZADAS POR UNA DISMINUCIÓN DEL METABOLISMO BASAL.

OTROS FACTORES PREDOMINANTES EN LA ELECCIÓN O DOSIFICACIÓN DE UNA DROGA SON LA RAZA, EL SE XO, EL PESO, EL TEMPERAMENTO, EL AMBIENTE, LA VÍA Y EL MOMENTO DE ADMINISTRACIÓN, LA HEREN CIA, LA ALERGIA Y NATURALMENTE LA EDAD.

RAZA.

LOS ORIENTALES SON GENERALMENTE MÁS SENSIBLES A LAS DROGAS DEPRESORAS, MIENTAS QUE LAS ---

RAZAS MUY PIGMENTADAS SON MUCHO MENOS SENSIBLES QUE OTRAS A LA ACCIÓN MIDRIÁTICA DE LAS AMINAS SIMPATICOMIMÉTICAS DE APLICACIÓN LOCAL.

NO OBSTANTE, SERÍA ÚTIL ACEPTAR ESAS OBSERVACIONES U OTRAS SIMILARES COMO ALGO MÁS QUE UNA GUÍA PARA INTENTAR AJUSTAR LA DOSIS O EVALUAR LA SENSIBILIDAD NATURAL O LA TOXICIDAD SOBRE LA BASE DE UN ANTECEDENTE RACIAL ESPECÍFICO.

SEXO.

DE ACUERDO CON ALGUNOS DATOS DISPONIBLES, HOMBRES Y MUJERES RESPONDEN DE MANERA DIFERENTE A LA ADMINISTRACIÓN DE CANTIDADES SIMILARES DE UNA DROGA; NO OBSTANTE, LA MAYORÍA DE LOS CLÍNICOS COINCIDEN EN QUE, DE EXISTIR ESAS DIFERENCIAS, SOLO SON DE ESCASA MAGNITUD Y EN GENERAL CARECEN DE IMPORTANCIA. SIN EMBARGO, NO ES ACONSEJABLE SUMINISTRAR A UNA MUJER PEQUEÑA LA MISMA DOSIS QUE SE APLICA A UN HOMBRE FORNIDO, AUNQUE EN OTROS ASPECTOS LAS CONDICIONES SEAN COMPARABLES, PORQUE SON LOS "OTROS ASPECTOS" (TEMPERAMENTO, --- AMBIENTE, ETC.) LOS QUE REALMENTE TIENEN IMPORTANCIA. POR SUPUESTO, EN LA MUJER EMBARAZADA ES NECESARIO CONSIDERAR EL DAÑO POTENCIAL QUE ALGUNAS DROGAS, EN DOSIS ELEVADAS, PODRÍAN EJERCER SOBRE EL FETO AL IGUAL QUE LOS EFECTOS TÓXICOS SOBRE EL LACTANTE DE LOS FÁRMACOS ELIMINADOS CON LA LECHE.

PESO.

EL CRITERIO CLÍNICO EMPÍRICO SOSTIENE QUE, EN PACIENTES POCO DESARROLLADOS, LAS DOSIS DE DROGAS POTENTES DEBEN SER MÁS PEQUEÑAS QUE LAS QUE SE DARÍAN A UN INDIVIDUO CORPULENTO,

LA INVESTIGACIÓN Y ENSAYO DE DROGAS SE HACEN HABITUALMENTE SOBRE LA BASE DE DOSIS POR -- KILOGRAMO DE PESO, CRITERIO QUE ERRÓNEAMENTE TENDEMOS A ACEPTAR, NOSOTROS TAMBIÉN, CON-- SIDERÁNDOLO COMO EL ÚNICO Y EL MÁS "CIENTÍFICO" AL RESPECTO. SIN EMBARGO, EXISTE Poca - JUSTIFICACIÓN PARA ADMITIR RÍGIDAMENTE LA RELACIÓN ENTRE EL PESO Y LA DOSIS POR ADMINIS-- TRAR. OTROS FACTORES IMPONDERABLES, COMO LA RELACIÓN ENTRE EL PESO Y EL VOLÚMEN SANGUI-- NEO O EL METABOLISMO DE CADA PACIENTE, O LAS DIFERENCIAS EN LA PROPORCIÓN DE GRASA EN IN-- DIVIDUOS DEL MISMO PESO, DEBEN TENERSE EN CUENTA PARA VALORAR LAS NECESIDADES CUANDO EL PESO ES EL ÚNICO FACTOR CAPAZ DE DETERMINAR LA DOSIS Y LA TOXICIDAD DE UNA DROGA.

TEMPERAMENTO.

LA IMPRESIÓN CLÍNICA DE QUE LOS INDIVIDUOS RESPONDEN EN FORMA DIFERENTE A LAS DROGAS, -- SEGÚN SU "TEMPERAMENTO" ES UN DOGMA ACEPTADO POR LA GRAN MAYORÍA DE QUIENES LAS PRESCRI-- BEN. LAS PERSONAS FÁCILMENTE EXCITABLES, INESTABLES Y NEURÓTICAS SON PROPENSAS A REAC--- CIONAR EN FORMA EXAGERADA, AUNQUE A VECES EL MISMO ESTADO DE HIPEREXCITACIÓN Y DE APREN-- SIÓN OBLIGA A UTILIZAR EN ELLAS DOSIS MÁS ALTAS QUE LO HABITUAL.

AMBIENTE.

LAS DIVERSAS TENSIONES SOCIOECONÓMICAS SON CAPACES DE AFECTAR LA RESPUESTA A CIERTOS TIPOS DE DROGAS. LAS PREOCUPACIONES, LA DESNUTRICIÓN Y LA BAJA RESISTENCIA SON MODALIDADES CARACTERÍSTICAS EN LOS GRUPOS DE INGRESOS REDUCIDOS, POR TANTO, LA RESPUESTA DE ESTE TIPO DE PACIENTES PUEDE NO SER NORMAL ANTE LAS DOSIS HABITUALES.

EL CLIMA, LA HUMEDAD Y LA ALTURA PUEDEN AFECTAR EN MUCHOS ASPECTOS, ALGUNOS DE ELLOS NO BIEN DOCUMENTADOS, LA SELECCIÓN Y APLICACIÓN DE LAS DROGAS. EN LÍNEAS GENERALES SE ACEPTA QUE LA DISMINUCIÓN DE OXÍGENO, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA, AUMENTA LA SENSIBILIDAD DEL ORGANISMO A UNA GRAN VARIEDAD DE AGENTES TERAPÉUTICOS.

VIA DE ADMINISTRACION.

LA FORMA EN QUE SE ADMINISTRA UNA DROGA PUEDE TENER UNA NOTABLE INFLUENCIA EN LOS EFECTOS OPTIMOS. MUCHOS AGENTES NO SON EFICACES CUANDO SE LES TOMA POR BOCA. OTROS, A LA INVERSA, NO PUEDEN O DEBEN SER INYECTADOS POR VÍA PARENTERAL. ALGUNOS NECESITAN SER INHALADOS PARA EJERCER SU EFECTO TERAPÉUTICO. POR TANTO, PARA OBTENER BENEFICIOS MÁXIMOS Y EVITAR FENÓMENOS DE TOXICIDAD, EL PROFESIONAL INTELIGENTE DEBE CONOCER PROFUNDAMENTE LOS FENÓMENOS DE ASIMILACIÓN DE LAS DROGAS EN EL ORGANISMO.

MOMENTO DE ADMINISTRACION.

LA RESPUESTA QUE SE ESPERA DE UNA DROGA TAMBIÉN DEPENDE DEL MOMENTO EN QUE SE LA SUMINISTRA. LA FISIOLÓGIA CORPORAL CAMBIA CON EL TIEMPO Y LA ACTIVIDAD, CONSIDERACIÓN IMPORTANTE PARA DETERMINAR EL MOMENTO MÁS PROPICIO EN QUE DEBE DE ADMINISTRARSE EL AGENTE ELEGIDO.

HERENCIA.

A CAUSA DE LA HERENCIA, UNA MISMA DROGA PUEDE SER LA SALVACIÓN DE UN PACIENTE Y EL VENENO DE OTRO. AUNQUE TODAVÍA LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LOS FACTORES GENÉTICOS SON BASTANTE PRIMITIVOS, MUCHAS VECES SE LOGRA IDENTIFICAR AL PACIENTE QUE PUEDE SUFRIR UNA REACCIÓN ADVERSA. LAS AMPLIAS VARIACIONES EN CUANTO A LA VELOCIDAD Y MODALIDAD DEL METABOLISMO DE LAS DROGAS, MUCHAS VECES OBEDECEN A SISTEMAS ENZIMÁTICOS DETERMINADOS POR FACTORES GENÉTICOS.

ALERGIA.

SE HA DEFINIDO A LA ALERGIA COMO UNA INMUNIDAD ONÓMALA. LA INMUNIDAD GUARDA RELACIÓN CON LOS PROCESOS EN LOS CUALES LA INTRODUCCIÓN DE UNA SUSTANCIA EXTRAÑA EN EL ORGANISMO NO OCASIONA NINGUNA REACCIÓN CLÍNICAMENTE EVIDENCIABLE.

DURANTE MÁS DE 50 AÑOS SE ATRIBUYÓ LA ANAFILAXIA A LA HISTAMINA, PERO HACE POCO SE SINDICÓ A OTRAS SUSTANCIAS (SEROTONINA, KININAS Y REAGINAS SÉRICAS) QUE INTERVENDRÍAN TAMBIÉN

EN ESTE FENÓMENO. UNO DE LOS MOTIVOS POR LOS CUALES SE AMPLIÓ LA LISTA DE CULPABLES, ES - QUE LAS DROGAS ANTIHISTAMÍNICAS RESULTAN TOTALMENTE INOPERANTES EN CIERTOS CASOS DE ALER-- GIA O DE RESPUESTA INMUNOLÓGICA ANORMAL ADQUIRIDA.

DADA LA CONFUSIÓN TOTAL Y LAS DIFERENCIAS DE ENFOQUE Y TRATAMIENTO, LA IMPORTANCIA PRÁCTI-- CA DE DISTINGUIR ENTRE TOXICIDAD Y AUTÉNTICA ALERGIA ES INDISCUTIBLE EN ESTOS DÍAS DE QUI-- MIOTERAPIA TAN AMPLIA. CUANDO SE TRATA DE UN EFECTO TÓXICO O COLATERAL, SOLO CON REDUCIR LA DOSIS SE ALIVIAN O SE ELIMINAN LOS SÍNTOMAS O EFECTOS INDESEABLES, CONSERVÁNDOSE AL --- MISMO TIEMPO EL EFECTO TERAPÉUTICO IMPORTANTE O DESEADO. CUANDO SE TRATA DE ALERGIA, EN - CAMBIO, LA MAGNITUD DE LA DOSIS NO TIENE NADA QUE VER CON LA INTENSIDAD DEL EFECTO Y, EN - ESTE CASO, HAY QUE SUSPENDER LA DROGA INMEDIATAMENTE Y POR COMPLETO, Y NO VOLVER A ADMINIS-- TRARLA JAMÁS. EN LOS CASOS DUDOSOS EN QUE SE SOSPECHA DE UNA DROGA, EL DIAGNÓSTICO DIFE-- RENCIAL ENTRE ALERGIA, POR UNA PARTE, Y TOXICIDAD E IDIOSINCRACIA, POR LA OTRA, DEPENDE DE LOS SIGUIENTES FACTORES:

1. SI LA REDUCCIÓN DE LA DOSIS ATENÚA O ELIMINA LOS SÍNTOMAS, ES TOXICIDAD.
2. SI LOS FENÓMENOS EN CUESTIÓN YA SE PRESENTAN CON LA PRIMERA DOSIS, ES PROBABLE QUE SE TRATE DE IDIOSINCRACIA.

3. SI CON LAS DOSIS NORMALES SIGUIENTES APARECEN ENROJECIMIENTOS, ERUPCIONES O LESIONES - URTICARIANAS EN LA PIEL, UN EDEMA BASTANTE SÚBITO EN LAS EXTREMIDADES, CARA O TRÁQUEA, ASMA O CALAMBRES GASTROINTESTINALES, ES ALERGIA. LOS ESTUDIOS DE LOS GLÓBULOS BLANCOS DE LA SANGRE CONTRIBUYEN A CONFIRMAR UNA PRESUNTA ALERGIA PORQUE, POR LO GENERAL, MUESTRAN MENOS DEL 30% DE LEUCOCITOS REDONDOS Y UN INCREMENTO DE EOSINÓFILOS.

EDAD.

EN LACTANTES Y NIÑOS LA DOSIFICACIÓN DE LAS DROGAS SE DETERMINA RECORRIENDO A DIVERSAS TABLAS DE PESO/EDAD. EN LOS PACIENTES DE EDAD AVANZADA, POR SU PARTE, LAS DOSIS DEBEN MODIFICARSE COMO MEDIDA DE PRECAUCIÓN PORQUE LA ABSORCIÓN, DISTRIBUCIÓN, METABOLISMO Y EXCRECIÓN DE LOS FÁRMACOS PRESENTAN A MENUDO ALTERACIONES APRECIABLES CON RESPECTO A LOS PARÁMETROS NORMALES.

PEDIATRIA.

LOS NIÑOS NO SON ADULTOS EN MINIATURA. MUCHAS VECES SUS REACCIONES FRENTE A LAS DROGAS Y SU TOLERANCIA A ELLAS SON EXCLUSIVAMENTE PEDIÁTRICAS. ES UNA MALA TÁCTICA REDUCIR LA DOSIS DEL ADULTO A LA MITAD PORQUE EL NIÑO QUE HA DE RECIBIRLA PESA LA MITAD QUE UN ADULTO.

EN LOS NIÑOS, ESPECIALMENTE LOS LACTANTES, EL HÍGADO Y LOS SISTEMAS ENZIMÁTICOS ESTÁN SUBDESARROLLADOS, Y ÉSTOS SON LOS PRINCIPALES FACTORES DESINTOXICANTES DE LAS DROGAS.

UNA FISIOLÓGIA INMADURA NO PUEDE COMPETIR CON CIERTOS AGENTES, EXCEPTO EN CANTIDADES MÍNIMAS. SE HA COMPROBADO QUE LAS DROGAS PUEDEN CAUSAR UN DAÑO PERMANENTE, DETENIENDO EL CRECIMIENTO O MADURACIÓN DE DETERMINADOS ÓRGANOS Y SISTEMAS.

MODELL ADVIRTIÓ REITERADAMENTE QUE ESTE PROBLEMA ES MÁS GRAVE CUANTO MÁS PEQUEÑO ES EL NIÑO. POR FORTUNA, EL ODONTÓLOGO RARAS VECES ATIENDE A LACTANTES, DE MODO QUE LA MAYORÍA DE ESTAS DIFICULTADES NO SE LE PLANTEAN. SIN EMBARGO, LOS ANTIBIÓTICOS, SEDANTES Y LOS ANALGÉSICOS, TRES ENTIDADES COMUNES EN LA PRÁCTICA PEDODÓNCICA, SON CATEGORÍAS EN LAS QUE LA RESPUESTA DEL NIÑO PUEDE DIFERIR AMPLIAMENTE CON RESPECTO A LA DEL ADULTO.

UNA EVALUACIÓN INTENSA Y EXHAUSTIVA Y LA IDENTIFICACIÓN DE LAS ANOMALÍAS CONGÉNITAS Y ADQUIRIDAS, ASÍ COMO LOS ANTECEDENTES NOSOLÓGICOS ANTERIORES O ACTUALES, DICTARÁN EL GRADO DE NECESIDAD Y LA INFLUENCIA DE LA DOSIS. EL MÉTODO MÁS EXACTO PARA DETERMINAR LA FISIOLÓGIA NORMAL, QUE ES BÁSICA PARA UN TRATAMIENTO EFICAZ, TIENE EN CUENTA LA SUPERFICIE CUTÁNEA DEL CUERPO DEL NIÑO, COSA QUE POR LO COMÚN ES DIFÍCIL CALCULAR. UN MÉTODO SEGURO Y RÁPIDO, BASADO EN LAS CIFRAS DEL PESO Y LA SUPERFICIE CORPORAL ES LA SIGUIENTE FÓRMULA:

$$0.7 \times \text{PESO} + 10 = \% \text{ DE LA DOSIS DEL ADULTO.}$$

POR ÚLTIMO EN SITUACIONES QUE EXIGEN EXACTITUD, EL AGENTE HAY QUE INYECTARLO AUNQUE RESULTE FÍSICAMENTE TRAUMÁTICO Y DESAGRADABLE PARA TODOS.

LA NEGATIVA A DEGLUTIR Y LA POSIBILIDAD DE ESCUPIR O VOMITAR EL MEDICAMENTO, HACEN QUE LA VÍA ORAL SEA PRECARIA Y QUE NO SE CONOZCA LA CANTIDAD INGERIDA. LOS SUPOSITORIOS O LOS LÍQUIDOS PARA ADMINISTRACIÓN RECTAL TAMBIÉN SON DESAGRADABLES Y POCO DE FIAR, PUES MUCHAS VECES DESENCADENAN LA EVACUACIÓN INTESTINAL O SU ABSORCIÓN ES IRREGULAR O DEFECTUOSA.

GERIATRIA.

ES UN TÉRMINO BASTANTE NUEVO QUE TIENE MUCHAS CONNOTACIONES, SEGÚN EL PUNTO DE VISTA DE CADA UNO. PARA ALGUNOS LA PALABRA MISMA ES UNA MARAVILLA, MIENTRAS QUE PARA OTROS ES UN ANATEMA. BASTA DECIR QUE SE ENTIENDE POR ELLA A LAS PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS. MUCHAS VECES LOS ANCIANOS PLANTEAN VERDADEROS PROBLEMAS AL COMERCIO Y A LA INDUSTRIA, A SUS FAMILIARES Y A SUS MÉDICOS. AUNQUE ESTO PUEDE PARECER UNA CRUEL Y TRÁGICA SIMPLIFICACIÓN DE UNA SITUACIÓN COMPLEJA, LA PREMISA ES CIERTA: ESTA GENTE EXISTE Y HAY QUE TRATAR CON --- ELLA. ESPEREMOS QUE ESTÉN POR CAMBIAR LAS ACTITUDES BASTANTE ARCAICAS DE LA INDUSTRIA -- CON RESPECTO A LA UTILIDAD DE LOS MAYORES DE 60 AÑOS.

SI CONSIDERAMOS QUE LA NATURALEZA MISMA DE NUESTROS ESFUERZOS EN TODAS LAS ARTES DE CURAR ESTÁ DESTINADA A PERPETUAR EL ÁMBITO GERIÁTRICO, ESTO PODRÍA GENERAR MÁS INCENTIVOS PARA HACER FRENTE A LOS PROBLEMAS QUE LE SON PROPIOS. EL PACIENTE GERIÁTRICO COMÚN PRESENTE -- UNA FALLA IMPORTANTE QUE PUEDE SER FISIOLÓGICA, PSICOLÓGICA O ECONÓMICA. CUALQUIERA QUE

SEA, SIEMPRE INFLUIRÁ EN SU ACTITUD HACIA EL PROFESIONAL Y EL TRATAMIENTO QUE SE LE PROPONE.

COMO LAS DROGAS OCUPAN O ABARCAN UNA PARTE DE CASI TODOS LOS PLANOS TERAPÉUTICOS, Y DADO QUE LA ACTITUD DEL PACIENTE PUEDE TENER UNA PROFUNDA INFLUENCIA EN SUS REACCIONES FRENTE A ESTAS DROGAS, COMPLETAMOS EL CÍRCULO DE NUESTRO TEMA.

ADÉMÁS DE SU DISCUTIBLE RESPUESTA A LOS MEDICAMENTOS ODONTOLÓGICOS DE RUTINA, EN EL PLAN DE TRATAMIENTO DEL PACIENTE GERIÁTRICO SIEMPRE HAY QUE TENER MUY EN CUENTA EL SINERGISMO, LA INTERACCIÓN, LA INCOMPATIBILIDAD Y LOS EFECTOS DE SUMA Y ACUMULATIVOS. ES RARO EL ANCIANO QUE NO PADECE UNA DISFUNCIÓN SISTÉMICA QUE REQUIERE, NO UNA DROGA, SINO UN RÉGIMEN PLANIFICADO DE DROGAS PARA REGULAR O MANTENER UNA FISIOLÓGIA CORPORAL PRÓXIMA A LO NORMAL O ADECUADA. ENTRE LAS DOLENCIAS QUE PLAGAN LA VIDA COTIDIANA DE LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS DE EDAD FIGURAN LA ARTRITIS, LA HIPERTENSIÓN, LA ARTERIOSCLEROSIS, LA ANGINA, EL EDEMA, EL ENFISEMA, EL GLAUCOMA, LAS CATARATAS, LA MENOPAUSIA, LA PROSTATITIS Y OTRAS.

CORTICOSTEROIDES, SALICILATOS, TIACIDAS, DIGITAL, HIPOTENSORES, ANTICOAGULANTES, TRANQUILIZADORES, INSULINA, ANTIBIÓTICOS, UNGUENTOS..., LA LISTA ES INACABABLE. LOS ANCIANOS APRENDEN A VIVIR CON MALESTARES, DOLORES Y PÍLDORAS.

ANTES DE EMPRENDER CUALQUIER TRATAMIENTO HAY QUE HACER UNA ANAMNESIS EN LA QUE SE DE UN ÉNFASIS ESPECIAL A LAS DROGAS PRESCRITAS, Y HASTA CONVENDRÁ CONSULTAR CON EL MÉDICO DEL PACIENTE.

ANTES DE ABANDONAR ESTE TEMA CORRESPONDE SEÑALAR DOS PUNTOS IMPORTANTES:

1. NO ES RARO QUE EL ANCIANO REACCIONE DE MANERA AMBIGUA FRENTE A LAS DROGAS (POR EJEMPLO, EXCITACIÓN POR BARBITÓRICOS O ESCOPOLEMINA), TENIENDO EN CUENTA ESTO, SE EVITARÁ EL DESCALABRO O EL PERJUICIO DE UNA SORPRESA.
2. LOS ANCIANOS SON LOS INCAUTOS PERFECTOS PARA LAS PANACEAS QUE SE VENDEN SIN RECETA, LO CUAL NO ES DIFÍCIL COMPRENDER. DESILUSIONADOS O DECEPCIONADOS POR LA FALTA DE EFICACIA O DE RESULTADOS INMEDIATOS CON LOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS, MUCHAS VECES EN SU DESESPERACIÓN, RECURREN A LAS POCIONES "MARAVILLOSAS" EN BUSCA DE ALIVIO. LA MAYORÍA DE ESTOS COMPUESTOS MILAGROSOS SON ORDINARIOS, MUCHOS SON FRAUDULENTOS Y ALGUNOS PUEDEN SER PELIGROSOS.

EN LA HISTORIA DEL PACIENTE GERIÁTRICO ES MUY IMPORTANTE INCLUIR UNA LISTA DE LOS REMEDIOS DE VENTA LIBRE, SUS FÓRMULAS QUÍMICAS Y LA FRECUENCIA CON LA CUAL EL PACIENTE LOS CONSUME. "PRECAVERSE ES ESTAR ARMADO" NO ES AFORISMO TONTO.

EMBARAZO.

EN LA EMBARAZADA ES IMPERIOSO EVITAR CUALQUIER MEDICACIÓN INNECESARIA O EXCESIVA. SE SABE QUE EL FETO NO METABOLIZA NI DESTOXIFICA DETERMINADAS DROGAS QUE, SIN EMBARGO, SON --- EFICACES Y NO ENTRAÑAN PELIGROS PARA LA MADRE. ESTO SUCEDE EN PARTICULAR A CAUSA DE LA - INMADUREZ DEL HÍGADO Y DE LAS FUNCIONES ENZIMÁTICAS FETALES. LA MAYORÍA DE LAS DROGAS -- ATRAVIESAN LA BARRERA PLACENTARIA, EN PARTICULAR LAS LOPOSOLUBLES (LA MAYORÍA DE LOS ANES - TÉSICOS, ENTRE ELLAS) DE ACUERDO CON SU COEFICIENTE DE PARTICIÓN O SU AFINIDAD POR EL TE- JIDO FETAL, O BIEN PUEDEN EJERCER UN EFECTO INDIRECTO INTERFIRIENDO EN LOS PROCESOS META- BÓLICOS EN LA MADRE. ESTO HACE QUE PASEN DE LA MADRE AL FETO O AL EMBRIÓN METABOLITOS -- QUE PUEDEN SER TÓXICOS. LA ORGANOGÉNESIS SOLO INFLUYE EN EL PRIMER TRIMESTRE DE LA GES- TACIÓN.

LAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS SE PRODUCEN MÁS FÁCILMENTE EN LAS ETAPAS DE LA DIFERENCIA-- CIÓN CELULAR INICIAL (10 A 15 DÍAS DESPUÉS DE LA CONCEPCIÓN). LA FOCOMELIA (TALIDOMIDA), LA NARCOADICCIÓN (HEROÍNA) Y LA DISCROMÍA DE LOS DIENTES (TETRACICLINAS) NO SON SI NO TRES ANOMALÍAS COMUNES Y DRAMÁTICAS DE LAS MUCHAS QUE SE CONOCEN O SE SABE QUE OCURREN. LA -- TERATOGENÉTICA, CIENCIA DE LOS DEFECTOS CONGÉNITOS INDUCIDOS POR LAS DROGAS, DEBE REGIR - EL PENSAMIENTO CUANDO SE PLANEA UN TRATAMIENTO EN LA MUJER EMBARAZADA. SOLO SE PUEDEN -- CONSIDERAR LOS AGENTES DE INOCUIDAD COMPROBADA Y TODAS LAS MEDICACIONES DEBEN DARSE EN --

LAS DOSIS MÍNIMAS NECESARIAS PARA REALIZAR UNA TERAPÉUTICA EFICAZ. EL 75% DE LOS ABORTOS ESPONTÁNEOS TIENEN LUGAR ANTES DE LAS 16 SEMANAS; EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO ES EL PERÍODO MÁS SEGURO PARA ADMINISTRAR ANESTÉSICOS Y REALIZAR INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

SIN EMBARGO, NO SE JUSTIFICA EL NIHILISMO TERAPÉUTICO POR TEMOR DE ATENTAR CONTRA LA VIDA DEL FETO MEDICANDO A LA MADRE. EN EFECTO, EN OCASIONES SUCEDE QUE, PRESCINDIENDO DE UNA DROGA EN LA EMBARAZADA, SOBREVENDRÍAN CONSECUENCIAS MUCHO MÁS GRAVES QUE TODOS LOS EFECTOS ADVERSOS QUE PODRÍAN SUFRIR LA MADRE O EL NIÑO. NO SE PUEDE PERMITIR QUE POR MIEDO A LOS EFECTOS ADVERSOS PARA EL HIJO SE PRIVE A LA MADRE DE MEDICAMENTOS QUE PODRÍAN SER --- ESENCIALES PARA SU BIENESTAR Y HASTA PARA EL BUEN TÉRMINO DEL EMBARAZO MISMO.

ANALGESICOS.

TODOS LOS ANALGÉSICOS NARCÓTICOS Y NO NARCÓTICOS ATRAVIESAN LA BARRERA PLACENTARIA. LOS NARCÓTICOS (EN PARTICULAR MORFINA Y HEROÍNA) PUEDEN CAUSAR ADICCIÓN IN UTERO, CON DEPRESIÓN RESPIRATORIA GRAVE, MIOSIS Y SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA EN EL NIÑO POR NACER. EN CAMBIO LA CODEÍNA ES INOCUA.

HIPNOTICOS.

AUNQUE LOS BARBITÓRICOS ALCANZAN EN EL FETO UN NIVEL DEL 70% EN COMPARACIÓN CON EL MATER-

NO, SI LA MADRE NO SUFRE NINGÚN TRASTORNO FISIOLÓGICO DURANTE LA ANESTESIA GENERAL O AL RECIBIR UNA SOBREDOSIS DE MEDICACIÓN ORAL, NO HAY PRUEBAS DE QUE ESTAS DROGAS INDUZCAN EL ABORTO O ACARREEN MALFORMACIONES CONGÉNITAS.

ANTIBIOTICOS.

LAS PENICILINAS SON INOCUAS EN TODOS LOS ASPECTOS, A MENOS QUE SURJAN PROBLEMAS ALÉRGICOS. LA ERITROMICINA TAMBIÉN ES INOFENSIVA, PERO LOS OTROS ANTIMICROBIANOS DE USO COMÚN SON NO CIVOS SIN ATENUANTES O SE DEBEN RESTRINGIR A CIERTOS PERÍODOS DEL EMBARAZO COMO LAS SULFAMIDAS, TETRACICLINAS, ESTREPTOMICINA, LINCOMICINA. EN CASO DE INFECCIÓN DENTAL SERIA O PERTINAZ SE CONSULTARÁ CON EL OBSTETRA.

ANTIISTAMINICOS.

SE COMPROBÓ QUE LA DIFENHIDRAMINA Y LA CLORFENIRAMINA SON INERTES EN EL FETO Y SE PUEDE PRESCRIBIR SIN PELIGRO. LA DIFENHIDRAMINA TAMBIÉN PUEDE SER UN ÚTIL ANTINAUSEOSO Y SOPORÍFERO SUÁVE, DOS ASPECTOS DEL EMBARAZO QUE MUCHAS VECES REQUIEREN CORRECCIÓN Y MEDICACIÓN.

ANTIACIDOS.

LAS SALES DE ALUMINIO DE LOS ANTIÁCIDOS NO ATRAVIESAN LA PLACENTA Y, POR LO TANTO, NO SU-

CITAN TOXICIDAD. EN LA MISMA CATEGORÍA ESTÁ EL KAOPECTATE.

TRANQUILIZANTES.

MUCHAS DROGAS DE ESTA CLASE SON PELIGROSAS Y OTRAS INSPIRAN RESERVAS. EL CLORDIAZEPÓXI--
DO (SE SUPONE QUE EL DIAZEPÁN POSEE UNA ACCIÓN SIMILAR) ATRAVIESA LA BARRERA PLACENTARIA
EN UN 100 POR CIENTO, Y AUNQUE NO SE COMPROBÓ QUE SEA TERATÓGENO, ESTA DROGA Y LAS RES--
TANTES DEL GRUPO DEBEN DARSE CON CAUTELA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE.

EL HIDRATO DE CLORAL Y LOS BARBITÓRICOS MEREcen PRIORIDAD SI SE DESEA O ES IMPERIOSO SE--
DAR A LA EMBARAZADA.

DROGAS EN LAS MUJERES EN LACTACION.

LAS DROGAS QUE SE ADMINISTRAN DURANTE LA LACTACIÓN SE COMPORTAN Y SE DISTRIBUYEN DE MANE--
RA SIMILAR QUE EN EL EMBARAZO, SALVO ALGUNAS EXCEPCIONES. LA MORFINA Y LA CODEÍNA NO SE
EXCRETAN CON LA LECHE, MIENTRAS QUE OTROS NARCÓTICOS APARECEN EN SUFICIENTE CONCENTRACIÓN
COMO PARA CEDAR AL LACTANTE.

EL ÁCIDO ACETILSALICÍLICO APARECE EN LA LECHE EN CANTIDADES MODERADAS. PARA EVITAR CUAL--
QUIER POSIBLE INTERACCIÓN, LA MADRE DEBE TOMAR EL COMPRIMIDO JUSTO ANTES DE DAR DE MAMAR.

EL BARBITAL NO SE EXCRETA, PERO DEL FENOBARBITAL SÓDICO APARECEN VESTIGIOS Y PUEDEN EXISTIR EN CONCENTRACIÓN SUFICIENTE COMO PARA CAUSAR INDUCCIÓN ENZIMÁTICA EN EL HÍGADO INMADURO DEL LACTANTE.

LA OXACILINA ES EL ÚNICO ANTIBIÓTICO COMÚN QUE NO SE EXCRETA CON LA LECHE, PERO LA PENICILINA, AUNQUE SEA EN CANTIDADES VESTIGIALES, PUEDE PROVOCAR REACCIONES DE SENSIBILIDAD EN UNA ÉPOCA ULTERIOR DE LA VIDA. LA ERITROMICINA ES RELATIVAMENTE INOCUA Y MUCHAS VECES CONSTITUYE LA DROGA DE ELECCIÓN EN LA MAYORÍA DE LAS INFECCIONES DENTALES.

EL DIAZEPÁN PUEDE CAUSAR UN EFECTO SEDANTE PERCEPTIBLE EN EL NIÑO Y, DE ESTA MANERA, DIFICULTAR SU ALIMENTACIÓN.

LOS ANESTÉSICOS LOCALES SUELEN SER INOCUOS.

EN GENERAL, TODAS LAS DROGAS QUE DEPRIMEN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL SON SOSPECHOSAS --- MIENTRAS NO SE DEMUESTRE SU INOCUIDAD, CON EXCEPCIÓN DEL ETANOL, CUYA INGESTIÓN, A MENOS QUE SEA GRANDE, NO ESTÁ CONTRAINDICADA. EN ESTA CATEGORÍA ENTRAN LOS ANALGÉSICOS, HIPNÓTICOS Y TRANQUILIZANTES, JUNTO CON LOS ANESTÉSICOS GENERALES. EXISTE UNA RELACIÓN DIRECTA ENTRE LA DOSIS Y EL EFECTO. LA REGLA PRIMORDIAL ES ADMINISTRAR LA DOSIS EFICAZ MÍNIMA EL MENOR TIEMPO POSIBLE.

**¡LA TERATOGENICIDAD ES Y DEBE SER UNA PALABRA TERRIBLE! LA PRINCIPAL CONSIDERACIÓN DEL -
QUE PRESCRIBE UN MEDICAMENTO O QUIMIOTERÁPICO ES EL BIENESTAR GENERAL DEL EMBRIÓN, FETO Y
NEONATO (JUNTO CON LA MADRE). ¡EN LA DUDA, ABSTENTE!**

ENFERMEDAD CRÓNICA.

**TODOS LOS FACTORES QUE ACABAMOS DE MENCIONAR SON IMPORTANTES Y RIGEN INELUDIBLEMENTE EN -
CUALQUIER TRATAMIENTO O PLAN TERAPÉUTICO PARA NUESTROS PACIENTES, PERO NINGUNO LO ES TAN-
TO COMO EN EL ESTADO DE ENFERMEDAD CRÓNICA. ES PROBABLE QUE ÉSTE SEA EL DESAFÍO CLÁSICO
A NUESTRO ARSENAL TERAPÉUTICO. ¿CÓMO ENFOCAR MEJOR AL PACIENTE DEBILITADO, CUYO BIENES-
TAR DEPENDE DE UN RÉGIMEN BALANCEADO DE DROGAS PARA MANTENER UN RAZONABLE NIVEL DE SALUD
Y APTITUDES? EL NÚMERO CRECIENTE DE PERSONAS CUYAS FUNCIONES Y BIENESTAR DEPENDEN DE ---
PROGRAMAS DELICADAMENTE EQUILIBRADOS DE QUIMIOTERÁPICOS, TIENEN DERECHO A ESPERAR QUE SU
PRECARIA EXISTENCIA NO SE VEA AMENAZADA POR LA ADMINISTRACIÓN IMPRUDENTE O IGNORANTE DE -
DROGAS QUE PERTURBEN ESTE EQUILIBRIO O QUE SEAN INCOMPATIBLES CON LOS MEDICAMENTOS QUE YA
ESTÁN UTILIZADOS.**

DEFINICIONES DE LAS DROGAS

LAS SIGUIENTES DEFINICIONES HABRÁN DE CONTRIBUIR A DISIPAR CIERTAS NOCIONES POCO CLARAS - EN RELACIÓN CON TODAS LAS DROGAS.

DEPENDENCIA PSICOLÓGICA (HABITUACION).

ALTERACIÓN DEL ESTADO PSÍQUICO O MENTAL EN QUE UNA DROGA Y SUS EFECTOS SOBRE LAS CONDICIONES QUE SE ASOCIAN CON SU USO ASUMEN INDEBIDA IMPORTANCIA (CONVIERTIÉNDOSE CASI EN NECESIDAD) PARA MANTENER UN BIENESTAR Y CONFORT ÓPTIMOS (TABACO, CAFÉ, DULCES, ETC).

DEPENDENCIA FÍSICA (NECESIDAD BIOLÓGICA).

ALTERACIÓN DEL ESTADO FISIOLÓGICO CREADA POR EL USO REITERADO, QUE OBLIGA A SEGUIR ADMINISTRANDO LA MISMA DROGA PARA EVITAR UN SÍNDROME ESTEREOTIPADO (ABSTINENCIA) DE ENFERMEDAD OBJETIVA (DE DÍAS A SEMANAS) (NARCÓTICOS, FENOTIACINAS, TRÍCICLICOS, ANFETAMINAS Y ALCOHOL).

ADICCIÓN.

MODALIDAD DE CONDUCTA EN QUE EL USO DE UNA DROGA ES COMPULSIVO Y SE CARACTERIZA POR UNA DEPENDENCIA FÍSICA Y FISIOLÓGICA TAN POTENTE QUE TODA LA VIDA DEL ADICTO GIRA EN TORNO DE LA OBTENCIÓN E INGESTIÓN DE LA DROGA, CON EXCLUSIÓN DE LAS ACTIVIDADES NORMALES DE LA VI-

DA, QUE QUEDAN RELEGADAS A UN NIVEL INFERIOR.

TOLERANCIA. (TAQUIFILAXIA)

RESPUESTA FISIOLÓGICA DISMINUIDA A DETERMINADA DOSIS DEL AGENTE EN CUESTIÓN, DE MODO QUE SE REQUIEREN DOSIS MÁS GRANDES, A VECES HASTA NIVELES TÓXICOS, PARA OBTENER EFECTOS QUE SE OBSERVAN CON LA DOSIS ORIGINAL O LA DOSIS MEDIA.

EL FENÓMENO DE REBOTE ES UN EFECTO EXAGERADO, NEGATIVO O INDESEABLE POR MAYOR TOLERANCIA COMO CONSECUENCIA DE DOSIS MÁS GRANDES Y REITERADAS, DE MODO QUE NO SOLAMENTE SON INEFICACES, SINO QUE TAMBIÉN TRAEN UN AUMENTO ABERRANTE DE LA SINTOMATOLOGÍA PARA LA CUAL SE HABÍA EMPRENDIDO EL TRATAMIENTO INICIAL.

DROGAS CARDIOVASCULARES

EL AUMENTO EN EL PROMEDIO DE VIDA DEL PACIENTE, IMPORTANTE OBJETIVO DEL ARTE DE CURAR, HA CREADO AL MISMO TIEMPO UNA MULTITUD DE PROBLEMAS QUE EXIJEN GRAN ATENCIÓN POR PARTE DEL PROFESIONAL. ESTOS PROBLEMAS ADQUIREN UNA TRASCENDENCIA CAPITAL EN LA TERAPÉUTICA DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES. HAY DROGAS QUE ESTIMULAN EL MIOCARDIO Y OTRAS QUE LO DEPRIMEN. LA HIPERTENSIÓN SE CONTROLA CON AGENTES HIPOTENSORES, LA HIPOTENSIÓN CON FÁRMACOS QUE ELEVAN LA PRESIÓN ARTERIAL. EXISTEN OTROS COMPUESTOS QUÍMICOS QUE INFLUYEN INDIRECTAMENTE SOBRE EL SISTEMA CARDIOVASCULAR, POR EJEMPLO LOS DIURÉTICOS, LOS NITRITOS Y LA ATROPINA. EL DENTISTA SE ENFRENTA DIARIAMENTE CON ESTOS PROBLEMAS PORQUE MUCHAS DE LAS DROGAS QUE EMPLEA EN LA PRÁCTICA DIARIA SON INCOMPATIBLES, INTERFIEREN O AUMENTAN LA TOXICIDAD DE LOS AGENTES QUE EL MÉDICO UTILIZA PARA TRATAR LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

LOS GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS SE ADMINISTRAN UNIVERSALMENTE PARA TRATAR LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA. DIGITALINA, DIGOXINA, DIGITOXINA, OVABAÍNA Y LANATÓSIDO C SON LOS NOMBRES GENÉRICOS PARA ESTE GRUPO DE DROGAS, TODAS LAS CUALES SE ENCUENTRAN EN ESTADO NATURAL Y NO HAN SIDO SINTETIZADAS TODAVÍA. LOS DETALLES ACERCA DE SUS ACCIONES NO ENTRAN DENTRO DE LOS OBJETIVOS DE ESTE TRABAJO; EN CAMBIO, MERECE NUESTRA CONSIDERACIÓN LA NECESIDAD DE ACTUAR CAUTELOSAMENTE CUANDO DECIDIMOS APLICAR CIERTAS DROGAS EN PACIENTES DIGI-

TALIZADOS.

LA DIGITAL ES, POR SUS CARACTERÍSTICAS, UNA DROGA ALTAMENTE TÓXICA QUE REQUIERE SUMO CUIDADO EN SU EMPLEO COMO ARMA TERAPÉUTICA. LA DOSIS ÚTIL Y LA DOSIS TÓXICA SE ENCUENTRAN, EN MUCHOS INDIVIDUOS, MUY PRÓXIMAS ENTRE SÍ. LA DEPLECIÓN DEL ION POTASIO SE OBSERVA CON CIERTA FRECUENCIA EN PACIENTES DIGITALIZADOS Y PUEDE PROVOCAR TAQUICARDIA AURICULAR PAROXÍSTICA Y BLOQUEO CARDÍACO. LOS DIABÉTICOS QUE RECIBEN INSULINA Y GLUCOSA TIENEN A MENUDO UN NIVEL DISMINUIDO DE POTASIO; POR TANTO, SON DIFÍCILES DE CONTROLAR O ESTABILIZAR.

LAS PERSONAS TIROIDECTOMIZADAS, BAJO TRATAMIENTO PERMANENTE CON TIROXINA, DEBEN ESTAR -- ALERTA ANTE POSIBLES COMPLICACIONES TÓXICAS.

EN ODONTOLOGÍA SE UTILIZAN FRECUENTEMENTE ALGUNAS DROGAS CAPACES DE AUMENTAR LA TOXICIDAD DE LA DIGITAL, COMO LA ATROPINA, LOS CORTICOIDES Y LOS AGENTES ADRENÉRGICOS. LA ATROPINA DEPRIME EL NERVIJO BAJO Y PUEDE PRODUCIR EPISODIOS INDESEABLES DE TAQUICARDIA. LOS CORTICOIDES EJERCEN A MENUDO EFECTOS DESFAVORABLES, DIFÍCILES DE PRECISAR PERO EVENTUALMENTE -- MOLESTOS Y A VECES PELIGROSOS EN PACIENTES DIGITALIZADOS. LAS DROGAS ADRENÉRGICAS, SOBRE TODO LA ADRENALINA Y LA EFEDRINA, SENSIBILIZAN AL MIOCARDIO Y AL SUMAR SUS ACCIONES CON -- LAS DE LA DIGITAL, PUEDEN DESENCADENAR ARRITMIAS O UNA FIBRILACIÓN VENTRICULAR. EL MISMO FENÓMENO PUEDE PRODUCIRSE POR DESCARGAS ENDÓGENAS DE ADRENALINA, COMO RESULTADO DIRECTO -- DE ESTÍMULOS DOLOROSOS O DE PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS QUE DETERMINAN UN TRAUMA PSÍQUI-

co.

A VECES, COMO OCURRE EN PACIENTES CON ARRITMIAS O TAQUICARDIAS CRÓNICAS, EL MÉDICO NECESITA DEPRIMIR EL TONO MIOCÁRDICO. LA QUINIDINA, LA PROCAINAMIDA Y EL CLORURO DE POTASIO -- SON LOS AGENTES DE ELECCIÓN EN TALES CIRCUNSTANCIAS. ÉSTAS DROGAS PROVOCAN POR SÍ MISMAS UNA SERIE DE MANIFESTACIONES TÓXICAS QUE CONCIERNEN PRIMORDIALMENTE AL MÉDICO, PERO QUE INTERESAN TAMBIÉN AL DENTISTA, QUIEN DEBE ACTUAR CON SUMA CAUTELA CUANDO DECIDA APLICAR DROGAS O PROCEDIMIENTOS DEPRESORES O HIPOTENSORES. DE MANERA SIMILAR, EXISTEN MUCHAS --- ARRITMIAS QUE EMPEORAN CON LOS ESTADOS DE ANSIEDAD; ÉSTOS, SI SON LO SUFICIENTEMENTE INTENSOS, PUEDEN ANULAR EL EFECTO TERAPÉUTICO DE LOS AGENTES ADMINISTRADOS.

EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS SE REALIZA A MENUDO SOBRE LA BASE DE ALCALOIDES DE LA RAUNOLFIA (RESERPINA), BARBITÚRICOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES Y, A MENUDO TRANQUILIZANTES.

EL ESTUDIO DE LOS BARBITÚRICOS, LOS TRANQUILIZANTES Y LOS DERIVADOS RESERPÍNICOS SE HARÁ MÁS ADELANTE. LOS BLOQUEADORES GANGLIONARES CONSTITUYEN, POR SU PARTE, FÁRMACOS PODEROSOS QUE SOLO SE UTILIZAN EN HIPERTENSOS GRAVES Y SIEMPRE CON CAUTELA A CAUSA DE SU EXTREMA POTENCIA Y TOXICIDAD. SE RECOMIENDA CONSULTAR CON EL MEDICO CUANDO SE DEBE ATENDER A PACIENTES QUE RECIBEN ESTAS DROGAS.

SUSTITUYENDO A LOS GANGLIOPLÉGICOS SIEMPRE QUE SEA POSIBLE, LA GUANETIDINA (ISMELIN) Y LA METILDOPA (ALDOMET) SON HIPOTENSORES MÁS DESEABLES POR SU MENOR TOXICIDAD, PORQUE PRODUCEN MENOS EFECTOS COLATERALES Y PORQUE LAS DOSIS SON MENOS LÁBILES. CON UN MECANISMO DE ACCIÓN SEMEJANTE AL DE LA RAUWOLFIA (PORQUE INTERFIEREN CON LAS CATECOLAMINAS NATURALES) PERO DISTINTO EN CUANTO AL ENFOQUE (ALMACENAMIENTO Y DESPLAZAMIENTO), A PESAR DE TODO TIENDEN A OCASIONAR HIPOTENSIÓN POSTURAL E INTERACCIONES CON OTROS DEPRESORES, AL EXTREMO DE QUE A LOS DESPREVENIDOS LES ESPERA UN CÚMULO DE INCONVENIENTES.

EL CLORHIDRATO DE CLONIDINA (CATAPRES) ES UN ANTIHIPERTENSIVO BASTANTE NUEVO, CON UN MECANISMO DE ACCIÓN DISTINTO DEL DE TODAS LAS OTRAS DROGAS DE ESTA CATEGORÍA; PORQUE EJERCE UNA ACCIÓN CENTRAL EN EL ENCÉFALO, DE MODO QUE REDUCE O SUPRIME EL TONO SIMPÁTICO. EN OTROS SENTIDOS (INTERACCIONES, ETC.) ES SIMILAR A LA METILDOPA.

EL PROPRANOLOL (INDERAL) BLOQUEA LOS RECEPTORES BETA ADRENÉRGICOS Y, COMO TAL, HALLA APLICACIÓN EN DIVERSAS CARDIOPATÍAS. TRAS HABERLO UTILIZADO AL PRINCIPIO PARA PREVENIR LA TAQUICARDIA AURICULAR PAROXÍSTICA Y OTRAS ARRITMIAS, EN LA ACTUALIDAD SE ADMINISTRA ESTE POTENTE AGENTE A ALGUNOS PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA, HIPERTROFICA, ANGINA DE PECHO E HIPERTENSIÓN. ADEMÁS DE LO DISCUTIBLE QUE ES ESTA FORMA DE TRATAMIENTO, TODOS LOS CLÍNICOS TIENEN LA OBLIGACIÓN DE CONOCER LOS PELIGROS QUE ENTRAÑA CUALQUIER TRATAMIENTO EN UNA

PERSONA QUE ESTÁ TOMANDO ESTA DROGA.

EL Inderal NO PERMITE QUE EL CORAZÓN RESPONDA A LA ESTIMULACIÓN SIMPÁTICA NI A LAS CATECOLAMINAS CIRCULANTES, Y PUEDE DESENCADENAR ATAQUES DE ASMA EN LOS SUSCEPTIBLES. TODO ESTO ATAE AL STRESS QUE ES PROPIO O SE GENERA EN EL DESEMPEÑO DE NUESTRA PROFESIÓN (TAREA DIARIA). SI EN LA ANAMNESIS APARECE EL Inderal, ESTO SIGNIFICA QUE EL PACIENTE ES DE RIESGO Y SE DEBE ADOPTAR UN ENFOQUE CONSERVADOR O CAUTELOSO PARA TRAZAR EL PLAN TERAPÉUTICO. LA DROGA DE ELECCIÓN PARA SUPERAR EL BLOQUEO BETA ADRENÉRGICO ES EL ISOPROTERENOL.

QUIZÁ CONVENGA CONSULTAR CON EL MÉDICO TRATANTE CUANDO SE PRESENTAN PACIENTES ODONTOLÓGICOS QUE TOMAN CUALQUIER "MEDICAMENTO PARA LA PRESIÓN SANGUÍNEA".

LA HIPOTENSIÓN CRÓNICA ES RARA VEZ UNA SITUACIÓN SERIA, EXCEPTO CUANDO SE ASOCIA CON UN ESTADO PATOLÓGICO DEFINIDO, COMO OCURRE CON EL MIXEDEMA O LA ENFERMEDAD DE ADDISON. UNA HIPOTENSIÓN AGUDA Y REPENTINA ES, POR SUPUESTO, UN ACCIDENTE PELIGROSO. HABITUALMENTE SE DEBE A LA RESPUESTA TÓXICA A UNA DROGA O A UN ESTÍMULO TRAUMÁTICO, Y DEBE SER TRATADA CON ANALÉPTICOS O VASOPRESORES. ENTRE ESTOS ÚLTIMOS CABE MENCIONAR LA ADRENALINA.

LA ELECCIÓN DEL MEJOR AGENTE PARA UN DETERMINADO PROBLEMA CIRCULATORIO RESULTA FÁCIL EN LOS LIBROS DE TEXTO, PERO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA ES UN ALBUR. CUANDO HAY QUE DECIDIR, RARAS VECES SE DISPONE DE LAS MEDICIONES CIRCULATORIAS Y DE TODO EL CONGLOMERADO DE DATOS

FISIOLÓGICOS Y FARMACOLÓGICOS REQUERIDOS PARA OBRAR CON EXACTITUD.

TODOS LOS ADRENÉRGICOS QUE SE EMPLEAN EN LA ACTUALIDAD COMPARTEN CINCO ACCIONES, PERO DIFIEREN CUANTITATIVAMENTE Y EN GRAN MEDIDA EN CUANTO A LOS ALCANCES DE CADA UNA DE ELLAS: EXCITACIÓN VASCULAR PARA LOS RECEPTORES ALFA, QUE CAUSAN CONSTRICCIÓN; INHIBICIÓN VASCULAR PARA LOS RECEPTORES BETA, QUE PRODUCEN DILATACIÓN; EXCITACIÓN CARDÍACA, EXCITACIÓN METABÓLICA Y EXCITACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. LA VARIACIÓN EN CUANTO A POTENCIA Y PROPENSIÓN PARA CADA UNA DE ESTAS CINCO ACCIONES REGIRÁ LA ELECCIÓN DEL AGENTE VASOPRESOR. ALGUNOS AGENTES ACTÚAN DE MANERA INDIRECTA LIBERANDO LOS DEPÓSITOS DE NORADRENALINA EN LOS VASOS Y EN LA PLACA TERMINAL; OTROS ACTÚAN DIRECTAMENTE SOBRE LOS RECEPTORES, Y ESTÁN LOS QUE TIENEN ACCIONES O MANIFESTACIONES INDIRECTAS Y DIRECTAS AL MISMO TIEMPO.

COMO LA COCAÍNA IMPIDE LA MOVILIZACIÓN DE LA NORADRENALINA A PARTIR DE LOS DEPÓSITOS VASCULARES Y ÓRGANOS EFECTORES, MIENTRAS QUE LA RESERPINA ACTÚA AGOTÁNDOLOS, NINGÚN AGENTE DE ACCIÓN INDIRECTA SERVIRÍA PARA RESTABLECER EL TONO O LA INTEGRIDAD VASCULAR.

EN TODA LA ESFERA DE LOS FARMACOTERAPÉUTICOS, NINGÚN ÁMBITO DE CONTROVERSA ES MÁS GRANDE QUE EL DE LOS VASOPRESORES. CADA CLÍNICO O AUTOR ADOTA INVARIABLEMENTE UNA DROGA FAVORITA, LE ASIGNA PODERES QUE OTROS NO PERCIBEN Y DEFIENDE CON DENUEDO A SU NIÑO MIMADO, --

AÚN EN DESMEDRO DE OTROS FÁRMACOS.

ESTOS AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS SON TODOS MUY POTENTES Y PUEDEN PRODUCIR EPISODIOS DE ANSIEDAD, DE EDEMA PULMONAR Y DE ARRITMIAS CARDÍACAS, INCLUYENDO LA TEMIDA FIBRILACIÓN. EL RIESGO DE TALES ACCIONES TÓXICAS ES MAYOR EN LOS PACIENTES QUE NECESITADOS DE UNA TERAPÉUTICA VASOPRESORA URGENTE, SE HALLABAN AFECTADOS PREVIAMENTE DE HIPERTIROIDISMO, ARTERIOSCLEROSIS O ALGUNA CARDIOPATÍA. SIEMPRE CONSULTAR CON EL MÉDICO CUANDO DE RESETAR ESTA -- DROGA SE TRATE.

DIURETICOS.

SON LOS AGENTES INDIRECTOS MÁS IMPORTANTES EN EL TRATAMIENTO DE LAS INSUFICIENCIAS DEL -- MIOCARDIO. ESTAS DROGAS ACRECIANTAN LA EXCRECIÓN DE ORINA Y PROMUEVEN LA ELIMINACIÓN DEL ION SODIO EN LOS RIÑONES, ALIVIANDO ASÍ EL EDEMA QUE ES PATOGNOMÓNICO DE LA INSUFICIEN-- CIA CARDÍACA CONGESTIVA. LOS PRIMITIVOS DIURÉTICOS POSEÍAN NUMEROSOS Y DIVERSOS EFECTOS -- TÓXICOS, PERO SOLO CONSIDERAREMOS AQUÍ A LAS TIACIDAS PORQUE LA CLOROTIACIDA (DIURIL) Y -- SUS CONGÉNERES, PRÁCTICAMENTE HAN SUSTITUIDO A TODOS LOS DEMÁS DIURÉTICOS.

ESTAS DROGAS SON POTENTES Y RELATIVAMENTE POCO TÓXICAS, SIN EMBARGO, EJERCEN UN EFECTO -- HIPOTENSOR QUE PUEDE POTENCIARSE CONSIDERABLEMENTE SI SE LAS COMBINA CON OTROS AGENTES. ESTE FACTOR DEBE TENERSE MUY EN CUENTA CUANDO SE PLANEA LA INYECCIÓN INTRAVENOSA DE BAR--

BITÓRICOS, SINÉRGICOS CON LA CLOROTIACIDA, PARA SEDAR O ANESTESIAR PACIENTES BAJO TRATAMIENTO DIURÉTICO.

NITRITOS Y NITRATOS.

ESTAS DROGAS TIENEN UN EFECTO TANTO DIRECTO COMO INDIRECTO SOBRE EL MIOCARDIO. LA NITROGLICERINA (TRINITRINA) EL NITRATO DE AMILO Y EL PERITRATE SON LAS DE USO MÁS COMÚN PARA ALIVIAR EL DOLOR EN PACIENTES CON ANGINA DE PECHO. LOS NITRITOS RELAJAN EL MÚSCULO LISO DE LAS PAREDES VASCULARES Y AUMENTAN EL FLUJO SANGUÍNEO EN EL MIOCARDIO HIPÓXICO. ESTE AUMENTO REPENTINO EN EL FLUJO DE SANGRE PERMITE UNA RÁPIDA OXIGENACIÓN DEL TEJIDO CARDÍACO, CON EL CONSIGUIENTE ALIVIO DEL DOLOR. COMO ESTAS DROGAS PUEDEN UTILIZARSE CON CIERTA FRECUENCIA EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO, ES NECESARIO RECORDAR LOS SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS DE INTOXICACIÓN, QUE SOLO APARECEN, HABITUALMENTE, CUANDO SE DAN DOSIS GRANDES O EXCESIVAS: DOLOR DE CABEZA PUNZANTE, RUBOR FACIAL, PALPITACIONES Y COLAPSOS CIRCULATORIOS. NO RECETAR SIN CONSULTAR AL MÉDICO.

DROGAS ANALGÉSICAS

EL ALIVIO DEL DOLOR ES UNO DE LOS GRANDES OBJETIVOS DEL ARTE DE CURAR. LAS DROGAS CUYA ACCIÓN, PREDOMINANTE ES CALMAR EL DOLOR SE LLAMAN ANALGÉSICOS, Y SE LAS PUEDE DIVIDIR EN TRES CATEGORÍAS: ADICTIVAS, NO ADICTIVAS Y ESPECULATIVAS.

LAS ANALGÉSICAS DEL PRIMER GRUPO SON NARCÓTICOS, NATURALES O SINTÉTICOS Y SU EMPLEO ESTÁ REGULADO POR ESTRUCTAS DISPOSICIONES LEGALES.

ADICTIVAS.

LOS ESTUDIOS FARMACOLÓGICOS HAN DEMOSTRADO QUE TODAS LAS DROGAS NARCÓTICAS SON BÁSICAMENTE SEMEJANTES; POR ESTA RAZÓN, Y A CAUSA DE SU GRAN POTENCIA, LA MORFINA SE UTILIZA TODAVÍA COMO MODELO PARA DESCRIBIR LOS FÁRMACOS DE ESTE GRUPO.

MORFINA.

LA MORFINA, PRINCIPAL ALCALOIDE DEL OPIO, TIENE MÚLTIPLES APLICACIONES POR SU PROPIEDAD DE CONTROLAR EL DOLOR, REDUCIR EL METABOLISMO, SUPRIMIR EL TEMOR Y LA ANSIEDAD Y ABOLIR EL REFLEJO TUSÍGENO. A PESAR DE SUS MUCHAS VIRTUDES, ES UNA DROGA PELIGROSA Y MUY TÓXICA QUE OBLIGA AL DENTISTA A CONOCER PERFECTAMENTE SUS CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS. SUS

EFFECTOS PRINCIPALES SE EJERCEN SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, EL APARATO RESPIRATORIO Y EL TUBO DIGESTIVO.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

PRODUCE UNA ANALGESIA PROFUNDA Y, EN GRANDES DOSIS, HACE DORMIR. EL EFECTO SE ACOMPAÑA DE EUFORIA, PLACIDEZ EMOCIONAL Y DISMINUCIÓN DE LOS TEMBLORES MUSCULARES. ESTAS PROPIEDADES SON LAS PRINCIPALES RESPONSABLES DE LA ADICCIÓN, QUE CONDUCE PROGRESIVAMENTE A LA TOXICIDAD POR SOBREDOSIS Y ALTERACIONES PELIGROSAS DEL FUNCIONAMIENTO CORPORAL.

RESPIRACION.

EJERCEN UN PODEROSO EFECTO DEPRESOR SOBRE EL CENTRO RESPIRATORIO BULBAR, POR LO CUAL REDUCE TANTO LA FRECUENCIA COMO EL VOLÚMEN RESPIRATORIOS. ESTA ACCIÓN, CAPAZ DE MANIFESTARSE INCLUSO CON DOSIS MUY PEQUEÑAS, PUEDE SER IMPORTANTE EN PACIENTES CON AFECCIONES RESPIRATORIAS DEL TIPO DEL ENFISEMA, LAS BRONQUIECTASIAS Y LA NEUMOCONTOSIS. EN PERSONAS ASMÁTICAS PUEDE PROVOCAR BRONCOCONSTRICCIÓN A VECES FATAL.

TUBO DIGESTIVO.

CONTRAE LOS ESFÍNTERES DEL TUBO DIGESTIVO, AUMENTA EL TONO MUSCULAR DEL INTESTINO (ESPASMO), PROVOCANDO CONSTIPACIÓN E IRRITA LOS QUIMIORRECEPTORES BULBARES, PRODUCIENDO NÁUSEAS Y VÓMITOS.

TAMBIÉN ELEVA LA PRESIÓN INTRACRANEAL Y ESTÁ CONTRAINDICADA EN PACIENTES CON TRAUMATISMOS CEFÁLICOS. LA INYECCIÓN DE MORFINA TIENE EFECTOS HIPERGLUCEMIANTES QUE PUEDEN SER PELIGROSOS EN DIABÉTICOS MAL COMPENSADOS.

PUESTO QUE LA DROGA SE METABOLIZA EN EL HÍGADO, SU ACCIÓN PUEDE PROLONGARSE EXCESIVAMENTE EN PACIENTES CIRRÓTICOS. SE LA DEBE UTILIZAR CON CUIDADO EN EL EMBARAZO PORQUE ATRAVIESA FÁCILMENTE LA BARRERA PLACENTARIA Y AFECTA INTENSAMENTE LA RESPIRACIÓN FETAL. EL HIPOTIROIDISMO, LA ENFERMEDAD DE ADDISON, LAS ANEMIAS Y LAS ENFERMEDADES DEBILITANTES SON OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS EN LOS CUALES LOS NARCÓTICOS PUEDEN SER TÓXICOS AÚN CON DOSIS CORRIENTES.

LA INTOXICACIÓN AGUDA POR MORFINA PRESENTE EL SIGUIENTE CUADRO QUE, CON ALGUNAS DIFERENCIAS, ES SIMILAR EN SUS MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS AL PRODUCIDO POR TODOS LOS NARCÓTICOS NATURALES O SINTÉTICOS: MEZCLA IRREGULAR DE EXCITACIÓN Y DEPRESIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, CON DEPRESIÓN SELECTIVA DEL CENTRO RESPIRATORIO; RESPIRACIÓN LENTA, SUPERFICIAL Y SUSPIRANTE, SEGUIDA DE INCONSCIENCIA, CIANOSIS Y CONTRACCIÓN DE LAS PUPILAS (PUPILA DE ARGYLL-ROBERTSON). A MEDIDA QUE LA DEPRESIÓN AVANZA, LA RESPIRACIÓN SE VUELVE LENTA Y ENTRECORTADA, LA POSTRACIÓN AUMENTA, SE PIERDEN LOS REFLEJOS Y SE PRODUCE RELAJACIÓN MUSCULAR. LA PIEL ESTÁ PÁLIDA, FRÍA Y HÚMEDA Y LAS PUPILAS SE DILATAN; TORNAN IRRE-

GULARES, RÁPIDOS Y DÉBILES Y LA PRESIÓN ARTERIAL CAE. PUEDE PRODUCIRSE CONVULSIONES POCO ANTES DE LA PARÁLISIS Y LA MUERTE.

HIDROMORFINONA (DILAUDID)

RESULTA DE LA OXIDACIÓN DE LA MORFINA Y TIENE TODAS LAS PROPIEDADES FAVORABLES Y DESFAVORABLES DE LA DROGA ORIGINAL, EXCEPTO QUE PUEDE USARSE COMO ANALGÉSICO EN DOSIS MUCHO MENORES (2 A 4 MG.) Y SU EFECTO ES CONSIDERABLEMENTE MENOR SOBRE EL TUBO DIGESTIVO.

CODEÍNA.

ALCALOIDE DEL OPIO QUE LOS DENTISTAS PRESCRIBEN CON FRECUENCIA; CONSTITUYE UN IMPORTANTE MEDICAMENTO PARA ALIVIAR EL DOLOR. DEPRIME LA RESPIRACIÓN MENOS QUE LA MORFINA PERO SU EFECTO ANTITUSÍGENO ES MAYOR; PRODUCE MENOS CONSTIPACIÓN AUNQUE MÁS NÁUSEA, Y SUS ACCIONES ESPASMÓDICAS SON MÍNIMAS O NULAS A NIVEL DEL TUBO DIGESTIVO.

EL PODER ANALGÉSICO DE LA CODEÍNA ES APROXIMADAMENTE 6 VECES MENOR QUE EL DE LA MORFINA; ADEMÁS SU POTENCIA SEDANTE NO AUMENTA CON EL INCREMENTO DE LA DOSIS. ESTE FACTOR, JUNTO CON LA FALTA DE EUFORIA, DISMINUYE LA POSIBILIDAD DE QUE EL PACIENTE SE HAGA ADICTO.

SU TOXICIDAD, MUY BAJA SI SE LE COMPARA CON LA DE LA MORFINA, LA CONVIERTE EN UNA DROGA MÁS SEGUIRA EN PACIENTES EMBARAZADAS O EN LACTACIÓN, O PARA DIABÉTICOS, CIRRÓTICOS Y ENFERMOS CON DOLENCIAS RESPIRATORIAS CRÓNICAS. NO OBSTANTE, LA CODEÍNA PRODUCE UN GRADO MAYOR

DE IRRITACIÓN CEREBRAL Y MEDULAR; POR ELLO, PUEDE HABER DELIRIO ANTES DE LA INSTALACIÓN DEL COMA, Y LUEGO CONVULSIONES.

PERCODAN.

AUNQUE EL PERCODAN ES EL ANALGÉSICO FAVORITO DE MUCHOS CLÍNICOS, DEBE TENERSE EN CUENTA QUE CONTIENE COMBINACIÓN DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO, FENACETINA, CAFEÍNA Y OXICODONA COMO CLORHIDRATO Y SALES DE TEREFTALATO, Y TODAVÍA NO SE AUTORIZÓ PARA PACIENTES EMBARAZADAS. LA OXICODONA ES UN DERIVADO DE LA TEBAÍNA, UNO DE LOS ALCALOIDES ORIGINALES DEL OPIO, Y QUÍMICAMENTE SE CONSIDERA DE ACCIÓN MÁS POTENTE Y PROLONGADA QUE LA CODEÍNA SIMPLE, A LA CUAL SE PARECE MUCHO. LA DOSIS VARÍA, PERO SE PRESCRIBE UN COMPRIMIDO (QUE CONTIENE UNOS 5 MG. DE OXICODONA, 225 MG. DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO, 160 MG. DE FENACETINA Y 32 MG. DE CAFEÍNA) CADA 4 A 6 HORAS, DOSIS QUE SE PUEDE DUPLICAR EN CASO NECESARIO.

MEPERIDINA (DEMEROL)

NARCÓTICO SINTÉTICO MUY POPULAR, MENOS TÓXICO Y MENOS POTENTE QUE LA MORFINA; EN DOSIS -- COMPARABLES, SU PODER ANALGÉSICO ES DE 8 A 10 VECES INFERIOR AL DE LA MORFINA.

A PESAR DE LOS INFORMES CONTRADICTORIOS, LA MAYOR PARTE DE LOS CLÍNICOS CONSIDERAN QUE -- DEPRIME LA RESPIRACIÓN EN GRADO SIMILAR A LA MORFINA; NO OBSTANTE SUS PROPIEDADES BRONCO-DILATADORAS LO HACEN MÁS SEGURO EN PACIENTES ASMÁTICOS. SU ACTIVIDAD GASTROINTESTINAL ES

PARECIDA, AUNQUE MENOS INTENSA QUE LA DE LA MORFINA. ACTÚA POCO SOBRE LA MOTILIDAD INTES-
TINAL Y, EN CONSECUENCIA, NO PRODUCE CONSTIPACIÓN.

EL DEMEROL PARECE HALLARSE MÁS INTIMAMENTE RELACIONADO CON LA ATROPINA QUE, CON LA MORFI-
NA, PORQUE ADEMÁS DE SU EFECTO ANALGÉSICO TIENE ACCIONES PARASIMPATICOLÍTICAS QUE SE MANI-
FIESTAN POR SEQUEDAD DE LA BOCA, RUBOR EN LA CARA Y EL CUELLO, Y DILATACIÓN BRONQUIAL.

NO MODIFICA EL DIÁMETRO DE LA PUPILA. LA DROGA SE METABOLIZA RÁPIDAMENTE Y EN FORMA CASI
COMPLETA A NIVEL DEL HÍGADO, POR TANTO SU EMPLEO EN PACIENTES CON HEPATOPATÍAS EXIGE CAU-
TELA Y OBSERVACIÓN CONTÍNUA.

ANILERIDINA (LERITINE)

DROGA SINTÉTICA EMPARENTADA CON LA MEPERIDINA, PERO AL PARECER MÁS POTENTE QUE ÉSTA.
POSEE EFECTOS TÓXICOS SIMILARES, DE MODO QUE AL ADMINISTRARLA SE DEBEN TOMAR LAS MISMAS -
PRECAUCIONES QUE EN EL CASO DE LA MEPERIDINA.

FENAZOCINA (PRINADOL)

DROGA SINTÉTICA QUE LLEGÓ A CONSIDERARSE MUY PROMISORIA POR SU POTENCIA, CUATRO VECES MA-
YOR QUE LA DE LA MORFINA; SIN EMBARGO, LUEGO SE COMPROBARON EFECTOS TÓXICOS SIMILARES.

PRODUCE MENOS NÁUSEAS, FACTOR QUE PUEDE TENER IMPORTANCIA EN CIERTOS PACIENTES.

ALFAPRODINA (NISENTIL)

ANALGÉSICO SINTÉTICO MÁS POTENTE QUE EL DEMEROL, QUE PRODUCE MENOS DEPRESIÓN RESPIRATORIA Y ACTÚA CON MÁS RAPIDEZ, GENERALMENTE DENTRO DE LOS 5 MINUTOS. SUS EFECTOS DURAN POCO, DE UNA A DOS HORAS, LO CUAL SE HA DE TENER EN CUENTA EN LOS PACIENTES AMBULATORIOS. CAUSA UNA EUFORIA MÍNIMA Y Poca SEDACIÓN, POR LO TANTO, EL INDIVIDUO SUELE PERMANECER ALERTA Y CONSCIENTE DE LO QUE PASA A SU ALREDEDOR. EL NISENTIL MANIFIESTA ESCASOS EFECTOS COLATERALES Y ES GENERALMENTE MENOS TÓXICO QUE EL DEMEROL.

FENTANIL (SUBLIMAZE)

OTRO ANALGÉSICO SINTÉTICO (PIPERIDÍNICO) DE BUENA POTENCIA, COMIENZO RÁPIDO (TRES A OCHO MINUTOS) Y BREVE DURACIÓN (MEDIA HORA A DOS HORAS, SEGÚN LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN) SE ASEMEJA MUCHO AL NISENTIL EN SU NATURALEZA Y ACCIONES BÁSICAS Y POR LO TANTO, OFRECE UNA VARIANTE.

SE LO PRECONIZA POR UNA ACCIÓN SECUNDARIA QUE TAMBIÉN ES IMPORTANTE: EL ALIVIO DEL DELIRIO EN LA EMERGENCIA POSANESTÉSICA. SI ESTA ACCIÓN ES CIERTA, RESULTARÍA MÁS IMPORTANTE QUE SU FUNCIÓN PRIMARIA. HAY EXCESO DE BUENOS ANALGÉSICOS NARCÓTICOS, Y HACEN --

FALTA BUENOS AGENTES QUE COMBATAN EL DELIRIO SIN DEPRESIÓN EXCESIVA.

METADONA (DOLOPHINE)

ANALGÉSICO SINTÉTICO DE POTENCIA MUY SIMILAR A LA MORFINA PARA ALIVIAR EL DOLOR, PERO - CON MENOS ACCIÓN EMÉTICA Y CONSTIPANTE. LA SEDACIÓN Y LA EUFORIA SON LEVES, LO CUAL LE QUITA VALOR COMO MEDICACIÓN PREANESTÉSICA. LA METADONA PROVOCA UNA DEPRESIÓN RESPIRATORIA COMPARABLE A LA DE LA MORFINA, PERO PRODUCE MENOS ADICCIÓN Y ES MENOS TÓXICA. TENIENDO EN CUENTA ESTOS FACTORES, ES HABITUAL QUE SOLO SE LE EMPLEE COMO ANALGÉSICO PARA TRATAR DOLORES INTENSOS.

LA METADONA ES ADICTIVA; ES DECIR, UN NARCÓTICO EN EL VERDADERO SENTIDO DE LA PALABRA, PERO REEMPLAZA EL AFÁN DE CONSUMIR HEROÍNA Y MORFINA Y PERMITE QUE EL USUARIO TRABAJE Y DESEMPEÑE NORMALMENTE. ADEMÁS ES BARATA, UNA DOSIS DIARIA BASTA PARA ALIVIAR EL SUFRIMIENTO DEL ADICTO Y ALTERA MUCHO MENOS LA FISIOLÓGIA NORMAL. AUNQUE CONTROVERTIDA POR AHORA, LA METADONA SE ADOPTA CADA VEZ MÁS COMO SUSTITUTO CONTROLADO DE LAS DROGAS MÁS PELIGROSAS Y ES EL ARMA MÁS MODERNA EN LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN PARA DROGADICTOS.

NO ADICTIVAS.

ESTE GRUPO ABARCA LAS DROGAS DE USO MÁS FRECUENTE POR LOS PROFESIONALES, Y EL PÚBLICO -

EN GENERAL. EL CONSUMO DE SALICILATOS ES TAN VASTO QUE LA CANTIDAD DEBE ESTIMARSE EN TONELADAS (6,500 TONELADAS ANUALES DE ASPIRINA SOLAMENTE). ÉSTE FENÓMENO SE EXPLICA FÁCILMENTE POR LAS PROPIEDADES QUE LOS CARACTERIZAN: EFECTIVIDAD, AMPLIO CAMPO DE ACCIÓN, FÁCIL DISPONIBILIDAD, BAJO COSTO Y ESCASA TOXICIDAD.

ADEMÁS DE SUS PROPIEDADES ANALGÉSICAS, MUCHAS DROGAS DE ESTE GRUPO SON TAMBIÉN ANTIPIRÉTICAS, ANTIINFLAMATORIAS, ANTIRREUMÁTICAS Y FAVORECEN LA URICOSURIA.

SALICILATOS.

SON COMPUESTOS VINCULADOS CON EL ÁCIDO SALICÍLICO E INCLUYEN EL ÁCIDO ACETILSALICÍLICO, - EL SALICILATO DE SODIO Y LA SALICILAMIDA.

EL MECANISMO DE ACCIÓN DE LOS SALICILATOS NO ESTÁ ACLARADO, EXCEPTO EN CUANTO AL EFECTO URICOSÚRICO. EN ESTE CASO PARTICULAR, LA EXCRECIÓN DE ÁCIDO ÚRICO AUMENTA PORQUE INHIBEN SU RESORCIÓN A NIVEL DE LOS TÚBULOS RENALES.

AUNQUE LOS SALICILATOS SON DROGAS MUY SEGURAS, PUEDEN PRODUCIR EFECTOS TÓXICOS GRAVES QUE INCLUYEN REACCIONES MORTALES.

SON ESPECIALMENTE PELIGROSOS EN LOS NIÑOS Y, SEGÚN ESTADÍSTICAS AL RESPECTO, CONSTITUYEN LA PRINCIPAL CAUSA DE INTOXICACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS Y EN EL 16% DE LOS CASOS EN MAYORES DE 15 AÑOS. TODOS LOS ANALGÉSICOS DEL ALQUITRÁN DE HULLA SON TÓXICOS PARA EL SNC Y EN GRANDES DOSIS CONTÍNUAS ORIGINAN "SALICILISMO", ESTADO QUE SE CARACTERIZA POR ACUFENOS, VÉRTIGO, INTENSA CEFALEA Y CONFUSIÓN MENTAL. NO DIAGNOSTICADO O NO TRATADO, EL SALICILISMO AVANZA HACIA UNA GRAVE INTOXICACIÓN SALICÍLICA QUE SE RECONOCE POR HIPERPNEA, IRRITACIÓN, Y HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO ÁCIDO-BASE Y HEMORRAGIAS PETEQUIALES. LA TENDENCIA HEMORRÁGICA SE DEBERÍA A QUE INTERFIERE EN LA FORMACIÓN DE PROTROMBINA Y TAMBIÉN A QUE ENTORPECE LA LIBERACIÓN DE ADP, QUE SIRVE DE "ADHESIVO" EN LA AGLOMERACIÓN DE PLAQUETAS PARA FORMAR PILAS DE MONEDAS.

HACE POCO SE ESTABLECIÓ QUE EL ÁCIDO ACETILSALICÍLICO ES UN FACTOR CASUAL EN LA ALTERACIÓN PERMANENTE DE LA ESTRUCTURA MOLECULAR DE LA ALBÚMINA Y EN LA ACETILACIÓN IN VITRO DE LA GAMMABLOBULINA, CIERTAS HORMONAS Y EL DNA. SI SE GENERALIZAN ESTOS EFECTOS, SERÍAN DESASTROSOS PARA LAS FUNCIONES ELEMENTALES DEL ORGANISMO.

FINALMENTE EN ALGUNOS INDIVIDUOS SE OBSERVAN VERDADEROS FENÓMENOS DE ALERGIA A LOS SALICILATOS, QUE SE MANIFIESTAN POR REACCIONES ANAFILÁCTICAS, DE TIPO URTICARIANO O ASMATIFORME, INCLUSO DESPUÉS DE TOMAR DOSIS PEQUEÑAS.

AUNQUE SON RAROS, SE HAN REGISTRADO ALGUNOS CASOS FATALES. EN UN INFORME RECIENTE, SE REVELÓ QUE CERCA DEL 20% DE LOS PACIENTES CON ASMA GRAVE INTERNADOS EN UN CONOCIDO ESTABLECIMIENTO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DE ESTADOS UNIDOS TENIAN INTOLERANCIA A LA ASPIRINA. NO HAY QUE SER INDIFERENTE CUANDO UN PACIENTE MANIFIESTA QUE ES ALÉRGICO A LA ASPIRINA, PORQUE SE MENCIONARON CASOS FATALES, AUNQUE RAROS.

DERIVADOS DE LA ANILINA.

LA ACETOFENETIDINA (FENACETINA) SE USA MÁS Y ES MENOS TÓXICA QUE LA ACETANILIDA, PERO ES PROBABLE QUE SEA REPLAZADA PRONTO POR EN N-ACETIL-PARAAMINOFENOL (ACETAMINOFENO), QUE -- OFRECE CIERTAS VENTAJAS, ESPECIALMENTE EN EL CAMPO PEDIÁTRICO. UNA CANTIDAD CADA VEZ MAYOR DE LABORATORIOS FARMACÉUTICOS ESTÁN RETIRANDO A LA FENACETINA DE SUS FÓRMULAS, Y PARA LA MAYORÍA DE LOS FARMACÓLOGOS LA DECISIÓN ES ACERTADA. SE PUBLICARON POCOS ESTUDIOS QUE SUGIERAN UN EFECTO ADITIVO O DE POTENCIACIÓN ENTRE LOS PREPARADOS DE APC, EN COMPARACIÓN CON EL ÁCIDO ACETILSALICÍLICO (ASPIRINA) PURA.

AUNQUE RARAS VECES HAY REACCIONES TÓXICAS SERIAS, EL USO PROLONGADO DE FENACETINA Y ACETANILIDA PUEDE PROVOCAR ANEMIAS HEMOLÍTICAS, ACIDOSIS Y FENÓMENOS DE METAHEMOGLOBINEMIA.

EL ACETAMINOFENO (PERCOGESIC T Y LENOL) PARECE CARECER DE ESOS EFECTOS TÓXICOS, Y ESTÁ --

DIFUNDIENDO SU EMPLEO COMO ANALGÉSICO EN EL TRATAMIENTO DE ADULTOS Y NIÑOS. ADEMÁS NO --
IRRITA LA MUCOSA GÁSTRICA.

LOS DERIVADOS DE LA ANILINA SON BUENOS ANALGÉSICOS Y ANTIPIRÉTICOS, PERO NO POSEEN ACCIÓN
URICOSÚRICA NI ANTIRREUMÁTICA Y TODAVÍA TIENEN QUE DEMOSTRAR SU SUPERIORIDAD SOBRE LOS SA-
LICILATOS, GENERALMENTE MENOS TÓXICOS.

EXCEDRIN.

SE TRATA DE UN NUEVO COMPUESTO AMPLIAMENTE PROMOVIDO POR SU "POTENCIA EXTRA" SOBRE EL ---
CUAL EN LA ACTUALIDAD SE DISPONE DE POCOS DATOS CONCRETOS SOBRE SU POTENCIA Y TOXICIDAD.
LA FÓRMULA ES INTERESANTE: 190 MG. DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO, 130 MG. DE SALICILAMIDA, --
90MG. DE ACETAMINOFENO Y 60 MG. DE CAFEÍNA. "SUPONIENDO QUE ATRIBUYAMOS AL ACETAMINOFENO
LA MISMA POTENCIA QUE LA ASPIRINA, DOS COMPRIMIDOS DE EXCEDRIN CONTENDRÍAN EL EQUIVALENTE
DE 500 MG. DE ASPIRINA (MENOS QUE LA CANTIDAD DE DOS TABLETAS USP)". CABE PRESUMIR, ----
ENTONCES, QUE LA "POTENCIA EXTRA" SE EXPLICA POR LOS 260 MG. DE SALICILAMIDA. ESTA PREMI-
SA ES DISCUTIBLE, EMPERO, PORQUE LA SALICILAMIDA, EN SEMEJANTES DOSIS SUBTERAPÉUTICAS, ES
PROBABLE QUE TENGA POCO O NINGÚN VALOR TERAPÉUTICO. ES PROBABLE QUE EL "ANALGÉSICO DE PO-
TENCIA EXTRA" SEA TAN EFICAZ COMO DOS TABLETAS DE ASPIRINA USP PERO POR CIERTO NO MÁS.

LOS TRABAJOS DISPONIBLES (SE ADMITE QUE SON ESPORÁDICOS Y POCO CONCLUYENTES) NOS OFRECEN POCOS MOTIVOS PARA CREER QUE EL EXCEDRIN PRODUZCA UN MAYOR EFECTO ANALGÉSICO SIN UN CORRESPONDIENTE INCREMENTO DE TOXICIDAD. HAY QUE SOSPECHAR DE LOS MEDICAMENTOS DE INGREDIENTES MÚLTIPLES MIENTRAS NO SE DEMUESTRE SU INOCUIDAD, PORQUE SI UN PRODUCTO DE ÉSTOS ORIGINA REACCIÓN ALÉRGICA, ¿CÓMO SABER CUÁL DE LAS DROGAS ES LA CAUSANTE?

EN LOS ÚLTIMOS TIEMPOS SE HA OBSERVADO UNA TENDENCIA CRECIENTE A PONER EN TELA DE JUICIO LA NECESIDAD O LA CONVENIENCIA DE AGREGAR ANILINAS A LOS SALICILATOS PARA FORMAR COMBINACIONES ANALGÉSICAS. RECIENTES ESTUDIOS CONFIRMAN LA OPINIÓN DE LOS CLÍNICOS QUE SOSTIENEN QUE LA ASPIRINA SOLA TIENE LA MISMA EFICACIA Y ES MENOS TÓXICA QUE CUALQUIER COMBINACIÓN NO NARCÓTICA DE LA CUAL FORME PARTE. MUCHOS INVESTIGADORES IMPORTANTES INSISTEN EN QUE APROXIMADAMENTE 600-1000 MG. DE ASPIRINA BASTAN PARA CONSEGUIR EL MÁXIMO EFECTO ANALGÉSICO QUE PUEDE OBTENERSE CON DROGAS NO NARCÓTICAS, Y QUE EL EMPLEO DE DOSIS MAYORES, O DE COMPUESTOS QUE PRODUCEN HÁBITO, ES RELATIVAMENTE INÚTIL PARA LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES.

LA PRESENCIA DE CAFEÍNA EN LA MAYORÍA DE LAS MEZCLAS COMERCIALES QUE MENCIONAMOS SE "JUSTIFICA" SOBRE LA BASE DE QUE LOS EFECTOS CEREBRALES DE LA CAFEÍNA PUEDEN ALIVIAR LAS TENSIONES QUE CONTRIBUYEN A CIERTAS CEFALAS. ADEMÁS PUEDE MEJORAR EL ESTADO DE ÁNIMO DE AL-

GUNAS PERSONAS.

INDOMETACINA (INDOCID).

PRECONIZADO PRINCIPALMENTE PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS GOTOSA, EL INDOCID POSEE PROPIEDADES ANTIINFLAMATORIAS, ANTIPIRÉTICAS Y ANALGÉSICAS. PRESCRITO TAMBIÉN PARA PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA, OSTEOARTRITIS Y ESPONDILITIS, HA TENIDO UN ÉXITO MODERADO.

AUNQUE ALGUNOS PROPUSIERON EL INDOCID PARA LOS PROBLEMAS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR SUS EFECTOS TÓXICOS -INTENSA CEFALEA, ÚLCERA PÉPTICA Y TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS- INDICAN - QUE DEBERÍA BUSCARSE UNA MEDICACIÓN MÁS INOCUA.

DERIVADOS DE LA PIRAZOLONA.

ESTE GRUPO INCLUYE LA AMINOPIRINA Y LA FENILBUTAZONA, QUE PRESENTAN PROPIEDADES ANALGÉSICAS, ANTIPIRÉTICAS Y ANTIINFLAMATORIAS, PERO QUE CARECEN DE VENTAJAS SIGNIFICATIVAS SOBRE OTROS ANALGÉSICOS MENOS TÓXICOS.

LA AMINOPIRINA (PIRAMIDÓN) ES UN FÁRMACO POCO VALIOSO QUE HA PROVOCADO CASOS DE AGRANULOCITOSIS EN BUEN NÚMERO DE PACIENTES PREDISPUUESTOS.

LA FENILBUTAZONA (BUTAZOLIDINA) DERIVADO DE LA PIRAZOLONA, SE USA EXTENSAMENTE EN EL TRA-

TAMIENTO DE LA ARTRITIS Y DE OTRAS ENFERMEDADES ARTICULARES. AUNQUE SU EFICACIA NO PUEDE PONERSE EN DUDA, ES DEMASIADO TÓXICA PARA LA TERAPÉUTICA GENERAL Y DEBE SER RESERVADA PARA LOS CASOS QUE NO RESPONDEN A OTRAS DROGAS. SUS MANIFESTACIONES DESFAVORABLES INCLUYEN --- ERUPCIONES CUTÁNEAS, IRRITACIÓN Y ULCERACIONES GASTROINTESTINALES, APLASIA DE LA MÉDULA -- ÓSEA, TENDENCIA HEMORRÁGICA E ICTERICIA.

AUNQUE LA FENILBUTAZONA NO TIENE APLICACIÓN EN ODONTOLOGÍA, EL PROFESIONAL DEBE ESTAR AL - TANTO DE SUS CARACTERÍSTICAS CUANDO HACE UNA PRESCRIPCIÓN A PACIENTES QUE ESTÁN TOMANDO -- ESTA DRUGA.

IBUPROFEN (MOTRIN)

ES UN NUEVO AGENTE ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDE, DERIVADO DEL ÁCIDO FENILCANÓICO. ESTE HA PRODUCIDO UNA FAMILIA DE DROGAS QUE, AUNQUE NO AUTORIZADAS TODAVÍA (CON EXCEPCIÓN DEL - IBUPROFÉN) SON POSIBLEMENTE EFICACES EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DEL COLÁGENO.

SOLO DEBE DARSE PARA TRATAR LA ARTRITIS REUMATOIDEA Y OTRAS ARTROPATÍAS EN PACIENTES QUE - NO RESPONDEN AL ÁCIDO ACETILSALICÍLICO, PRINCIPALMENTE PORQUE SUS PROPIEDADES ANALGÉSICAS Y ANTIPIRÉTICAS SE CONSIDERAN DÉBILES.

POR FORTUNA, HASTA AHORA SON RAROS LOS EFECTOS COLATERALES GRAVES, Y SI BIEN SE LIMITAN EN

SU MAYOR PARTE AL TRACTO GASTROINTESTINAL, OCURRE MENOS SANGRADO QUE CON EL ÁCIDO ACETILSALICÍLICO. A PESAR DE LAS DIFERENCIAS EN LAS FÓRMULAS QUÍMICAS, COMO EXISTE UN DETERMINANTE ANTIGÉNICO SIMILAR, NO ES PRUDENTE PRESCRIBIR ESTA DROGA EN PACIENTES ALÉRGICOS A LOS SALICILATOS (DOSIS 400 MG. 3 VECES POR DÍA).

EN ESTUDIOS COMPARATIVOS REALIZADOS EN LA UNIVERSIDAD DE GEORGETOWN (COOPER, NEEDLE Y ---- KRUGER, J. ORAL SURG. 35 NOV. DE 1977) SE LLEGÓ A LA ASOMBROSA CONCLUSIÓN DE QUE EL IBUPROFÉN NO SOLO ES MÁS POTENTE QUE EL ÁCIDO ACETILSALICÍLICO, SINO QUE SU EFICACIA ES MAYOR -- SIN QUE AUMENTEN PARALELAMENTE LOS EFECTOS ADVERSOS. SE SUGIRIERON ESTUDIOS ADICIONALES -- PARA CONFIRMAR ESTOS RESULTADOS.

PROPOXIFENO (DARVON)

DROGA SINTÉTICA, DERIVADA DE LA METADONA, QUE SE HA DIFUNDIDO NOTABLEMENTE EN LOS ÚLTIMOS AÑOS. SU POTENCIA COMO ANALGÉSICO SE PRESTA A CONJETURAS Y HA SIDO DEBATIDA POR LOS MÉDICOS. ES SIMILAR A LA CODEÍNA POR SU EFECTO ANALGÉSICO, PERO CARECE DE ACCIONES DEPRESORAS Y DE EFECTOS COLATERALES SOBRE EL APARATO RESPIRATORIO Y EL TRACTO GASTROINTESTINAL.

SI BIEN POSEE UN BAJO POTENCIAL ALERGÉNICO (ERUPCIONES CUTÁNEAS OCASIONALES), EL FABRICANTE ENUMERA LOS SIGUIENTES EFECTOS ADVERSOS: MAREOS, CEFALEA, SEDACIÓN, SOMNOLENCIA, EXCI--

TACIÓN PARADÓJICA E INSOMNIO Y PERTURBACIONES GASTROINTESTINALES (NÁUSEAS, VÓMITO, DOLOR - ABDOMINAL Y CONSTIPACIÓN). EL CUADRO CLÍNICO DE LA SOBREDOSIS ES SEMEJANTE AL DE LOS VERDADEROS NARCÓTICOS, MÁS EL PROBLEMA ADICIONAL DE LAS CONVULSIONES. PUEDEN HABER ABUSOS -- DE PROPOXIFENO. DÍA A DÍA SE REGISTRAN MÁS CASOS DE TOLERANCIA Y ADICCIÓN. LOS ADICTOS - DESCUBRIERON QUE LA PARTE DE DARVON QUE HABÍA EN LA CÁPSULA DE LA MEZCLA CONSISTÍA EN UNA PEQUEÑA PÍLDORA PURA; ABRIENDO VARIAS CÁPSULAS OBTENÍAN SUFICIENTE DARVON PURO COMO PARA - PREPARAR UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA DE "ALTA" POTENCIA. HACE POCO EL FABRICANTE CAMBIÓ ESTE ESTADO DE COSAS DISTRIBUYENDO UNIFORMEMENTE EL PROPOXIFENO EN TODO EL POLVO.

EN CASOS DE SOBREDOSIS O ENVENENAMIENTO ESTÁ INDICADO NALLINE O LORFAN. EVIDENTEMENTE EL APC (ACIDO ACETILSALICÍLICO, FENACETINA Y CITRATO DE CAFEÍNA) TIENEN UNA ACCIÓN SINÉRGICA CON EL PROPOXIFENO, PUES EL PRIMERO ES PARTE INTEGRANTE DEL DARVON COMPUESTO 65. TAMBIÉN SE COMERCIALIZA PROPOXIFENO CON ASPIRINA CON EL NOMBRE DE DARVON ASA.

ESPECULATIVAS.

EL FRUTO MÁS CODICIADO DEL HUERTO DE LAS DROGAS, QUE TODOS BUSCAN PERO QUE HASTA AHORA -- NADIE ENCUENTRA, ES UN ANALGÉSICO POTENTE QUE NO PRODUZCA HABITUACIÓN NI ADICCIÓN, Y QUE NO DEPRIMA LA RESPIRACIÓN NI OTRAS FUNCIONES VITALES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

EN ESTE ESCENARIO HAY CUATRO RECIÉN LLEGADOS Y VARIOS MÁS QUE PLANEAN EN EL AIRE, DOS --
LOS CUALES EN UN PRINCIPIO FUERON PROMISORIOS EN ESTE SENTIDO PERO A LOS QUE AHORA SE CON-
SIDERA ESPECULATIVOS. POR SU NOVEDAD Y PORQUE DOS DE ELLOS PARECEN PROMISORIOS, LOS CO---
MENTAREMOS EN DETALLE. DECIMOS QUE ESTAS DROGAS SON ESPECULATIVAS PORQUE, AUNQUE TRES SON
ANALGÉSICOS POTENTES Y NO SE COMPROBÓ QUE ENTRAÑEN RIESGO DE ADICCIÓN, CADA UNA TIENE PE--
CULIARIDADES QUE LIMITAN SU USO A DETERMINADAS SITUACIONES Y NO A TRATAMIENTOS GENERALES -
PARA EL PACIENTE COMÚN.

METOTRIMEPRACINA (LEVOPROME)

COMPUESTO FENOTIACÍNICO, EL LEVOPROME TAMBIÉN ES UN POTENTE ANALGÉSICO NO NARCÓTICO. MÁS
O MENOS CON LA MITAD DE LA POTENCIA DE LA MORFINA, PARECE CAUSAR MENOR DEPRESIÓN RESPIRA--
TORIA Y HALLA SU PRINCIPAL APLICACIÓN EN EL ALIVIO DEL DOLOR EN LOS ESTADOS AGUDOS Y CRÓ--
NICOS DE PACIENTES CONFINADOS EN EL LECHO, CON TRACCIÓN O DESPUÉS DE ALGUNA INTERVENCIÓN -
QUIRÚRGICA IMPORTANTE.

PRECAUCIONES. AL IGUAL QUE OTRAS DROGAS NUEVAS, SE LE DEBE ATRIBUIR POTENCIAL TERATÓGENO
MIENTRAS NO SE DEMIESTRE LO CONTRARIO Y, POR LO TANTO, HAY QUE RESTRINGIR SU EMPLEO EN MU-
JERES EMBARAZADAS. POR SUS ENÉRGICOS EFECTOS SEDANTES, DESPUÉS DE SU ADMINISTRACIÓN SE --
PROHIBE CONDUCIR AUTOMÓVILES O MANEJAR MÁQUINAS COMPLICADAS.

REACCIONES ADVERSAS. SON MUCHAS, Y A MENUDO GRAVES: DESORIENTACIÓN, DIFICULTAD VISUAL, -- CONGESTIÓN NASAL, SEQUEDAD DE LA BOCA, DISURIA E INTENSO DOLOR EN EL SITIO DE LA INYEC--- CIÓN, ADEMÁS DE LOS SÍNDROMES EXTRAPIRAMIDALES PROPIOS DE LAS FENOTIACINAS.

CONTRAINDICACIONES. LA PRONUNCIADA HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA, QUE PUEDE DURAR 12 A 16 HORAS DESPUÉS DE LA DOSIS INICIAL, JUNTO CON LA NECESIDAD DE APLICAR UNA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR PROFUNDA Y DOLOROSA (NO HAY FORMA ORAL Y LA INSTILACIÓN SUBCUTÁNEA PRODUCE IRRITACIÓN), -- DESCARTA PRÁCTICAMENTE A ESTA DROGA EN ODONTOLOGÍA.

LA ÚNICA APLICACIÓN POSIBLE DEL LEVOPROME SERÍA EL DOLOR POSOPERATORIO EN UN CASO DE CIRU- GÍA BUCAL MAYOR, EN QUE EL PACIENTE QUEDA CONFINADO EN CAMA O ES ALÉRGICO A OTROS ANALGÉS- COS POTENTES.

DOSIS. LA DOSIS USUAL ES DE 20 MG., POR VÍA INTRAMUSCULAR, QUE SE REPITE CADA 4 A 6 HO--- RAS.

CARBAMAZEPINA (TEGRETOL)

OTRA DROGA DE TIPO FENOTIACÍNICO CON ACCIÓN POTENTE Y ESPECÍFICA SOBRE EL DOLOR, EL TEGRE- TOL, RESULTA MUY PELIGROSA Y NO SE LE DEBE PRESCRIBIR COMO ANALGÉSICO DE RUTINA.

COMPUESTO TRICÍCLICO ROTULADO AL PRINCIPIO COMO ANTICONVULSIVO (ASÍ COMO EL PONSIL SE CLASIFICÓ COMO ANTIINFLAMATORIO) EL TEGRETOL NO TARDÓ EN PONER DE MANIFIESTO SU CAPACIDAD PARA BARRER EL INSOPORTABLE DOLOR DEL TIC DOLOROSO (NEURALGIA DEL TRIGÉMINO). COMO NINGUNA OTRA DROGA HABÍA SIDO CAPAZ DE APROXIMARSE A ESTE OBJETIVO, Y MUCHO MENOS LOGRARLO, PERMITIENDO QUE, A PESAR DE TODO, EL PACIENTE DEAMBULASE Y CONSERVASE SUS SENTIDOS, SE PROCLAMÓ A LOS CUATRO VIENTOS A ESTE COMPUESTO COMO "LA SOLUCIÓN". DESPUÉS SE PRODUJO UN DILUVIO DE COMUNICACIONES SOBRE EFECTOS COLATERALES Y LAS SOBRIAS REFLEXIONES QUE INVARIABLEMENTE SIGUEN LAS HUELLAS DE CUALQUIER DROGA "MILAGROSA".

ANTES DE EMPRENDER EL TRATAMIENTO CON ESTA DROGA HAY QUE HACER UN RECUENTO SANGUÍNEO Y PLACUETARIO Y REPETIRLO UNA VEZ POR SEMANA DURANTE EL PRIMER MES, CADA DOS SEMANAS EL SEGUNDO Y TERCER MES, Y A INTERVALOS DE UN MES MIENTRAS SE SIGA ADMINISTRANDO LA DROGA. CUALQUIER DESVIACIÓN DE LO NORMAL OBLIGA A SUSPENDER LA DROGA INMEDIATAMENTE.

EL TEGRETOL TIENE UNA NOTABLE EFICACIA Y EL ALIVIO INICIAL SE MANIFIESTA EN 24 A 38 HORAS. EN CERCA DEL 68% DE LOS PACIENTES CON SINTOMATOLOGÍA INTENSA, EL DOLOR VIRTUALMENTE DESAPARECE, AUNQUE PARA LOGRAR ESTO SE REQUIEREN DE 10 A 14 DÍAS. EN ALGUNOS CASOS SE HICIERON TRATAMIENTOS DE MÁS DE DOS AÑOS HASTA OBTENER LA REMOSIÓN DE LOS SÍNTOMAS. SIN EMBARGO, SIEMPRE HAY QUE TRATAR DE REDUCIR LA DOSIS AL MÍNIMO NECESARIO, POR MUCHO TIEMPO QUE SE REQUIERA O SE DESEE HACER EL TRATAMIENTO.

LOS DATOS RECOGIDOS SUGIEREN QUE SU MECANISMO DE ACCIÓN CONSISTE EN INHIBIR LA TRANSMISIÓN SINÁPTICA EN EL NÚCLEO DEL TRIGÉMINO.

PRECAUCIONES.

PARA VALORAR EL BIENESTAR DEL PACIENTE, EN PARTICULAR EN LOS CASOS DE CARDIOPATÍA, PATOLOGÍA, O DISFUNCIÓN HEPÁTICA Y PSICOSIS FRONTERIZA, SIEMPRE HAY QUE BASARSE EN LA RELACIÓN ENTRE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS. EN LOS TRATAMIENTOS PROLONGADOS ES ESCENCIAL VERIFICAR LA FUNCIÓN HEPÁTICA MEDIANTE LAS PRUEBAS QUE CORRESPONDAN.

REACCIONES ADVERSAS.

LOS EFECTOS COLATERALES LEVES SON NÁUSEAS, MAREOS Y SOÑOLENCIA, QUE TIENEN UN CARÁCTER -- TRANSITORIO Y DESAPARECEN FÁCILMENTE AL SUSPENDER EL TRATAMIENTO. SIN EMBARGO, HAY QUE - ADVERTIR A LOS PACIENTES ACERCA DE LOS PRIMEROS SIGNOS DE TOXICIDAD HEMATOLÓGICA: FIEBRE, IRRITACIÓN DE LA GARGANTA, ÚLCERAS BUCALES Y HEMORRAGIAS PETEQUIALES O PURPÚRICAS EN LA - MUCOSA O EN LA PIEL. ESTOS SÍNTOMAS PREMONITORIOS ADVIERTEN SOBRE LA INMINENCIA DE AGRANULOSITOSIS, TROMBOCITOPENIA Y LEUCOPENIA. LA CONTINUA AGRAVACIÓN DE LA MÉDULA ÓSEA PUEDE DESEMBARCAR EN UNA ANEMIA APLÁSTICA DE CONSECUENCIAS FATALES.

LA MULTIPLICIDAD DE LOS EFECTOS COLATERALES Y SUS EXTENSAS RAMIFICACIONES REQUIEREN CONSTANTE VIGILANCIA Y PERCEPCIÓN DE PARTE DEL FACULTATIVO TRATANTE, Y CONCIENCIA Y DISCIPLINA

DE PARTE DEL PACIENTE.

DOSIS.

CIENT MILIGRAMOS DOS VECES POR DÍA AL PRINCIPIO, AUMENTANDO HASTA 400 A 800 MG. DIARIOS, - EN DOSIS FRACCIONADAS, SI FUESE NECESARIO. COMO DIJIMOS, LA DOSIS SE DEBE REDUCIR A UN - MÍNIMO O SE DEBE SUSPENDER LA DROGA EN CUANTO SE PUEDA; ADEMÁS, PARA SEGURIDAD DEL PACIEN - TE, HAY QUE EJERCER UNA ESTRECHA VIGILANCIA (EXÁMENES VISUALES Y DE LABORATORIO).

ACIDO MEFENAMICO (PONSTIL)

ES UN COMPUESTO D'ASTANTE SENCILLO, PERO SINGULAR PORQUE DIFIERE DE TODOS LOS DEMÁS AGEN-- TES DESTINADOS A CALMAR EL DOLOR. SEGÚN EL FABRICANTE, EN ENSAYOS CLÍNICOS SE COMPROBÓ - QUE EL PONSTIL ALIVIA EL DOLOR DE LA BURSITIS, CEFALEA, ESGUINCES, Y PROBLEMAS DENTALES Y CIRUGÍA DENTAL.

AL PRINCIPIO SE INTRODUJO AL PONSTIL COMO AGENTE ANTIINFLAMATORIO, PERO EN LA ACTUALIDAD SE LO PROMUEVE COMO ANALGÉSICO. LA MAYOR PARTE DE LA EXPERIENCIA Y DATOS DISPONIBLES --- PROVIENEN DE LA DISTRIBUCIÓN DE ESTA DROGA EN EL REINO UNIDO. SE CALCULA QUE SE PRESCRI- BIERON ALLÍ ALREDEDOR DE 25 MILLONES DE CÁPSULAS.

PRECAUCIONES.

DEBE ADMINISTRARSE CON PRUDENCIA EN LOS PACIENTES CON FUNCIÓN RENAL ANORMAL O CON TRASTORNOS INFLAMATORIOS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL. SI APARECE ERUPCIÓN CUTÁNEA, SE DEBE SUSPENDER LA DROGA CUANTO ANTES. SE REGISTRARON EXACERBACIONES AGUDAS EN ASMÁTICOS DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN DE PONSIL. Es IMPRESCINDIBLE OBRAR CON CAUTELA Y PRUDENCIA.

REACCIONES ADVERSAS.

EN ESTUDIOS CLÍNICOS CONTROLADOS REALIZADOS CON DOSIS ANALGÉSICAS DE PONSIL DE HASTA 150 MG. DIARIOS, LOS EFECTOS COLATERALES FUERON RELATIVAMENTE LEVES E INFRECUENTES.

LAS QUEJAS GUARDAN RELACIÓN CON LA DOSIS, PUES SON MÁS FRECUENTES CON DOSIS MAYORES. EN 3.205 OBSERVACIONES REALIZADAS CON 1.985 PACIENTES EN PERÍODOS DE 1 A 238 DÍAS, LAS REACCIONES COLATERALES QUE SE OBSERVARON CON MAYOR FRECUENCIA FUERON (POR ORDEN DECRECIENTE) SÓNOLENCIA, NÁUSEAS, MAREOS, NERVIOSIDAD, CEFALEA Y MALESTARES GASTROINTESTINALES. LOS EFECTOS COLATERALES SOBRE EL TRACTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR SE REDUCEN MUCHO INGIRIENDO LA MEDICACIÓN DURANTE LAS COMIDAS.

COMO SUCEDE CON LA ADMINISTRACIÓN DE CUALQUIER DROGA NUEVA, SE RECOMIENDA EFECTUAR ESTUDIOS HEMATOPOYÉTICOS Y DE LAS FUNCIONES RENALES Y HEPÁTICAS CUANDO SE PREVÉN TRATAMIENTOS PROLONGADOS.

CONTRAINDICACIONES.

AL IGUAL QUE OTROS AGENTES ANTIINFLAMATORIOS, EL PONSIL NO ESTÁ INDICADO EN PACIENTES -
● CON ULCERACIONES INTESTINALES. SIN EMBARGO, EN COMPARACIONES "DOBLE CIEGO" CON LA ASPI-
RINA, EL PONSIL SERÍA MENOS PROPENSO A CAUSAR HEMORRAGIAS GASTROINTESTINALES. EN LA --
ACTUALIDAD, ESTÁ CONTRAINDICADO EN MUJERES EMBARAZADAS Y EN LAS QUE TIENEN LA POSIBILI--
DAD DE QUEDAR EMBARAZADAS. NO SE DEBE DAR ESTA DROGA A NIÑOS MENORES DE 14 AÑOS PORQUE
TODAVÍA NO SE ESTABLECEN LA DOSIS PARA PEDIATRÍA.

ADVERTENCIA.

SI APARECE DIARREA SE DEBE SUSPENDER EL PONSIL INMEDIATAMENTE. EL PACIENTE QUE PADECE
ESTE EFECTO COLATERAL POR LO GENERAL YA NO TOLERA MÁS LA DROGA.

DOSIS

EL RÉGIMEN POSOLÓGICO ORAL RECOMENDADO PARA EL ADULTO ES DE UNA DOSIS INICIAL DE 500 MG.
SEGUIDA DE 250 MG. CADA 6 HORAS, SEGÚN NECESIDAD. EL PONSIL ESTÁ INDICADO PARA TRATA--
MIENTOS BREVES, QUE NO EXCEDAN DE UNA SEMANA. EL MÁRGEN DE SEGURIDAD DESCIENDE CON RA--
PIDEZ PARA DOSIS MAYORES Y PARA ADMINISTRACIONES MÁS PROLONGADAS.

LOS ESTUDIOS CLÍNICOS ORIGINALES SOBRE SU EFICACIA FUERON MORIGERADOS POR PRUEBAS REALI--
ZADAS POSTERIORMENTE POR LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y DROGAS.

ESTOS ESTUDIOS "DOBLE CIEGO" COLOCAN A LA DROGA EN EL MISMO ESPECTRO QUE EL ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO O QUIZÁS UN POCO MEJOR.

PENTAZOCINA (TALWIN, SOSEGÓN).

LOS PROFESIONALES DEL ARTE DE CURAR EN SU MAYORÍA ACEPTAN A REGAÑADIENTES UNA DROGA NUEVA, EN PARTICULAR SI SE LA BUSCABA DESDE MUCHO TIEMPO O SI SE LA NECESITABA CON DESESPERACIÓN.

ESTE RETICENCIA ES ORIGINADA, EN PARTE, POR LAS DECEPCIONES SUFRIDAS CON PANACEAS SIMILARES Y, EN PARTE, POR LA CONCIENCIA DE LA RESPONSABILIDAD QUE REPRESENTA TRATAR A NUESTROS PACIENTES CON MEDICAMENTOS POCO CONOCIDOS Y POTENTES. ÉSTA ACTITUD, EN APARIENCIA REFRACTARIA, A LA LARGA SUELE REDUNDAR EN BENEFICIO DEL PACIENTE.

A PESAR DE LAS DUDAS DE ALGUNOS Y DE LA RETICENCIA DE OTROS, EL SOSEGÓN ES EL PRIMER ANALGÉSICO NO NARCÓTICO Y NO FENOTIACÍNICO REALMENTE POTENTE, Y RELATIVAMENTE INOCUO PARA LOS PACIENTES AMBULATORIOS (NO PRODUCE UNA HIPOTENSIÓN POSTURAL IMPORTANTE) Y EN TRATAMIENTOS PROLONGADOS (NO APARECE TOLERANCIA A LA DROGA). SE LO EMPLEÓ EN ALGUNOS CASOS DURANTE MÁS DE 300 DÍAS CONSECUTIVOS Y SE LO SUSPENDIÓ DE PRONTO, SIN SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA NI MALESTARES DE NINGÚN OTRO TIPO.

OTRAS VENTAJAS DE LA PENTAZOCINA SON:

- . TIENE UNA AMPLIA GAMA DE APLICACIONES EN EL DOLOR LEVE, MODERADO O INTENSO DE CASI -- CUALQUIER ORIGEN.
- . NO ES TAQUIFILÁCTICO.
- . HAY BUENA TOLERANCIA SISTÉMICA Y LOCAL.
- . ES DE ACCIÓN RÁPIDA Y DE EFECTO PROLONGADO.
- . SE CONSERVA BIEN EN LOS ESTANTES Y ESTÁ LIBRE DE LOS CONTROLES PARA NARCÓTICOS.

LA ÚNICA DESVENTAJA IMPORTANTE DE LA PENTAZOCINA ESTÁ EN SU PAPEL SECUNDARIO COMO DÉBIL ANTAGONISTA DE LOS NARCÓTICOS. POR ESA RAZÓN EL NALLINE Y EL LORFAN NO EJERCEN EFECTOS PARA COMBATIR LAS SOBREDOSIS Y LA DEPRESIÓN RESPIRATORIA. SI OCURRE ESTO ÚLTIMO, HAY -- QUE RECURRIR A LA ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO Y RITALIN (METILFENIDATO), ESTIMULANTE DEL - SISTEMA NERVIOSO CENTRAL QUE NO ES TAN EFECTIVO COMO ANTAGONISTA. PARA ELLO LA DROGA DE ELECCIÓN ES EL NARCAN.

PRECAUCIONES.

AUNQUE EN EXTENSOS ESTUDIOS CON ANIMALES NO SE OBSERVARON EFECTOS TERATÓGENOS NI EMBRIO-- TÓXICOS, Y A PESAR DE QUE NO SE COMUNICARON CASOS DE ESTE TIPO EN SERES HUMANOS, EL SO-- SEGÓN, COMO TODAS LAS DROGAS NUEVAS, DEBE ADMINISTRARSE CON PRUDENCIA A LAS MUJERES EMB-- RAZADAS HASTA QUE SE DISPONGA DE MÁS DATOS AL RESPECTO.

COMO LOS MAREOS, LA SEDACIÓN Y LA EUFORIA NO SON INFRECUENTES CUALQUIERA SEA LA DOSIS, HAY QUE ADVERTIR A LOS PACIENTES AMBULATORIOS QUE NO DEBEN MANEJAR MAQUINARIAS, CONDUCIR AUTOMÓVILES NI EXPONERSE INNECESARIAMENTE A SITUACIONES PELIGROSAS. ESTA PRECAUCIÓN RIGE EN ESPECIAL PARA EL PACIENTE ODONTOLÓGICO QUE LLEGA AL CONSULTORIO SOLO, QUIZÁS CONDUciendo SU AUTOMÓVIL Y QUE SE PROPONE REGRESAR AL TRABAJO DESPUÉS DE HABER SIDO ATENDIDO.

LOS ESTADOS QUE ATENTAN CONTRA LA CAPACIDAD RESPIRATORIA, CUALQUIERA SEA LA CAUSA, SUELEN EXCLUIR O REDUCIR A UN MÍNIMO LA POSIBILIDAD DE USAR EL SOSEGÓN. EL ASMA, LA NEUMONIOSIS, LAS INFECCIONES PULMONARES, LAS OBSTRUCCIONES BRONQUIALES Y LOS TRATAMIENTOS REGULARES CON OTRAS DROGAS DEPRESORAS, ASÍ COMO LAS CARDIOPATÍAS, PUEDEN DIFICULTAR EL INTERCAMBIO GASEOSO NORMAL O ADECUADO EN LOS PULMONES.

COMO LA MAYORÍA DE LAS DROGAS SE DESINTOXICAN Y SE ELIMINAN POR LAS VÍAS HEPÁTICA Y RENAL, EN ESE ORDEN, EL SOSEGÓN SE DEBE USAR CON PRUDENCIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA HEPÁTICA O RENAL.

EL ODONTÓLOGO NO DEBE ADMINISTRAR PENTAZOCINA A LOS NARCÓMANOS NI A PACIENTES QUE ESTÁN "CON" MORFINA EN EL MOMENTO DEL TRATAMIENTO, PORQUE PUEDEN SOBREVENIR SÍNTOMAS DE ABSTI-

NENCIA, CON LOS RIESGOS CONSIGUIENTES.

EXISTEN ALGUNAS PRECAUCIONES MÁS QUE ENTRAN EN LOS DOMINIOS DEL MÉDICO Y QUE NO HACE FALTA MENCIONAR AQUÍ.

FACTORES ADVERSOS.

EL EFECTO ADVERSO MÁS FRECUENTE ES EL DE LAS NÁUSEAS; EL MÁS GRAVE, LA DEPRESIÓN RESPIRATORIA, AUNQUE NO SE LLEGA A LA APNEA NI SIQUIERA CON GRANDES DOSIS.

CONTRAINDICACIONES.

AL IGUAL QUE OTROS ANALGÉSICOS POTENTES, NO SE DEBE EMPLEAR EN PACIENTES CON TRAUMATISMOS, DE CRÁNEO, HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA O PATOLOGÍA CEREBRAL, SIN LA AUTORIZACIÓN DEL NEUROCIRUJANO. LA DROGA PUEDE ENMASCARAR SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y DIFICULTAR EL DIAGNÓSTICO O DESORIENTARLO.

DOSIS.

LA DOSIS PARENTERAL ES EN PROMEDIO DE 30 MG. SEA POR VÍA INTRAVENOSA, INTRAMUSCULAR O SUBCUTÁNEA, Y SE PUEDE REPETIR CADA TRES O CUATRO HORAS. ALGUNOS PACIENTES NECESITAN HASTA 60 MG. COMO DOSIS ÚNICA PARA OBTENER ALIVIO, PERO EN ESTE NIVEL PUEDE OCURRIR Y --

HAN OCURRIDO REACCIONES PSICOTICOMIMÉTICAS. LA DOSIS ORAL SUELE SER 50 MG. NO SE RECOMIENDA EL TALWIN EN NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS PORQUE NO SE CUENTA CON SUFICIENTES DATOS PEDIÁTRICOS.

DROGAS HIPNOTICAS

LOS HIPNÓTICOS COMPRENDEN MUCHAS DROGAS CAPACES DE PRODUCIR UN CUADRO DE DEPRESIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL PARECIDO AL SUEÑO NATURAL. EN DOSIS MÁS PEQUEÑAS Y FRACCIONADAS INDUCEN UN ESTADO DE SOMNOLENCIA, RAZÓN POR LA CUAL SE LOS CLASIFICA COMO SEDANTES. LA DIFERENCIA PRÁCTICA ENTRE UNA DROGA HIPNÓTICA Y OTRA ANESTÉSICA ES EL GRADO DE DEPRESIÓN A NIVEL DEL SNC (EN OTRAS PALABRAS, LA DOSIS ADMINISTRADA). ASÍ LA DOSIS TERAPÉUTICA DE UN HIPNÓTICO PRODUCE UN ESTADO DE SUEÑO DEL CUAL EL PACIENTE PUEDE SER DESPERTADO; EN CAMBIO, UNA DOSIS MAYOR DEL MISMO AGENTE LLEVA A UN ESTADO DE ANESTESIA DEL CUAL EL PACIENTE NO PUEDE SALIR HASTA QUE LA DROGA HAYA SIDO METABOLIZADA. LA DOSIS ANESTÉSICA, CON LA POSIBLE EXCEPCIÓN DEL GRUPO DE ACCIÓN ULTRACORTA, SE APROXIMA PELIGROSAMENTE A LA DOSIS TÓXICA O LETAL. A ALGUNOS HIPNÓTICOS TAMBIÉN SE LOS ENUMERA CON LOS TRANQUILIZANTES, MÁS POR SEGUIR LA ACEPTACIÓN COMÚN QUE POR RAZONES DE EXACTITUD.

EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS LOS CONCEPTOS SOBRE EL USO DE HIPNÓTICOS Y TRANQUILIZANTES SEDANTES HAN CAMBIADO MUCHO PORQUE EL GRAN INTERÉS EN ESTE ÁMBITO HA GENERADO ABUNDANTE INFORMACIÓN DE UTILIDAD.

LAS INDICACIONES, ELECCIÓN Y RÉGIMENES OPTATIVOS Y CONTRAINDICACIONES SON EVIDENTES, Y -

LOS TRASTORNOS PRIMARIOS DEL SISTEMA NERVIOSO Y DEL SUEÑO, COMO APNEA DEL SUEÑO, MIOCLONÍAS NOCTURNAS Y ALTERACIONES DEL RITMO CIRCADIANO, REQUIEREN UN TRATAMIENTO ESPECÍFICO Y NO EMPÍRICO.

PARA ADOPTAR CUALQUIERA DE ESTAS DROGAS EN UN PACIENTE EN PARTICULAR ES MENESTER QUE SE DETERMINE LA ETIOLOGÍA (POR EJEMPLO, DEPRESIÓN, ANSIEDAD, ALCOHOLISMO, TOLERANCIA A LA TENSION) Y SE ESTABLEZCA UN DIAGNÓSTICO DE CERTEZA CON UN PLAN TERAPÉUTICO APROPIADO, -- PORQUE LA MAYORÍA DE ELLAS CREAN DEPENDENCIA, INTERACCIONAN CON OTRAS DROGAS, SON POTENTES Y CARAS, Y TIENEN MUCHOS EFECTOS COLATERALES QUE A MENUDO SON TÓXICOS.

BARBITURICOS.

DE ACUERDO CON LA MAYORÍA DE LOS INVESTIGADORES, LOS HIPNÓTICOS MÁS POPULARES Y SEGUROS SON LOS BARBITÓRICOS, SERIE DE COMPUESTOS ÍNTIMAMENTE RELACIONADOS QUE RESULTAN DE LA -- COMBINACIÓN DE LA UREA CON EL ÁCIDO MALÓNICO. ESTA FELIZ UNIÓN PRODUCE EL ÁCIDO BARBITÓRICO, QUE POR SUSTITUCIÓN ADECUADA EN POSICIÓN 5 DE LA MOLÉCULA ORIGINA LA FAMILIA DE DROGAS QUE COMPONEN ESTE IMPORTANTE GRUPO.

LOS BARBITÓRICOS DIFIEREN FUNDAMENTALMENTE POR LA DURACIÓN DE SUS EFECTOS, ES DECIR, POR LA VELOCIDAD CON QUE SE METABOLIZAN. SE LOS CLASIFICA HABITUALMENTE EN BARBITÓRICOS DE

ACCIÓN ULTRACORTA, CORTA, INTERMEDIA Y PROLONGADA.

PUEDEN PRODUCIR ADICCIÓN CUANDO SE LOS INGIERE EN DOSIS ALTAS Y CONTÍNUAS, PERO ES RARO QUE ORIGINEN URTICARIA, REACCIONES ALÉRGICAS O ALTERACIONES NEUROLÓGICAS CON LA POSOLOGÍA HABITUAL.

LA INTOXICACIÓN AGUDA POR DOSIS ELEVADAS DE BARBITÓRICOS SE MANIFIESTA POR DEPRESIÓN --- RESPIRATORIA PROGRESIVA. EN ALGUNOS PACIENTES AGITADOS, FEBRILES O ANCIANOS LOS BARBITÓRICOS PUEDEN PROVOCAR UNA RESPUESTA CONTRADICTORIA QUE SE CARACTERIZA POR FENÓMENOS DE HIPEREXCITABILIDAD.

EL PRINCIPAL RIESGO EN EL USO GENERALIZADO DE BARBITÓRICOS ES SU ACCIÓN SINÉRGICA CON -- OTRAS DROGAS DE EMPLEO COMÚN, COMO OCURRE CON EL ALCOHOL, LA RESERPINA Y LOS ANTIHISTAMÍNICOS; EN TALES CIRCUNSTANCIAS PUEDE PRODUCIRSE UNA DEPRESIÓN BRUSCA E INESPERADA DE -- LAS FUNCIONES VITALES.

LA PORFIRIA, UNA RARA ENFERMEDAD CARACTERIZADA POR TRASTORNOS EN EL METABOLISMO DE LAS -- HEMATOPORFIRINAS, DEBE TENERSE SIEMPRE EN CUENTA CUANDO SE CONSIDERAN LAS COMPLICACIONES TÓXICAS. EN ESTOS PACIENTES LA INGESTIÓN DE CUALQUIER BARBITÓRICO PRODUCE HABITUALMENTE

ACCIÓN ULTRACORTA, CORTA, INTERMEDIA Y PROLONGADA.

PUEDEN PRODUCIR ADICCIÓN CUANDO SE LOS INGIERE EN DOSIS ALTAS Y CONTÍNUAS, PERO ES RARO QUE ORIGINEN URTICARIA, REACCIONES ALÉRGICAS O ALTERACIONES NEUROLÓGICAS CON LA POSOLOGÍA HABITUAL.

LA INTOXICACIÓN AGUDA POR DOSIS ELEVADAS DE BARBITÚRICOS SE MANIFIESTA POR DEPRESIÓN --- RESPIRATORIA PROGRESIVA. EN ALGUNOS PACIENTES AGITADOS, FEBRILES O ANCIANOS LOS BARBITÚRICOS PUEDEN PROVOCAR UNA RESPUESTA CONTRADICTORIA QUE SE CARACTERIZA POR FENÓMENOS DE HIPEREXCITABILIDAD.

EL PRINCIPAL RIESGO EN EL USO GENERALIZADO DE BARBITÚRICOS ES SU ACCIÓN SINÉRGICA CON -- OTRAS DROGAS DE EMPLEO COMÚN, COMO OCURRE CON EL ALCOHOL, LA RESERPINA Y LOS ANTIHISTAMÍNICOS; EN TALES CIRCUNSTANCIAS PUEDE PRODUCIRSE UNA DEPRESIÓN BRUSCA E INESPERADA DE - LAS FUNCIONES VITALES.

LA PORFIRIA, UNA RARA ENFERMEDAD CARACTERIZADA POR TRASTORNOS EN EL METABOLISMO DE LAS - HEMATOPORFIRINAS, DEBE TENERSE SIEMPRE EN CUENTA CUANDO SE CONSIDERAN LAS COMPLICACIONES TÓXICAS. EN ESTOS PACIENTES LA INGESTIÓN DE CUALQUIER BARBITÓRICO PRODUCE HABITUALMENTE

REACCIONES MORTALES.

HIDRATO DE CORAL.

ES UN BUEN HIPNÓTICO, ESPECIALMENTE EN LOS PACIENTES DE EDAD, PORQUE PRODUCE UNA SEDA---
CIÓN RÁPIDA Y RELATIVAMENTE BREVE SIN LOS INCONVENIENTES QUE SIGUEN A MENUDO A LA TOMA -
DE BARBITÚRICOS. SU ACCIÓN CENTRAL TRANQUILIZA AL PACIENTE E INDUCE AL SUEÑO SIN DEPRE--
SIONES IMPORTANTES A NIVEL RESPIRATORIO Y CARDIOVASCULAR.

ES IRRITANTE DE LA MUCOSA DIGESTIVA Y NO DEBE DARSE A PACIENTES CON ÚLCERA GASTRODUODE--
NAL; EN LOS RESTANTES ASPECTOS, EN CAMBIO, SU TOXICIDAD ES RELATIVAMENTE BAJA.

LA REPUTACIÓN DEL HIDRATO DE CLORAL, HA SIDO EMPAÑADA, EN CIERTA MEDIDA POR UNA SERIE DE
RAZONES AJENAS A SUS PROPIEDADES, PERO PUEDE CONSTITUIR UNA VALIOSA AYUDA PARA PREMEDI--
CAR PERSONAS DEMASIADO SENSIBLES O ALÉRGICAS A LOS BARBITÚRICOS.

Dosis: 75mg/Kg HASTA UN MÁXIMO DE 1500 MG. EN UN PACIENTE DE 50 KG.

PARALDEHIDO.

CONSTITUYE UN EXCELENTE SEDANTE QUE PRODUCE UN SUEÑO RELATIVAMENTE PROLONGADO (8 A 12 -

HORAS) CON Poca o NINGUNA DEPRESIÓN BULBAR o MOTORA. Es un PODEROSO DEPRESOR DEL SNC, - DE EFECTOS PARECIDOS A LOS DEL ALCOHOL, PERO A PESAR DE ESTA POTENCIA SU MÁRGEN DE SEGURIDAD ES MUY AMPLIO CUANDO SE LO PRESCRIBE EN DOSIS CORRECTAS. TAL ATRIBUTO (LA BAJA -- TOXICIDAD), JUNTO CON LA INTENSIDAD DE SUS EFECTOS, LO CONVERTIRÍA EN UN ELEMENTO MUY -- ÚTIL SI NO FUERA POR UNA PROPIEDAD DESVENTAJOSA: SU OLOR FUERTE Y DESAGRADABLE PARA LA - MAYORÍA DE LOS PACIENTES.

BROMUROS.

ESTOS COMPUESTO (BrNa y BrK) ANTES MUY POPULARES COMO HIPNÓTICOS Y SEDANTES, SE PRESCRIBEN RARA VEZ EN LA ACTUALIDAD. SIN EMBARGO LOS BROMUROS MERECE QUE SE LOS MENCIONE Y - CONSIDERE PORQUE INTEGRAN CIERTO NÚMERO DE ESPECÍFICOS COMERCIALES DE VENTA LIBRE COMO - SOMNÍFEROS. SU ACUMULACIÓN EN EL ORGANISMO PRODUCE EFECTOS SUMAMENTE TÓXICOS QUE SE CONOCEN, EN CONJUNTO, CON EL NOMBRE DE "BROMISMO", CUADRO CARACTERIZADO POR DEPRESIÓN MOTORA Y SENSORIAL CRÓNICA Y POR ABERRACIONES MENTALES. LA DERMATITIS ES OTRO DE LOS SIGNOS ADVERSOS HABITUALES. Es DIFÍCIL DEFENDER EL USO DE ESTAS DROGAS POTENCIALMENTE PELIGROSAS, CUANDO SE DISPONE DE OTROS AGENTES MEJORES.

HISTAMINAS Y ANTIHISTAMINICOS

SE DA EL NOMBRE DE ANTIHISTAMÍNICOS A UN GRUPO DE DROGAS CAPACES DE BLOQUEAR LOS EFECTOS DE LA HISTAMINA A NIVEL DE LOS DIVERSOS RECEPTORES. SON ÚTILES NO SOLO EN LAS ENFERMEDADES ALÉRGICAS, SINO TAMBIÉN COMO SEDANTES Y TRANQUILIZANTES Y EN LA PROFILAXIS DEL MAREO DE MOVIMIENTO. EL AMPLIO CAMPO DE ACCIÓN Y LA BAJA TOXICIDAD DE ESTOS AGENTES LOS HA LLEVADO A UN LUGAR PROMINENTE EN LA TERAPÉUTICA ODONTOLÓGICA.

LOS ANTIHISTAMÍNICOS PREVIENEN O REDUCEN A UN MÍNIMO LOS EFECTOS FISIOLÓGICOS DE LA HISTAMINA. TEÓRICAMENTE UNA DROGA PUEDE HACER ESTO DE TRES MANERAS. EN PRIMER TÉRMINO, MEDIANTE ANTAGONISMO FISIOLÓGICO CON LA HISTAMINA (LA ADRENALINA ES UN EJEMPLO DE DROGA, -- CUYAS ACCIONES SON DIRECTAMENTE CONTRARIAS A LAS DE LA HISTAMINA). EN SEGUNDO LUGAR, LA DROGA DESTRUYE A LA HISTAMINA. LAS SUSTANCIAS QUE HACEN ESTO SON EL FORMALDEHÍDO, LOS -- NITRITOS Y UNA ENZIMA, LA DIAMINOXIDASA, CONOCIDA COMO HISTAMINASA. EXCEPTO LA HISTAMINASA, NINGUNA DE LAS DEMÁS SUSTANCIAS REVISTE UTILIDAD TERAPÉUTICA COMO ANTIHISTAMÍNICO. POR ÚLTIMO LA DROGA COMPITE CON LA HISTAMINA EN LOS SITIOS DONDE ÉSTA ACTÚA EN EL ORGANISMO, FENÓMENO CONOCIDO COMO "ANTAGONISMO COMPETITIVO". SE CREE QUE ÉSTE ES EL MECANISMO DE ACCIÓN DE TODOS LOS ANTIHISTAMÍNICOS QUE SE PRESCRIBEN EN LA ACTUALIDAD.

SE SUPONE QUE ESTAS DROGAS, POR LA SEMEJANZA DE SU ESTRUCTURA QUÍMICA CON LA DE LA HISTAMINA, SON ACEPTADAS POR LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA EN LAS CÉLULAS EFECTORAS, DE MODO QUE BLOQUEAN LA FIJACIÓN EN ELLOS DE LA HISTAMINA. LA PRUEBA DE QUE LA HISTAMINA INTERVIENE EN LA PATOGENIA DE MUCHAS ENFERMEDADES ALÉRGICAS ES UN HECHO MÁS DEDUCIDO -- QUE PROBADO, DE MODO QUE NO DEBE SORPRENDER QUE EL TRATAMIENTO CON DROGAS ANTIHISTAMÍNICAS NO SIEMPRE TIENEN BUEN ÉXITO. LOS MEJORES RESULTADOS SE OBTIENEN EN LA URTICARIA Y EN LA FIEBRE DEL HENO ESTACIONAL. LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS QUE PADECEN ESTOS DOS ESTADOS EXPERIMENTAN CONSIDERABLE ALIVIO CON EL USO CORRECTO DE DROGAS ANTIHISTAMÍNICAS. EN LA RINITIS VOSOMOTORA PERENNE, LA URTICARIA CRÓNICA, EL EDEMA ANGIOEURÓTICO Y LAS REACCIONES ALÉRGICAS DE LA PIEL POR DIVERSOS ALÉRGENOS, DROGAS ENTRE ELLOS, LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON ANTIHISTAMÍNICOS SOLO TIENEN VALOR SINTOMÁTICO, PUES NO ABREVIAN LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD. EN LAS REACCIONES DE TIPO ANAFILÁCTICO AGUDAS, LA DROGA DE ELECCIÓN ES LA ADRENALINA. LOS ANTIHISTAMÍNICOS TIENEN UNA UTILIDAD SECUNDARIA EN ESTOS CASOS. EN MATERIA DE ENFERMEDADES ALÉRGICAS EL RESULTADO MÁS DESALENTADOR HA SIDO LA INEFICACIA DE LOS ANTIHISTAMÍNICOS EN LA VASTA MAYORÍA DE ENFERMOS DE ASMA BRONQUIAL. SI BIEN NO SE DUDA DE LA BASE ALÉRGICA DE LOS ATAQUES ASMÁTICOS, LOS ANTIHISTAMÍNICOS RARAS VECES PRESENTAN ALGUNA UTILIDAD EN CUANTO A LA PREVENCIÓN O TRATAMIENTO DEL EPISODIO ASMÁTICO AGUDO.

MUCHAS VECES PARA ELEGIR UN ANTIHISTAMÍNICO HAY QUE TENER EN CUENTA TODA LA CONSTELACION

CIÓN DE OTROS EFECTOS QUE PUEDEN TENER SOBRE EL PACIENTE, APARTE DEL EFECTO QUE SE DESEA. ES EVIDENTE QUE NO CONVIENE EMPLEAR UN ANTIHISTAMÍNICO QUE CAUSA SOÑOLENCIA PARA TRATAR LA FIEBRE DEL HENO EN PERSONAS QUE CONDUCE VEHÍCULOS O QUE DESEMPEÑAN TAREAS DE PRECISIÓN MIENTRAS CONSUMEN LA DROGA. EN CAMBIO, LA SEDACIÓN ES UN VALIOSO ATRIBUTO EN UNA DROGA DESTINADA AL TRATAMIENTO DE UNA REACCIÓN URTICARIANA AGUDA EN UN PACIENTE QUE ESTÁ CONFINADO EN EL LECHO.

LA DIFENHIDRAMINA (BENADRYL) Y LA TRIPLELENNAMINA (PIRIBENZAMINA) EJERCEN FRANCO EFECTOS BLOQUEADORES Y ANESTÉSICOS SOBRE LOS NERVIOS PERIFÉRICOS Y PUEDEN SUSTITUIR A LA PROCAÍNA, A LA LIDOCAÍNA, ETC., EN PACIENTES ALÉRGICOS O HIPERSENSIBLES A ESTAS DROGAS. SE EMPLEAN EN LAS MISMAS DOSIS RELATIVAS, ES DECIR, 2 A 3 M. USP

LOS ANTIHISTAMÍNICOS PUEDEN SER CLASIFICADOS ARBITRARIAMENTE EN CUATRO GRUPOS. ESTA DIVISIÓN SE BASA EN SU RELACIÓN CON LA CADENA LATERAL AMINOETÍLICA DE LA HISTAMINA Y ES VALIOSA PORQUE PERMITE, ENTRE OTRAS COSAS, CATALOGAR COMPUESTOS MUY SIMILARES ENTRE SÍ.

1. SERIE DE LA ETILUREDIAMINA.

ESTE GRAN GRUPO DE ANTIHISTAMÍNICOS GENERALES INCLUYE ALGUNOS PRODUCTOS MUY CONOCIDOS, COMO EL NEO-ANTERGÁN, LA PIRIBENZAMINA, LA ANTISTINA Y EL FENERGÁN.

2. SERIE DEL ÉTER AMINOALQUÍLICO.

CONSTITUYE UN GRUPO DE FÁRMACOS FUERTEMENTE SEDANTES, CASI HIPNÓTICOS, MUCHOS DE LOS CUALES HAN SIDO USADOS COMO SOMNÍFEROS. EL BENADRYL Y EL DECAPRYN SON LOS MIEMBROS MÁS CONOCIDOS.

3. SERIE DEL ALQUILAMINO.

ESTE GRUPO CONTIENE ALGUNOS DE LOS ANTIHISTAMÍNICOS MÁS NUEVOS Y POTENTES, CARACTERIZADOS POR UN CAMPO DE ACCIÓN MÁS AMPLIO Y POR PRODUCIR MENOS SOMNOLENCIA Y SEDACIÓN. LOS AGENTES MÁS IMPORTANTES SON EL CLOR-TRIMETÓN, EL DIMETANE, EL PYRONIL Y EL FORHISTAL.

4. INDIVIDUALES O DE OTRAS SERIES.

ESTE GRUPO, QUE TIENE COMO PRINCIPALES REPRESENTANTES AL THEPHORIN Y AL PERIACTIN, NO MUESTRA UNA RELACIÓN CLARA CON LA CADENA LATERAL AMINOETILO, PERO SUS MIEMBROS SON ANTIHISTAMÍNICOS EFICACES, EN PARTICULAR ANTISEROTONÍNICOS.

EN EL ENTENDER DE MUCHOS FARMACÓLOGOS, SE DEBE ADOPTAR UNA QUINTA CATEGORÍA, LA DE LOS FENOTIACÍNICOS, PARA AGRUPAR A LOS ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR H DE LA HISTAMINA. MUCHAS FENOTIAZINAS, ACTÚAN COMO ANTIHISTAMÍNICOS; EL EJEMPLO MÁS DESTACADO ES LA PROMETAZINA

(FENERGÁN). LAS OTRAS SON LA TRIMEPRAZINA (TEMARIL) Y LA PROFENAMINA (PARSIDOL).

EN LA ACTUALIDAD ESTÁN SURGIENDO COMO UNA INTERESANTÍSIMA CLASE DE ANTIHISTAMÍNICOS LOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES H2 DE LA HISTAMINA, QUE INHIBEN LA SECRECIÓN GÁSTRICA ES TIMULADA POR LA HISTAMINA LIBERADA EN LOS FENÓMENOS ALÉRGICOS.

EL PRIMER PRODUCTO AUTORIZADO HASTA AHORA ES LA CIMETIDINA (TAGAMET) QUE TIENE LA NOTABLE ACCIÓN DE BLOQUEAR LA SECRECIÓN INDUCIDA NORMALMENTE POR LA INSULINA, LOS ALIMENTOS Y EL REFLEJO VAGAL, DE MODO QUE NO SOLO ES UN ANTIHISTAMÍNICO, SINO TAMBIÉN UNA DROGA - GASTROINTESTINAL PARA TRATAR TODAS LAS ÚLCERAS GÁSTRICAS Y DUODENALES, Y LOS DEMÁS ESTADOS QUE SE ASOCIAN CON EL ÁCIDO GÁSTRICO. A JUZGAR POR LOS DATOS LIMITADOS RECOGIDOS - HASTA AHORA SERÍA MUY EFICAZ Y DE ESCASA TOXICIDAD.

POR SEPARADO ENUMERAMOS OTROS ANTIHISTAMÍNICOS QUE SE EMPLEAN EN PARTICULAR COMO ANTICINETÓSICOS. COMO LOS VÉRTIGOS OCURREN POR COMPROMISO DEL APARATO VESTIBULAR, LA DEPRESIÓN DE ÉSTE ALIVIA EL VÉRTIGO Y LAS NÁUSEAS Y TAMBIÉN CONTROLA EL SÍNDROME DE MENIERE. ESTA ACCIÓN DEPRESORA NO ES EXCLUSIVAMENTE ANTIHISTAMÍNICA PORQUE MUCHOS BUENOS ANTIHISTAMÍNICOS SON INEFICACES EN EL VÉRTIGO, Y TAMPOCO ES PURAMENTE ANTIEMÉTICA PORQUE LA CLORPROMAZINA ES UN BUEN ANTIEMÉTICO PERO NO UN ANTICINETÓSICO. SON REPRESENTANTES DE ESTAS DROGAS EL DRAMAMINE, MAREZINE Y BONINE.

LOS EFECTOS COLATERALES, AUNQUE SUELEN SER LEVES, PUEDEN PRESENTARSE DE IMPROVISO Y CON CARÁCTER GRAVE. SON BASTANTE COMUNES LA INCAPACIDAD PARA CONCENTRAR EL PENSAMIENTO, LOS MAREOS Y LOS TRASTORNOS DE LA COORDINACIÓN. PUEDE HABER SEQUEDAD DE LA BOCA, FARINGE Y MUCOSA BRONQUIAL, CON TOS SECA IRRITANTE. MUCHAS VECES APARECEN SORPRESIVAMENTE EFECTOS GASTROINTESTINALES DESAGRADABLES EN VISTA DE LA ACCIÓN ANTIEMÉTICA DE MUCHOS ANTIHISTAMÍNICOS. EN OCASIONES PUEDEN OCURRIR FENÓMENOS VASOVAGALES CON EPISODIOS SINCOPALES Y, RARAS VECES, OTRAS REACCIONES EXTRAÑAS, COMO DELIRIO, MARCOLEPSIA, FIEBRE Y DERMATITIS.

LA APLICACIÓN TÓPICA ES DE VALOR DISCUTIBLE Y PUEDE ACARREAR HIPERSENSIBILIDAD. CONVIERNE RECORDAR QUE LOS ANTIHISTAMÍNICOS SON MÁS POTENTES PARA PREVENIR LAS ACCIONES DE LA HISTAMINA QUE PARA INVERTIR ESTAS ACCIONES UNA VEZ INICIADAS. LOS ANTIHISTAMÍNICOS TIENEN SINERGISMO CON LAS DROGAS DEPRESORAS Y POR LO GENERAL CAUSAN SOÑOLENCIA.

EN COMPARACIÓN CON OTRAS DROGAS EFICACES, LOS EFECTOS TÓXICOS DE LA MAYORÍA DE LOS ANTIHISTAMÍNICOS SON MUY BENIGNOS. SIN EMBARGO, LOS ESTUDIOS RECIENTES EN ANIMALES HAN REVELADO QUE LA HIDROXIZINA, LA MECLIZINA Y LA BUCLIZINA EN ALTAS DOSIS PRODUCEN ANOMALÍAS FETALES. LOS DATOS CLÍNICOS EN EL HOMBRE SON INSUFICIENTES PARA ESTABLECER MÁRGENES DE SEGURIDAD DURANTE LA GESTACIÓN.

ANESTÉSICOS LOCALES

LA MAYORÍA DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES SON ÉSTERES DE ÁCIDOS AROMÁTICOS QUE CONTIENEN HABITUALMENTE, UN GRUPO AMINO Y ALCOHOLES AMINOALIFÁTICOS. LOS ÁCIDOS ORTOAMINO, PARAAMINO Y METAAMINO BENZOICO, JUNTO CON LOS ÉSTERES DEL ÁCIDO BENZOICO, SON LOS COMPUESTOS PREDOMINANTES. TALES ÉSTERES SON HIDROLIZADOS PRINCIPALMENTE EN EL PLASMA O EN EL HÍGADO POR ACCIÓN DE LAS ESTERASAS. LOS DERIVADOS DE LA ANILINA, COMO LA LIDOCAÍNA (XYLOCAÍNA), LA PROPITICAÍNA (CITANEST) Y LA MEPIVACAÍNA (CARBOCAINE), CONSTITUYEN EL OTRO GRUPO IMPORTANTE DE ANESTÉSICOS LOCALES. NO SE HIDROLIZAN EN EL PLASMA NI EN EL HÍGADO, SINO QUE SU DESTOXIFICACIÓN DEPENDE DE LA ELIMINACIÓN RENAL Y DE SU REDISTRIBUCIÓN HACIA TEJIDOS NO SENSIBLES.

LA SÍNTESIS DE NUEVOS COMPUESTOS ANESTÉSICOS CUMPLE CON EL FIN DE PRODUCIR DROGAS CADA VEZ MÁS POTENTES CON MENOS TOXICIDAD LOCAL Y GENERAL. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, EL AUMENTO DE POTENCIA SE ACOMPAÑA DE UN AUMENTO CONCOMITANTE EN LA TOXICIDAD DEL PRODUCTO. NO OBSTANTE, SI EL CAMBIO ESTRUCTURAL RESPONSABLE DEL AUMENTO DE DICHA POTENCIA TAMBIÉN AUMENTA LA VELOCIDAD DE HIDRÓLISIS, ENTONCES ES POSIBLE QUE DISMINUYA, SIMULTÁNEAMENTE, LA TOXICIDAD DEL NUEVO AGENTE. UN BUEN EJEMPLO EN ESTE SENTIDO ES EL DE LA 2-CLOROPROCAÍNA (NESACAINE), FÁRMACO DOS VECES MÁS POTENTE QUE LA PROCAÍNA PERO MENOS TÓXICO, PUESTO QUE SE HIDROLIZA CINCO VECES MÁS RÁPIDO. DADO QUE LA ANESTESIA LOCAL TIENE COMO FIN ----

INHIBIR TEMPORARIAMENTE LA CONDUCCIÓN NERVIOSA, SU EFECTO DEPENDE, FUNDAMENTALMENTE DE LA VELOCIDAD CON QUE PENETRA EN LA VAINA NERVIOSA EN CONCENTRACIONES SUFICIENTES.

LA TOXICIDAD ES UNA CUESTIÓN RELATIVA. UN ANESTÉSICO LOCAL PUEDE CAUSAR EPISODIOS MÁS -- FRECUENTES Y HASTA MÁS INTENSOS QUE OTROS, PERO NO SER TAN PELIGROSO NI LETAL, A PESAR DE TODO. POR EJEMPLO, SE SUPONE QUE LA LIDOCAÍNA TIENE DOBLE TOXICIDAD QUE LA PROCAÍNA, PERO ETIOLÓGICAMENTE DISTA DE CAUSAR TANTOS EPISODIOS FATALES O ANAFILÁCTICOS.

LA TOXICIDAD POR SOBREDOSIS, CONSECUENCIA DE UN NIVEL SANGUÍNEO SUFICIENTEMENTE ELEVADO - COMO PARA AFECTAR LOS CENTROS VITALES, SE PRODUCE POR INYECCIÓN DE VOLÚMENES EXCESIVOS - DE SOLUCIONES DEMASIADO CONCENTRADAS O DE INYECCIONES RÁPIDAS EN ZONAS MUY VASCULARIZADAS.

UN HECHO POCO CONOCIDO, PERO DE INESTIMABLE IMPORTANCIA, ES QUE LOS ANESTÉSICOS DE CONTACTO SE ABSORBEN CON MAYOR RAPIDEZ POR LAS MUCOSAS QUE A NIVEL DE CUALQUIER OTRO TEJIDO. LAS CURVAS DE CONCENTRACIÓN SANGUÍNEA SON SIMILARES A LAS QUE SE OBTIENEN TRAS LA INYECCIÓN INTRAVENOSA, Y MUY SUPERIORES A LAS DE LA INFILTRACIÓN SUBCUTÁNEA O INTRAMUSCULAR. LOS VASOPRESORES NO IMPIDEN NI RETARDAN LA ABSORCIÓN DEL ANESTÉSICO TÓPICO, SEA SE LO --- APLIQUE MEDIANTE HISOPO, EN AEROSOL O EN GARGARISMOS. CONTRARIAMENTE A LO QUE SUELE ESPERARSE, LOS VASOPRESORES NO PROTEGEN FRENTE A LA POSIBILIDAD DE QUE SE ORIGINEN CONCEN--

TRACIONES REPENTINAMENTE ALTAS.

LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE INTOXICACIÓN POR LOS ÉSTERES ANESTÉSICOS DERIVAN DE LA ESTIMULACIÓN DE LA CORTEZA CEREBRAL Y SE CARACTERIZAN POR LOCUCIDAD, INQUIETUD, APRENSIÓN, EXCITACIÓN Y A VECES CONVULSIONES. SIN EMBARGO, LA LIDOCAÍNA Y LA MEPIVACAÍNA TIENEN UNA ACCIÓN DIFERENTE QUE SE MANIFIESTA POR DEPRESIÓN CORTICAL, LETARGO, SOMNOLENCIA Y SUEÑO. SI LA RESPUESTA TÓXICA ES DE GRADO MODERADO O GRAVE, A LA FASE CORTICOCEREBRAL LE SIGUE OTRA DE ESTIMULACIÓN BULBAR, CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, TAQUICARDIA Y AUMENTO DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA; TAMBIÉN PUEDE HABER NÁUSEAS Y VÓMITOS. LA FASE FINAL ES UNA DEPRESIÓN BULBAR DIRECTAMENTE PROPORCIONAL A LA INTENSIDAD DE LA ESTIMULACIÓN PREVIA. LA PRESIÓN ARTERIAL CAE, EL PULSO SE TORNA LENTO Y FILIFORME Y LA RESPIRACIÓN SE DEBILITA O CESA. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, LA MUERTE POR DOSIS EXAGERADA DE ANESTÉSICOS LOCALES SE DEBE A FENÓMENOS DE PARO RESPIRATORIO.

PESE A LO MUCHO QUE SE HA ESCRITO AL RESPECTO, ES RARO QUE LOS ANESTÉSICOS LOCALES PRODUZCAN VERDADERAS REACCIONES DE ALERGIA. ESTO COMPRENDERÍA, SEGÚN DIVERSAS ESTIMACIONES REALIZADAS, SOLO EL 1% DE TODAS LAS REACCIONES DESFAVORABLES. SIN EMBARGO, EL SHOCK ANAFILÁCTICO QUE SE MANIFIESTA POR UNA PÉRDIDA REPENTINA Y VIOLENTA DEL TONO VASCULAR (PRESIÓN SANGUÍNEA Y PULSO), CONSTITUYE LA MÁS TEMIBLE Y PELIGROSA DE LAS REACCIONES POSIBLES.

LA MUERTE PUEDE SER INEVITABLE AUNQUE EL TRATAMIENTO SEA RÁPIDO Y ADECUADO.

PUESTO QUE ES UN HECHO QUE ALGUNOS PACIENTES SON ALÉRGICOS A LOS ANESTÉSICOS LOCALES, Y QUE ESTAS SITUACIONES PUEDEN SER PELIGROSAS, ES BASTANTE PROBABLE QUE UN ENFERMO ALÉRGICO A UNA DROGA LO SEA TAMBIÉN A OTRAS DE ESTRUCTURA QUÍMICA MUY SEMEJANTE. POR ELLO AGRUPAREMOS A LOS ANESTÉSICOS LOCALES DE ACUERDO CON SUS ESTRUCTURAS QUÍMICAS, LO CUAL PERMITIRÁ SUSTITUIR UN AGENTE POR OTRO CUANDO SE SOSPECHE O CONFIRME LA PRESENCIA DE ALERGIA.

I. ESTERES DEL ÁCIDO BENZOICO:

PIPEROCAINA (METYCAINE)

MEPRILCAINA (OROCAINE)

KINCAINA (KINCAINE)

II. ESTERES DEL ÁCIDO PARAAMINOBENZOICO:

PROCAINA (NOVOCAINA)

TETRACAINA (PANTOCAINA)

BUTETAMINA (MONOCAINE)

PROPOXICAINA (RAVOCAINE)

2 CLOROPROCAINA (NESACAINE)

PROCAINA Y BUTETAMINA (DIUCAINE)

III. ESTERES METAAMINOBENZOICOS:**METABUTETAMINA (UNACAINE)****PRIMACAÍNA (PRIMACAINE)****IV. ESTERES DEL ACIDO PARAETROXIBENZOICO:****DIETOXÍN (INTRACAINE)****V. CICLOHEXILAMINO - 2 - PROPILBENZOATO:****HEXILCAÍNA (CYCLAINE)****VI. ANILIDAS O AMIDAS:****BUPIVACAÍNA (MARCAINE)****ETIDOCAÍNA (DURANEST)****LIDOCAÍNA (XILOCAÍNA)****MEPIVACAÍNA (CARBOCAINE)****PROPITICAÍNA (CITANEST)****CUANTICAÍNA (TARRACINE)**

LA BUPIVACAÍNA (MARCAINE) ES UN NUEVO DERIVADO DE LA ANILIDA, ES UN ANALGÉSICO LOCAL POTENTE Y DE ACCIÓN PROLONGADA QUE POSEE BUENA PENETRACIÓN EN LOS TEJIDOS Y UNA BAJA INCIDEN--

CIA DE EFECTOS COLATERALES. ES ASOMBROSO QUE, COMPARADA CON LA LIDOCAÍNA, LA BUPIVACAÍNA SEA SUPERIOR EN TODOS LOS ASPECTOS: MENOS TOXICIDAD EN DOSIS EQUIPOTENTES, MAYOR POTENCIA COMIENZO MÁS RÁPIDO, ACCIÓN MÁS PROLONGADA (2 A 4 VECES), PERÍODO DE LATENCIA INDOLORO -- DESPUÉS DEL RETORNO DE LA SENSACIÓN NORMAL EN MUCHOS PACIENTES Y NINGÚN REQUERIMIENTO DE UN VASOCONSTRICTOR PARA OBTENER UNA PROFUNDIDAD CONSTANTE.

ESTA DROGA ESTÁ CONTRAINDICADA EN NIÑOS Y EN PACIENTES RETARDADOS POR LA POSIBILIDAD DE - QUE SE MIERDAN LOS LABIOS O SE AUTOMUTILEN.

LA ETIDOCAÍNA (DURANEST) ES OTRO DERIVADO DE LA AMIDA O ANILIDA, TAN SEMEJANTE A LA BUPIVACAÍNA EN TODOS LOS SENTIDOS, QUE NO HACE FALTA REPETIR SUS PROPIEDADES. LA ELECCIÓN ENTRE DOS MARCAS SE PODRÍA HACER CUANDO SE CONCLUYA UN ENSAYO MÁS PROLONGADO, PERO POR AHORA NO APARECE NINGUNA PREFERENCIA EN LA BIBLIOGRAFÍA.

HASTA EL MOMENTO LA TETRACAÍNA AVENTAJA A TODAS LAS DEMÁS DROGAS DE ESTE TIPO POR SU ACCIÓN PROLONGADA, PERO LA DURACIÓN NO ES UNA CONSIDERACIÓN PRIMORDIAL EN LA MAYORÍA DE LOS PROCEDIMIENTOS DENTALES, MIENTRAS QUE LA TOXICIDAD SÍ. COMO LA TETRACAÍNA, TAMBIÉN ES EL MÁS LETAL DE LOS ANALGÉSICOS LOCALES, NO SE LE PREFIERE EN LA PRÁCTICA DE CONSULTORIO A PESAR DE SU COMPROBADA UTILIDAD.

COMO REGLA GENERAL, PUEDE CONSIDERARSE QUE LA POTENCIA DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES DEPENDE ÚNICAMENTE DE SU ESTRUCTURA QUÍMICA, MIENTRAS QUE LA DURACIÓN DEL EFECTO, AUNQUE EN ELLA INFLUYA MUCHO LA CONFIGURACIÓN MOLECULAR - PUEDE SER ALTERADA ASOCIANDO DROGAS VASOCONSTRIC--TRICTORAS. ESTA COMBINACIÓN CUMPLE UN PAPEL IMPORTANTE, A VECES VITAL, PORQUE TODOS LOS ANESTÉSICOS LOCALES, CON LA POSIBLE EXCEPCIÓN DE LA LIDOCAÍNA, LA MEPIVACAÍNA Y LA BUTETA--MINA, SON VASODILATADORES Y COMO TALES PASAN CON RAPIDEZ AL TORRENTE CIRCULATORIO, FENÓ--MENO QUE AUMENTA LA POSIBILIDAD DE DAR DOSIS TÓXICAS Y DISMINUYE LA POTENCIA LOCAL Y LA --DURACIÓN DE SUS EFECTOS.

SE ENSAYÓ LA ADICIÓN DE BLOQUEADORES BETA ADRENÉRGICOS, COMO CLORHIDRATO DE PROPRANOLOL, A LOS ANESTÉSICOS LOCALES, PARA REDUCIR AL MÍNIMO O CONTRARRESTAR LOS SÍNTOMAS CARDIOVAS--CULARES O NERVIOSOS CENTRALES INDESEABLES, PERO NO SE OBTUVIERON RESULTADOS FAVORABLES --DIGNOS DE MENCIÓN.

VASOPRESORES O VASOCONSTRICTORES

A PESAR DE LAS CONTROVERSIAS DESATADAS SOBRE EL USO Y ABUSO DE ESTAS DROGAS, LO CIERTO ES QUE SON PARTE INTEGRAL DE LA MAYORÍA DE LAS SOLUCIONES PARA ANESTESIA LOCAL UTILIZADAS EN LA PRÁCTICA. TODOS LOS COMPUESTOS SIMPATICOMIMÉTICOS EMPLEADOS COMO VASOCONSTRICTORES EN ODONTOLOGÍA PROPORCIONAN RESULTADOS SATISFACTORIOS, LOS MÁS EFICACES SON LA ADRENALINA Y LA NORADRENALINA (LEVOFED), SEGUIDOS DEL COBEFRIN, NEO-COBEFRIN Y NEO-SYNEPHRINE.

NUNCA ES DEMASIADO LO QUE PUEDE DECIRSE SOBRE LA IMPORTANCIA DE LOS AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS, ESPECIALMENTE SI SE CONSIDERA QUE, POR SUS PROPIEDADES VASODILATADORAS (MAYORES -- CUANTO MAYOR SEA LA POTENCIA DE LA DROGA), POCOS DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES DARÍAN BUENOS RESULTADOS SIN EL AGRAGADO DE VASOCONSTRICTORES. SIN EMBARGO, ES POCO PROBABLE QUE EXISTA ALGÚN DENTISTA QUE NO HAYA RECIBIDO UNA NOTA DEL MÉDICO DE UN PACIENTE CON CARDIOPATÍA PREVINIÉNDOLO CONTRA EL USO DE UN ANESTÉSICO ASOCIADO A UN AGENTE ADRENÉRGICO. DESDE --- OTRO PUNTO DE VISTA, TAMPOCO PUEDE NEGARSE QUE LA ANSIEDAD Y EL STRESS PROVOCADOS POR EL DOLOR PUEDEN PRODUCIR UNA IMPORTANTE DESCARGA DE ADRENALINA ENDÓGENA EN EL SISTEMA VASCULAR DEL ENFERMO. ENTRE LA MAYORÍA DE LOS CARDIÓLOGOS E INTERNISTAS PREVALECE LA OPINIÓN DE QUE HAY QUE EMPLEAR VASOPRESORES PARA ADMINISTRAR ANESTÉSICOS LOCALES A PACIENTES CON

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES. EN VEZ DE ACRECENTAR EL RIESGO, LOS VASOPRESORES MEJORAN LA SEGURIDAD Y LA COMODIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS POR ESTAS SENCILLAS Y SUFFICIENTES RAZONES:

1. LA PROFUNDIDAD DE LA ANESTESIA SE ACRECIENTA CON LOS CONSIGUIENTES BENEFICIOS PSÍQUICOS Y FISIOLÓGICOS.
2. SE EVITA EL PASO DEMASIADO RÁPIDO O EXCESIVO DE UNA DROGA POTENCIALMENTE TÓXICA O LETAL (ANESTÉSICO LOCAL) A CIRCULACIÓN GENERAL.
3. SE REDUCE LA BACTERIEMIA, PORQUE HAY MENOR CIRCULACIÓN EN EL ÁREA QUIRÚRGICA SÉPTICA.
4. DISMINUYE LA HEMORRAGIA EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS Y,
5. DISMINUYEN LAS LESIONES DE LOS TEJIDOS LOCALES CAUSADAS POR LAS INYECCIONES REITERADAS Y LAS GRANDES CANTIDADES DE SOLUCIONES IRRITANTES.

SE CONSIDERA QUE SI SE TOMAN LAS PRECAUCIONES DEBIDAS (INSTRUMENTACIÓN Y TÉCNICA), LA --- ADRENALINA NO ENTRAÑA PELIGRO EN LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES CARDÍACOS CUANDO NO SE EXCEDEN LOS LÍMITES PRESCRITOS. EL CONOCIMIENTO DE LA ANATOMÍA, LA ELECCIÓN DEL SITIO APROPIADO Y EL EMPLEO DE UNA BUENA TÉCNICA PERMITIRÁN CONSEGUIR, HABITUALMENTE, UNA ANESTESIA SATISFACTORIA, INCLUSO CON CANTIDADES MÍNIMAS DE SOLUCIONES MENOS CONCENTRADAS.

DADO QUE EL OBJETIVO DE LA QUIMIOTERAPIA ES LOGRAR RESULTADOS ÓPTIMOS, CON ALTERACIONES -

MÍNIMAS DE LA FISIOLÓGIA NORMAL, POCO ES LO QUE SE PUEDE AGREGAR SI SE CONSIDERA QUE LOS ODONTÓLOGOS, EN SU MAYORÍA, CONCUERDAN EN QUE LAS SOLUCIONES AL 1% QUE CONTIENEN ----- 1:200,000 DE ADRENALINA PROPORCIONAN, CUANDO SE LAS USA ADECUADAMENTE, UNA ANESTESIA SUFICIENTE PARA LA MAYOR PARTE DE LAS INTERVENCIONES DE LA ESPECIALIDAD.

OTRO FACTOR IMPORTANTE QUE A MENUDO SE IGNORA O NO SE TIENE MUY EN CUENTA, ES QUE LOS --- COMPUESTOS QUE CONTIENEN ADRENALINA RACÉMICA Y QUE SE EMPLEAN EN EL RELLENO DE ÁREAS GINGIVALES PARA FACILITAR LA TOMA DE IMPRESIONES DE DIENTES PREPARADOS PARA ODONTOLÓGIA RESTAURADORA PUEDEN SER MUY PELIGROSOS. LA RÁPIDA ABSORCIÓN DE GRANDES CANTIDADES DE ADRENALINA EN LOS TEJIDOS EROSIONADOS DE LA ENCIÓN Y PLEXOS CAPILARES ADYACENTES PUEDE DESENCADENAR UNA PROFUNDA REACCIÓN O CRISIS CARDIOVASCULAR. BASTA RECORDAR LA RÁPIDA Y POTENTE RESPUESTA A LA NITROGLICERINA APLICADA EN LA MUCOSA SUBLINGUAL NORMAL, PARA APRECIAR -- EL EXAGERADO EFECTO QUE PUEDE TENER OTRAS DROGAS AL TOMAR CONTACTO CON TEJIDOS LACERADOS Y SANGRANTES DE LA MISMA REGIÓN.

MUCHAS REACCIONES GENERALMENTE SERIAS ATRIBUIDAS A LOS ANESTÉSICOS LOCALES SE DEBEN, EN -- REALIDAD, A LAS DROGAS VASOCONSTRICTORAS. LOS SÍNTOMAS BÁSICOS PRODUCIDOS POR LA SOBREDOSIS DE UN VASOPRESOR SON PALPITACIONES, TAQUICARDIA, HIPERTENSIÓN Y DOLOR DE CABEZA, -- CUADRO MUY DIFERENTE DEL DE EXCITACIÓN O DEPRESIÓN DEL SNC PROVOCADAS POR LA INTOXICACIÓN

CON ANESTÉSICOS LOCALES.

LAS VERDADERAS MANIFESTACIONES ALÉRGICAS A LAS DROGAS VASOCONSTRICTORAS SON EXTREMADAMENTE RARAS O NO EXISTEN. DE ACUERDO CON MUCHAS OPINIONES AUTORIZADAS, CUALQUIER REACCIÓN DIRECTA ATRIBUIBLE A ESOS AGENTES SE DEBE A SOBREDOSIS O IDIOSINCRASIA Y PUEDE SER CIRCUNSCRITA A LOS CUATRO TRASTORNOS QUE SE ACABAN DE MENCIONAR. CUALQUIER OTRA COMPLICACIÓN, EXCEPTO LOS FENÓMENOS DE NECROSIS POR ISQUEMIA EN UNA ZONA INFECTADA, DEBE ATRIBUIRSE A CAUSAS O AGENTES DIFERENTES.

ANTIBIOTICOS

LA MAYORÍA DE LAS POLÉMICAS SOBRE ANTIBIÓTICOS Y LA MANERA DE USARLOS TERMINAN EN UN PUNTO MUERTO: POCOS ASPECTOS DE LA MEDICINA SUSCITAN POSICIONES MÁS INFLEXIBLES Y COMENTARIOS MÁS APASIONADOS; ES DECIR TANTO CALOR Y TAN Poca LUZ.

MUCHOS ENTUSIASTAS DEFIENDEN EL USO EXCESIVO DE LOS ANTIBIÓTICOS INVOCANDO EFECTOS SECUNDARIOS BENEFICIOS, COMO LA MENOR INCIDENCIA DE FIEBRE REUMÁTICA GRACIAS A LA ADMINISTRACIÓN PREVENTIVA DE PENICILINA EN LAS INFECCIONES NASOFARÍNGEAS EN PEDIATRÍA, PERO OTROS - CONDENAN ESTA PRÁCTICA ALEGANDO QUE LA APLICACIÓN INDISCRIMINADA DE ESTAS DROGAS GENERA - CRECIENTE RESISTENCIA EN LAS BACTERIAS, Y EN LA BIBLIOGRAFÍA SE MENCIONA UN NÚMERO DE --- REACCIONES ALÉRGICAS Y TÓXICAS QUE CRECE A RITMO VERTIGINOSO. EN ESTE CAPÍTULO NOS OCUPAMOS DE ESTO ÚLTIMO POR SUPUESTO.

EXISTEN VARIOS TIPOS DE TOXICIDAD POR ANTIBIÓTICOS:

- . ANAFILAXIA: SHOCK O COLAPSO CARDIOVASCULAR AGUDO.
- . ALERGIA SIMPLE: EDEMA, URTICARIA, ERUPCIONES, ETC.
- . TRASTORNOS AUDITIVOS POR LESIÓN DEL OCTAVO PAR CRANEAL Y LA CÓCLEA.
- . TRASTORNOS HEMATOPOYÉTICOS, CON LESIÓN DE LA MÉDULA ÓSEA Y ANEMIA APLÁSICA.
- . TOXICIDAD RENAL Y HEPÁTICA, COMO LESIONES TUBULARES (RENALES) Y NECROSIS HEPÁTICA.

SOBRE INFECCIONES: ALTERACIÓN DE LA FLORA BACTERIANA NORMAL, LESIONES DEGENERATIVAS DE LA MUCOSA INTESTINAL, DESARROLLO DE HONGOS O DIARREA CRÓNICA O PERSISTENTE.

LA DESAPROBACIÓN DE LAS COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS, POR SU VALOR DISCUTIBLE Y LOS PELIGROS QUE ENCIERRAN, SE INTENSIFICÓ TANTO QUE SU FABRICACIÓN Y DISTRIBUCIÓN HAN CESADO - (SALVO POCAS EXCEPCIONES) Y PRÁCTICAMENTE SE DESCARTÓ EL CONCEPTO DE LA "PERDIGONADA". LOS ANTIBIÓTICOS DEBEN USARSE COMO UN FUSIL Y NO COMO UNA ESCOPETA DE PERDIGONES, PORQUE TIENEN UNA ESPECIFICIDAD EXTRAORDINARIA. PRÁCTICAMENTE ES IMPOSIBLE HACER UNA EVALUACIÓN EXACTA CUANDO SE ADMINISTRAN VARIOS A LA VEZ.

EL EMPLEO DE ANTIBIÓTICOS EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA NO DEBE LIMITARSE A LAS INFECCIONES DE LA CAVIDAD BUCAL Y SUS ALREDEDORES. A LA MAYORÍA DE NOSOTROS NOS RESULTA DIFÍCIL ENTREVER EL PELIGRO POTENCIAL Y LA PERSPECTIVA MUY REAL DE UN DESENLACE TRÁGICO POR PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS RELATIVAMENTE SENCILLOS QUE SE HACEN EN UN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE LESIÓN CARDÍACA. EN LOS REUMÁTICOS O EN LOS PORTADORES DE UNA CARDIOPATÍA CONGÉNITA, LAS BACTERIAS CIRCULANTES EN LA SANGRE PUEDEN ALOJARSE EN LAS VÁLVULAS CARDÍACAS LESIONADAS O EN OTRAS PARTES DEL ENDOCARDIO POR LA IRREGULAR SUPERFICIE EN COLIFLOR QUE PRESENTE EN ESOS SITIOS EL TEJIDO CICATRIZAL. LA DISEMINACIÓN DE BACTERIAS O BACTERIEMIA, AUNQUE SEA TRANSITORIA, CONSTITUYE UNA AMENAZA PONDERABLE DE ENDOCARDITIS BACTERIANA, IN-

FECCIÓN POTENCIALMENTE INCAPACITANTE Y HASTA FATAL, QUE MUCHAS VECES NI SIQUERA RESPONDE A LAS DOSIS MASIVAS DE ANTIBIÓTICOS.

SE COMPROBÓ PERFECTAMENTE QUE LAS EXTRACCIONES DENTALES, LOS PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA -- BUCAL, EL MANIPULEO DE TEJIDOS PERIODÓNTICOS Y LA EXTIRPACIÓN DE AMÍGDALAS Y ADENOIDES -- OCASIONAN BACTERIEMIA TRANSITORIA.

EN LOS PACIENTES CARDIOPÁTICOS SE RECOMIENDA EMPLEAR ANTIBIÓTICOS SIEMPRE, CADA VEZ QUE - SE EFECTÚE ALGUNO DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE ACABAMOS DE MENCIONAR, PARA REDUCIR LA PROBABILIDAD DE UNA ENDOCARDITIS BACTERIANA.

EN ESTOS CASOS, LA ANTIBIOTICOTERAPIA TIENE UNA FINALIDAD PROFILÁCTICA PARA EVITAR LA --- BACTERIEMIA O REDUCIR SU MAGNITUD O SU DURACIÓN, EN CASO DE QUE OCURRA, Y ELIMINAR LAS -- BACTERIAS QUE PODRÍAN IMPLANTARSE EN LAS VÁLVULAS CARDÍACAS ANTES DE FORMARSE UNA VEGETACIÓN. LA DROGA DE ELECCIÓN ES LA PENICILINA.

AUNQUE LOS ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO PUEDEN REDUCIR LA BACTERIEMIA, NO ELIMINARÁN - LAS IMPLANTACIONES BACTERIANAS INICIALES, MOTIVO POR EL CUAL NO SE LOS RECOMIENDA. LA -- ERITROMICINA SIEMPRE ES LA DROGA DE SEGUNDA ELECCIÓN SI HAY ALERGIA A LA PENICILINA. LAS SULFAMIDAS SON TOTALMENTE INSATISFACTORIAS.

VIA DE ADMINISTRACION.

PARA COMBATIR LAS INFECCIONES DENTALES QUE AFECTAN A LAS MUCOSAS, PIEL, OTRAS PARTES BLANDAS Y SENOS PARANASALES SUELE SER SUFICIENTE LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN ORAL. LAS INFECCIONES GRAVES DE LOS HUESOS REQUIEREN INYECCIONES INTRAMUSCULARES PORQUE SON MÁS EFICACES, PERO LOS FLEMONES GRANDES (CELULITIS, ANGINA DE LUDWIG, ETC), QUE ATENTAN CONTRA LA RESPIRACIÓN U OBSTRUYEN LA VÍA AÉREA, LA SEPTICEMIA Y LA ENDOCARDITIS, SIEMPRE SE TRATAN CON DOSIS MÍNIMAS POR VÍA INTRAVENOSA.

ESTAS ÚLTIMAS INFECCIONES TIENEN UNA GRAN MORBILIDAD NATURAL Y EL TRATAMIENTO I.V. SUELE CONSISTIR EN UNA COMBINACIÓN DE UNA PENICILINA Y UN AMINOGLUCÓSIDO (CARBENICILINA Y TOBRAMICINA, POR EJEMPLO, QUE JUNTAS SON POTENTES Y DE AMPLIO ESPECTRO), A MENOS, POR SUPUESTO QUE EL PACIENTE SEA ALÉRGICO O SENSIBLE A UNA U OTRA DE ESTAS DROGAS.

SIN EMBARGO LAS INFECCIONES POTENCIALMENTE FATALES DEL COMPLEJO DROMAXILOFACIAL REQUIEREN CONSULTA CON UN INTERNISTA CAPACITADO O ESPECIALIZADO EN TRATAMIENTOS ANTIMICROBIANOS.

PARA ENTENDER MEJOR LOS OBJETIVOS DE LA ANTIBIOTICOTERAPIA ES IMPORTANTE CLASIFICAR A LOS ANTIBIÓTICOS DE ACUERDO CON SU MECANISMO DE ACCIÓN A NIVEL MOLECULAR.

1. AGENTES QUE ALTERAN LA ESTRUCTURA Y FUNCIÓN DE LA PARED CELULAR (SÍNTESIS PROTEICA)

PENICILINAS
CEFALOTINA Y SUS ANÁLOGOS
BACITRACINA
VANCOMICINA
RISTOCETINA
CICLOSERINA

II. AGENTES QUE RESTRINGEN LA FUNCIÓN DE LA MEMBRANA CELULAR (PENETRAN EN LA PARED CELULAR Y EN EL CITOPLASMA)

NISTATINA
ANFOTERICINA B
POLIMIXINA B
TIROCIDINA
GRAMICIDINA
COLISTINA

III. AGENTES QUE TRASTORNAN LA TRADUCCIÓN DE LA INFORMACIÓN GENÉTICA (CÓDICO RIBOSÓMICO, ARN, ETC)

TETRACICLINAS
(ERITROMICINA, ALEANDOMICINA Y TAO
LINCOMICINA Y CLINDAMICINA

CLORANFENICOL

NEOMICINA

ESTREPTOMICINA

KANAMICINA

GENTAMICINA

TOBRAMICINA

IV. AGENTES QUE IMPIDEN LA REPLICACIÓN DE LA INFORMACIÓN GENÉTICA.

ACIDO NALIDÍXICO

GRISEOFULVINA

A CONTINUACIÓN PRESENTAMOS UNA LISTA DE LOS ANTIBIÓTICOS MÁS USADOS Y DE SUS EFECTOS TÓXICOS MÁS COMUNES.

PENICILINA.

ESTE AGENTE PUEDE CONSIDERARSE, EN MUCHOS SENTIDOS, COMO EL ARMA MÁS NOTABLE Y EFECTIVA DE LA MEDICINA MODERNA. A PESAR DE LA ENORME PUBLICIDAD CON QUE SE LANZAN NUEVAS "DROGAS MARAVILLOSAS", LA PENICILINA CONTINÚA SIENDO EL MÁS IMPORTANTE ENTRE LOS ANTIBIÓTICOS. SI NO FUERA POR SU POTENCIAL ALERGÉNICO, SERÍA EL MÁS SEGURO Y ÚTIL DE TODOS LOS ANTIMICROBIANOS. ES PROBABLE QUE ESTE PELIGRO SE ELIMINE A MEDIDA QUE SE INVESTIGUEN MEJOR LOS CONGÉ-

NERES SINTÉTICOS DE LA PENICILINA.

APARTE DE LAS PREFERENCIAS PERSONALES O DE LAS RESERVAS POR RAZONES DE SEGURIDAD, LA PENICILINA ES EL PATRÓN POR EL CUAL SE JUZGA A LA MAYORÍA DE LOS ANTIBIÓTICOS. NO OBSTANTE EL AIRE DE SAPIENCIA QUE ASUMEN CIERTOS TERAPEUTAS CUANDO SE HABLA DE LA RESISTENCIA ADQUIRIDA DE LAS BACTERIAS A LA PENICILINA, EN REALIDAD POCOS DATOS EXISTEN PARA CORROBORAR O ESTRUCTURAR ESTA IMPUGNACIÓN. LA PENICILINA TODAVÍA DESTRUYE A LA MAYORÍA DE LOS ESTREPTOCOCOS Y OTROS MICROORGANISMOS GRAMPOSITIVOS CON RELATIVA FACILIDAD E IMPUNIDAD. SIN EMBARGO, LOS ESTAFILOCOCOS RESISTENTES A LA PENICILINA SON UN CASO APARENTE.

POR SU FIJACIÓN PROTEICA, SU SENSIBILIDAD A LOS ÁCIDOS Y LOS PROBLEMAS DE LA PENICILINASA, SE DESARROLLARON NUEVOS ANÁLOGOS DE LA PENICILINA PARA RESOLVER O ATENUAR AL MÁXIMO LOS FACTORES QUE LA TORNAN DÉBIL O INÚTIL.

POR SUPUESTO, HACEN FALTA MÁS DATOS RELACIONADOS CON LA ÍNDOLE BÁSICA DE LOS AGENTES ANTIMICROBIANOS, AUNQUE LA MAYORÍA DE LOS CLÍNICOS QUE EJERCEN EN LA ACTUALIDAD SE FORMARON EN LA ERA DE LOS ANTIBIÓTICOS. LAS PENICILINAS, EN ESCENCIA, ATACAN LA BIOSÍNTESIS DE LA PARED CELULAR DE LA BACTERIA. LA PENICILINA G O BENCILPENICILINA ES LA DROGA PATRÓN, QUE EXISTE EN CUATRO FORMAS TERAPÉUTICAS: ACUOSA, PROCAÍNICA, BENZATÍNICA Y ORALPEN. LA FORMA ACUOSA SE ADMINISTRA POR VÍA I.V. EN MILLONES DE UNIDADES Y SU ACCIÓN DURA 4 A 6 HORAS. LA

PENICILINA PROCAÍNICA SE INYECTA EN EL MÚSCULO Y SU ACCIÓN DURA HASTA 24 HORAS. EL FACTOR PROCAÍNA HACE LAS VECES DE ANALGÉSICO Y DE VEHÍCULO DE DEPÓSITO, DE MODO QUE LIBERA PENICILINA CON LENTITUD. LA DOSIS USUAL PARA MANTENER UN NIVEL SANGUÍNEO ÚTIL ES 600.000 A 1.000.000 DE UNIDADES DOS VECES POR DÍA. LA BENZATÍNICA ES LA FORMA DE LARGA DURACIÓN (30 DÍAS) QUE PERMITE DAR BAJAS DOSIS (POR LARGOS PERÍODOS O EN FORMA PERMANENTE) A PACIENTES CON CARDIOPATÍA REUMÁTICA Y OTROS QUE REQUIEREN UN NIVEL SANGUÍNEO EFECTIVO PERMANENTE PARA SOBREVIVIR. LA DOSIS USUAL ES 1.2 MILLÓN DE UNIDADES CADA 30 DÍAS. EL ORALPEN ES LA PENICILINA G SÓDICA O POTÁSICA COMÚN. ESTOS COMPRIMIDOS DEBEN DARSE EN GRANDES DOSIS, 1.5 MILLÓN DE UNIDADES O 1.5 A 2G. PARA OBTENER NIVELES SANGUÍNEOS ADECUADOS PORQUE LA EXPOSICIÓN AL JUGO GÁSTRICO DESTRUYE MÁS DEL 50% DE LA DROGA ACTIVA.

LA PENICILINA V, O FENOXIMETILPENICILINA, ES LA OTRA FORMA DEL AGENTE BÁSICO Y SU PRINCIPAL VIRTUD ES QUE RESISTE LA DEGRADACIÓN O DESTRUCCIÓN POR LA ACCIÓN GÁSTRICA, HASTA EL PUNTO QUE EL 80 A 90 % DE LA DOSIS ORAL CONSERVA SU EFICACIA.

¿POR QUÉ ENTONCES LA PENICILINA V NO ES LA DROGA DE ELECCIÓN POR VÍA ORAL? DESDE EL PUNTO DE VISTA CIENTÍFICO LO ES, PERO NO POR RAZONES ECONÓMICAS, PORQUE LA PENICILINA G ES MUCHO MÁS BARATA, A PESAR DE QUE SE REQUIERE DOBLE O TRIPLE CANTIDAD. DESDE EL PUNTO DE VISTA FISIOLÓGICO, LA DIFERENCIA NO INTERESA MUCHO PORQUE LA PENICILINA ES RELATIVAMENTE TÓXICA.

LA AMPICILINA (α -AMINOBENCILPENICILINA) Y LA AMOXICILINA (IGUAL FÓRMULA MAS H), QUE PRODUCEN NIVELES SANGUÍNEOS MÁS ALTOS, SON PENICILINAS SEMISINTÉTICAS DE AMPLIO ESPECTRO QUE CUBREN TODA LA GAMA DE LA PENICILINA G Y TAMBIÉN A MUCHOS BACILOS GRAMNEGATIVOS, PERO NO ACTÚAN CONTRA LOS ESTAFILOCOCOS PRODUCTORES DE PENICILINASA. SU ESPECTRO COMPRENDE ESCHERICHIA COLI, PROTEUS MIRABILIS, SALMONELLA, SHIGELLA, NEISSERIA, MENINGITIDIS Y HAEMOPHILUS INFLUENZAE. LA AMPICILINA ES LA DROGA DE ELECCIÓN PARA LAS BACTERIAS DE TIPO GRIPAL.

LAS PENICILINAS DEBEN DE INGERIRSE POR LO MENOS 30 MINUTOS ANTES DE LAS COMIDAS PARA QUE NO SE RESIENTA SU EFICACIA.

LA MAYORÍA DE LOS COLEGAS QUE ESTÁN AL TANTO DE TODAS LAS INCERTIDUMBRES Y PROYECCIONES DE LA PENICILINOTERAPIA COINCIDEN EN QUE LA FORMA MÁS BARATA DE PENICILINA G, SE SE USA EN DOSIS SUFICIENTES, DA RESULTADOS TAN BUENOS COMO LOS PARIENTES MÁS EXÓTICOS Y COSTOSOS DE ESTA FAMILIA. NUNCA SE DEBE DAR PENICILINA TÓPICA PORQUE LA ABSORCIÓN A TRAVÉS DE LA PIEL EN PARTICULAR LAS MUCOSAS, AUMENTA MUCHO LA HIPERSENSIBILIDAD. LAS MANIFESTACIONES TÓXICAS PUEDEN SER FATALES (SHOCK ANAFILÁCTICO Y EDEMA DE GLOTIS) O TAN LEVES COMO PARA PRODUCIR LIGERO PRURITO, ERUPCIÓN CUTÁNEA Y URTICARIA. SON COMUNES LOS ESTADOS TÓXICOS DE GRAVEDAD INTERMEDIA ENTRE ESTOS EXTREMOS. LOS SIGNOS SON INMEDIATOS O APARECEN DESPUÉS DE MUCHO TIEMPO, Y SU MAGNITUD ES VARIABLE E IMPREVISIBLE.

ANTES DE SEGUIR CON OTRAS LISTAS, HABRÁ QUE HACER UN BREVE COMENTARIO SOBRE MICROORGANIS--

MOS PARA REFRESCAR LA MEMORIA DEL LECTOR Y FACILITAR EL MANEJO BIEN FUNDADO DE LOS ANTIBIÓTICOS.

LAS CINCO BACTERIAS MÁS COMUNES EN LAS INFECCIONES ODONTOLÓGICAS, POR ORDEN DE FRECUENCIA, SON STREPTOCOCCUS VIRIDANS, NEISSERIA CATARRHALIS, STAPHYLOCOCCUS ALBUS (DNASA NEGATIVOS), STAPHYLOCOCCUS AUREUS (DNASA POSITIVOS) Y ESTREPTOCOCOS ANAERÓBICOS. TODOS ELLOS SON AERÓBICOS, CON EXCEPCIÓN DEL ÚLTIMO Y TODOS SON GRAMPOSITIVOS, DE MODO QUE SUELEN SER SUSCEPTIBLES A LAS PENICILINAS, CEFALOSPORINAS, ERITROMICINA Y CLINDAMICINA.

OTROS AGENTES HABITUALES SON LOS DIFTEROIDES KLEBSIELLA, HAEMOPHILUS INFLUENZAE Y, EN OCA--SIONES, PROTEUS MIRABILIS, ENTEROCOCOS H. N. PHARYNGIS Y NEUMOCOCOS. LO LÓGICO SERÍA QUE --LAS BACTERIAS ORALES FUESEN EN GRAN MEDIDA AERÓBICAS, PERO NO ES ASÍ, PORQUE MÁS DE LAS --TRES CUARTAS PARTES DE LOS MICROORGANISMOS QUE PUEBLAN LA CAVIDAD BUCAL SON ANAERÓBICOS. COMO CASI TODOS LOS CULTIVOS SE HACEN ÚNICAMENTE PARA AEROBIO, NO ES EXTRAÑO QUE MUCHAS --VECES NO SE TENGA NOCIÓN DE LA VERDADERA ETIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES DE LA CABEZA Y EL --CUELLO, SI EXISTE UNA ENFERMEDAD MODERADA A GRAVE, CONVIENE EFECTUAR CULTIVOS PARA ANAERO--BIOS CON EQUIPOS ESPECIALES.

LOS ANAEROBIO, MÁS COMUNES QUE INTERVIENEN EN INFECCIONES ORALES Y RESPIRATORIAS SON BAC--

TEROIDES MELANINGENICUS, FUSOBACTERIAS (BACILOS FUSIFORMES) Y PEPTOSTREPTOCOCOS. ESTE GRUPO, JUNTO CON OTROS HALLADOS EN LAS INFECCIONES BUCALES B. ORALIS, CLOSTRIDIUM Y VEILLONELLA SUELEN SER MUY SUSCEPTIBLES A LA PENICILINA G.

MACROLIDOS: ERITROMICINA (ILOSONE, PANTOMICINA, E-MYCIN), OLEANDOMICINA, TOA.

LA ERITROMICINA ES MÁS EFICAZ EN EL MISMO ESPECTRO BACTERIANO (GRAMPOSITIVOS) QUE LA PENICILINA Y, DE TAL MANERA, SE EMPLEA COMO SUSTITUTO DE ÉSTA. AUNQUE NO ES TAN EFICAZ, RESULTA MUCHO MÁS INOCUA. ES RARO QUE OCURRAN REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD Y QUE LAS BACTERIAS SEAN RESISTENTES A ELLA. LA TOXICIDAD DE LA ERITROMICINA ES CASI DESDEÑABLE, EXCEPTO UNA LEVE IRRITACIÓN GASTROINTESTINAL Y DIARREA. LAS MENCIONES DE ALERGIA SON ESPORÁDICAS Y POCO TERMINANTES. SE RELACIONÓ AL ESTOLATO CON ICTERICIA COLESTÁTICA, PERO A CAUSA DE LA COMPROBADA INOCUIDAD DE LA ERITROMICINA, MUCHAS VECES SE LE PRESCRIBE COMO PLACEBO, PARA DETRIMENTO DE SU FUTURA UTILIDAD.

LA ERITROMICINA ES BACTERIOSTÁTICA EN DOSIS NORMALES, PERO MUCHAS VECES PASA A LA GAMA BACTERICIDA CUANDO SE DA EN GRANDES INCREMENTOS. LA DOSIS ES 1 A 2 G. POR DÍA O MÁS.

UN GRAN INCONVENIENTE ES SU INCOMPATIBILIDAD CON CASI TODAS LAS MEDICACIONES I.V. ENTRE ---ELLAS CATECOLAMINAS, VITAMINAS, BARBITÓRICOS, FENOTIAZINAS, FENITOÍNA, (DILANTIN), LACTOBIONATOS, SUCCINATOS Y OTROS ANTIBIÓTICOS. ADEMÁS INFLUYE SOBRE MUCHOS EXÁMENES DE LABORATO---

RIO, DE MODO QUE DAN RESULTADOS FALSOS (EN PARTICULAR EL HEPATOGRAMA); ESTO PODRÍA SER UN FACTOR IMPORTANTE EN LA TERAPIA DEL PACIENTE.

LA OLEANDOMICINA Y LA TRIACETILOLEANDOMICINA (TOA) ENTRAN EN EL MISMO ESPECTRO Y CATEGORÍA QUE LA ERITROMICINA, PERO ESTÁN SIENDO DESPLAZADAS POR ÉSTA PORQUE SON MENOS ACTIVAS Y MÁS TÓXICAS.

SOLO SE PUEDEN DAR DURANTE 10 DÍAS COMO MÁXIMO Y ACARREAN PROBLEMAS HEPÁTICOS Y GASTROIN--TESTINALES (NÁUSEAS, VÓMITOS Y COLITIS). TAMBIÉN SE MENCIONÓ ANAFILAXIA, LO CUAL, JUNTO - CON LO QUE ACABAMOS DE DECIR, NO PERMITE CONSIDERAR A LA OLEANDOMICINA VIA LA TOA EN TERA--PÉUTICA DENTAL.

LINCOMICINA (LINCOCIN), CLINDAMICINA (CLEOCIN)

AISLADOS DEL HONGO STREPTOMYCES LINCOLNENSIS, ESTOS ANTIBIÓTICOS SUELEN SER BACTERICIDAS - FRENTE A PATÓGENOS GRAMPOSITIVOS Y POSEEN CIERTA EFICACIA EN EL RESTO DE LOS MICROORGANIS--MOS DE ESTA CLASE. HASTA AHORA NO SE MENCIONARON REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD GRAVES - (EDEMA ANGINEURÓTICO, ANAFILAXIA, ETC.) Y PARECE QUE LAS PRINCIPALES MANIFESTACIONES TÓ--XICAS SON IRRITACIÓN GASTROINTESTINAL (NÁUSEAS, DIARREA Y CÓLICOS), COLITIS Y SOBREENFEC--CIONES. LA LINCOMICINA (PARENTERAL) Y LA CLINDAMICINA ORAL (CLEOCIN) INHIBEN LA SÍNTESIS - PROTEICA (RIBOSOMAS Y POLIPÉPTIDOS). POR SU AFINIDAD O PREDILECCIÓN POR LAS INFECCIONES -

ÓSEAS Y POR SU INDUDABLE EFICACIA FRENTE A LOS ESTAFILOCOCOS, ESTAS DROGAS FUERON RECIBIDAS COMO UN REGALO DEL CIELO POR LA MAYORÍA DE LOS CLÍNICOS QUE TODOS LOS DÍAS ENCUENTRAN CASOS DE OSTEÍTIS BACTERIANA Y ALGUNOS OCASIONALES DE OSTEOMIELITIS. SIN EMBARGO, SON --- EFICACES PERO NO TANTO COMO SE ESPERABA. A PESAR DE TODO, RESPETANDO LAS LIMITACIONES, -- OCUPAN EL SEGUNDO PUESTO (POR LO MENOS A LA PAR CON LA ERITROMICINA) DESPUÉS DE LA PENICILINA Y LAS CAFALOSPORINAS EN LA FARINGITIS, OTITIS MEDIA, INFECCIONES DENTALES (HUESO Y -- PARTES BLANDAS), SEPTICEMIA, CELULITIS, OSTEOMIELITIS Y ALGUNAS INFECCIONES TORÁCICAS. LA ACCIÓN DE ESTOS ANTIBIÓTICOS NO ES INFLUIDA POR LA PROBENECIDA, PERO LA ANTAGONIZA LA ERI-- TROMICINA, DE MODO QUE NUNCA DEBEN DARSE JUNTO CON ELLA. COMO LA FIJACIÓN PROTEICA ES ES-- CASA, DESARROLLAN UN NIVEL DE ACTIVIDAD BASTANTE GRANDE EN POCO TIEMPO. LA LINCOMICINA ES LA DROGA DE ELECCIÓN EN LAS INFECCIONES POR ANAEROBIOS RESISTENTES A LA PENICILINA O EN -- CASOS DE ALERGIA A ÉSTA, EN PARTICULAR POR B. FRAGILIS. COMO DIJIMOS, LA ALERGIA NO ES UN FACTOR IMPORTANTE Y LA TOXICIDAD SE LIMITA PRINCIPALMENTE AL INTESTINO, PERO DEBEMOS SEÑA-- LAR QUE SUS MANIFESTACIONES PUEDEN SER MUY GRAVES (HEMORRAGIAS, ULCERACIÓN Y ESFACELAMIENT-- TO). SE PUBLICARON MÁS DE 300 CASOS DE COLITIS POR CLINDAMICINA. LA DOSIS ES 150 A 300 MG. 4 VECES POR DÍA.

TETRACICLINA (ACROMICINA, TETRACYN) CLORTETRACICLINA (AUREOMICINA) OXITETRACICLINA (TERRA-- MICINA) DEMATILCLORTETRACICLINA (LEDERMICINA, DECLOMYCIN), METACICLINA (RONDONICINA), DOXI-- CICLINA (VIBRAMICINA), ROLITETRACICLINA (SINTETRIN, VELACYCLINE), MINOCICLINA (MINOCIN). ESTOS SON LOS PRINCIPALES MIEMBROS DE UN NUMEROSO GRUPO DE ANTIBIÓTICOS ÍNTIMAMENTE EMPA--

RENTADOS ENTRE SÍ, QUE SE CONOCEN POR SU AMPLIO ESPECTRO DE ACTIVIDAD. AUNQUE, POR SUPUESTO, ESTE AMPLIO ESPECTRO ES UN FACTOR DESEABLE, LAS TETRACICLINAS, A DIFERENCIA DE LA PENICILINA, QUE ES BACTERIOLÍTICA, SON BACTERIOSTÁTICAS Y POR CONSIGUIENTE NO SUELEN COMBATIR LAS INFECCIONES GRAVES CON TANTA RAPIDEZ Y EFICACIA. NO SON DE PRIMERA ELECCIÓN EN NINGUNA INFECCIÓN DENTAL NI FARÍNGEA, QUIZÁ CON EXCEPCIÓN DE LA PAROTITIS (ADENITIS SALIVAL). LA MINOCICLINA (MINOCIN) TIENE PREDILECCIÓN POR LAS GLÁNDULAS SALIVALES (AUNQUE ES LAMENTABLE QUE TAMBIÉN SEA MUY ALERGÉNICA) Y ES ÚTIL EN LA OSTEORRADIONECROSIS, EN QUE TAMBIÉN ES EFICAZ LA DOXICICLINA (VIBRAMICINA). EN UN ESTUDIO MÁS ACTUAL SE COMPROBÓ QUE LAS TETRACICLINAS SON INOPERANTES EN LA MAYORÍA DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTICAS. LOS EFECTOS TÓXICOS SE MANIFIESTAN HABITUALMENTE POR SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES: NÁUSEAS, VÓMITO Y DIARREA. LOS CAMBIOS QUE PRODUCEN EN LA FLORA INTESTINAL FACILITAN LA PROLIFERACIÓN DE MONILIAS, QUE ORIGINA ENTRE OTRAS COSAS, DIARREA PERSISTENTE. DE ACUERDO CON UN HALLAZGO RECIENTE, DE GRAN IMPORTANCIA EN ODONTOLOGÍA, LA INGESTIÓN DE TETRACICLINAS EN MUJERES EMBARAZADAS PUEDE PROVOCAR EN EL FETO DEFECTOS EN EL DESARROLLO DENTARIO, ACOMPAÑADOS DE UNA DECOLORACIÓN AMARILLENTO QUE PERSISTE DURANTE TODA LA VIDA. LA CREENCIA, OTORRA MUY COMÚN, DE QUE LAS TETRACICLINAS ERAN BASTANTE INOCUAS Y SE PODÍAN PRESCRIBIR CON DESAPRENSIÓN COMO PLACEBO PARA "HACER ALGO POR EL PACIENTE, PORQUE NO HACEN DAÑO Y PUEDEN SER ÚTILES", HA QUEDADO DESVIRTUADA. LA ANAFILAXIA FATAL POR TETRACICLINA NO ES UNA ENTIDAD DESCONOCIDA.

AMINOGLUCOSIDOS.

LOS AMINOGLUCÓSIDOS SON UN NUMEROSO GRUPO DE ANTIBIÓTICOS EN EL QUE FIGURAN ALGUNOS ANTIGUOS Y OTRAS DROGAS "MILAGROSAS" MUY RECIENTES.

EN LA ACTUALIDAD SE USAN LA ESTREPTOMICINA, NEOMICINA, KANAMICINA, GENTAMICINA, TOBRAMICINA, PARAMICINA Y AMIKACINA.

ESTAS DROGAS SE ADMINISTRAN POR TODAS LAS VÍAS, PUES LA KANAMICINA, PARAMICINA Y NEOMICINA SE DAN POR BOCA Y LAS OTRAS POR VÍA PARENTERAL. LA NEOMICINA POR SUPUESTO, ES EFICAZ COMO TÓPICO. LA AMIKACINA ES NUEVA Y SE PREFIERE PARA COMBATIR BACTERIAS GRAMNEGATIVAS QUE SERÍAN RESISTENTES A LOS AMINOGLUCÓSIDOS.

LOS ANTIBIÓTICOS DE ESTA CLASE SON SINERGISTAS DE LA PENICILINA Y COMPATIBLES CON ELLA; EN DOSIS BAJAS SON BACTERIOSTÁTICOS Y EN DOSIS ALTAS SON BACTERICIDAS, EN PARTICULAR FRENTE A LOS BACILOS GRAMNEGATIVOS. SIN EMBARGO, A CAUSA DE SUS EFECTOS COLATERALES MUY GRAVES, SE DEBE RESTRINGIR SU USO EN ODONTOLOGÍA (CON EXCEPCIÓN DE LA NEOMICINA TÓPICA) PARA LAS INFECCIONES MAXILOFACIALES QUE PONEN EN PELIGRO LA VIDA. LA ADMINISTRACIÓN IRRESTRICTA O INTEMPESTIVA DE AMINOGLUCÓSIDOS PRODUCE LESIÓN PERMANENTE DEL NERVIIO AUDITIVO, LABERINTITIS COCLEAR Y VESTIBULAR Y NEFROTOXICIDAD LETAL.

SI SE PIENSA HACER TRATAMIENTO PROLONGADO, ES IMPRESCINDIBLE QUE SE INVESTIGUE PRIMERO LA FUNCIÓN RENAL. LA DOSIS ES 3MG/KG/DÍA EN LAS PRIMERAS 24 HORAS EN LAS INFECCIONES LETALES, Y 2 MG/KG EN LO SUCESIVO. LOS AMINOGLUCÓSIDOS SON MÁS ACTIVOS EN MEDIO ALCALINO (8 A 60 VECES MÁS) Y MENOS CUANDO LA OSMOLALIDAD ES GRANDE. EL IÓN CALCIO (LECHE, ETC), PUEDE ANULAR SU ACCIÓN.

ESPECTINOMICINA (TROBICIN)

ESTA DROGA ES MUY SIMILAR A LOS AMINOGLUCÓSIDOS EN TODOS LOS ASPECTOS Y, ADEMÁS, SUSCITA RESISTENCIA MICROBIANA CON RAPIDEZ. SOLO SE EMPLEA EN CASOS PERTINACES DE GONORREA, EN QUE SU EFICACIA ESTÁ DADA POR UNA FRANCA Y LETAL AFINIDAD POR LOS GONOCOCOS.

CLORANFENICOL (CLOROMICETINA)

EL ESPECTRO DE ESTA DROGA ES AMPLIO, PUES CUBRE BACTERIAS GRAMPOSITIVAS Y GRAMNEGATIVAS, RICKETTSIAS, VIRUS DE LA FIEBRE TIFOIDEA Y ALGUNOS VIRUS GRANDES. POR SU AMPLIO ESPECTRO Y SU PREDILECCIÓN POR EL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO, ES EFICAZ EN LA MENINGITIS BACTERIANA. SIN EMBARGO, LA UTILIDAD GENERAL DE ESTE POTENTE ANTIBIÓTICO ES LIMITADA (EXCEPTO COMO MEDIDA SALVADORA) PORQUE SE COMPROBÓ QUE ORIGINA DISCRASIAS SANGUÍNEAS Y OTRAS ALTERACIONES DEGENERATIVAS IMPORTANTES. AUNQUE NO SE PODRÍA JUSTIFICAR EL EMPLEO DEL CLORANFENICOL EN NINGUNA ENFERMEDAD DENTAL, CORRESPONDE QUE LO MENCIONEMOS. SUS EFECTOS TÓXICOS SE RELACIONAN EN PARTICULAR CON LA LESIÓN DE LA MÉDULA ÓSEA Y LA CONSIGUIENTE AGRANULOCITO--

SIS O ANEMIA APLÁSICA, PERO PUEDE CAUSAR ENVENENAMIENTO FATAL EN NEONATOS PORQUE EN ELLOS NO OCURRE LA GLUCURONIZACIÓN NECESARIA PARA QUE SE METABOLICE. OTROS EFECTOS COLATERALES ADVERSOS SON HIPOPLASIA ERITROIDE TRANSITORIA Y SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES.

RIFAMPICINA.

ES UNA DROGA ORAL MUY PROMISORIA Y DE BAJA TOXICIDAD. ACTÚA FRENTE A LA MAYORÍA DE LAS BACTERIAS GRAMPOSITIVAS Y GRAMNEGATIVAS, ALGUNOS VIRUS Y MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS. LA MAYORÍA DE LOS EXPERTOS EN TERAPIA ANTIMICROBIANA CONSIDERAN QUE SOLO SE DEBE DAR EN LA TUBERCULOSIS, PERO ES EFICAZ EN UN ESPECTRO AMPLIO, EN CASO NECESARIO.

VARIOS ANTIBIÓTICOS QUE ACABAMOS DE ENUMERAR HALLAN UNA APLICACIÓN ESCASA O MUY DISCUTIBLE EN INFECCIONES DENTALES, PERO LOS MENCIONAMOS POR SU DIFUSIÓN. OTROS PRODUCTOS NUEVOS TAMBIÉN ENTRARÍAN EN ESTA CATEGORÍA RESTRINGIDA, COMO CICLOSERINA, RISTOCETINA, COLIMICINA, ÁCIDO NALIDÍXICO, ÁCIDO FUSÍDICO Y VIOMICINA.

EXISTEN OTROS DOS ANTIBIÓTICOS CUYA UTILIDAD PRIMARIA RADICA EN LA APLICACIÓN TÓPICA. MUCHAS VECES APARECEN COMO APÓSITOS MEDICADOS, ROCÍOS Y CREMAS EN COMBINACIÓN CON OTROS AGENTES. A PESAR DE SU EMPLEO EN GRAN MEDIDA EMPÍRICO, SON DE VALOR TERAPÉUTICO. SE TRATA DE LA BACITRACINA Y LA TIROTRICINA. LA BACITRACINA ES EFICAZ FRENTE A LA MAYORÍA DE LOS COCOS GRAMPOSITIVOS Y ALGUNOS GRAMNEGATIVOS EN LOS TEJIDOS SUPERFICIALES, Y NO PRODU-

CE TOXICIDAD NI IRRITACIÓN LOCAL. LA TIOTRICINA ES DE UTILIDAD LIMITADA PORQUE LOS MICRO ORGANISMOS GRAMNEGATIVOS INHIBEN SU ACCIÓN, PERO ES BACTERICIDA PARA LOS ESTREPTOCOCOS Y ESTAFILOCOCOS EN LAS HERIDAS ABIERTAS. ESTA DROGA ES MUY POCO SENSIBILIZANTE EN TODOS LOS TEJIDOS, EXCEPTO LAS MENINGES, DE MODO QUE PRODUCE ALTA TOXICIDAD CUANDO SE INTRODUCE POR ACCIDENTE EN EL ESPACIO SUBARACNOIDEO. SI EXISTE TAL POSIBILIDAD, SE DEBE PRESCINDIR DE LA TIOTRICINA.

SULFAMIDAS.

PARA CONTROLAR INFECCIONES EXISTEN OTROS AGENTES SINTÉTICOS QUE NO SON VERDADEROS ANTIBIÓTICOS, YA QUE ESTOS POR DEFINICIÓN, DEBEN SER PRODUCIDOS POR ORGANISMOS VIVOS. DICHO GRUPO DE QUIMIOTERÁPICOS INCLUYE LAS SULFAMIDAS, LAS DROGAS ANTIMICÓTICAS, LOS ANTIPROTOZOARIOS Y LOS VERMIFUGOS. SOLO SE CONSIDERARÁN LOS PRIMEROS DOS GRUPOS QUE SON LOS QUE SE UTILIZAN EN ODONTOLOGÍA.

LA SULFADIAZINA ES, DE ACUERDO CON EL CRITERIO GENERAL, LA MÁS EFECTIVA Y LA MENOS TÓXICA DE LAS SULFAS PERO TAMBIÉN EL SULFISOXAZOL (GANTRISÍN) Y LAS SULFAMIDAS TRIPLES SE EMPLEAN AMPLIA Y EFICAZMENTE EN ESPECIAL EN LAS INFECCIONES URINARIAS.

LA SULFADIMETOXINA (MADRIBÓN) ES OTRO PRODUCTO POPULAR Y POTENTE AL QUE RECIENTEMENTE SE

HA RESPONSABILIZADO DE CAUSAR EL SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON (ERITEMA MULTIFORME GRAVE - CON FORMACIÓN DE AMPOLLAS) EN UN NÚMERO LIMITADO DE PACIENTES. AUNQUE RARA, ES LAMENTABLEMENTE UNA ENFERMEDAD DE PRONÓSTICO GRAVE.

EN GENERAL, LAS SULFAMIDAS DEBEN USARSE CON CAUTELA Y SOLO DESPUÉS DE UNA EVALUACIÓN MINUCIOSA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HEPÁTICAS O RENALES, O CON OBSTRUCCIÓN URINARIA O DISCRASIAS SANGUÍNEAS. A VECES PRODUCEN ERUPCIONES CUTÁNEAS Y EDEMA ANGIONEURÓTICO, PERO EL TRASTORNO MÁS COMÚN ES LA PRECIPITACIÓN DE SUS CRISTALES EN LAS VÍAS URINARIAS, -- QUE PUEDE EVITARSE ADMINISTRANDO ALCALINOS (BICARBONATO DE SODIO).

FUNGICIDAS Y FUNGISTATICOS.

TRES DE LOS AGENTES ANTIMICÓTICOS MÁS NUEVOS SE UTILIZAN AMPLIAMENTE EN COMBINACIÓN CON LAS TETRACICLINAS. SU EFECTIVIDAD EN TRATAMIENTOS CORTOS ES DISCUTIBLE.

LOS AGENTES ANTIMICÓTICOS SUELEN EJERCER UNA ACCIÓN DETERGENTE SOBRE LA PARED CELULAR -- DEL HONGO. EL ANTIBIÓTICO QUE MÁS SE PRESCRIBÍA EN ODONTOLOGÍA ERA UNA COMBINACIÓN DE - TETRACICLINA Y NISTATINA (MISTECLIN F).

LA ANFOTERICINA B ES LA MEJOR DROGA DEL GRUPO EN LAS INFECCIONES MICÓTICAS GRAVES Y SE - ADMINISTRA EN GOTEADO I.V. (50 MG. CADA 6 HORAS). EN OCASIONES ES TÓXICA PARA LOS RIÑONES

Y EL APARATO GENITOURINARIO, Y PUEDE CAUSAR DEPRESIÓN DEL SNC, CON CEFALEA, FIEBRE Y ESCALOFRÍOS.

LA FLUCITOSINA ES LA MÁS INOCUA DE ESTAS DROGAS Y SE PREFIERE EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS LEVES A MODERADOS. LA DOSIS ES 500 MG, POR VÍA ORAL, 4 VECES POR DÍA.

LA NISTATINA SE PUEDE USAR COMO TÓPICO O ADMINISTRAR POR BOCA Y ES EFICAZ FRENTE A CANDIDA Y MONILIA, QUE FORMAN PARTE DE LA FLORA NORMAL. EN OCASIONES LA INACTIVA EL JUGO GÁSTRICO.

LA GRISEOFULVINA SE EMPLEA CON PREFERENCIA PARA LAS DERMATOFITOSIS (TIÑA) Y NO PARA LAS MICOSIS SISTÉMICAS. SE TOMA POR VÍA ORAL DURANTE LARGOS PERÍODOS: 3 A 4 SEMANAS PARA LAS INFECCIONES CUTÁNEAS Y 6 A 12 MESES PARA LAS INFECCIONES DE LAS UÑAS. ACTÚA DEPOSITÁNDOSE EN LA CAPA CÓRNEA (QUERATINA) DE LA PIEL Y ANEXOS CUTÁNEOS.

NITROFURAZONA (FURAZIN).

DERIVADO DEL NITROFURANO, ESTE AGENTE ES MUY EFICAZ FRENTE A MUCHOS MICROORGANISMOS GRAM NEGATIVOS Y GRAMPOSITIVOS RESISTENTES A LOS ANTIBIÓTICOS COMUNES, Y POSEE ACCIÓN BACTERICIDA EN UN AMPLIO ESPECTRO. SE APLICA COMO TÓPICO EN SOLUCIÓN O UNGUENTO. MUCHAS VECES SU USO CONTÍNUO POR 10 O MÁS DÍAS CAUSA IRRITACIÓN LOCAL Y EN OCASIONES REACCIÓN ---

ALÉRGICA GENERALIZADA EN LA PIEL. A CORTO PLAZO LA DROGA ES ATÓXICA, SE MUESTRA EFICAZ AUNQUE HAYA SANGRE O PUS, Y PROMUEVE LA CICATRIZACIÓN. LA GASA DE FURACIN SE EMPLEA MUCHO PARA RELLENAR RECESOS INFECTADOS O CUBRIR HERIDAS.

AGENTES ANTIVIRALES.

FUERON OBJETO DE INTENSA BÚSQUEDA, AUNQUE CON ESCASO ÉXITO HASTA HACE POCO PORQUE LOS VIRUS SON INTRACELULARES Y, POR LO TANTO, DIFÍCILES DE ERRADICAR SIN MATAR A LA CÉLULA MISMA. EN LA ACTUALIDAD SE INVESTIGAN UNOS 10 COMPUESTOS.

EL AGENTE MÁS MODERNO Y CON MUCHO EL MÁS EFICAZ, LA ADENINA ARABINÓSIDO, HA CREADO EFERVESCENCIA EN EL AMBIENTE MÉDICO, PUES SE OBTUVIERON BUENOS RESULTADOS EN EL 90% DE UN GRUPO DE PACIENTES CON ENCEFALITIS HERPÉTICA, ENFERMEDAD QUE SUELE MATAR AL 70% DE SUS VÍCTIMAS Y DEJA A LA MAYORÍA DE LOS SOBREVIVIENTES CON GRAVES SECUALES NEUROLÓGICAS.

EN LA ACTUALIDAD SE TRABAJA CON MIRAS A AMPLIAR LOS HORIZONTES CON ANÁLOGOS PROMISORIOS DE ESTA DROGA POTENCIALMENTE "MILAGROSA". LA CITOSINA ARABINÓSIDO SERÍA EFICAZ EN EL HERPES GENITAL, PERO SE AGUARDAN NUEVOS DATOS.

POCOS ASPECTOS DEL TRATAMIENTO DENTAL REQUERIRÍAN MÁS CONOCIMIENTOS QUE EL MANEJO DE LOS ANTIBIÓTICOS.

LA ELECCIÓN INCORRECTA, EL USO DE COMBINACIONES MÚLTIPLES O EN PERDIGONADA, EL ABUSO DE AGENTES, ANTIMICÓTICOS, LA DEPENDENCIA EN AGENTES MUY TÓXICOS O POTENCIALMENTE TÓXICOS -- CUANDO OTROS MÁS INOCUOS BASTARÍAN, EL PERÍODO DE USO INADECUADO O PROLONGADO, Y NO IDENTIFICAR A LOS AGENTES CAUSALES NI REALIZAR PRUEBAS DE SENSIBILIDAD CON CULTIVOS SON ERRORES DE JUICIO COMUNES EN LA MAYORÍA DE LOS ÁMBITOS.

SI SE HICIESE UNA DETENIDA REFLEXIÓN SOBRE TODAS LAS RAMIFICACIONES DE LA ANTIBIOTICOTERAPIA Y SE ESTABLECIERAN OBJETIVOS PRECISOS CON DROGAS ESPECÍFICAS, SE TERMINARÍA CON LA PRÁCTICA ARBITRARIA QUE HASTA AHORA SE BASA EN AFIRMACIONES EXAGERADAS Y EN DATOS INADECUADOS O INEXACTOS.

PRINCIPALES EFECTOS ADVERSOS DE LAS DROGAS ANTIMICROBIANAS

REACCIONES ALÉRGICAS

LAS REACCIONES ALÉRGICAS GRAVES A LOS AGENTES ANTIMICROBIANOS SON MÁS FRECUENTES TRAS LA ADMINISTRACIÓN PARENTERAL. MUCHAS VECES LAS PENICILINAS PRODUCEN REACCIONES ALÉRGICAS TARDÍAS COMO FIEBRE POR DROGAS, ERUPCIONES CUTÁNEAS Y ENFERMEDAD DEL SUERO; LAS REACCIONES ANAFILÁCTICAS SON RARAS, EN PARTICULAR CON LA ADMINISTRACIÓN ORAL Y EN NIÑOS. A CUALQUIER PERSONA ALÉRGICA A UNA PENICILINA SE LE DEBE CONSIDERAR ALÉRGICA A TODAS LAS DEMÁS. LA AMPICILINA PRODUCE ERUPCIONES MACULOPAPULOSAS CON MAYOR FRECUENCIA QUE LAS OTRAS PENICILINAS. AUNQUE A MENUDO SE UTILIZAN CEFELOSPORINAS EN ALÉRGICOS A LAS PENICILINAS, TALES PACIENTES TAMBIÉN PUEDEN EXPERIMENTAR REACCIONES ALÉRGICAS A ELLAS. OTRAS DROGAS ANTIMICROBIANAS QUE TIENDEN A CAUSAR REACCIONES ALÉRGICAS SON DEMETILCLORTETRACICLINA, FLUCITOSINA, ÁCIDO NALIDÍXICO, NOVOBIOCINA, SULFAMIDAS Y TRIMETROPRIMA-SULFAMETOXAZOL.

EFECTOS ADVERSOS DE LA ADMINISTRACION ORAL.

MUCHAS VECES LOS ANTIMICROBIANOS ORALES CAUSAN TRASTORNOS GASTROINTESTINALES COMO NAUSEAS, VÓMITOS Y DIARREA, LOS CUALES SUELEN RELACIONARSE CON LA DOSIS Y PUEDEN OCURRIR --

POR IRRITACIÓN, SOBRE INFECCIÓN O ALTERACIONES DE LA FLORA MICROBIANA. LA DIARREA ES MUY COMÚN, SOBRE TODO CON LAS TETRACICLINAS, AMPICILINAS, LINCOMICINAS, CLINDAMICINA Y CEFA--LOSPORINAS. LA CLINDAMICINA Y LA LINCOMICINA PUEDEN PROVOCAR DIARREA GRAVE Y COLITIS ---SEUDOMEMBRANOSA; OTROS ANTIBIÓTICOS TAMBIÉN PRODUCEN COLITIS. EN OCASIONES APARECEN EFEC--TOS SISTÉMICOS GRAVES POR ABSORCIÓN DE ANTIBIÓTICOS "NO ABSORBIBLES" COMO NEOMICINA; EL -RIESGO DE TALES EFECTOS ES MAYOR EN LACTANTES Y EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL, AUN--QUE PUEDE SUFRIRLOS CUALQUIER PACIENTE QUE ESTÉ EN TRATAMIENTO ORAL MUCHO TIEMPO.

SOBREINFECCIONES.

LOS ANTIMICROBIANOS, ADMINISTRADOS POR CUALQUIER VÍA, PREDISPONEN A LAS SOBREINFECCIONES DEL TRACTO GASTROINTESTINAL Y DE OTROS ÓRGANOS. LA SOBREINFECCIÓN ES MÁS PROBABLE CUANDO SE TOMAN GRANDES DOSIS EN FORMA REITERADA O SE EMPLEAN COMBINACIONES DE DROGAS; ES RELA--TIVAMENTE FRECUENTE CON LAS TETRACICLINAS Y OTRAS DROGAS DE AMPLIO ESPECTRO. ENTRE LAS -SOBREINFECCIONES MÁS GRAVES FIGURAN ENTEROCOLITIS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS Y NEUMONÍA Y SEPSIS POR ESTAFILOCOCOS, BACILOS GRAMNEGATIVOS Y CANDIDA. MUCHAS VECES LA ESTOMATITIS, GLOSITIS, PRURITO ANAL Y VULVOVAGINITIS POR ADMINISTRACIÓN ORAL DE ANTIMICROBIANOS SE DE--BE A HONGOS, EN PARTICULAR CANDIDA, AUNQUE EN LOS PACIENTES QUE TIENEN ESTOS SÍNTOMAS LOS CULTIVOS PARA HONGOS PUEDEN DAR RESULTADO NEGATIVO.

LESION RENAL E INSUFICIENCIA RENAL.

MUCHOS AGENTES ANTIMICROBIANOS SE EXCRETAN INTACTOS PRINCIPALMENTE CON LA ORINA, PERO --- OTROS SE METABOLIZAN DE MODO QUE SUS METABOLITOS JUNTO CON UN POCO DE DROGA INTACTA, SE - EXCRETAN CON LA ORINA O POR EL TRACTO BILIAR. ALGUNOS ANTIMICROBIANOS QUE SE EXCRETAN -- CON PREFERENCIA POR VÍA URINARIA PUEDEN ACARREAR UNA LESIÓN RENAL QUE CONDUCE A LA ACUMU- LACIÓN DE DROGA EN LA SANGRE, ACENTUÁNDOSE ASÍ LA LESIÓN DEL RIÑÓN. ESTAS DROGAS, ENTRE OTRAS, SON BACITRACINA, NEOMICINA, VANCOMICINA, CEFALORIDINA, TRIMETROPRIMA-SULFAMETOXA-- ZOL Y SULFAMIDAS. LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES CON DISFUNCIÓN RENAL TOLERAN BIEN LA PRI-- MERA DOSIS USUAL DE LAS DROGAS QUE SE EXCRETAN CON PREFERENCIA POR VÍA RENAL, PERO EN LO SUCESIVO PARA REDUCIR AL MÍNIMO EL RIESGO DE TOXICIDAD, LA DOSIS DIARIA TOTAL DEBE REDU-- CIRSE PROLONGANDO EL INTERVALO ENTRE LAS DOSIS, DISMINUYENDO LA DOSIS INDIVIDUAL O AMBAS COSAS.

EMBARAZO

A PESAR DE QUE NO SE CUENTA CON PRUEBAS CONCRETAS DE QUE ALGÓN AGENTE ANTIMICROBIANO SEA TERATÓGENO EN EL SER HUMANO, ESTAS DROGAS AL IGUAL QUE TODAS LAS DROGAS EN GENERAL, DEBEN PRESCRIBIRSE CON SUMA CAUTELA DURANTE EL EMBARAZO. LA GRISEOFULVINA, QUE ES EMBRIOTÓXICA Y TERATÓGENA EN LA RATA, ESTÁ CONTRAINDICADA EN EL EMBARAZO. LA TETRACICLINA ADMINISTRA-- DA DESPUÉS DEL CUARTO MES DE LA GESTACIÓN, PUEDE PRODUCIR DISCROMIA E HIPOPLASIA DE LOS

DIENTES EN EL RECIÉN NACIDO.

LA TETRACICLINA PARENTERAL HA CAUSADO GRAVE HEPATOPATÍA EN MUJERES EMBARAZADAS. LAS SULFAMIDAS, ADMINISTRADAS CERCA DE TÉRMINO, PUEDEN CONTRIBUIR A LA INSTALACIÓN DE KERNICTERUS EN EL RECIÉN NACIDO.

**DROGAS ANTICOLINÉRGICAS
(ALCALOIDES DE LA BELLADONA, ETC.)**

LA ATROPINA Y LA ESCOPOLAMINA SON LAS DROGAS MÁS IMPORTANTES DEL GRUPO DE LOS PARASIMPÁTICAS, QUE TAMBIÉN INCLUYE LA HIOSCIAMINA Y OTROS PRODUCTOS SINTÉTICOS (TRAL, BANTHINE Y PRO-BANTHINE). SE LAS EMPLEA PARA TRATAR UNA LARGA SERIE DE ENFERMEDADES, INCLUYENDO CARDIOPATÍAS, POR INSOMNIO, DISFUNCIONES GÁSTRICAS Y ESPASMOS INTESTINALES. ACTÚAN -- ASÍMISMO COMO ANTÍDOTOS PARA COMBATIR LAS ACCIONES INDESEABLES DE LAS OTRAS DROGAS, COMO SE OBSERVARÁ EN LA DEPRESIÓN RESPIRATORIA OCASIONADA POR LA MORFINA Y LOS BARBITÚRICOS,

EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA, LA ATROPINA (ESTIMULANTE DEL SNC) SE USA COMO AGENTE ANTISIALAGOGO ASOCIADO A LOS ANESTÉSICOS LOCALES; TAMBIÉN SE LA EMPLEA PARA REDUCIR LAS SECRECIONES FARÍNGEAS Y BRONQUIALES Y REDUCIR ASÍ EL RIESGO DE ASPIRACIÓN EN EL PACIENTE ANESTESIADO E INCONSCIENTE. LA ESCOPOLAMINA, DEPRESORA DE SNC, TIENE PROPIEDADES ANTISECRETORAS MÁS FUERTES Y ADEMÁS PRODUCE SOMNOLENCIA, EUFORIA Y AMNESIA. ESTA DROGA SERÍA MÁS -- VALIOSA QUE LA ATROPINA SI NO FUERA POR LOS EFECTOS PARADÓJICOS QUE ORIGINA (EXCITACIÓN - ALUCINACIONES Y DELIRIO).

AUNQUE LOS SÍNTOMAS DE INTOXICACIÓN POR ESTOS FÁRMACOS SON MUY VIOLENTOS, ES RARO QUE ---

QUE PRODUZCAN ENVENENAMIENTOS SERIOS. LAS MANIFESTACIONES CARACTERÍSTICAS SON LAS SIGUIENTES: DISFAGIA, SED INTENSA, ALTERACIONES VISUALES, RUBOR EN LA CARA, EL CUELLO Y EL PECHO, FIEBRE, TAQUICARDIA Y EXCITACIÓN DELIRANTE SEGUIDA DE DESVANECIMIENTO Y ESTUPOR. PESE A LO ESPECTACULAR DEL CUADRO, LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES SE RECUPERAN SIN SECUELAS. LA ACCIÓN MIDRIÁTICA Y CICLOPLÉGICA DE LA ATROPINA Y LA ESCOPOLAMINA LAS CONTRAINDICA EN PACIENTES CON GLAUCOMA. EL AUMENTO DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR PUEDE PRODUCIR LESIONES O RUPTURA DEL GLOBO OCULAR. OTROS DE LOS EFECTOS DE LA ATROPINA ES LA TAQUICARDIA, CAUSADA POR BLOQUEO DEL VAGO, Y PUEDE SER PERJUDICIAL EN ALGUNAS CARDIOPATÍAS. EN LOS ANCIANOS, DEBE PRESCRIBÍRSELA SIEMPRE CON CAUTELA.

DROGAS COLINÉRGICAS (PILOCARPINA)

LOS AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS O COLINÉRGICOS (METACOLINA, CARBACOL Y BETANECOL) SON DROGAS POTENTES QUE SOLO SE USAN EN SITUACIONES QUE REQUIEREN TRATAMIENTOS DRÁSTICOS, COMO OCURRE CON LA RETENCIÓN URINARIA POSOPERATORIA, EL ÍLEO Y LA DEMORA EN LA EVACUACIÓN DEL CONTENIDO GÁSTRICO DESPUÉS DE LA VAGOTOMÍA.

LA PILOCARPINA, PROBABLEMENTE EL MÁS DÉBIL DE LOS MIEMBROS DE ESTE GRUPO, SE UTILIZA A VECES EN ODONTOLOGÍA COMO SIALAGOGO. ES MUY EFICAZ PARA COMBATIR LA SEQUEDAZ BUCAL PROVOCADO POR AGENTES BLOQUEADORES GANGLIONARES (APRESOLINA) EN PACIENTES HIPERTENSOS. APARTE DE LA XEROSTOMÍA, QUE IMPIDE A MENUDO EL USO DE DENTADURAS POSTIZAS Y PUEDE DIFICULTAR

LA MASTICACIÓN Y DEGLUCIÓN, LA APRESOLINA TAMBIÉN ORIGINA CONSTIPACIÓN, SEQUEDAD OCULAR Y TRASTORNOS EN LA MICCIÓN. LA PILOCARPINA ACTÚA CONTRA TODAS ESTAS MANIFESTACIONES Y PUEDE ADMINISTRARSE POR BOCA. NO DEBE DEJARSE DE CONSULTAR CON EL MÉDICO DEL PACIENTE CUANDO SE PLANEE USAR ESTAS DROGAS EN PERSONAS CON "SEQUEDAD DE BOCA".

ESTIMULANTES Y ANALEPTICOS

ANFETAMINAS (BENCEDRINA)

ESTA DROGA Y SUS DERIVADOS, INCLUYENDO LA DEXTRIOANFETAMINA (DEXEDRINA) Y LA METANFETAMINA SON QUIZÁ LOS FÁRMACOS QUE SE USAN CON MENOS CRITERIO EN EL ÁMBITO MÉDICO. SU PRINCIPAL MISIÓN ES LEVANTAR EL ÁNIMO Y ALIVIAR LAS MANIFESTACIONES DEPRESIVAS EN PACIENTES MODERADAMENTE ALTERADOS, PERO TAMBIÉN SE LAS EMPLEA -Y MUCHO- PARA REDUCIR TEMPORARIAMENTE EL APETITO EN PACIENTES OBESOS O PARA COMBATIR LA SOMNOLENCIA. TAMBIÉN SON DE CIERTA UTILIDAD COMO ESTIMULANTES RESPIRATORIOS EN LA INTOXICACIÓN POR BARBITÚRICOS. SIN EMBARGO, SU EMPLEO INDISCRIMINADO Y POR TANTO LA DIVERSIDAD DE LOS EFECTOS TÓXICOS PRODUCIDOS, HAN HECHO OLVIDAR EN PARTE LAS ACCIONES BENEFICIOSAS POR EL PELIGRO POTENCIAL DE SU ADMINISTRACIÓN.

EN DOSIS GRANDES Y SOSTENIDAS, LAS MANIFESTACIONES TÓXICAS, QUE SON SERIAS Y APARECEN CON RAPIDEZ, SE CARACTERIZAN POR INSOMNIO, ALUCINACIONES, MANÍA, HIPERPIREXIA Y CONVULSIONES CAPACES DE LLEVAR A LA MUERTE. OTROS EFECTOS TÓXICOS, MÁS SUTILES, SON EL ENTORPECIMIENTO DE LA CAPACIDAD DE JUICIO, DE RAZONAMIENTO Y DE LA INTELIGENCIA. ESTO PUEDE HACER --- CREER A LA PERSONA DROGADA QUE LE VA MUY BIEN EN LA VIDA, CUANDO EN REALIDAD NO ES ASÍ. LAS TRÁGICAS CONSECUENCIAS POSIBLES DE ESTA ACTITUD SON FÁCILES DE IMAGINAR. POR SI ESTO FUERA POCO, SON DROGAS QUE PRODUCEN HABITUACIÓN, FENÓMENO QUE HA ADQUIRIDO PROPORCIONES - ALARMANTES EN ALGUNOS PAÍSES.

DEFENILMETANOS.

ESTE GRUPO DE ESTIMULANTES CEREBRALES, AUNQUE RELACIONADOS CON LA ANFETAMINA, SE CARACTERIZAN POR UNA ACCIÓN MÁS MODERADA Y POR SER MUCHO MENOS TÓXICOS. LA RITALINA ES UN FÁRMACO CONOCIDO EN ODONTOLOGÍA Y PUEDE UTILIZARSE CON MENOS RIESGO QUE LA MAYORÍA DE LOS OTROS ESTIMULANTES. EN ALGUNOS PACIENTES SE OBSERVAN HIPEREXCITABILIDAD E INSOMNIO, EFECTOS INDESEABLES AUNQUE NO PELIGROSOS.

MUCHAS VECES MENCIONADA O PROPUESTA COMO ANTÍDOTO EN LOS ESTADOS DE DEPRESIÓN POR BARBITÓRICOS U OTRAS DROGAS, LA RITALINA ES LENTA Y DE ACCIÓN TAN DÉBIL QUE RESULTA RELATIVAMENTE POBRE PARA OBTENER UNA VERDADERA ACCIÓN ANALÉPTICA. SIN EMBARGO, TAMBIÉN ES POCO TÓXICA Y PUEDE SERVIR PARA MEJORAR EL ESTADO DE ÁNIMO.

FENITOINA (DIFENILHIDANTOINA, DILANTIN)

ES EL MEJOR AGENTE DE UN NUMEROSO GRUPO DE ANTICONVULSIVANTES QUE SE UTILIZAN PARA COMBATIR LA EPILEPSIA. TAMBIÉN SE PUEDE USAR A VECES PARA CONTROLAR LAS ARRITMIAS EN LOS PACIENTES CARDÍACOS. COMO ESTA DISFUNCIÓN CONVULSIVA ES BASTANTE COMÚN, EN CUALQUIER TRABAJO SOBRE ODONTOLOGÍA SE DEBE DEDICAR UN POCO DE ESPACIO, AUNQUE SEA PEQUEÑO, PARA INFORMAR SOBRE EL DILANTIN Y OTRAS DROGAS SIMILARES QUE SE EMPLEAN EN PACIENTES CON GRAN MAL EPILEPTICO. LOS ANTICONVULSIVANTES SE CARACTERIZAN HABITUALMENTE POR NO OSCURECER LA MENTE NI DEPRIMIR LA ACTIVIDAD CORTICAL; NO OBSTANTE, TODOS ELLOS SON TÓXICOS NERVIOSOS EN

DOSIS NORMALES Y PUEDEN DAR SÍNTOMAS ALARMANTES EN CANTIDADES EXCESIVAS; CON DOSIS ALTAS O PROLONGADAS DE FENITOÍNA POR EJEMPLO, PUEDE HABER ATAXIA, VISIÓN BORROSA, NISTAGMO, HIPERREFLEXIA LETARGIA Y COMA, ADEMÁS DE ALTERACIONES MENTALES, CAMBIOS DEGENERATIVOS A NIVEL EPITELIAL, TRASTORNOS VISCERALES Y DISCRASIAS SANGUÍNEAS. NO SON INCOMPATIBLES CON OTROS AGENTES CAPACES DE PRECIPITAR ACCESOS AGUDOS EN EL CONSULTORIO AUNQUE UNA HIPEREXCITACIÓN DEL SNC, ORIGINADA POR LA APREHENSIÓN, PODRÍA DESENCADENAR CRISIS EPILÉPTICAS. OTROS FACTORES IMPORTANTES, DESDE EL PUNTO DE VISTA ODONTOLÓGICO, ES LA HIPERPLASIA DE LOS TEJIDOS GINGIVALES EN PACIENTES SOMETIDOS A TRATAMIENTOS PROLONGADOS CON FENITOÍNA.

CAFEINA

ESTE FÁRMACO, PERTENECIENTE AL GRUPO DE LAS XANTINAS, ES SIN DUDA UN EXCELENTE ESTIMULANTE Y POR CIERTO EL MÁS SEGURO. SE LE ENCUENTRA NATURALMENTE EN EL CAFÉ, TÉ, CACAO Y TAMBIÉN COMERCIALMENTE BAJO LA FORMA DE TABLETAS Y PREPARADOS INYECTABLES. CUALQUIERA QUE SEA LA VÍA DE ASIMILACIÓN, ESTIMULA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL PRODUCIENDO UN ESTADO DE ALERTA, REDUCIENDO EL SUEÑO Y ACTIVANDO LA LOCUCIDAD. OTROS EFECTOS, QUE PUEDEN SER DESEABLES O NO DE ACUERDO CON CADA PACIENTE, SON EL ESTÍMULO DE LA RESPIRACIÓN Y DE LA DIURESIS. ES RARO QUE HAYA PROBLEMAS TÓXICOS, PERO LA IRRITABILIDAD Y EL INSOMNIO PUEDEN SER PELIGROSOS EN ALGUNOS ENFERMOS.

HIDRAZINAS

AUNQUE LAS HIDRAZINAS O INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA SE AGRUPAN A MENUDO JUNTO CON LOS ESTIMULANTES, TIENEN TAMBIÉN UNA AMPLIA GAMA DE EFECTOS EN OTROS SECTORES, LA ISOCARBOXAZIDA (MARPLÁN) ES HASTA EL MOMENTO, LA ÚNICA DROGA POPULAR Y RELATIVAMENTE POCO TÓXICAS DE ESTE GRUPO. TIENE ESCASA APLICACIÓN EN ODONTOLOGÍA.

BEMEGRIDA (MEGIMIDA)

FUE INTRODUCIDO COMO ANTAGONISTA DE LOS BARBITÓRICOS POR INHIBICIÓN COMPETITIVA, PERO ESTA VIRTUD NO SE HA PROBADO TODAVÍA. LOS DATOS ACTUALES INDICAN QUE ESTIMULA LA RESPIRACIÓN Y OTRAS FUNCIONES NEURALES POR MECANISMOS SIMILARES A LOS DE LOS ANALÉPTICOS MÁS ANTIGUOS, PERO ES MÁS MODERADO Y MENOS TÓXICO. COMO SUCEDE CON LA MAYORÍA DE LOS ESTIMULANTES DEL SNC, LA SOBREDOSIS PRODUCE CONVULSIONES.

ETAMIVAN (EMIVAN)

PRECONIZADO PRINCIPALMENTE COMO ESTIMULANTE ÚTIL EN LOS ESTADOS DE HIPOVENTILACIÓN ASOCIADOS CON ENFERMEDADES PULMONARES CRÓNICAS, EL ETAMIVÁN PUEDE UTILIZARSE PARA LA ESTIMULACIÓN RESPIRATORIA GENERAL CUANDO SE REQUIERA UN AGENTE DE ESTE TIPO. SI BIEN TIENE UN BUEN MÁRGEN DE SEGURIDAD, EN GRANDES DOSIS ES CONVULSIVANTE.

DOXAPRAM (DOPRAM)

CONSTITUYE UN PROMISORIO ESTIMULANTE RESPIRATORIO POR SU BAJA TOXICIDAD. ES ÚNICO POR EL HECHO DE QUE LA DOSIS REQUERIDA PARA ESTIMULAR LA RESPIRACIÓN ES MENOR QUE LA NECESARIA - PARA PROVOCAR UNA ACTIVIDAD CORTICAL EXAGERADA.

PSICOTOMIMETICOS

CONDENADAS POR LA MAYORÍA, AUNQUE SOLO SEA POR SU DEFINICIÓN -PSYCHOTO (DESÓRDENES MENTALES PROFUNDOS, VASTOS, PROLONGADOS) MIMÉTICOS (IMITAR O SIMULAR), ESTAS OVEJAS NEGRAS DE LA FAMILIA DE LAS DROGAS SON DESGRACIADAMENTE TAN POPULARES QUE EXIGEN ATENCIÓN. LES DAMOS CABIDA EN ESTE TRABAJO POR LA ÍNDOLE IMPREVISIBLE DELAS INTERACCIONES QUE PUEDEN OCURRIR CUANDO SE ADMINISTRAN INTERACCIONES QUE PUEDEN OCURRIR CUANDO SE ADMINISTRAN PRESCRIPCIONES ODONTOLÓGICAS COMUNES A PACIENTES SOMETIDOS A LA ACCIÓN DE ESTOS PODEROSOS AGENTES. PARA EVITAR INCIDENTES DESAGRADABLES, ALARMANTES Y HASTA QUIZÁ VIOLENTOS, CONVIENE POSTERGAR CUALQUIER TIPO DE TRATAMIENTO EN TODOS QUIENES SEAN "USUARIOS" CONOCIDOS O PRESUNTOS DE LA DIETILAMIDA DEL ÁCIDO LISÉRGICO, LA MARIHUANA, LA MESCALINA O LA PSILOCIBINA.

DIETILAMIDA DEL ACIDO LISERGICO

LA DAL (LSD) PRODUCTO SINTÉTICO, ES EL MÁS POTENTE DE TODOS LOS ALUCINÓGENOS. SU ÚNICA APLICACIÓN LEGÍTIMA LA TUVO EN EL CAMPO DE LA PSIQUIATRÍA EXPERIMENTAL. SE CREE QUE SUS PROFUNDOS EFECTOS OBEDECEN A SU ACCIÓN ANTAGONISTA SOBRE LA SEROTONINA Y LA ACCIÓN DIRECTA DE UNA AMINA POCO COMÚN.

LAS TOXICIDADES SON AMPLIAS Y BIEN ESTABLECIDAS Y EN LOS CONSUMIDORES CRÓNICOS SE EVIDENCIAN PSICOSIS PERSISTENTES Y ALTERACIONES CROMOSÓMICAS.

MARIHUANA

EL NOMBRE DE ESTA DROGA HA PASADO A SER UNA PALABRA DE USO CORRIENTE. LOS CORRILLOS DE ARTISTAS Y DE CIERTOS ENCUMBRADOS INTEGRANTES DEL MUNDO ACADÉMICO QUE SUBESTIMAN, CONDONAN O FESTEJAN SU USO ILEGAL, HAN CONFERIDO UNA AUREOLA DE RESPETABILIDAD A ESTA PROSTITUTA DE LA FAMILIA DE LAS DROGAS.

SUS PRESUNTOS BENEFICIOS PSICOLÓGICOS HAY QUE PONDERARLOS A LA LUZ DE LA COMPROBADA DESTRUCCIÓN O ANULACIÓN DE LA VOLUNTAD DE SUPERARSE O SIQUIERA DE COMPETIR EN NUESTRA SOCIEDAD, Y DE LAS CRECIENTES PRUEBAS DE INSIDIOSA MORBOSIDAD.

EN LA AFANOSA BÚSQUEDA DE SUS DEFENSORES POR LEGITIMAR SU USO, SOLO SE PRESENTÓ UN ASPECTO POSITIVO. EL TETRAHIDROCANNABINOL, INGREDIENTE QUÍMICO ACTIVO, HA CONTRARRESTADO EN ALGUNOS CASOS LAS NÁUSEAS CAUSADAS POR LOS ANTIMETABOLITOS Y OTROS QUIMIOTERÁPICOS QUE SE EMPLEAN EN EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES MALIGNOS.

MESCALINA (PEYOTE)

SE OBTIENE DEL CACTO MESCAL. LOS BOTONES SECOS OCASIONAN AL INGERIRLOS UN ESTADO ESTUPO-

ROSO ACOMPAÑADO DE BRILLANTES ALUCINACIONES VISUALES. AUNQUE SE CREE QUE SU TOXICIDAD ES BAJA, NO SE DISPONE DE DATOS SUFICIENTES.

PSILOCIBINA (HONGOS MEXICANOS)

SE ASEMEJAN A LA DLA, PERO PARECE MUCHO MÁS DÉBIL EN TODO SENTIDO.

HORMONAS NATURALES

SON SUSTANCIAS SECRETADAS POR LAS GLÁNDULAS ENDOCRINAS QUE REGULAN LA MAYORÍA DE LOS PROCESOS DEL ORGANISMO. LAS HORMONAS NATURALES SE CARACTERIZAN POR UNA MULTITUD DE EFECTOS, MUCHOS DE LOS CUALES NO SE CONOCEN BIEN HASTA EL MOMENTO.

EL HIPOTIROIDISMO (MIXEDEMA), EL HIPOINSULINISMO (DIABETES) Y EL HIPOPITUITARISMO (ENANISMO), SON EJEMPLOS DE ENFERMEDADES QUE PUEDEN RESULTAR DE UNA PRODUCCIÓN INADECUADA DE HORMONAS POR LA TIROIDES, EL PÁNCREAS Y LA HIPÓFISIS, RESPECTIVAMENTE. TAMBIÉN EXISTEN CASOS EN LOS CUALES LAS GLÁNDULAS ENDOCRINAS NO ELABORAN SUFICIENTE CANTIDAD DE HORMONAS PARA RESPONDER A LAS DEMANDAS DEL ORGANISMO EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS. UN EJEMPLO DE ESTO ES EL USO DE LA NORADRENALINA PARA TRATAR EL SHOCK.

SE PUEDE CUESTIONAR LA NECESIDAD DE INCLUIR ESTOS AGENTES EN UN LIBRO DE ODONTOLOGÍA. RECUÉRDASE, SIN EMBARGO, QUE SON MUCHOS LOS PACIENTES BAJO TRATAMIENTO CON LA TIROXINA (OBESIDAD), CON ESTRÓGENOS (TRASTORNOS DE LA MENOPAUSIA), CON PROGESTERONA (PERTURBACIONES MENSTRUALES) Y CON OCITOCINA (COMPLICACIONES DEL EMBARAZO).

LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ADDISON PUEDEN NECESITAR UNA TERAPÉUTICA VASOPRESORA SU--

PLEMENTARIA, EN TANTO QUE LOS ASMÁTICOS PUEDEN REQUERIR CORTICOSTEROIDES. DEBE REALIZARSE UNA CUIDADOSA EVALUACIÓN DE ESTOS ENFERMOS ANTES DE INICIAR CUALQUIER TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO, DADO QUE ES POSIBLE PRECIPITAR REACCIONES TÓXICAS MUY DIFÍCILES O IMPOSIBLES DE CONTROLAR. ENTRE ELLAS SE INCLUYEN LOS CÓLICOS ABDOMINALES, LAS HEMORRAGIAS UTERINAS, LA TAQUICARDIA, LA RETENCIÓN DE AGUA Y ELECTROLITOS Y LAS ALTERACIONES CUTÁNEAS.

HORMONAS SINTÉTICAS

LOS DERIVADOS DE LA CORTISONA SE EMPLEAN AMPLIAMENTE EN UNA DIVERSIDAD DE SITUACIONES. SON EN SU MAYORÍA PRODUCTOS SINTÉTICOS Y SU ACCIÓN ES A MENUDO OSCURA, TRANSITORIA MÁS -- QUE CURATIVA, Y MUY POTENTE. ÉSTOS AGENTES PUEDEN PRODUCIR ESPECTACULARES MEJORÍAS TEMPO -- RARIAS, AUNQUE RARA VEZ ALIVIO PERMANENTE EN MUCHAS AFECCIONES.

UNA DE LAS PROPIEDADES FUNDAMENTALES DE LOS CORTICOIDES ES SU CAPACIDAD DE SUPRIMIR LAS -- RESPUESTAS INFLAMATORIAS E INMUNOLÓGICAS DEL ORGANISMO, LO CUAL CONSTITUYE LA BASE DE LA MAYORÍA DE SUS APLICACIONES CLÍNICAS. SE LOS USA ASIDUAMENTE EN EL TRATAMIENTO DE DIVER-- SAS DERMATOSIS, ARTRITIS, COLAGENOSIS Y MANIFESTACIONES ALÉRGICAS. LAS ACCIONES ANTIIN-- FLAMATORIAS Y ANTIALÉRGICAS DE LOS CORTICOESTEROIDES COMPRENDEN REDUCCIÓN DE LA EXUDACIÓN DE LEUCOCITOS Y CONSTITUYENTES DEL PLASMA, MANTENIMIENTO DE LA INTEGRIDAD DE LA MEMBRANA CELULAR, INHIBICIÓN DE LA LIBERACIÓN DE LISOZIMA A PARTIR DE LOS GRANULOCITOS, OTROS MO-- DOS DE INHIBICIÓN DE LA FAGOCITOSIS Y ESTABILIZACIÓN DE LAS MEMBRANAS LISOSÓMICAS INTRA-- CELULARES. NOS GLUCOCORTICOIDES INHIBEN EL TRANSPORTE DE AMINOÁCIDOS AL MÚSCULO Y REDU-- CEN LA SÍNTESIS DE PROTEÍNA NUEVA. EL CORTISOL, QUE ES LA HORMONA NATURAL QUE SE SECRETA EN LA CORTEZA SUPRARRENAL, ES NECESARIO PARA LA GLUCONEOGÉNESIS HEPÁTICA A PARTIR DE AMI-- NOÁCIDOS. TODOS LOS CORTICOSTEROIDES TIENDEN A CAUSAR HIPOCALEMIA AUMENTANDO LAS PÉRDI--

DAS URINARIAS DE POTASIO. LOS EFECTOS DE LOS GLUCOCORTICOIDES SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y SOBRE LAS CÉLULAS SANGUÍNEAS SON IMPORTANTES Y A VECES DEL ETÉREOS.

EN CUANTO A LA CUESTIÓN O LA CATEGORÍA DE LA ALERGIA HA LLEGADO EL MOMENTO DE COLOCAR A LOS CORTICOSTEROIDES EN CORRECTA PERSPECTIVA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIS Y DE OTRAS SITUACIONES DE EMERGENCIA. CONTRARIAMENTE A LA OPINIÓN DE MUCHOS ARTICULISTAS Y A LA CREENCIA POPULAR, LOS CORTICOSTEROIDES TIENEN UNA ACCIÓN DEMASIADO LENTA COMO PARA SALVAR ALGUNA VIDA EN LOS EPISODIOS AGUDOS, Y SON LAS ÚLTIMAS DROGAS QUE SE ADMINISTRAN EN LOS PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA. AUNQUE ESENCIALES PARA COMBATIR LAS REACCIONES INMUNOLÓGICAS Y RESTABLECER LA HOMEOSTASIS, RESULTAN PRÁCTICAMENTE INEFICACES EN LOS PRIMEROS MOMENTOS DE CRISIS. DESCONOCER ESTE CONCEPTO PUEDE COSTAR UNA VIDA. HASTA DESCONTANDO LA MULTITUD DE PACIENTES QUE INGIEREN PREPARADOS CORTICOIDES COMO RÉGIMEN PARA CONTROLAR SÍNTOMAS INFLAMATORIOS, LA GRAN CANTIDAD DE PREPARADOS DENTALES QUE CONTIENEN HORMONAS ES MOTIVO SUFICIENTE PARA QUE EL CLÍNICO ADQUIERA PLENA CONCIENCIA DE LA POTENCIA DE ESTOS AGENTES.

LA LISTA DE CORTICOIDES NATURALES Y SINTÉTICOS ES VASTA, PERO PRÁCTICAMENTE TODOS TIENEN UNA ACCIÓN Y UNA TOXICIDAD MUY SEMEJANTE A LAS DE LA CORTISONA.

TOXICIDAD

LA CORTISONA Y ESTEROIDES SIMILARES SE CARACTERIZAN, ENTRE OTRAS COSAS, POR ENMASCARAR -- LOS SÍNTOMAS Y SIGNOS DE INFECCIONES SERIAS HASTA QUE ÉSTAS SE HACEN, A VECES, IMPOSIBLES DE MANEJAR. A CAUSA DE SU INFLUENCIA SOBRE EL SNC, TAMBIÉN PUEDE DESENCADENAR CUADROS -- PSICÓTICOS Y ELECTROLÍTICAS INDUCIDAS POR LA CORTISONA PRODUCEN A VECES, OSTEOPOROSIS Y FRACTURAS ÓSEAS PATOLÓGICAS.

LOS CORTICOIDES ESTÁN CONTRAINDICADOS EN LAS ENFERMEDADES EN LAS CUALES ES ESENCIAL MANTENER LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO, COMO OCURRE EN LA TUBERCULOSIS Y EN LA ÚLCERA PÉPTICA. EL SÍNDROME DE CUSHING, CARACTERIZADO POR CARA DE LUNA LLENA, ACNÉ, HIRSUTISMO FACIAL, -- EDEMA, DEBILIDAD Y DEPRESIÓN, APARECE A MENUDO DURANTE LA TERAPÉUTICA CON CORTICOIDES. AFORTUNADAMENTE ESTE CUADRO ES REVERSIBLE Y LOS SIGNOS DESAPARECEN CUANDO SE INTERRUMPE - EL TRATAMIENTO.

LA INGESTIÓN PROLONGADA DE ESTEROIDES PRODUCE GENERALMENTE UNA ATROFIA SUPRARRENAL CAPAZ DE PERSISTIR DURANTE 6 MESES O MÁS UNA VEZ SUSPENDIDO EL TRATAMIENTO. ÉSTE FACTOR ES DE CAPITAL IMPORTANCIA CUANDO SE PLANEA UNA ANESTESIA GENERAL EN ODONTOLOGÍA, YA QUE PUEDE - DESENCADENARSE UNA INSUFICIENCIA SUPRARRENAL AGUDA, QUE A MENUDO TERMINA EN LA MUERTE.

VITAMINAS

APARENTEMENTE INOCUAS Y FUERA DE LUGAR EN UN CAPÍTULO SOBRE TOXICIDAD, ESTE GRUPO DE DROGAS PUEDE SER CALIFICADO COMO EL MÁS USADO, EL MÁS ABUSADO Y EL MENOS COMPRENDIDO DE TODOS LOS AGENTES TERAPÉUTICOS COMUNES. SE CONOCEN DIVERSOS EFECTOS TÓXICOS SECUNDARIOS A LA ADMINISTRACIÓN DE VITAMINAS A Y D, Y EN MENOR GRADO, DE OTRAS VITAMINAS LIPOSOLUBLES, POR SU PROPIEDAD DE ALMACENARSE EN EL ORGANISMO. EN CAMBIO, LAS HIDROSOLUBLES COMO LA VITAMINA C Y EL COMPLEJO B SE EXCRETAN CON RAPIDEZ Y NO PRODUCEN EFECTOS PERJUDICIALES.

VITAMINA A.

LOS HIDROCARBUROS CROMOLIPOIDES ALFA, BETA Y GAMMACAROTENOS Y LA CRIPTOXANTINA SE ENCUENTRAN NORMALMENTE EN LOS TEJIDOS DE VEGETALES Y ANIMALES Y SON CONVERTIDOS EN VITAMINA A EN LA MUCOSA INTESTINAL Y EL HÍGADO.

LA VITAMINA A TIENE UN FRANCO EFECTO ANTIQUERATINIZANTE A NIVEL DEL TEJIDO EPITELIAL Y POR ELLO SE HA INTENDADO EMPLEARLA LOCALMENTE PARA TRATAR LAS PLACAS DE LEUCOPLASIA. EL TRATAMIENTO DEBE PROLONGARSE ENTRE 2 Y 6 MESES, PERO LOS RESULTADOS PARECEN SER PROMISORIOS Y NO SE HAN INFORMADO ACCIONES TÓXICAS. EN ESTE CASO PARTICULAR, SIN EMBARGO, EL PEQUEÑO NÚMERO DE PACIENTES TRATADOS NO PERMITE ARRIBAR A CONCLUSIONES DEFINITIVAS SOBRE EL VALOR DE LA VITAMINA A.

PUEDEN NECESITARSE CANTIDADES SUPERIORES A LA NORMAL EN ESTA ESTEATORREA, ENFERMEDADES HE
PÁTICAS E INFLAMACIONES INTESTINALES, PERO LA INGESTIÓN DE DOSIS EXAGERADAS EN PACIENTES
SANOS PRODUCE EL CUADRO DE HIPERVITAMINOSIS, CARACTERIZADO POR ANOREXIA, IRRITABILIDAD, -
PRURITO, ALOPECIA, LABIOS AGRIETADOS, HEPATOMEGALIA Y ENGROSAMIENTO PERIÓSTICO.

VITAMINA D.

ESTA VITAMINA LIPOSOLUBLE SE ENCUENTRA NORMALMENTE EN TEJIDOS VEGETALES Y ANIMALES, HABI
TUALMENTE EN FORMA DE ERGOSTEROL O 7-DEHIDRÓCOLESTEROL, PRECURSORES QUE SE CONVIERTEN EN
EL COMPUESTO ACTIVO POR ACCIÓN DE LA LUZ ULTRAVIOLETA.

LA ADMINISTRACIÓN DE CANTIDADES EXCESIVAS PRODUCE EFECTOS TÓXICOS SERIOS PORQUE AUMENTA -
LA EXCRECIÓN RENAL DE FÓSFORO Y LA ABSORCIÓN INTESTINAL DE CALCIO, LO CUAL ALTERA EL EQUI
LIBRIO NORMAL CALCIO-FÓSFORO DEL ORGANISMO. ESTA ACCIÓN MOVILIZA EL CALCIO DE LAS ESTRU
TURAS ÓSEAS Y PRODUCE RAREFACCIÓN A NIVEL DEL HUESO, CON DEPÓSITOS CÁLCICOS EN EL MÚSCULO
Y EL APARATO RENAL. LA CALCIFICACIÓN METASTÁSICA EN ÓRGANOS VITALES ES PELIGROSA Y A VE
CES IRREVERSIBLE.

VITAMINA E.

ESTA VITAMINA LIPOSOLUBLE, QUE SE PRESENTA NATURALMENTE COMO ALFATOCOFERDES EN PLANTAS Y -

ANIMALES, HA SIDO RELACIONADA CON LA FERTILIDAD EN ANIMALES. AUNQUE EN ALGUNOS DE ÉSTOS LA DEFICIENCIA DE VITAMINA E PRODUCE ATROFIA GERMINATIVA CON DESARROLLO DEFECTUOSO, NO SE HA DEMOSTRADO, HASTA EL MOMENTO, UNA ACCIÓN DEFINIDA EN EL HOMBRE.

NO SE DISPONE DE PRUEBAS DE QUE LA SOBREDOSIFICACIÓN PUEDE PRODUCIR O PRODUZCA EFECTOS -- TÓXICOS.

VITAMINA K

ES UNA VITAMINA HIDROSOLUBLE, QUE SE HALLA COMO NAFTOQUINONAS EN TEJIDOS ANIMALES Y VEGETALES Y SE LA SINTETIZA EN LA ACTUALIDAD BAJO LA FORMA DE MENADIONA Y FITONADIONA. PUESTO QUE LA VITAMINA K PROMUEVE LA FORMACIÓN DE PROTROMBINA EN EL HÍGADO, SE LA USA PRINCIPALMENTE COMO COAGULANTE EN LAS HIPOPROTROMBINEMIAS Y COMO ANTÍDOTO DE LOS DERIVADOS CUMARÍNICOS CUANDO HAY ACCIDENTES EN LA TERAPÉUTICA ANTICOAGULANTE.

TIENE UNA TOXICIDAD DIRECTA EN LACTANTES PREMATUROS, EN LOS CUALES PUEDE PRODUCIR ICTERICIA Y DAÑOS GRAVES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. TAMBIÉN SE CARACTERIZA POR EFECTOS TÓXICOS INDIRECTOS CUANDO INTERFIERE CON EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE CONTROLADO EN PACIENTES ADULTOS.

COMPLEJO VITAMINICO B.

ESTE GRUPO DE VITAMINAS HIDROSOLUBLES INCLUYE LA TIAMINA, LA NIACINA, LA RIBOFLAVINA, LA PIRIDOXINA, EL ÁCIDO PANTOTÉNICO Y LA BIOTINA. CON EXCEPCIÓN DE ESTOS DOS ÚLTIMOS, TODOS CONSTITUYEN AGENTES IMPORTANTES PARA LA SALUD BUCAL.

LA TOXICIDAD DE LA VITAMINA B ES RARA, AUN CON DOSIS EXTREMAS; PERO EN OCASIONES LA TIAMINA PRODUCE REACCIONES ALÉRGICAS DE ESCASA IMPORTANCIA Y ES CAPAZ DE ORIGINAR, EN GRANDES DOSIS, UN BLOQUEO GANGLIONAR CON POSIBLE HIPOTENSIÓN. LA NIACINA PROVOCA A VECES VASODILATACIÓN TRANSITORIA CON RUBOR E HIPEREMIA DE LA PIEL.

VITAMINA C.

ES TAMBIÉN HIDROSOLUBLE (ÁCIDO ASCÓRBICO) Y SE ENCUENTRA NATURALMENTE EN LAS PLANTAS Y EN LOS TEJIDOS ANIMALES. FUE SINTETIZADA EN 1932. ES PROBABLE QUE SEA LA ÚNICA VITAMINA -- REALMENTE IMPORTANTE PARA MANTENER LA INTEGRIDAD DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA. NO SE ALMACENA EN EL ORGANISMO Y SE LE DEBE INGERIR DIARIAMENTE.

NUNCA SE HA INFORMADO SOBRE REACCIONES TÓXICAS AL ÁCIDO ASCÓRBICO, CUALQUIERA QUE SEA LA DOSIS O EL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE. LAS DIFUNDIDAS TEORÍAS DE PAULING SOBRE EL PAPEL DE LA VITAMINA C EN LA PREVENCIÓN DEL RESFRÍO COMÚN TODAVÍA ESTÁN EN DUDA Y ES MUY --

PROBABLE QUE SIGAN ESTÁNDOLO. UN EQUIPO DE LA UNIVERSIDAD DE PITTSBURGH REALIZÓ UN ESTUDIO AMPLIO E INTENSO (1976-1977) QUE REFUTA EN SU MAYOR PARTE LA TEORÍA DE PAULING. OTRO PROBLEMA, QUE SE PUBLICÓ EN J.A.M.A. 237 (8):768,1977, CONCIERNE AL AUMENTO DE LOS OXALATOS URINARIOS, CON POSIBLE FORMACIÓN DE CÁLCULOS. SIEMPRE HAY QUE TENER EN CUENTA LA POSIBILIDAD DE QUE SE FORMEN CÁLCULOS DE OXALATO EN PERSONAS QUE CONSUMEN EXCESIVAS CANTIDADES (MÁS O MENOS 1 GRAMO POR DÍA O MÁS) DE VITAMINA C.

LAS ENZIMAS SON PRODUCTOS RELATIVAMENTE NUEVOS PERO ACTIVAMENTE PROMOCIONADOS POR LOS FABRICANTES, DE MANERA QUE SU USO HA AUMENTADO MUCHO EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA.

LAS MÁS IMPORTANTES Y MÁS EMPLEADAS SON LA HIALURONIDASA, LA ESTREPTOQUINASA-ESTREPTODOR-
NASA, LA PAPAÍNA, LA TRIPSINA Y LA QUIMIOTRIPSINA. AUNQUE PUEDEN PARECER INOCUAS POR SU
NATURALEZA Y SUS ACCIONES FISIOLÓGICAS, DEBE RECORDARSE QUE, POR DERIVAR EN SU MAYORÍA -
DE TEJIDOS ANIMALES Y DE BACTERIAS, SON CAPACES DE ACTUAR COMO PROTEÍNAS EXTRAÑAS Y DE --
PRODUCIR ANAFILAXIA. COMO TAMBIÉN DISMINUYEN LAS DEFENSAS NATURALES DEL ORGANISMO, PUE--
DEN FAVORECER LA PROPAGACIÓN DE LAS INFECCIONES. LA HIPERPIREXIA PERSISTENTE E INEXPLI--
CABLE ES UN NUEVO FENÓMENO RELACIONADO CON LOS TRATAMIENTOS PROLONGADOS CON ENZIMAS.

SÉ SUPONE QUE UNO DE LOS FACTORES ETIOLÓGICOS DE ESTE ESTADO TRANSITORIO Y REVERSIBLE ES
LA LEUCOCITOSIS. RESULTA DIFÍCIL PLANTEAR UN BUEN ARGUMENTO EN PRO DE SU EMPLEO EN ODN-
TOLOGÍA.

ANTIACIDOS

ESTAS DROGAS DEBEN SER MENCIONADAS PUESTO QUE SE CONSUMEN EN GRANDES CANTIDADES PARA ALIVIA-
VIAR DOLORES GÁSTRICOS Y OTROS TRASTORNOS DIGESTIVOS. SE LAS DIVIDE EN DOS GRUPOS PRIN-
CIPALES: LAS SALES ALCALINAS INORGÁNICAS Y LAS SALES BUFFER INSOLUBLES.

LAS PRIMERAS COMPRENEN EL BICARBONATO DE SODIO, EL CARBONATO DE CALCIO Y EL ÓXIDO DE MAG-
NESIO, ENTRE LAS CUALES SOLO UNA ES LO SUFICIENTEMENTE TÓXICA COMO PARA SER CONSIDERADA.

EL BICARBONATO DE SODIO, AUNQUE DE ACCIÓN RÁPIDA Y EFICAZ PRODUCE UNA HIPERSECRECIÓN ÁCI-
DA SECUNDARIA (EFECTO DE "REBOTE") CAPAZ DE PRECIPITAR UN CUADRO DE ALCALOSIS.

LAS SALES DE BUFFER INSOLUBLES SE CONOCEN HABITUALMENTE BAJO EL NOMBRE DE "GELES", DE ---
EMPLEO COMÚN SON EL HIDRÓXIDO DE ALUMINIO, EL FOSFATO DE ALUMINIO Y LAS MEZCLAS DE HIDRÓ-
XIDO DE MAGNESIO. SU POTENCIAL TÓXICO ES MUY BAJO, LO CUAL LAS COLOCA EN UN NIVEL MUY --
FAVORABLE PARA TRATAMIENTOS ANTIÁCIDOS PROLONGADOS.

VACUNAS

EL USO DE LAS VACUNAS, AUNQUE AÚN SE ENCUENTRA EN UNA ETAPA EMBRIONARIA, SE ESTÁ CONVIR--
TIENDO EN UNA MODALIDAD INTERESANTE EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA.

EL VIRUS DEL HERPES SIMPLE PROVOCA UNA DE LAS LESIONES MÁS DOLOROSAS DE LA PATOLOGÍA HU--
MANA. LAS AUTOVACUNAS Y LA VACUNA ANTIVARIOLOSA SE USAN A MENUDO PARA TRATAR LAS INFEC--
CIONES HERPÉTICAS Y LOS RESULTADOS SON ALENTADORES. LA ANTITOXINA Y EL TOXOIDE TETÁNICO
POR SU PARTE, DEBEN EMPLEARSE PARA TRATAR HERIDAS PUNZANTES DE LA CARA O DE LA CAVIDAD --
BUCAL, O CUANDO HAY CONTAMINACIONES IMPORTANTES POR TIERRA O SUCIEDAD. NO OBSTANTE, DEBE
RECORDARSE QUE LAS VACUNAS Y SUEROS SON PROTEÍNAS Y QUE PUEDEN POR ELLO PRODUCIR REACCIO--
NES TÓXICAS.

LA INYECCIÓN DE ESTOS PREPARADOS ES CAPAZ DE DESENCADENAR TODOS LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE
UNA GRAVE INTOXICACIÓN HISTAMÍNICA, COMO RUBOR, MAREOS, NÁUSEAS, DESVANECIMIENTO, TAGUI--
CARDIA, HIPOTENSIÓN Y ASMA. ADEMÁS LA URTICARIA, ES UNA MANIFESTACIÓN FRECUENTE. LA ---
REACCIÓN TARDÍA, QUE APARECE DESPUÉS DE 5 A 7 DÍAS, SE CARACTERIZA POR DOLORES MUSCULARES
Y ARTICULARES.

GERMICIDAS, DESINFECTANTES Y ANTISEPTICOS

LOS GERMICIDAS (QUE MATAN LAS BACTERIAS), LOS DESINFECTANTES (QUE LAS MATAN O IMPIDEN SU DESARROLLO) Y LOS ANTISEPTICOS (QUE EVITAN NUEVOS CRECIMIENTOS BACTERIANOS) SE USAN EN -- ODONTOLOGIA PARA REDUCIR LA FLORA PATOGENA EN EL INSTRUMENTAL Y EN LOS TEJIDOS VIVOS. LA MISMA NATURALEZA Y LAS PROPIEDADES DE ESTE GRUPO ES LO QUE DETERMINA SU TOXICIDAD, QUE SE EJERCE EN GRADO VARIABLE SOBRE TODAS LAS CELULAS VIVAS. MUCHOS DE ESTOS AGENTES (FENOLES MERCURIALES, ACIDO BORICO, YODO, ETC), SON SUMAMENTE VENENOSOS Y PUEDEN CAUSAR GRAVES SIN TOMAS LOCALES O GENERALES, TANTO EN APLICACION TOPICA COMO CUANDO SE ASIMILAN POR OTRAS -- VIAS.

FENOL

EL FENOL O ACIDO CARBOLICO, JUNTO CON LOS COMPUESTOS RELACIONADOS (CREOSOTA, EUGENOL, TIMOL, GUAYACOL, RESORCINOL) MEREcen SER CONSIDERADOS EN CUALQUIER DISCUSION SOBRE LA TOXICIDAD DE LAS DROGAS. LOS FENOLES TIENEN UNA PENETRACION LIMITADA CUANDO SE LOS APLICA EN FORMA DE TOPICOS, PERO PUEDEN PROVOCAR INTOXICACIONES GRAVES SI SE LOS COLOCA PROFUNDAMENTE EN EL HUESO O EN TEJIDOS BLANDOS (POR EJEMPLO EN EL TRATAMIENTO DE LAS RAICES DENTA---RIAS, DRENAJES, ETC.).

UNO DE LOS SIGNOS TEMPRANOS DE INTOXICACION SISTEMICA LEVE ES LA COLORACION OSCURA DE LA

ORINA. LOS ENVENENAMIENTOS MODERADOS PUEDEN PRODUCIR DELIRIO, CONVULSIONES, COLAPSO E INCONSCIENCIA, MIENTRAS QUE LOS GRAVES SE MANIFIESTAN POR EDEMA CEREBRAL, DEGENERACIÓN RENAL Y NECROSIS HEPÁTICA. EN CONDICIONES HABITUALES, LA INTOXICACIÓN GRAVE SOLO OCURRE POR LA ASIMILACIÓN DE GRANDES CANTIDADES, EN TANTO QUE LA APLICACIÓN LOCAL NO ORIGINA MÁS QUE UNA NECROSIS SUPERFICIAL DE LOS TEJIDOS. NO OBSTANTE, SE CONOCEN ALGUNOS CASOS EN LOS CUALES, APLICADOS COMO TÓPICOS, HAN ORIGINADO ALGUNO O TODOS LOS SÍNTOMAS DESCRITOS ANTERIORMENTE.

MERCURURIALES ORGANICOS.

TRES DE LOS ANTISÉPTICOS MÁS ANTIGUOS Y MEJOR CONOCIDOS SE ENCUENTRAN, DENTRO DE ESTE GRUPO; NOS REFERIMOS AL METAFÉN, EL MERTHIOLATE Y EL MERCUCROMO. A PESAR DE SU POPULARIDAD, ESTAS DROGAS SOLO SON BACTERIOSTÁTICAS Y SU VALOR REAL HA ESTADO SUJETO A CONTROVERSIAS DURANTE MUCHO TIEMPO. ADEMÁS EL MERCURIO PUEDE PROVOCAR EFECTOS TÓXICOS EN MUCHAS PERSONAS Y, EN CASOS GRAVES, ES CAPAZ DE GENERAR DESTRUCCIONES IMPORTANTES EN EL HUESO Y TEJIDOS BLANDOS. POR TANTO, EL USO DE TALES COMPUESTOS DEBE EVITARSE EN PACIENTES SENSIBLES AL MERCURIO.

YODO.

LA TINTURA DE YODO, JUNTO CON OTRAS PREPARACIONES YODADAS, ES HABITUALMENTE RÁPIDA Y EFI-

CAZ PARA DESINFECTAR LOS TEJIDOS. SIN EMBARGO, EL YODO, EN PARTICULAR LA SOLUCIÓN ALCOHÓLICA Y ALGUNAS SOLUCIONES ACUOSAS, MUCHAS VECES SUSCITA AGUDO DOLOR E IRRITACIÓN CUANDO SE APLICA EN ÁREAS DE ABRASIÓN. LAS ALTERACIONES INFLAMATORIAS EN LOS BORDES DE LA HERIDA DIFICULTAN LA CURACIÓN Y PUEDEN CAUSAR ADHERENCIAS U OTRAS ALTERACIONES CICATRIZALES.

YODOFOROS

ESTOS COMPLEJOS ACUOSOS DE YODO, POR LO GENERAL COMBINADOS CON UN DETERGENTE (POVIDONA, - ETC.), SE USAN COMO AGENTES POTENTES PARA CEPILLADOS QUIRÚRGICOS (BETA DINA, SEPTODYNE, - PREPODYNE, ETC.) Y TIENEN LA VENTAJA DE IRRITAR POCO LA PIEL Y POSEER GRAN ACTIVIDAD CONTRA LAS BACTERIAS GRAMPOSITIVAS Y GRAMNEGATIVAS.

ALCOHOL (ISOPROPILICO Y ETILICO)

AUNQUE LA CONCENTRACIÓN MÁS EFICAZ ES AL 70% SE EVAPORA CON RAPIDEZ Y ES SECANTE PARA LOS TEJIDOS HUMANOS. SOLO ES UN AGENTE ANTISÉPTICO TEMPORARIO ACEPTABLE POR SU ACTIVIDAD CONTRA LAS BACTERIAS GRAMNEGATIVAS Y GRAMPOSITIVAS.

CLORHEXIDINA

EL HIBICICLENO ES UN PREPARADO NUEVO QUE PARECE SER EL MÁS EFICAZ HASTA AHORA. CUBRE EL MISMO ESPECTRO QUE LOS YODOS, PERO ES DE ACCIÓN MÁS RÁPIDA Y DURADERA. EN UN ESTUDIO ACTUAL DEMOSTRÓ MAYOR EFICACIA QUE LOS OTROS PREPARADOS Y NO CAUSÓ IRRITACIÓN.

LA CLORHEXIDINA SE PARECE A LOS YODÓFOROS POR SU ACTIVIDAD CONTRA LAS BACTERIAS GRAMNEGATIVAS Y GRAMPOSITIVAS, PERO TIENEN LA VENTAJA ADICIONAL DE QUE SU ACCIÓN EN LA PIEL ES -- ACUMULATIVA O PERSISTENTE, MIENTRAS QUE LOS YODÓFOROS LA RESECAN.

ACIDO BORICO

AUNQUE SE LA USA CON MUCHA FRECUENCIA, ESTA ANTIGUA DROGA HA SIDO CALIFICADA DE INEFICAZ POR MUCHOS DE LOS FARMACÓLOGOS MÁS AUTORIZADOS. EL ÁCIDO BÓRICO PUEDE SER ABSORBIDO Y, - COMO CARECE DE EFECTOS IRRITANTES, MUCHOS LO CONSIDERAN INOCUO Y LO APLICAN INDISCRIMINADAMENTE EN FORMA DE POLVO O SOLUCIONES.

SIN EMBARGO, AL ÁCIDO BÓRICO ES UNA DE LAS DROGAS MÁS TÓXICAS USADAS EN LA ACTUALIDAD. EN UNA RECOPIACIÓN DE TRABAJOS, GOLDBLOOMS (1953) ENCONTRÓ UNA MORTALIDAD DEL 55% EN 109 CASOS DE INTOXICACIÓN. LOS SÍNTOMAS HABITUALES SON VÓMITOS, DIARREA, ERUPCIÓN Y DESCAMACIÓN DE LA PIEL, HIPOTERMIA, HEMATURIA Y SIGNOS DE IRRITACIÓN MENÍNGEA.

PUEDE HABER REMISIONES EN CUALQUIERA DE ESTAS ETAPAS, PERO EL INDIVIDUO GENERALMENTE MUERE SI SE PRODUCE COLAPSO CIRCULATORIO.

PEROXIDO DE HIDROGENO (AGUA OXIGENADA)

ES UNA PANACEA FAMILIAR QUE SE UTILIZA EN LA MAYORÍA DE LOS CONSULTORIOS ODONTOLÓGICOS.

ACTÚA COMO OXIDANTE DEL MATERIAL ORGÁNICO Y REBLANDECE LOS DETRITOS Y EL PUS POR LA EFERVESCENCIA QUE PRODUCE A CAUSA DE LA LIBERACIÓN DE OXÍGENO NACIENTE. SE LO CONSIDERA ALTAMENTE GERMICIDA, PERO SU ACCIÓN ES EFÍMERA.

LOS FENÓMENOS TÓXICOS SON DE ESCASA IMPORTANCIA; NO OBSTANTE, SU USO ABUSIVO TIENE UN EFECTO DE REBOTE CAPAZ DE AGRAVAR LA SINTOMATOLOGÍA LOCAL.

CLORURO DE BENZALCONIO (ZEPHIRAN)

ESTE COMPUESTO SERÍA EL MEJOR Y MENOS TÓXICO DE TODOS LOS AGENTES ESTERILIZANTES EN FRÍO. TIENE ACCIONES QUERATOLÍTICAS, EMULSIONANTES Y DETERGENTES; POR TANTO, NO ES NECESARIO UTILIZAR JABÓN ANTES DE APLICARLO A INSTRUMENTOS O TEJIDOS. ADEMÁS EL CONTACTO CON EL JABÓN PUEDE REDUCIR O ANULAR SU PODER DESINFECTANTE. LA TOXICIDAD ES INSIGNIFICANTE SI SE LO EMPLEA EN FORMA APROPIADA.

HEXACLOROFENO (FISONEX)

ESTA DROGA SE USA PRINCIPALMENTE BAJO LA FORMA DE JABONES O CREMAS DETERGENTES PARA PREPARAR EL CAMPO OPERATORIO, O COMO AGENTE DESINFECTANTE PARA LAS MANOS DEL CIRUJANO. TAMBIÉN SE LO HA INCLUIDO EN ALGUNAS PASTAS PARA DIENTES. HAY INFORMES DE UNOS POCOS CASOS DE DERMATOSIS CONSECUTIVOS A SU EMPLEO, PERO SE CREE QUE EL TRASTORNO SE DEBE, EN GRAN PARTE, A

LA ACCIÓN DE OTROS DETERGENTES.

SALES DE PLATA

EL NITRATO DE PLATA Y EL ARGIROL SON AGENTES BACTERIOSTÁTICOS TRADICIONALES QUE HAN SIDO REEMPLAZADOS POR DROGAS MEJORES Y MENOS TÓXICAS.

PASTAS DENTÍFRICAS Y COLUTORIOS

ANTES DE TERMINAR ESTE CAPÍTULO DEBEMOS HACER UN BREVE COMENTARIO SOBRE LOS DENTÍFRICOS Y LOS COLUTORIOS.

YA QUE PRÁCTICAMENTE TODOS ELLOS TIENEN ALGÚN DETERGENTE Y AGENTES MODIFICADORES DEL SABOR, SON CAPACES DE PRODUCIR REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD EN CIERTOS PACIENTES. LOS DETERGENTES DEL TIPO DEL LAURILSULFATO DE SODIO, SEA EN PASTAS O EN JABONES, SON A MENUDO RESPONSABLES DE LA APARICIÓN DE ERUPCIONES CUTÁNEAS CRÓNICAS, A VECES INCAPACITANTES JUNTO CON OTRAS RESPUESTAS ALÉRGICAS. EL ALDEHÍDO CINÁMICO Y EL METIL SALICILATO, DOS AGENTES DE EMPLEO COMÚN PARA MEJORAR EL SABOR, PUEDEN DAR GINGIVITIS, GLOSOPIROSIS Y SÍNTOMAS SIMILARES EN LA CAVIDAD BUCAL.

SI BIEN ESAS REACCIONES SON PREVISIBLES CUANDO SE USAN PRODUCTOS CON ANTIBIÓTICOS O AS--TRINGENTES FUERTES, NO ES RARO QUE EL PROFESIONAL OLVIDE CONSIDERAR ESTOS DOS COMPUESTOS, QUE PUEDEN SER LOS RESPONSABLES EN BUEN NÚMERO DE PACIENTES.

FINALMENTE, SURGE LA LUZ EN LO QUE QUIZÁ SEA UNO DE LOS ASPECTOS MÁS FRAUDULENTOS, Y SIN DUDA UNO DE LOS MÁS OBJETABLES, DE LA PUBLICIDAD QUE APARECE EN LA TELEVISIÓN Y EN LAS --

REVISTAS. EN UNA ORDEN FECHADA EN SEPTIEMBRE DE 1970 LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y --
DROGAS BAJÓ LA PERSIANA SOBRE LOS AVISOS COMERCIALES PARA LOS PRODUCTOS DE LAVADO BUCAL.
SE COMINÓ A DIEZ IMPORTANTES MARCAS A APORTAR PRUEBAS REALES DEL PODER GERMICIDA Y DE --
QUE SUPRIMEN LA HALITOSIS, PUES DE LO CONTRARIO SE PROHIBIRÍAN SUS AFIRMACIONES.

POR FORTUNA LA MAYORÍA DE LOS ODONTÓLOGOS SABEN QUE LOS COLUTORIOS COMUNES SON CLÍNICA---
MENTE INÚTILES Y QUE SUS PROMOTORES NAVEGAN EN LOS DOMINIOS DE LA FANTASÍA.

RESUMEN

DEBE SUPONERSE QUE CUALQUIER DENTISTA QUE DECIDA PRESCRIBIR O ADMINISTRAR UNA DROGA, CONOCE PERFECTAMENTE LA DOSIS QUE DEBE DAR; POR CONSIGUIENTE, EL OBJETIVO DE ESTE CAPÍTULO NO ES EL DE ENUMERAR DOSIS SINO EL DE ALERTAR AL ODONTÓLOGO SOBRE LAS MANIFESTACIONES TÓXICAS, SEAN IMPORTANTES O SUTILES, SUSCEPTIBLES DE OBSERVARSE EN LA PRÁCTICA.

SE HACE HINCAPIÉ EN EL LABERINTO CREADO POR LA APARICIÓN DE ALTO NÚMERO DE COMPUESTOS NUEVOS, DE VALOR CUESTIONABLE EN ALGUNOS CASOS; ADEMÁS SE INSISTE EN LA NECESIDAD IMPERIOSA DE CONOCER LA FARMACOLOGÍA DE TODAS LAS DROGAS COMO UN MEDIO EFICAZ PARA EVITAR LAS INTOXICACIONES. HEMOS ANALIZADO EL NIVEL DE ACCIÓN Y LA DURACIÓN DE LOS EFECTOS, LA EFECTIVIDAD RELATIVA, LOS FENÓMENOS DE POTENCIACIÓN Y EL METABOLISMO Y LA EXCRECIÓN, JUNTO CON EL ANTAGONISMO Y LA ESTRUCTURA QUÍMICA, COMO FACTORES CAPACES DE DETERMINAR LA TOXICIDAD DE GRAN NÚMERO DE DROGAS ADMINISTRADAS SOLAS O EN COMBINACIÓN. HEMOS CITADO A LOS ESTADOS PATOLÓGICOS QUE ALTERAN LOS EFECTOS DE LOS FÁRMACOS, JUNTO CON LAS CONDICIONES PSICOLÓGICAS QUE REQUIEREN DOSIS DISTINTAS DE LAS NORMALES; ASÍMISMO, SE HA RECALCADO LA CONVENIENCIA DE ACTUAR CON CAUTELA AL DAR CUALQUIER DROGA A PACIENTES BAJO TRATAMIENTO ESTRICTO -- POR OTRAS AFECCIONES.

UNA CLAVE SIGNIFICATIVA PARA EL FORMIDABLE PROBLEMA DE LA TOXICIDAD POR DROGAS, ES QUE, -

SI BIEN SE HA PROGRESADO MUCHO EN EL RECONOCIMIENTO Y LA TERAPÉUTICA DE LAS REACCIONES TÓXICAS, SE ESTÁ ASISTIENDO A LA APARICIÓN DE UNA NUEVA CLASE DE ENFERMEDADES IATROGÉNICAS, CARACTERIZADA POR UNA SERIE DEFINIDA DE SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESPUESTAS PATOLÓGICAS.

POR LA MISMA RAZÓN, EXISTE UN CRECIENTE INTERÉS POR LA TERATOLOGÍA. LOS ESTUDIOS ACTUALES AL RESPECTO DEMUESTRAN QUE UN NÚMERO IMPORTANTE DE COMPUESTOS, CUANDO SE LOS ADMINISTRA A ANIMALES DE LABORATORIO (GENERALMENTE EN DOSIS MUY SUPERIORES A LAS QUE SE USAN EN EL HOMBRE), PRODUCEN GRANDES MALFORMACIONES EN LAS CRÍAS.

ES INDUDABLE QUE ESTOS FENÓMENOS DAN FUNDAMENTO AL VIEJO ADAGIO "EL REMEDIO ES A VECES -- PERO QUE LA ENFERMEDAD".

PSICOSEDACION

INTRODUCCION

144

EL MIEDO AL DENTISTA ES UN PROBLEMA MUNDIAL DE CONSIDERABLE IMPORTANCIA. SE CALCULA QUE EN ESTADOS UNIDOS UNOS 20 A 40 MILLONES DE PERSONAS ELUDEN AL ODONTÓLOGO PORQUE LO TEMEN,

PARA ESTAS PERSONAS EL MIEDO ES UNA LESIÓN MÁS DESTRUCTIVA QUE LAS CARIES O LA ENFERMEDAD PERIODÓNTICA PORQUE CONSTITUYE EL PRINCIPAL OBSTÁCULO A QUE PROCUREN ASISTENCIA ODONTOLÓGICA. MUCHAS VECES, POR NO SOMETERSE A LA TERAPIA DENTAL PREVENTIVA, SE PRODUCE UNA EXTENSA PATOLOGÍA; EN CONSECUANCIA, TALES PACIENTES DEBEN ACUDIR AL ODONTÓLOGO POR ALGUNA SITUACIÓN EXTREMA, COMO DOLOR, TUMEFACCIÓN, INFECCIÓN AGUDA O CARIES MÚLTIPLES. SIN EMBARGO, EL ODONTÓLOGO NO PUEDE TENER ACCESO A ESTOS PACIENTES SI NO SE ELIMINA LA BARRERA DEL MIEDO. ES COMÚN QUE POR HACER CASO OMISO DE ELLA EL ODONTÓLOGO SUFRA UNA GRAN FRUSTRACIÓN Y EL PACIENTE EXPERIMENTE MÁS TEMOR QUE ANTES.

EN UNA ENCUESTA ACTUAL, EL 57% DE LOS ODONTÓLOGOS OPINARON QUE EL "PACIENTE DIFÍCIL" ES EL FACTOR QUE MAYOR TENSIÓN LES CAUSA EN EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN. ES EVIDENTE QUE PARA EL ODONTÓLOGO Y PARA EL PACIENTE EL MIEDO CONSTITUYE UN SÍNDROME IMPORTANTE QUE REQUIERE TRATAMIENTO. EN CIERTO SENTIDO, CADA VEZ QUE EL PROFESIONAL SE ENCUENTRA ANTE UN PACIENTE TEMEROSO, TIENE UN CASO DE EMERGENCIA, NO UNA EMERGENCIA DENTAL, SI NO LA EMERGENCIA DEL MIEDO. PARA EL PACIENTE, ENCONTRARSE ANTE EL ODONTÓLOGO DESENCADENA UNA MO--

VILIZACIÓN AGUDA DE TEMOR; PARA EL ODONTÓLOGO, ESTAR ANTE EL PACIENTE TEMEROSO PUEDE SIGNIFICAR UN CONSIDERABLE STRESS, UNA SENSACIÓN DE IMPOTENCIA Y DE FRUSTRACIÓN, A MENOS QUE SE ENCUENTRE DOTADO PARA ENCARAR EL PROBLEMA CON HABILIDAD.

EL ODONTÓLOGO PUEDE AYUDAR AL PACIENTE TEMEROSO DE DIVERSAS MANERAS. LO TRADICIONAL ES APELAR A LAS DROGAS. LAS TÉCNICAS DE LA INHALACIÓN Y LA SEDACIÓN INTRAVENOSA Y ORAL SE ENSEÑAN DESDE HACE AÑOS EN LAS ESCUELAS DE ODONTOLOGÍA Y, EN EL POSDOCTORADO, POR MEDIO DE CURSOS DE EDUCACIÓN CONTÍNUA. SON TÉCNICAS BIEN ESTRUCTURADAS Y DE OBJETIVOS MUY CLAROS Y LOS ODONTÓLOGOS QUE LAS EMPLEAN CONFÍAN EN SU EFICACIA, PERO HAY QUE RECONOCER QUE LA FARMACOSEDACIÓN NO REDUCE EL MIEDO NI LO ELIMINA, SINO QUE LO SOSLAYA POR BREVE TIEMPO Y SU UTILIDAD RADICA MÁS EN QUE EL PACIENTE SE PRESTA MEJOR PARA EL TRATAMIENTO DENTAL PORQUE DISMINUYE SU LUCIDEZ Y LE PRODUCE UN ESTADO DE TRANQUILIDAD PASAJERA.

PARA TRATAR EL SÍNDROME DEL MIEDO SE REQUIERE UNA TÉCNICA DISTINTA, UNA TÉCNICA QUE -- ELIMINE O LO REDUZCA MEDIANTE UN PROCESO DE REEDUCACIÓN, QUE HA DE SER EL RESULTADO DE -- INTERACCIONES ENCAMINADAS A ESTE FIN E INICIADAS POR EL ODONTÓLOGO.

ES TRADICIONAL QUE A LA SEDACIÓN SE LA EQUIPARASE CON LA ADMINISTRACIÓN DE DROGAS PARA -- INDUCIR CALMA. AUNQUE EN FORMA INDEFINIDA SE ADMITE QUE EL COMPORTAMIENTO DEL ODONTÓLOGO

ES ÚTIL PARA SERENAR AL PACIENTE ANSIOSO, ESTO SE CONSIDERA UN ESFUERZO INTUITIVO Y ALEATORIO. EL CONCEPTO DEL TRATAMIENTO DEL MIEDO QUE HEMOS DESARROLLADO EN LAS PÁGINAS SIGUIENTES SE BASA EN UN SISTEMA DE SENCILLAS TÉCNICAS CONDUCTISTAS DESTINADAS A ALCANZAR EL OBJETIVO CON EFICIENCIA MÁXIMA EN EL MENOR TIEMPO POSIBLE. ESTE SISTEMA ES LA IATROSEDACIÓN.

IATROSEDACION

SE DEFINE COMO EL ACTO DE CALMAR POR MEDIO DE LA CONDUCTA DEL MÉDICO. EN ESTE SENTIDO, - POR CONDUCTA SE ENTIENDE UN AMPLIO ESPECTRO DE COMUNICACIONES VERBALES Y NO VERBALES. LA PALABRA IATROSEDACIÓN FUE ACUÑADA COMBINANDO EL PREFIJO "IATRO" (PERTENECIENTE AL MÉDICO) CON "SEDACIÓN" (ACTO DE CALMAR).

FARMACOSSEDACION

ACTO DE CALMAR CON DROGAS.

PSICOSEDACION

SEGÚN SE USA EN ESTE TRABAJO, ES EL ACTO DE CALMAR A UNA PERSONA CON MEDIOS PSICOLÓGICOS. SE DIFERENCIA DE LA SECACIÓN ORGÁNICA EN QUE ÉSTA CALMA ALGUNA PARTE DEL CUERPO, COMO SEDACIÓN CARDÍACA. PSICOSEDACIÓN, ENTONCES, ES UN TÉRMINO GENÉRICO PARA REFERIRSE A LA --- TRANQUILIZACIÓN PSICOLÓGICA Y COMPRENDE LA IATROSEDACIÓN Y LA FARMACOSSEDACIÓN.

AL TRATAR EL PACIENTE TEMEROSO, LA IATROSEDACIÓN ES PRIMARIA Y LA FARMACOSSEDACIÓN SECUN-- DARIA. EL MIEDO SE REDUCE AL MENOR NIVEL POSIBLE MEDIANTE IATROSEDACIÓN. SI ESTE NIVEL NO LLEGA A SER TAN BAJO COMO PARA QUE EL PACIENTE SOPORTE SU EXPERIENCIA DENTAL, SE LE HA CE FARMACOSSEDACIÓN SUPLEMENTARIA. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, EMPERO, LA IATROSEDACIÓN -

IATROSEDACION

SE DEFINE COMO EL ACTO DE CALMAR POR MEDIO DE LA CONDUCTA DEL MÉDICO. EN ESTE SENTIDO, - POR CONDUCTA SE ENTIENDE UN AMPLIO ESPECTRO DE COMUNICACIONES VERBALES Y NO VERBALES. LA PALABRA IATROSEDACIÓN FUE ACUÑADA COMBINANDO EL PREFIJO "IATRO" (PERTENECIENTE AL MÉDICO) CON "SEDACIÓN" (ACTO DE CALMAR).

FARMACOSSEDACION

ACTO DE CALMAR CON DROGAS.

PSICOSEDACION

SEGÚN SE USA EN ESTE TRABAJO, ES EL ACTO DE CALMAR A UNA PERSONA CON MEDIOS PSICOLÓGICOS. SE DIFERENCIA DE LA SEDACIÓN ORGÁNICA EN QUE ÉSTA CALMA ALGUNA PARTE DEL CUERPO, COMO SEDACIÓN CARDÍACA. PSICOSEDACIÓN, ENTONCES, ES UN TÉRMINO GENÉRICO PARA REFERIRSE A LA --- TRANQUILIZACIÓN PSICOLÓGICA Y COMPRENDE LA IATROSEDACIÓN Y LA FARMACOSSEDACIÓN.

AL TRATAR EL PACIENTE TEMEROSO, LA IATROSEDACIÓN ES PRIMARIA Y LA FARMACOSSEDACIÓN SECUN-- DARIA. EL MIEDO SE REDUCE AL MENOR NIVEL POSIBLE MEDIANTE IATROSEDACIÓN. SI ESTE NIVEL NO LLEGA A SER TAN BAJO COMO PARA QUE EL PACIENTE SOPORTE SU EXPERIENCIA DENTAL, SE LE HA CE FARMACOSSEDACIÓN SUPLEMENTARIA. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, EMPERO, LA IATROSEDACIÓN -

SOLA REDUCE EL DOLOR A UN NIVEL FUNCIONAL.

COMPONENTES DEL PROCESO IATROSEDANTE

LA IATROSEDACIÓN TIENE DOS COMPONENTES: LA ENTREVISTA IATROSEDANTE Y EL ENCUENTRO CLÍNICO IATROSEDANTE.

1. ENTREVISTA IATROSEDANTE.

LA PRIMERA REUNIÓN DEL ODONTÓLOGO CON EL PACIENTE ES UNA ENTREVISTA EN EL VERDADERO SENTIDO DE LA PALABRA, ES DECIR, UN ENCUENTRO DE DOS PERSONAS. SI EN ESTA COMUNICACIÓN EL PACIENTE INDICA DE MANERA VERBAL O NO VERBAL QUE ESTÁ ANSIOSO, EL ODONTÓLOGO RESPONDE INICIANDO UNA ENTREVISTA IATROSEDANTE. EL PROCEDIMIENTO SE ENCAMINA A IDENTIFICAR EL PROBLEMA DEL MIEDO, HACER UN DIAGNÓSTICO E INICIAR TRATAMIENTO. EL NIVEL DEL MIEDO HA DE DESCENDER A MEDIDA QUE LA ENTREVISTA PROGRESA, DE MODO QUE AL CONCLUIRLA SE HABRÁ CONSEGUIDO UNA DISMINUCIÓN SUSTANCIAL. EN GENERAL LA ENTREVISTA NO COMPLETA EL PROCESO DE REEDUCACIÓN, EN QUE EL TEMOR SE ELIMINA O SE REDUCE AL MÁXIMO. ESTO SUCEDE EN LA SEGUNDA FASE DEL PROCESO IATROSEDANTE: LOS ENCUENTROS CLÍNICOS IATROSEDANTES.

2. ENCUENTROS CLÍNICOS IATROSEDANTES.

EL PRIMER ENCUENTRO CLÍNICO ES CRUCIAL. EL PACIENTE Y EL ODONTÓLOGO VAN A ENFRENTAR JUNTOS LO QUE EL PACIENTE PERCIBE COMO PELIGROSO. LA TÉCNICA CONDUCTISTA DEL PROFESIONAL DEBE ESTRUCTURARSE DE MODO QUE ARMONICE CON SUS TÉCNICAS CLÍNICAS PARA INFUNDIR AL PACIENTE LA MÁXIMA SENSACIÓN DE SEGURIDAD. MUCHAS VECES ESTA PRIMERA INTERACCIÓN CLÍNICA PRODUCE UNA EFICAZ EXPERIENCIA CLÍNICA QUE DISIPA EL TEMOR POR COMPLETO; ES DECIR, LO REDUCE HASTA UN NIVEL QUE SE CONSIDERA DENTRO DE LA GAMA DE ANSIEDAD --- NORMAL. SI NO SUCEDE ESTO, EN ENCUENTROS CLÍNICOS SUCESIVOS EL TEMOR SEGUIRÁ DISMINUYENDO HASTA OBTENER EL EFECTO MÁXIMO DE LA IATROSEDACIÓN.

HAY CASOS EN QUE LA ENTREVISTA IATROSEDANTE NO DEPRIME EN LA MEDIDA SUFICIENTE EL NIVEL DEL MIEDO Y EL PACIENTE REQUIERE ALGUNA FARMACOSSEDACIÓN PARA ENFRENTAR SU PRIMER ENCUENTRO CLÍNICO. LA MODALIDAD MÁS ADECUADA SE ELIGE JUNTO CON EL PACIENTE, SOBRE LA BASE DE LAS EXPERIENCIAS ANTERIORES Y LAS IMPRESIONES DE ÉSTE SOBRE EL USO DE DROGAS Y LOS MÉTODOS PARA ADMINISTRARLAS.

TEMORES DENTALES

TODOS LOS ODONTÓLOGOS ESTÁN FAMILIARIZADOS CON LOS TEMORES MÁS OBVIOS QUE PUEDEN AFLIGIR A LOS PACIENTES COMO:

1. MIEDO AL DOLOR.
2. MIEDO AL "TORNO".

ADEMÁS DE DOLOR PUEDE HABER OTROS COMPONENTES COMO MUTILACIÓN SI LA FRESA SE ZAFRA, SENSACIÓN DE CORTE, RUIDO, OLOR U OTROS.

3. MIEDO A LA AGUJA.

EL TEMOR MÁS COMÚN ES QUE LA INYECCIÓN DUELA, PERO TAMBIÉN HAY OTROS COMO:

- . MIEDO A LA PENETRACIÓN PROFUNDA.
- . MIEDO DE QUE SE LESIONEN LOS TEJIDOS.
- . MIEDO AL ADORMECIMIENTO, ETC.

4. MIEDO A LA OPERACIÓN.

SE PUEDE TEMER LA CIRUGÍA PERIODÓNTICA Y BUCAL POR FANTASÍAS DE MUTILACIÓN, AMENAZA A LA IMÁGEN CORPORAL, DOLOR U OTROS MOTIVOS.

5. MIEDO A LA PÉRDIDA DE DIENTES.

AUNQUE ESTA LISTA PARCIAL ES SUFICIENTE, LOS OTROS TEMORES SIEMPRE SE COMBINAN CON LOS -- QUE SE ACABAN DE ENUMERAR. MUCHAS VECES AQUÉLLOS SON MÁS IMPORTANTES, PERO NI EL PACIENTE NI EL ODONTÓLOGO LOS RECONOCEN HASTA QUE AFLORAN A LA SUPERFICIE DURANTE LA ENTREVISTA. SON TEMORES QUE TIENEN TODAS LAS PERSONAS NORMALES, PERO SE EXAGERAN AL SUMARSE A LOS TEMORES DENTALES QUE SE MENCIONAN ARRIBA.

ESTOS TEMORES SON:

1. MIEDO A LO DESCONOCIDO.
2. MIEDO DE IMPOTENCIA Y DEPENDENCIA.
3. MIEDO A UN DAÑO O CAMBIO CORPORAL.

TODOS ESTOS TEMORES EXAGERADOS, CUANDO EXISTEN, DEBEN ENCARARSE CON EL PROCESO IATROSE--

DANTE. COMO VEREMOS, HAY TÉCNICAS ESPECÍFICAS PARA RESOLVER ESTOS COMPONENTES DEL PROBLEMA.

COMO SE ADQUIEREN LOS TEMORES DENTALES

EN ESENCIA, EL MIEDO AL DENTISTA SE APRENDE. SE PUEDE ADQUIRIR DE DIVERSAS MANERAS Y SE EXPRESA EN TIPOS DE EXPERIENCIAS AL PARECER ILIMITADOS; SIN EMBARGO, NO IMPORTA CÓMO SE HAYA ADQUIRIDO EL MIEDO, NO CUÁL SEA EL FOCO CENTRAL -DOLOR, FRESA, AGUJA- LO IMPORTANTE SUELE SER EL COMPORTAMIENTO DE ODONTÓLOGOS ANTERIORES. EN CONSECUENCIA, EN ÚLTIMA INSTANCIA EL ELEMENTO BÁSICO PARA DISIPAR ESE TEMOR HA DE SER EL COMPORTAMIENTO DEL ODONTÓLOGO ACTUAL Y LAS IMPRESIONES QUE GENERE EN EL PACIENTE COMO CONSECUENCIA DE TAL COMPORTAMIENTO.

EL MIEDO PUEDE ADQUIRIRSE POR EXPERIENCIAS DIRECTAS O INDIRECTAS. EXPERIENCIA DIRECTA ES AQUÉLLA EN QUE EL INDIVIDUO SUFRE ALGÚN INCIDENTE TRAUMÁTICO REAL O PRESUNTO EN UNA SITUACIÓN TERAPÉUTICA ODONTOLÓGICA O MÉDICA. LAS EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS AJENAS A LA MEDICINA Y A LA ODONTOLOGÍA PUEDEN TRANSFERIRSE A LA SITUACIÓN DENTAL SI EXISTE ALGÚN ACONTECIMIENTO QUE SUSCITA LA REMINISCENCIA.

EXPERIENCIA INDIRECTA ES AQUÉLLA EN QUE EL MIEDO SE ADQUIERE EN FORMA VICARIANTE. LA --- FUENTE VICARIANTE MÁS FRECUENTE ES LA FAMILIA: PADRE, MADRE, HERMANO. EL NIÑO ADQUIERE - EL TEMOR OBSERVANDO LA EXPERIENCIA DE UN PROGENITOR O ENTERÁNDOSE DE ELLA. LOS MISMO SU- CEDERÍA EN EL CASO DE HERMANOS O AMIGOS. OTRAS EXPERIENCIAS VICARIANTES PROVIENEN DEL -- CINE, TELEVISIÓN Y CARICATURAS DE ESCENAS DENTALES DOLOROSAS O AMENAZADORAS.

ES FRECUENTE QUE ESTAS EXPERIENCIAS SE PRODUZCAN EN LA NIÑEZ. EL RECUERDO DE LOS ACONTE- CIMIENTOS Y SENSACIONES ASOCIADOS CON ELLAS PUEDE PERSISTIR POR EL RESTO DE LA VIDA, SI - NO SE ENCARA UNA REEDUCACIÓN. POR FORTUNA, TODAS LAS PERSONAS TIENEN LA CAPACIDAD DE OL- VIDAR Y VOLVER A APRENDER.

CONDICIONAMIENTO DE LOS TEMORES DENTALES

CONDICIONAMIENTO CLASICO

EN ALGUNOS CASOS EL MIEDO EXCESIVO AL CLÍNICO Y A LA EXPERIENCIA DENTAL PUEDE CONTEMPLAR- SE COMO UNA RESPUESTA CONDICIONADA, SIMILAR A LA QUE OCURRE EN LOS REFLEJOS CONDICIONADOS DE PAVLOV. HE AQUÍ COMO SE INSTALA UN REFLEJO CONDICIONADO:

PAVLOV OFRECIÓ ALIMENTO (ESTÍMULO NO CONDICIONADO) A LOS PERROS Y ESTO PRODUJO SALIVACIÓN (RESPUESTA NO CONDICIONADA). DESPUÉS PRESENTÓ ALIMENTO A LOS MISMOS PERROS, PERO HACIEN-

DO SONAR SIMULTÁNEAMENTE UN TIMBRE (ESTÍMULO CONDICIONADO); AL CABO DE CIERTO NÚMERO DE ESTÍMULOS SIMULTÁNEOS, EL SONIDO DEL TIMBRE ESTIMULABA LA SECRECIÓN SALIVAL SIN NECESIDAD DE PRESENTAR EL ALIMENTO (REFLEJO CONDICIONADO).

TENEMOS COMO EJEMPLO DE EXPERIENCIA DENTAL DIRECTA SEMEJANTE AL CONDICIONAMIENTO, EL SIGUIENTE CASO:

LA MADRE LLEVA AL NIÑO AL DENTISTA Y UN ESTÍMULO AVERSIVO COMO EL DÓLOR, SUSCITA UNA RESPUESTA DE PROFUNDO TEMOR. EL DOLOR PUEDE DEBERSE AL "TORNO" O A LA "AGUJA", PERO QUIEN MANEJA EL INSTRUMENTO QUE CAUSA DOLOR ES EL ODONTÓLOGO, DE MODO QUE ÉSTE SE CONVIERTE EN UN ESTÍMULO CONDICIONADO Y EL MIEDO QUE SUSCITA LA PRESENCIA DEL ODONTÓLOGO O PENSAR EN ÉL PUEDE SEMEJARSE CON UN REFLEJO O RESPUESTA CONDICIONADA.

AUNQUE A ESTE EJEMPLO SE LO EQUIPARA CON EL CONDICIONAMIENTO CLÁSICO, SE PODRÍA CONCEBIR TODA UNA SERIE DE VARIABLES INTERRELACIONADAS ENTRE SÍ. LOS INTERROGATORIOS DE MUCHOS PACIENTES REVELAN MODALIDADES DE ADQUISICIÓN DE MIEDO SUGESTIVAS DE QUE OCURRE ALGO MÁS QUE LA SIMPLE ASOCIACIÓN DEL ODONTÓLOGO CON EL DOLOR O CON EL INSTRUMENTO QUE CAUSA DOLOR PORQUE EL COMPORTAMIENTO DEL ODONTÓLOGO PARECE SER UN COMPONENTE FUNDAMENTAL DE LA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA. LOS TEMORES NORMALES A LA IMPOTENCIA, LA DEPENDENCIA Y LO DESCONOCI-

DO SE INTENSIFICAN MUCHO Y, JUNTO CON EL DOLOR, ENTRAN A FORMAR PARTE DE LA RESPUESTA CONDICIONADA. EN CONSECUENCIA, EL ODONTÓLOGO ES UN ESTÍMULO CONDICIONADO QUE PUEDE DESENCADENAR UNA RESPUESTA CONDICIONADA, QUE INCLUYE TODOS LOS OTROS TEMORES. SIN EMBARGO, AL MIEDO SE LO ROTULA SIMPLEMENTE COMO MIEDO AL DOLOR.

UN SENCILLO EJEMPLO DE TAL CONDICIONAMIENTO SE REFLEJA EN LA CONDUCTA DE UN HOMBRE DE 45 AÑOS QUE VISITÓ AL DENTISTA PARA HACERSE EXAMINAR. ESTE HOMBRE ESTUVO MUY ANSIOSO DESDE DOS DÍAS ANTES DE LA VISITA. EN LA ANAMNESIS SE DESCUBRIÓ QUE, CUANDO TENÍA UNOS 5 AÑOS, SU PADRE LE HIZO EXTRAER UN DIENTE. RECORDABA MUY BIEN EL DOLOR QUE HABÍA SUFRIDO, Y QUE SU PADRE Y EL ODONTÓLOGO LO HABÍAN SUJETADO. EN ESTA LUCHA QUEDÓ GRABADA EN SU MENTE UNA ABRUMADORA EXPERIENCIA DE FUERZA, DOLOR, AGRESIÓN Y VIOLACIÓN TOTAL DE LA CONFIANZA Y DESPOJO DE PROTECCIÓN FRENTE A UN PELIGRO TREMENDO. EL COMPORTAMIENTO DEL PADRE AGRAVÓ LA CONDUCTA DEL ODONTÓLOGO Y EL CONDICIONAMIENTO FUE MÁS INTENSO. NO CABE DUDA QUE EL TEMOR A LA IMPOTENCIA, A LA DEPENDENCIA Y A LOS DESCONOCIDO SE HABÍA INTEGRADO ASÍ CON LA EXPERIENCIA DOLOROSA.

BASTA UN SOLO ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO DE ESTE TIPO PARA QUE UNA RESPUESTA CONDICIONADA DE GRAN ANSIEDAD PERDURE TODA LA VIDA, A MENOS QUE SE HAGA REEDUCACIÓN O CONTRACONDICIONAMIENTO. LA IATROSEDACIÓN TIENE LA FINALIDAD DE REDUCIR O ELIMINAR LA GRAN ANSIEDAD, --

MEDIANTE REEDUCACIÓN (CONTRACONDICIONAMIENTO).

GENERALIZACION

EL CONDICIONAMIENTO TAMBIÉN SE GENERALIZA, O SEA QUE SUS EFECTOS SE DISPERSAN A PARTIR DE LAS CIRCUNSTANCIAS TRAUMÁTICAS ORIGINALES Y ENTRAN A ABARCAR SITUACIONES QUE CONTIENEN -- ELEMENTOS SIMILARES, COMO LAS EXPERIENCIAS MÉDICAS QUE SE GENERALIZAN A SITUACIONES ODONTOLÓGICAS SI EL PACIENTE CAPTA INDICIOS SIMILARES.

LAS EXPERIENCIAS DE LA NIÑEZ EN INTERVENCIONES COMO AMIGDALECTOMÍAS SUELEN SER UNA FUENTE COMÚN DE TEMORES ADQUIRIDOS, SUSCEPTIBLES DE GENERALIZARSE A LA ESCENA DENTAL. ÉSTO NO -- SOLO SUCEDE EN RELACIÓN CON LA MUTILACIÓN Y EL DOLOR, SINO CON LA EXPERIENCIA EN LA ANALGESIA GENERAL O LOCAL.

LAS INYECCIONES PARA INMUNIZACIÓN O PARA ADMINISTRAR ANTIBIÓTICOS O ANALGÉSICOS LOCALES A FIN DE CURAR O SUTURAR HERIDAS TRAUMÁTICAS PUEDEN DAR MOTIVO A QUE SE ACENTÚEN EL MIEDO Y LA ANSIEDAD. EL SIGUIENTE ES UN EJEMPLO DE GENERALIZACIÓN:

JAVIER RODRÍGUEZ. HOMBRE VIGOROSO DE 30 AÑOS, EN SU ENTREVISTA INICIAL EXPRESÓ QUE NO -- QUERÍA QUE SE LE HICIESE ANALGESIA LOCAL PARA NINGÚN PROCEDIMIENTO DE RESTAURACIÓN. AL --

PREGUNTARLE POR QUÉ, DIJO QUE TEMÍA A LAS INYECCIONES, PUES CON ANTERIORIDAD HABÍA REAC--
CIONADO CON NÁUSEAS Y PALPITACIONES, Y SE PONÍA PÁLIDO CON SOLO PENSAR EN ELLAS. AUNQUE
EL DOLOR NO LE IMPORTABA TANTO, DURANTE LE ENTREVISTA SE EVIDENCIÓ QUE LA EXPERIENCIA PER--
TURBADORA ERA LA PENETRACIÓN PROFUNDA DE LA AGUJA, COMO EN UNA INYECCIÓN MANDIBULAR.
RASTREANDO ESTE INDICIO SURGIÓ UNA ASOCIACIÓN CON EXPERIENCIAS DE LA NIÑEZ. ENTRE LOS 7
Y 10 AÑOS JAVIER HABÍA SUFRIDO VARIOS ACCIDENTES, COMO HERIDAS EN EL CUERO CABELLUDO Y --
PROFUNDOS CORTES EN LA CARA Y LAS PIERNAS. SIEMPRE QUE LE OCURRÍAN ESTAS COSAS LO LLEVA--
BAN A TODA PRISA AL MÉDICO O AL HOSPITAL, EN MEDIO DE CONSIDERABLE ANSIEDAD, DONDE SE LE
HACÍA UNA INYECCIÓN ANESTÉSICA PARA SUTURARLO Y DESPUÉS SE LE INYECTABA UN ANTIBIÓTICO.
POR CONSIGUIENTE, LAS INYECCIONES SE ASOCIARON CON HERIDAS EN EL CUERPO, CRISOS, MIEDO Y
DOLOR Y SE INSTALÓ UNA RESPUESTA CONDICIONADA INTEGRAL. POR LO TANTO, SIEMPRE QUE DEBÍA
DÁRSELE UNA INYECCIÓN DE CUALQUIER TIPO O EN CUALQUIER PARTE DEL CUERPO, JAVIER SUFRÍA -
AGUDA ANSIEDAD. ESTO SE GENERALIZÓ A LA INYECCIÓN INTRABUCAL PARA ANESTESIA REGIONAL. A
FIN DE EVITAR ESA ANSIEDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS DE RESTAURACIÓN DENTAL, PREFERÍA QUE NO
SE LE INYECTASE ANALGÉSICOS LOCALES.

MODELAMIENTO

EL MODELAMIENTO ES UNA EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE INDIRECTO O VICARIANTE. MUCHAS VECES LOS NIÑOS ADQUIEREN TEMORES POR OBSERVAR EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS DE SUS PADRES, HERMANOS O AMIGOS, O ESCUCHAR LAS VERSIONES DE TALES EXPERIENCIAS. ESTE TIPO DE APRENDIZAJE TAMBIÉN PUEDE OCURRIR VIENDO ESCENAS DENTALES EN LA TELEVISIÓN, EL CINE O LAS CARICATURAS.

LA EXPERIENCIA DE UN PROGENITOR ES COMÚN E INFULCA UN MIEDO MUY TENAZ, COMO SE EVIDENCIA EN EL SIGUIENTE CASO, EN QUE EL PACIENTE NO SE DEJABA DAR INYECCIONES PARA ANESTESIA REGIONAL, PERO EL TEMOR SE BASA EN UNA EXPERIENCIA MODELADORA Y NO DIRECTA.

UNA MUJER DE 45 AÑOS RECHAZÓ LAS INYECCIONES PARA EL TRATAMIENTO DENTAL ALEGANDO QUE LES TENÍA GRAN TEMOR. AL PREGUNTÁRSELE LA CAUSA, DIJO QUE NO LA SABÍA. ESTA MUJER NO HABÍA SUFRIDO NINGUNA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA A MANOS DE MÉDICOS NI DE ODONTÓLOGOS, SU TEMOR PARECÍA INFUNDADO. AL INQUIRIR SOBRE ANÁLISIS DE SANGRE, RESPONDIÓ QUE NUNCA SE LOS HABÍA DEJADO HACER. EN CUANTO A LAS INMUNIZACIONES EN LA NIÑEZ, DIJO QUE JAMÁS FUERON INMUNIZADAS ELLA NI SU HERMANA PORQUE SU MADRE QUE ERA ENFERMERA "NO CREAÍA EN ELLAS". EL CLÍNICO INTERPRETÓ ESTO COMO QUE LA MADRE (ENFERMERA, POR AÑADIDURA) HABÍA ENSEÑADO A SU HIJA QUE LAS INYECCIONES ERAN PELIGROSAS Y DEBÍA EVITARLAS. POR LO TANTO, LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA SE ENCARÓ TOMANDO ESTA INTERPRETACIÓN COMO PUNTO DE PARTIDA.

EN ESTE CASO EL TEMOR NO GUARDÓ RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO DE NINGÚN MÉDICO NI DE --- OTRA FIGURA AUTORITARIA, LO CUAL ES BASTANTE EXCEPCIONAL. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, LO QUE SE ESCUCHA DE LOS DEMÁS O LO QUE SE VE EN TELEVISIÓN SE RELACIONA CON UN PROCEDER DEPLORABLE DEL PROFESIONAL JUNTO CON UN ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO. EL NIÑO PEQUEÑO ACEPTA ESTAS IMPRESIONES COMO REALES Y UNIVERSALES, Y PUEDE ENFRENTAR SU PRIMERA EXPERIENCIA DENTAL CON MIEDO.

EL ODONTÓLOGO QUE CONOCE LOS SÍNTOMAS DEL TEMOR DISIPARÁ LA ANSIEDAD DE ESTE TIPO CON MUCHA FACILIDAD, PERO SI NO RECONOCE LOS SÍNTOMAS O NO LES PRESTA ATENCIÓN, HABRÁ DE OCURRIR UNA EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE DE MIEDO MÁS INTENSA, DESENCADENADA POR LA IMPERICIA DEL PROFESIONAL QUE INTENTA TRATAR A UN PACIENTE ASUSTADO.

HE AQUÍ UN EJEMPLO DE MODELAMIENTO BASADO EN LA OBSERVACIÓN DE ACONTECIMIENTOS REPRESENTADOS EN LA PANTALLA.

UN HOMBRE DE 47 AÑOS MANIFESTÓ QUE SENTÍA GRAN TEMOR A LOS DENTISTAS. ADMITÍA QUE SU BOCA ERA UN DESASTRE PUES NO SE LA HACÍA TRATAR DESDE MUCHOS AÑOS ATRÁS. DIJO TOLERAR BIEN EL DOLOR, YA QUE HABÍA SUFRIDO TODA SUERTE DE DOLORES DESDE QUE QUEDÓ HERIDO E INCAPACITADO EN EL SERVICIO MILITAR. "ES PROBABLE QUE ME PREOCUPE MÁS LA ANTICIPACIÓN QUE EL AC-

TO REAL, PORQUE TOLERO EL DOLOR BASTANTE BIEN". SU TEMOR AL ODONTÓLOGO COMENZÓ CUANDO --
ERA NIÑO, PORQUE SEGÚN DIJO, "UNO DE LOS MALES DE NUESTRA SOCIEDAD PARECE SER EL MIEDO AL
DENTISTA. RECUERDO QUE SOLÍA VER PELÍCULAS EN LAS QUE EL PACIENTE ENTRA, LE DICEN QUE NO
LE VA A DOLER Y DESPUÉS... EN FIN, TENDRÍA QUE SER GRACIOSO, PERO UNO SE ASUSTA, AUNQUE
NO HABRÍA MOTIVO PARA TENER MIEDO..." PARECE QUE, CUANDO POR FIN ACUDIÓ A LA CLÍNICA DEN-
TAL, LLEGÓ CON GRAN ANSIEDAD, EN PARTICULAR POR UN TEMOR A LO DESCONOCIDO, QUE ATRIBUYÓ
"A LA EXTRAÑEZA DE QUE LA URGEN A UNO CON INSTRUMENTOS CORTANTES Y ARRANQUEN COSAS QUE --
NORMALMENTE NO SE TOCAN". JUNTO CON EL TEMOR A LO DESCONOCIDO ESTABA EL MIEDO AL PROBA--
BLE DAÑO QUE PODRÍA CAUSAR LA "MANO EXTRAÑA".

PARA EMPLEAR CON EFICACIA LA TÉCNICA DE LA IATROSEDACIÓN ES FUNDAMENTAL QUE SE CONOZCAN -
LOS PARADIGMAS DEL APRENDIZAJE, Y TAMBIÉN ES IMPORTANTE CAPTAR LA IMPORTANCIA QUE TIENE PA-
RA EL PACIENTE EL COMPORTAMIENTO DEL ODONTÓLOGO EN TODOS LOS ASPECTOS DE LA ASISTENCIA --
DENTAL. LA IMPORTANCIA DE TAL COMPORTAMIENTO ES MAYOR TODAVÍA CUANDO EL FACTOR PREDOMI--
NANTE ES LA ANSIEDAD.

PERCEPCION DEL ODONTOLOGO POR EL PACIENTE

LOS PACIENTES TEMEROSOS REQUIEREN UN COMPORTAMIENTO ESPECIAL DE PARTE DEL ODONTÓLOGO. JANIS PREPARÓ UN PLAN PARA TAL CONDUCTA, BASADO EN LOS RESULTADOS QUE OBTUVO EN UN ESTUDIO DE CINCO AÑOS SOBRE EL STRESS PSICOLÓGICO DE LOS PACIENTES QUE SE PREPARABAN PARA INTER-- VENCIONES QUIRÚRGICAS MAYORES Y MENORES, INCLUSIVE CIRUGÍA ODONTOLÓGICA.

JANIS EXPLORÓ CON MUCHA PROFUNDIDAD LAS EMOCIONES, NECESIDADES Y RESPUESTAS DE ESTOS PA-- CIENTES EN RELACIÓN, CON LOS PROFESIONALES QUE LOS ATENDÍAN, Y COMPROBÓ QUE EL COMPORTA-- MIENTO DEL PROFESIONAL EJERCE UNA PODEROSA INFLUENCIA SOBRE LOS NIVELES DE MIEDO Y DE --- STRESS DEL PACIENTE. SE PUSO ASÍ DE MANIFIESTO LO QUE EL PACIENTE NECESITA DEL PROFESIO-- NAL. PARA COMENZAR, JANIS LLEGÓ A LA CONCLUSIÓN DE QUE EL PACIENTE PERCIBE A SU ODONTÓ-- GO DE DOS MANERAS IMPORTANTES: COMO UNA AUTORIDAD QUE CONTROLA EL PELIGRO Y COMO UNA AU-- TORIDAD QUE LO PROTEGE.

LA PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL EN ESTOS PAPELES ESTÁ RODEADA DE INTENSOS SENTIMIENTOS Y -- NECESIDADES QUE JANIS RESUME ASÍ:

EL PROFESIONAL CONTROLA ALGO QUE PARA EL PACIENTE ES AMENAZADOR O PELIGROSO, Y ES EL ÚNI-

CO QUE LO PUEDE PROTEGER DE ESE PELIGRO. EL PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN UNA SITUACIÓN AMENAZADORA EXPERIMENTA ANSIEDAD Y BUSCA APOYO EMOCIONAL. POR LO TANTO, LA AUTORIDAD QUE LO VA A PROTEGER DEL PELIGRO SE REVISTE DE UNA GRAN CARGA EMOTIVA, DE MODO QUE TODO LO -- QUE HAGA O DIGA SE MAGNIFICA MÁS QUE EN CONDICIONES COMUNES. LA CAPACIDAD DEL PACIENTE -- PARA TOLERAR EL STRESS Y APRENDER A ENCARAR ESTE TEMOR DEPENDE DE QUE SEA CAPAZ DE ADQUIRIR CONFIANZA PARA COLOCARSE EN MANOS DE ESTA FIGURA DE AUTORIDAD PROTECTORA. PARA QUE -- CONSIGA ESTO Y ADQUIERA UNA SENSACIÓN DE SEGURIDAD, SE DEBE "TRABAJAR LA SITUACIÓN" ANTES DE EXPONER AL PACIENTE A LO QUE ÉL CONSIDERA PELIGROSO.

ESTE "TRABAJO" PREPARATORIO ES LA ENTREVISTA IATROSEDANTE, ES DECIR, LA PRIMERA INTERAC-- CIÓN ENTRE EL PACIENTE TEMEROSO Y EL PROFESIONAL. REALIZADA CON HABILIDAD Y CON BUEN FUN-- DAMENTO, ESA ENTREVISTA NO DEBERÍA DURAR MÁS DE 5 A 10 MINUTOS. LAS OBSERVACIONES DE JA-- NIS SUGIEREN QUE HAY QUE RESPONDER A DOS INTERROGANTES PARA RESOLVER EL PROBLEMA:

1. ¿QUÉ ES LO QUE EL PACIENTE PERCIBE COMO AMENAZADOR O PELIGROSO?
2. ¿QUÉ PUEDE HACER EL ODONTÓLOGO PARA QUE EL PACIENTE SE SIENTA SEGURO Y SEPA QUE SE LO HA DE PROTEGER DEL PELIGRO?

LAS RESPUESTAS A ESTOS INTERROGANTES SON LA CLAVE DEL PROCESO IATROSEDANTE.

ENTREVISTA IATROSEDANTE

LA ENTREVISTA IATROSEDANTE SE ESTRUCTURÓ DE ACUERDO CON LA ENTREVISTA TRADICIONAL DE SONDEO. COMIENZA CON UNA PREGUNTA DE EXPLORACIÓN COMO: ¿"QUÉ PROBLEMA TIENE USTED?". LA PREGUNTA OFRECE AL PACIENTE LA MÁXIMA OPORTUNIDAD DE MANIFESTAR EL PROBLEMA QUE MÁS LO -- PREOCUPA, DE MODO QUE TIENE LIBERTAD PARA ESTABLECER SU PRIORIDAD DE "DIFICULTADES". SI EL PACIENTE EMPIEZA DICHIENDO QUE LE DUELEN LOS DIENTES, LE SANGRA LA ENCÍA O DESEA QUE LO EXAMINE PORQUE SOSPECHA UNA CARIES, EL ODONTÓLOGO RESPONDE SEGÚN EL CASO. PROCEDE ENTONCES A REUNIR INFORMACIÓN SOBRE EL PROBLEMA O NECESIDAD HASTA QUE LE PARECE QUE CUENTA CON TODO LO NECESARIO PARA EMPRENDER LA INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICA Y TRAZAR UN PLAN TERAPÉUTICO.

LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES NO TIENEN UN MIEDO EXCESIVO Y MANEJAN SU ANSIEDAD BIEN, CASO EN EL CUAL LA ENTREVISTA IATROSEDANTE NO ES NECESARIA, PERO SI EL PACIENTE RESPONDE CON -- CUALQUIERA DE MUCHAS EXPRESIONES DE ANSIEDAD, COMO "LOS DIENTES ME CAUSAN MUCHO MIEDO" -- "SOY UN PACIENTE MUY DIFÍCIL" O "TENGO MUCHO MIEDO", SE DEBE ORIENTAR LA ENTREVISTA HACIA LA IATROSEDACIÓN DE ENTRADA.

ESTRATEGIA DE LA ENTREVISTA

SE ADOPTAN DOS ESTRATEGIAS: LA VERBAL, EN QUE SE AVERIGUAN Y SE INTERPRETAN LOS HECHOS,

Y LA NO VERBAL, BASADA EN LA EMPATÍA.

LA ESTRATEGIA VERBAL, DE AVERIGUACIÓN, SE DIVIDE EN DOS CATEGORÍAS PRINCIPALES: REUNIR - INFORMACIÓN, Y PROPORCIONARLA. PARA REUNIR INFORMACIÓN HAY QUE SER UN SHERLOCK HOLMES. EL OBJETIVO ES CONSEGUIR INFORMACIÓN APROPIADA RÁPIDAMENTE Y CON EXACTITUD. EL PRIMER -- INTERROGANTE QUE EL ODONTÓLOGO (LA AUTORIDAD QUE CONTROLA EL PELIGRO) DEBE ESCLARECER, -- SEGÚN SUGIEREN LAS OBSERVACIONES DE JANIS, ES: "¿QUÉ ES AMENAZADOR O PELIGROSO PARA EL -- PACIENTE?"

DETERMINADO EL MOTIVO DEL MIEDO DEL PACIENTE, EL SEGUNDO PASO ES AVERIGUAR CÓMO ADQUIRIÓ ESTE TEMOR. CONOCIENDO LOS PARADIGMAS DEL APRENDIZAJE, MENCIONADOS ARRIBA, SE FACILITAN LAS COSAS. ESTA INFORMACIÓN TAMBIÉN SE PUEDE OBTENER RÁPIDA Y PRECISAMENTE EN 4 Ó 5 MINUTOS O MENOS. NO SE SUPONE QUE SE DEBA HACER UNA INVESTIGACIÓN PROLONGADA NI A FONDO.

PARA RECOGER UNA BUENA INFORMACIÓN HAY QUE SABER PREGUNTAR PARA CAPTAR LO FUNDAMENTAL, -- SABER ESCUCHAR Y DISCERNIR LA ESENCIA DE LA COMUNICACIÓN DEL PACIENTE, Y TAMBIÉN SE DEBE SABER RESPONDER DE MODO QUE SE FACILITE LA NARRACIÓN DE ÉSTE.

DESPUÉS DE HABER REUNIDO LA INFORMACIÓN, EL PROFESIONAL INFORMA A SU VEZ. AHORA LE TOCA EL TURNO DE HABLAR Y EL PACIENTE DEBE ESCUCHAR.

AL DAR INFORMACIÓN, EL ODONTÓLOGO (AUTORIDAD PROTECTORA) RESPONDE AL SEGUNDO INTERROGANTE DE JANIS: ¿"QUÉ PUEDE HACER EL PROFESIONAL PARA QUE EL PACIENTE SE SIENTA SEGURO Y PROTEGIDO DEL PELIGRO?".

LA INFORMACIÓN RECOGIDA CARECE DE VALOR SI NO SE LA SELECCIONA PARA INTERPRETARLA. DESPUÉS, UNA VEZ ELABORADA, SE LA DEVUELVE AL PACIENTE DE TAL MANERA QUE ÉSTE ADQUIERA NOTICIÓN DE ASPECTOS ESPECÍFICOS DE SU TEMOR, DE CÓMO LO ADQUIRIÓ Y CÓMO PUEDE DISIPARLO. EL PROFESIONAL EXPLICA ENTONCES LO QUE HA DE HACER Y QUÉ EFECTOS ESPERA QUE EJERZA SU COMPORTAMIENTO SOBRE LA APTITUD DEL PACIENTE PARA REEDUCARSE.

ESTA COMUNICACIÓN VERBAL, SUMADA A LA COMUNICACIÓN NO VERBAL EMPÁTICA, INICIARÁ LA SENSACIÓN DE CONFIANZA. SI LA CONFIANZA SE MANTIENE Y DESPUÉS SE REFUERZA CON LOS ENCUENTROS CLÍNICOS IATROSEDANTES, EL TEMOR PUEDE DISIPARSE PORQUE EL MIEDO SE DILUYE EN LA CONFIANZA.

MODELO DE ENTREVISTA IATROSEDANTE.

UN MODELO SENCILLO DE ESTRATEGIA INICIAL ES EL SIGUIENTE:

OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

1. RECONOCIMIENTO DE LA ANSIEDAD

2. FACILITACIÓN DE LOS INDICIOS.
3. DESAHOGO DEL PACIENTE ("DECIR LO QUE OCULTA")

PROPORCIÓN DE INFORMACIÓN

1. MANEJO DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA
2. COMPROMISO DEL PROFESIONAL.

HE AQUÍ UNA BREVE EXPLICACIÓN DE TODOS ESTOS PASOS:

EL RECONOCIMIENTO DE LA ANSIEDAD ES UN PROCESO DOBLE. EL PROFESIONAL RESPONDE VERBALMENTE A ALGUNA EXPRESIÓN DE ANSIEDAD DE PARTE DEL PACIENTE, O SEA QUE LE PRESTA ATENCIÓN. ADEMÁS, LA COMUNICACIÓN NO VERBAL CON LA CUAL SE TRASMITEN LAS PALABRAS INDICA AL PACIENTE -- QUE EL PROFESIONAL ENTIENDE, EMPATIZA Y DESEE AYUDARLO A ENCARAR EL PROBLEMA.

LA FACILITACIÓN DE LOS INDICIOS CONSISTE EN INDUCIR AL PACIENTE A EXAMINAR LA DECLARACIÓN INICIAL DE ANSIEDAD Y LOS INDICIOS SUBSIGUIENTES; SE TRATA PUES DE UNA TÉCNICA DE "DÍGAME MÁS". ES COMO SI SHERLOCK HOLMES ESCUCHASE Y EXPLORASE PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN CRÍTICA QUE NECESITA PARA IDENTIFICAR EL PROBLEMA.

CON EL DESAHOGO, EL PACIENTE DESCARGA UN POCO SU ANSIEDAD AL DECIR LO QUE LE PASA Y EXPLI-

CAR LA INDOLE DE SU TEMOR, SU ORIGEN Y SU INTENSIDAD. LO MÁS IMPORTANTE ES QUE PODRÍA DESCRIBIR EL COMPORTAMIENTO DE OTROS PROFESIONALES (O DE OTRAS PERSONAS QUE INTERVINIERON).

EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA ES UN MECANISMO DE "RETROALIMENTACIÓN" POR EL CUAL EL PACIENTE QUE APRENDIÓ A TENER MIEDO PUEDE "DESAPRENDERSE" DE ESTE MIEDO Y ADQUIRIR UN CONJUNTO DISTINTO DE IMPRESIONES Y MODOS DE COMPORTARSE.

EL PROFESIONAL HABLA DE MANERA QUE INFUNDE SENSACIÓN DE APOYO Y SUGESTIÓN, ESTO CONDUCE AL COMPROMISO DE PARTE DEL PROFESIONAL DE QUE SE HA DE COMPORTAR COMO UN PROTECTOR, A DIFERENCIA DE LOS PROFESIONALES ANTERIORES. EN ESTA OPORTUNIDAD SE DEBE DAR ALGUNA EXPLICACIÓN DE CÓMO SE HABRÁ DE ENCARAR EL OBJETO O LA SITUACIÓN QUE INSPIRA TEMOR. ESTO SE HARÁ CON SUFICIENTE CLARIDAD Y PROFUNDIDAD COMO PARA SUSCITAR UNA RESPUESTA VERBAL Y NO VERBAL DE QUE EL NIVEL DE ANSIEDAD HA DISMINUIDO.

TECNICA DE ENTREVISTA IATROSEDANTE.

AUNQUE A CONTINUACIÓN SE COMENTA Y EJEMPLIFICA EL ASPECTO VERBAL, INVESTIGATIVO E INTERPRETATIVO DE LA TÉCNICA, DESEAMOS SEÑALAR QUE LA SEPARACIÓN ENTRE LOS ASPECTOS VERBALES Y NO VERBALES ES ARTIFICIAL. EN REALIDAD, LAS COMUNICACIONES VERBAL Y NO VERBAL SON INSEPARABLES, PERO EXAMINANDO LAS TÉCNICAS POR SEPARADO SE SIMPLIFICA LA PRESENTACIÓN.

UNA VEZ QUE EL PACIENTE RESPONDE A LA PRIMERA PREGUNTA CON UNA DECLARACIÓN DE ANSIEDAD O MIEDO, COMO "LOS DENTISTAS ME ATERRORIZAN" SE DEBE ADOPTAR UN PLAN TÁCTICO SENCILLO PERO EXACTO. SE DEBE PASAR DE LA DECLARACIÓN GENERAL DE MIEDO A LA DETERMINACIÓN DEL MOTIVO ESPECÍFICO DEL TEMOR DEL PACIENTE, PORQUE DE ESTA MANERA RESULTA MUCHO MÁS FÁCIL ELIMINAR O REDUCIR EL NIVEL DE MIEDO; PRÁCTICAMENTE EL PROFESIONAL NO SE PUEDE COMPROMETER EN CUANTO A SU CONDUCTA SI DESCONOCE LA CAUSA DEL TEMOR. UNA VEZ QUE SE ESCLARECE EL MIEDO ESPECÍFICO, EL SIGUIENTE PASO CONSISTE EN CONOCER LAS CIRCUNSTANCIAS DE SU ORIGEN. EL ESQUEMA ES:

DECLARACIÓN GENERAL ---TEMOR ESPECÍFICO-----ORIGEN DEL TEMOR

LA TÉCNICA MÁS EXPEDITIVA PARA PASAR DE LO GENERAL A LO ESPECÍFICO Y AL ORIGEN DEL TEMOR ES VALERSE DE PREGUNTAS BREVES Y MUY ESPECIALIZADAS AL RESPONDER A LAS DECLARACIONES DEL PACIENTE. ROTULAREMOS A ÉSTAS COMO PREGUNTAS DE "QUÉ" "PUEDE DECIRME".

ESTAS PREGUNTAS PARA IR AL GRANO SON SUCINTAS. EN LA PRESENTE ETAPA DE LA ENTREVISTA EL PROFESIONAL HABLA LO MENOS POSIBLE PERO ESCUCHA AL MÁXIMO Y CONTESTA (ESTO SE INVIERTE --- CUANDO LLEGA EL MOMENTO DE DAR INFORMACIÓN).

HE AQUÍ ALGUNOS EJEMPLOS DE PREGUNTAS DE "QUE" "PUEDE DECIRME".

PACIENTE: "LOS DENTISTAS ME ATemorIZAN" (DECLARACIÓN GENERAL)

ODONTOLOGO: "¿QUÉ ES LO QUE LE ATemorIZA?"

PACIENTE: "EL TORNO".

ODONTOLOGO: "¿QUÉ ASPECTO DEL TORNO LE MOLESTA?"

EL PACIENTE PUEDE CONTESTAR A ESTA PREGUNTA MENCIONANDO QUE ES EL DOLOR, PUES NUNCA HABÍA SUFRIDO EXPERIENCIAS DOLOROSAS. LA RESPUESTA APROPIADA SERÍA PREGUNTAR: "¿PUEDE DECIRME - ALGO MÁS AL RESPECTO?". SE PROCURA QUE EL PACIENTE AMPLÍE EL RELATO DE SUS EXPERIENCIAS. OTRA PREGUNTAS DE ESTE TIPO SERÍA: "¿PUEDE DECIRME QUÉ LE PASO?"

EJEMPLO Y ANALISIS DE UNA ENTREVISTA IATROSEDANTE.

EL ODONTÓLOGO INICIA UNA ENTREVISTA DE SONDEO, SIN SABER QUE EL PACIENTE TIENE MIEDO.

ODONTOLOGO: "¿QUÉ PROBLEMA TIENE USTED?".

ESTA ES LA PREGUNTA HABITUAL DE SONDEO; EL ODONTÓLOGO NO CONOCE LAS IMPRESIONES DEL PACIENTE. CON ESTA PREGUNTA EL PACIENTE ESTABLECE SU PRIORIDAD DE "PROBLEMAS".

PACIENTE: "DOCTOR, TENGO GRAN TEMOR A TODO LO QUE SE RELACIONE CON MIS DIENTES".

ANTE ESTA MANIFESTACIÓN GENERAL DE MIEDO, EL ODONTÓLOGO SEÑALA QUE RECONOCE Y ACEPTA EL -- PROBLEMA RESPONDIENDO CON LA PRIMERA DE LAS PREGUNTAS DE "QUE". ESTO TAMBIÉN LO ENCAUSA -

PARA DETERMINAR EL TEMOR ESPECÍFICO.

ODONTOLOGO: ¿QUÉ ES LO QUE LE INSPIRA TEMOR?

ESTA ES LA PRIMERA DE LAS PREGUNTAS BÁSICAS DE "QUÉ".

PACIENTE: "ME ATEMORIZAN LAS AGUJAS".

ESTO ES MÁS ESPECÍFICO, PERO NO SUFICIENTE. LAS PERSONAS TEMEN A LAS INYECCIONES POR MUCHOS MOTIVOS, COMO PENETRACIÓN PROFUNDA, DOLOR, SENSACIÓN DE DAÑO CORPORAL Y OTROS.

ODONTOLOGO: "¿QUÉ TIENEN DE MALO LAS INYECCIONES PARA USTED?"

OTRA PREGUNTA DE "QUÉ" ENCAMINADA A ESCLARECER ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL TEMOR.

PACIENTE: "EL DOLOR DE LA INYECCIÓN".

ESTA ES LA AMENAZA ESPECÍFICA. AHORA LAS PREGUNTAS DEBEN ORIENTARSE HACIE EL ORIGEN DEL TEMOR Y LA CONDUCTA DE ODONTÓLOGOS ANTERIORES, QUE SERÍAN RESPONSABLES DE ESTA ACTITUD.

ODONTOLOGO: "¿LE HAN DADO INYECCIONES DOLOROSAS ALGUNA VEZ?"

ESTA ES LA PREGUNTA ESPECÍFICA, REPITIENDO LA PALABRA DOLOR (DOLOROSA) PARA ESCLARECER EL ORIGEN.

PACIENTE: "SÍ... MUCHAS VECES, Y LES TENGO GRAN TEMOR". A VECES EL PACIENTE SIGUE EXPLICANDO, EN PARTICULAR SI SE LE INDUCE A HACERLO ASINTIENDO CON LA CABEZA. DE LO CONTRARIO,

ODONTOLOGO: "¿ME PODRÍA DECIR QUÉ LE PASÓ?"

EL PACIENTE SE ACERCA MÁS AL ORIGEN.

PACIENTE: "CUANDO ERA NIÑO ME DIERON INYECCIONES PARA OBTURACIONES Y LA AGUJA DOLÍA MUCHO. ERAN TERRIBLES".

ESTA EQUIPARACIÓN DEL DOLOR CON LAS INYECCIONES PUEDE SER TAN TRAUMÁTICA COMO PARA CAUSAR UNA RESPUESTA CONDICIONADA,, PERO SI EL COMPORTAMIENTO DEL ODONTÓLOGO TAMBIÉN ES TRAUMÁTICO, LA AMENAZA SE ACRECIENTA.

"ME PUSE A LLORAR Y ME MOVÍA PERO ELLOS SE ENOJARON Y ME ASUSTARON TODAVÍA MÁS".

AQUÍ LA SENSACIÓN DE IMPORTENCIA SE MAGNIFICA Y EL PELIGRO SE ACENTÚA POR LA ACTITUD DEL ODONTÓLOGO; ÉSTE NO OFRECE NINGUNA PROTECCIÓN AL NIÑO -SU ENOJO HACE QUE LA DESCONFIANZA -AUMENTE- Y EN CONJUNTO SE CREA UNA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA DE GRAN MAGNITUD.

"EMPEORÉ PORQUE A VECES LA ANESTESIA NO SURTÍA EFECTO, PERO ME PERFORABA LO MISMO: ERA --

TERRIBLE!"

EL TEMOR A LO DESCONOCIDO SE SUMA A LOS OTROS TEMORES -EL NIÑO NO SABÍA SI SE LO PROTEGERÍA DEL DOLOR O NO- Y TAMBIÉN ESTO SE COMPLICABA POR LA DESCONSIDERACIÓN DEL ODONTÓLOGO.

AL LLEGAR AQUÍ, LA ESTRATEGIA PASA DE LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN A PROPORCIONAR INFORMACIÓN. LOS ELEMENTOS DEL CONDICIONAMIENTO SON MUY EVIDENTES: DOLOR, SUFRIMIENTO, MIEDO - A LA IMPOTENCIA Y A LO DESCONOCIDO, SUMADO A UNA FIGURA AUTORITARIA ENFADADA, QUE NO OFRECE NINGUNA PROTECCIÓN. EL PROCESO DE CONTRACONDICIONAMIENTO EMPIEZA CON UNA ENFÁTICA DECLARACIÓN DE APOYO, SEGUIDA POR UNA INTERPRETACIÓN DE LOS EFECTOS DE LA EXPERIENCIA SOBRE EL PACIENTE Y POR UNA EXPLICACIÓN DE PORQUÉ SE ESTÁ SEGURO DE QUE ESTA VEZ LA EXPERIENCIA SERÁ DISTINTA. SE HACE SUGESTIÓN Y SE ASUME EL COMPROMISO DE CÓMO EL ODONTÓLOGO SE HA DE COMPORTAR CUANDO ÉL Y SU PACIENTE ENFRENTE LA PRIMERA INYECCIÓN JUNTOS. EN ESTE COMPROMISO SE ESPECIFICA: 1) CÓMO SE HA DE COMPORTAR EL ODONTÓLOGO; 2) QUÉ HA DE HACER ÉSTE, Y 3) CÓMO LO HA DE HACER.

ODONTÓLOGO: "AHORA ENTIENDO POR QUÉ USTED TIENE MIEDO DE LAS INYECCIONES.

APOYO, RESPETO Y SIMPATÍA.

"QUIERE DECIR QUE USTED SE DIO CUENTA DE QUE ESE DENTISTA NO LO IBA A PROTEGER DEL DOLOR, USTED ESTABA A MERCED DE ÉL, PERO ÉL NO PARECÍA TENER LA INTENCIÓN DE AYUDARLO. ESTAS IMPRESIONES PERSISTEN EN USTED, Y POR ESO TODAVÍA EXPERIMENTA ESE MISMO TERROR Y APREN---

SIÓN DE CUANDO ERA NIÑO",

INTERPRETACIÓN Y EXPLICACIÓN DE POR QUÉ SIGUE TENIENDO MIEDO AÑOS DESPUÉS DE LOS ACONTECIMIENTOS ORIGINALES.

"PERO AHORA CONOCERÁ ALGO NUEVO Y SE OLVIDARÁ DE TODO ESO",

SUGESTIÓN Y PROMESA DE UN TIPO DE RELACIÓN NUEVO Y DISTINTO.

"AHORA LE DIRÉ LO QUE VA A PASAR. PRIMERO, ESTOY SEGURO DE QUE LA INYECCIÓN QUE LE DARÉ - LE VA A DOLER POCO O NADA. SI LE DUELE, NO SERÁ TANTO COMO PARA QUE LE TEMA",

COMIENZO DEL COMPROMISO. ESTE OFRECIMIENTO SE BASA EN LA APTITUD PARA DAR INYECCIONES DE ESTA MANERA. PROMETER ALGO QUE NO SE PUEDE CUMPLIR SERÍA DESASTROSO.

"LO MANTENDRÉ INFORMADO EN TODO MOMENTO..."

ESTO SE HACE PARA DISIPAR EL MIEDO A LO DESCONOCIDO.

"SI SIENTE APRENSIÓN O CUALQUIER MOLESTIA, INTERRUMPO. NO LE VOY A HACER NADA HASTA QUE USTED ESTÉ PREPARADO Y LA ZONA SEA INSENSIBLE".

PARA DISIPAR LA SENSACIÓN DE IMPOTENCIA Y DEPENDENCIA Y PARA CREAR CIERTO SENTIDO DE AUTOCONTROL, ASÍ COMO UNA SENSACIÓN DE CONFIANZA.

"SE POR EXPERIENCIAS ANTERIORES, QUE USTED PODRÁ APRENDER A NO TENER MIEDO".

LA SUGESTIÓN DE QUE EL PACIENTE PUEDE APRENDER A NO TENER MIEDO SE ACOMPAÑA DE LA SEGURIDAD DE QUE EL ODONTÓLOGO SABE Y ES UN EXPERTO.

EL "TERCER OIDO" Y LA ENTREVISTA

LA ENTREVISTA QUE SE ACABA DE REFERIR ES LA RECONSTRUCCIÓN DE UN DIÁLOGO HASTA CIERTO PUNTO NO COMPLICADO. PARECE SENCILLA, UNA SIMPLE CUESTIÓN DE "SENTIDO COMÚN", PERO DESDE EL PUNTO DE VISTA TÉCNICO ES MUY ESTRUCTURADA PUES AVANZA DIRECTAMENTE HACIA EL BLANCO COMO UNA SAETA.

LOS INTERROGATORIOS MÁS COMPLICADOS REQUIEREN CUALIDADES ADICIONALES. LA HABILIDAD DE SER EFICAZ DEPENDE DE LO BIEN QUE UNO "ESCUCHA" LO QUE EL PACIENTE DICE. SE PUEDE OÍR SIN "ESCUCHAR". "ESCUCHAR" SIGNIFICA CAPTAR INDICIOS OSCUROS; PALABRAS Y FRASES QUE DAN LA PISTA DEL TEMOR EXPRESADO, INDICIOS MENOS OBVIOS QUE "DOLOR", "TORNO" Y "AGUJA". EN CONSECUENCIA, PUEDEN NO SER ESCUCHADOS. EL BUEN ÉXITO DEPENDE DEL CONOCIMIENTO QUE SE TENGA DE ESTOS INDICIOS Y DEL PERFECCIONAMIENTO DE ESE "TERCER OÍDO, QUE PERMITE ESCUCHAR" MANIFESTACIONES DE MIEDO MÁS SUTILES Y MENOS OBVIAS.

A CONTINUACIÓN OFRECEMOS UN EJEMPLO DE UNA ENTREVISTA EN QUE LA PACIENTE EXPRESA ALGUNOS -

INDICIOS POCO CLAROS. LA PACIENTE NO TIENE NOCIÓN DE LO QUE SIGNIFICAN, PERO SIN CONOCER SU IMPORTANCIA NO PUEDE DEJAR DE EXPRESARLOS. LA ENTREVISTA FUE REALIZADA POR UN ESTU---DIANTE UN TANTO INEXPERTO. EL ESTUDIANTE PROGRESÓ MUY BIEN HASTA DETERMINADO MOMENTO, PERO SU "TERCER OÍDO" NO ESTABA LO SUFICIENTEMENTE DESARROLLADO COMO PARA CAPTAR LOS INDI---CIOS MÁS OSCUROS.

ESTUDIANTE: "¿QUÉ PROBLEMA TIENE?"

PACIENTE: "ME DUELE UN DIENTE Y QUISTERA QUE ME LO ARREGLEN, PERO NO TOLERO LA NOVOCAINA Y SOLO CON PENSAR QUE ME LA PONDRÍAN DAR ME PONGO MUY NERVIOSA".

ESTUDIANTE: "¿HAY ALGÚN MOTIVO PARA QUE NO SE LE PUEDA HACER ANESTESIA LOCAL?"

PACIENTE: "EL MÉDICO ME HA DICHO QUE SOY ALÉRGICA A TODAS LAS "CAÍNAS" Y QUE, POR LO TANTO PARA ARREGLARME LA DENTADURA ME TIENEN QUE HACER ANESTESIA GENERAL".

ESTUDIANTE: "¿CÓMO LLEGÓ SU MÉDICO A LA CONCLUSIÓN DE QUE USTED ES ALÉRGICA?" "¿QUÉ SUCE--DIÓ?"

PACIENTE: "PUES ME EXTRAJERON UN DIENTE QUE ESTABA EN EL PALADAR, UN DIENTE DEBAJO DEL OJO. EL DENTISTA ME DIO VARIAS INYECCIONES Y ESPERÓ A QUE SURTIESEN EFECTO. DE PRONTO NO PUDE RESPIRAR, SENTÍ UNA PESADEZ TERRIBLE. EL CORAZÓN ME LATÍA CON FUERZA, ME AHOGABA, CREÍ MORIR. EL DENTISTA SE MOSTRÓ MUY ALARMADO, DIJO QUE ME HARÍA UN ELECTROCARDIOGRAMA INMEDIATAMENTE... Y NO QUIZO TRATARME LA DENTADURA, DE MODO QUE FUI A VER AL MÉDICO QUE ÉL ME RECOMENDÓ. ESTE DIJO QUE NO TENÍA NADA -

EN EL CORAZÓN, SINO QUE NO SE ME PODÍAN DAR ANESTÉSICOS LOCALES".

ESTUDIANTE: "DESDE ENTONCES LE HAN HECHO ALGÓN TRATAMIENTO DENTAL? ¿QUÉ HIZO USTED?"

PACIENTE: "ME HICE ARREGLAR LOS DIENTES SIN ANESTESIA LOCAL, INCLUSO LA RECONSTRUCCIÓN DE UN DIENTE. POR LO TANTO, TENGO MUCHO MIEDO... ES PEOR QUE UN PARTO, QUE TAMBIÉN LO TUVE SIN ANESTESIA LOCAL".

ESTUDIANTE: "¿QUÉ SIENTE CUANDO LE DAN INYECCIONES?"

PACIENTE: "UN POCO DE TENSIÓN, PERO NO MUCHO. LA AGUJA NO ME MOLESTA, PERO TENGO MIEDO. CREO QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE TIENE UN POCO DE MIEDO. ¿NO LE PARECE? NO TIENE NADA QUE VER CON EL DENTISTA COMO PERSONA. NO SÉ, PERO ES QUE LA EXPERIENCIA - EN SÍ ES MUY DESAGRADABLE; UNA NO SABE SI SE VA A AHOGAR O LE VA A PASAR ALGO. ES MÁS CUESTIÓN DE PODER CONTROLAR LA SITUACIÓN".

ESTA ENTREVISTA SE GRABÓ EN VIDEOTAPE COMO PARTE DEL CURSO SOBRE IATROSEDACIÓN. UN INSTRUCTOR EXAMINÓ LA GRABACIÓN CON EL ESTUDIANTE Y LE SEÑALÓ QUE LA PACIENTE HABÍA REPETIDO UN INDICIO TRES VECES, PERO ÉL NO HABÍA RESPONDIDO. LA PACIENTE HABÍA DICHO: "... NO PODÍA RESPIRAR... ME AHOGABA ... UNA NO SABE SI SE VA A AHOGAR O LE VA A PASAR ALGO..." Y -- LUEGO AGREGÓ, "ES MÁS CUESTIÓN DE PODER CONTROLAR LA SITUACIÓN".

EN GENERAL, CUANDO UN PACIENTE REACCIONA ANTE UNA SITUACIÓN DENTAL CON LA SENSACIÓN DE QUE NO PUEDE RESPIRAR O SE AHOGA, ESTE INDICIO SUGIERE QUE ALGUNA EXPERIENCIA ANTERIOR AMENA--

ZABA CON CORTARLE LA RESPIRACIÓN, SE INDICÓ AL ESTUDIANTE QUE REANUDASE LA ENTREVISTA CON LA PACIENTE DICHIENDO QUE AL EXAMINAR EL VIDEOTAPE SE ADVIRTIÓ QUE ELLA HABÍA MENCIONADO -- DIFICULTADES PARA RESPIRAR Y SENSACIÓN DE AHOGO. DEBÍA PREGUNTARLE SI ALGUNA VEZ SUFRÍO -- ALGUNA EXPERIENCIA QUE AMENAZASE CON CORTARLE LA RESPIRACIÓN. LA PACIENTE RESPONDIÓ QUE -- SÍ, "AHORA QUE LO PIENSO, SIENDO PEQUEÑA ESTUVE A PUNTO DE AHOGARME". EN EFECTO, LA PA--- CIENTE HABÍA SUFRIDO LA TERRIBLE EXPERIENCIA DE ASFIXIARSE Y CABE DEDUCIR QUE CUALQUIER -- SENSACIÓN QUE SUGIERA INTERFERENCIA CON LA VÍA AÉREA PUEDE DESENCADENAR EL PÁNICO QUE ---- ACOMPAÑA A LA ASFIXIA. LA EXPERIENCIA SOFOCANTE SE HABÍA GENERALIZADO A LA SITUACIÓN DEN--- TAL.

A CONTINUACIÓN SE RECONSTRUYÓ LA PROBABLE SECUENCIA DE ACONTECIMIENTOS PARA OFRECER A LA - PACIENTE UNA INTERPRETACIÓN DEL ORIGEN Y LA CAUSA DE SU TEMOR. ESTA INTERPRETACIÓN ES --- ÚTIL PARA EL PACIENTE PORQUE LA DISIPA Y EL MÉDICO PUEDE PROGRAMAR LA FASE CLÍNICA DEL PRO --- CESO IATROSEDANTE.

TAL COMO SE RECONSTRUYERON LOS HECHOS, HABRÍA SUCEDIDO LO SIGUIENTE:

EL ODONTÓLOGO HABÍA ADMINISTRADO VARIAS INYECCIONES PARA PRODUCIR ANESTESIA PALATINA, PERO LA ANESTESIA SE PROPAGÓ SIN DUDA AL PALADAR BLANDO, ORIGINANDO INSENSIBILIDAD Y LA SENSAA--

CIÓN DE BULTO QUE TANTOS PACIENTES MENCIONAN CUANDO SE HACE UNA INYECCIÓN PALATINA POSTE---
RIOR. ESTA SENSACIÓN DE OBSTÁCULO EN LA VÍA AÉREA DESENCADENÓ PÁNICO, CON EL CONSIGUIENTE
ATAQUE DE ANSIEDAD AGUDA QUE EL ODONTÓLOGO ENCONTRÓ AL REGRESAR JUNTO A LA PACIENTE.

SE ACONSEJÓ AL ESTUDIANTE QUE ENSAYASE LA TOLERANCIA DE LA PACIENTE A UN ANALGÉSICO LOCAL.
LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA INDICARON QUE NO ERA ALÉRGICA. CONTANDO CON ESTA INFORMACIÓN Y
CON LA RECONSTRUCCIÓN DE LOS ACONTECIMIENTOS DEL PASADO, EL ESTUDIANTE PROCEDIO A EXPLICAR
E INTERPRETAR LO QUE; EN SU ENTENDER, ERA EL ORIGEN DE LA ANSIEDAD DE LA PACIENTE, SUGIRIEN
DO QUE PODRÍA OLVIDAR ESA SENSACIÓN Y APRENDER UNA NUEVA MANERA DE RESPONDER A LA SITUACIÓN.
SUGIRIÓ QUE EMPEZANDO CON UN TRATAMIENTO EN EL QUE NO SE HICIESE ANESTESIA PALATINA, LA PA
CIENTE SIN DUDA LO TOLERARÍA MUY BIEN. ASÍ SUCEDIÓ, LA FASE TERAPÉUTICA SE INICIÓ CON --
INFILTRACIONES PARA ANESTESIA LOCAL. LA PACIENTE LAS TOLERÓ PERFECTAMENTE Y EL PROCESO DE
REEDUCACIÓN SE FUE AMPLIANDO A MEDIDA QUE PROSEGUÍA EL TRATAMIENTO, AL EXTREMO DE QUE DES--
PUÉS LAS INYECCIONES PALATINAS NO DESENCADENARON NINGUNA RESPUESTA DE ANSIEDAD INTENSA.

OTRO INDICIO INDIRECTO QUE HAY QUE "ESCUCHAR Y ENTENDER" ES LA PALABRA "ARCADAS". MUCHAS -
VECES LAS "ARCADAS" SON MANIFESTACIÓN DE PÁNICO, RELACIONADO CON LA SENSACIÓN DE QUE VA A -
OCURRIR ALGO QUE HACE PELIGRAR LA RESPIRACIÓN O LA DEGLUCIÓN. ÉSTA SENSACIÓN TIENE SUS RAI
CES EN EL PASADO, TAL COMO SUCEDIÓ CON EL INDICIO DEL CASO PRECEDENTE, Y SE DEBE A UNA EX--

PERIENCIA DE ASFIXIA REAL O INMINENTE, A UNA EXPERIENCIA QUIRÚRGICA TRAUMÁTICA QUE AFECTÓ -
A GARGANTA O A UN INCIDENTE DE AHOGO.

EN LA SIGUIENTE ENTREVISTA IATROSEDANTE SURGE ESTE TIPO DE INDICIO. LAS PREGUNTAS DE "QUÉ"
SE EMPLEAN PARA RASTREAR LA ESPECIFICIDAD Y EL ORIGEN DE LOS TEMORES, PERO ADEMÁS LOS INDI-
CIOS SE FACILITAN MEDIANTE EL EMPLEO DE LA REFLEXIÓN.

LA "REFLEXIÓN" ES UN MÉTODO FUNDAMENTAL PARA FACILITAR LOS INDICIOS. LA PALABRA O FRASE SE
REFLEJA O SE REPITE TAL COMO LA DICE EL PACIENTE O DE MANERA SIMILAR. ESTA REPETICIÓN DE -
LA PALABRA O PALABRAS DEL PACIENTE SIRVE DE INVITACIÓN PARA SEGUIR HABLANDO DEL TEMA. ES -
LA MANERA MÁS EFICAZ DE ALLANAR EL INTERROGATORIO.

EN EL SIGUIENTE DIÁLOGO LAS PALABRAS CLAVES (INDICIOS) SE DESTACAN EN BASTARDILLA, LO MISMO
QUE LAS RESPUESTAS REFLEXIVAS DEL ODONTÓLOGO. ADEMÁS SE INDICAN EN BASTARDILLA LAS PREGUN-
TAS DE "QUE".

ODONTOLOGO: "BUEN DÍA, SEÑORA LÓPEZ, ¿CÓMO ESTÁ USTED?"

SRA. L.: "BUEN DÍA, DOCTOR; ESTOY MUY BIEN GRACIAS".

ODONTOLOGO: "DÍGAME ¿QUÉ PROBLEMA TIENE?".

SRA. L.: "PUES SÍ, SUCEDE QUE SOY MUY COBARDE EN TODO LO QUE SE RELACIONE CON MIS DIENTES".

ODONTOLOGO: ¿DE VERAS? ¿EN QUÉ SENTIDO USTED SE SIENTE COBARDE?

SRA. L.: "ME ATERRORIZA. LA VERDAD ES QUE ME DA UN MIEDO TREMENDO".

ODONTOLOGO: ¿TIENE ALGUNA IDEA DE QUÉ SUCEDIÓ PARA QUE USTED SE ATERRORICE?

SRA. L.: "PUES SÍ... CUANDO ERA MUY PEQUEÑA TENÍA MUY MAL LOS DIENTES, SUPONGO, Y EL DENTISTA DONDE ME LLEVARON ERA MALO... Y ADEMÁS ME DABAN ARCADAS... Y COSAS -- POR EL ESTILO, Y CUANDO TENÍA 18 AÑOS FUI UNAS TRES VECES PERO ME PRESENTABA Y DESPUÉS ME ESCAPABA".

AL REFLEJAR LAS PALABRAS "COBARDE" Y "ATERRORIZADA" SE CUMPLIERON VARIOS OBJETIVOS CON RAPIDEZ. EL ODONTÓLOGO COMUNICÓ QUE RECONOCÍA EL TEMOR DE LA PACIENTE Y LA INVITABA A CONTARLE MÁS, PERO AL MISMO TIEMPO PASÓ DE LA DECLARACIÓN GENERAL DE MIEDO HACIA EL MIEDO ESPECÍFICO. EL COMPORTAMIENTO DEL ODONTÓLOGO ANTERIOR FUE ENUNCIADO DE MANERA GENERAL ("ERA MALO") Y SURTIÓ UN INDICIO INDIRECTO ("ME DABAN ARCADAS"). A CONTINUACIÓN EL ODONTÓLOGO COMBINÓ UNA PREGUNTA DE "QUÉ" CON LA PALABRA REFLEJADA "MALO" PARA PROSEGUIR LA FACILITACIÓN.

ODONTOLOGO: "¿EN QUÉ SENTIDO ERA MALO?"

SRA. L.: TENGO UN RECUERDO HORRIBLE. LA ENFERMERA ME SUJETABA MIENTRAS EL DENTISTA ME ARREGLABA LA BOCA... Y NO ME DEJABA RESPIRAR.

LA NÍTIDA IMÁGEN DEL COMPORTAMIENTO DEL ODONTÓLOGO Y SU AYUDANTE, AUNQUE DICHA CON BREVEDAD EXPRESA LAS IMPRESIONES DE LA PACIENTE AL RESPECTO. ADEMÁS SURGE UN INDICIO INDIRECTO IMPORTANTE: "NO ME DEJABA RESPIRAR". LA ARCADA ES LA EXPRESIÓN FÍSICA DE PÁNICO; EN ESTE CASO EL PÁNICO DE "NO DEJARME RESPIRAR". ESTE ES EL TEMOR ESPECÍFICO. SI EL PROFESIONAL QUE REALIZÓ LA ENTREVISTA NO HUBIESE "ESCUCHADO" LOS INDICIOS "NO ME DEJABA RESPIRAR" Y "ME DAN ARCADAS", Y SI NO SUPIESE QUE EXISTÍA UNA RELACIÓN IMPORTANTE ENTRE AMBOS, ES PROBABLE QUE HABRÍA ENTRADO EN UNA DILATADA E IMPRODUCTIVA TANGENTE. EN CAMBIO PASÓ DIRECTAMENTE AL OBJETIVO DE DETERMINAR EL ORIGEN.

ODONTOLOGO: "¿ALGUNA VEZ SUFRIÓ USTED LA EXPERIENCIA DE NO PODER RESPIRAR?"

SRA. L.: "SU PREGUNTA ES MUY INTERESANTE, DOCTOR. MIRE, LE DIRÉ: CUANDO ERA NIÑA TUVE - DIFTERIA. RECUERDO HABER TENIDO QUE LUCHAR PARA CONSEGUIR UN POCO DE AIRE, UNA BANDA DE FUEGO ME APRETABA LA GARGANTA... Y HABÍA CARAS MUY CERCA DE MÍ. RECUERDO ESA RESPIRACIÓN ¿SABE? LOS MÉDICOS TRATABAN DE DECIDIR SI ME HARÍAN LA - TRAQUEOTOMÍA. ME LO DIJO MI ABUELA... NO LA HICIERON, PERO SÍ RECUERDO ESAS -- CARAS; TODAVÍA AHORA, CUANDO ALGUIEN SE ME ACERCA MUCHO A LA CARA, ME DA LA IMPRESIÓN DE QUE SE ME CORTA LA RESPIRACIÓN. ES EL RECUERDO DE ESE MIEDO Y LA -- DESCONFIANZA HACIA MI PRIMER DENTISTA..."

NO PARECE CABER DUDA DE QUE DE ESTA EXPERIENCIA SURGE EL TEMOR ESPECÍFICO, QUE SE GENERA--

LIZA DE TAL MANERA QUE CUALQUIER MÉDICO QUE SE APROXIME EN UNA SITUACIÓN TERAPÉUTICA DESENCADENA EL PÁNICO. Es probable que esto haya sido lo que sucedió con su primer dentista. Tomando esto como base para iniciar un proceso de reeducación, reducir la ansiedad y ofrecer apoyo, en este punto el odontólogo deja de recoger información y la proporciona. Interpreta y explica los acontecimientos del pasado y sugiere el cambio que puede ocurrir.

ODONTOLOGO: "EN EFECTO, LAS CARAS QUE SE ACERCARON A USTED SE ASOCIARON EN SU MENTE CON EL AHOYO Y EL PÁNICO QUE SENTÍA AL TRATAR DE RESPIRAR. CUANDO SU PRIMER DENTISTA SE LE ACERCÓ TANTO, USTED SINTIÓ PÁNICO. EL NO LO SABÍA, LA HIZO SUJETAR Y ESTO AGRAVÓ LAS COSAS. ASÍ NACIÓ SU DESCONFIANZA. DESDE ENTONCES USTED HA DEPOSITADO EN TODOS LOS ODONTÓLOGOS ESTA DESCONFIANZA Y TEMOR. PERO ESO SE PUEDE CAMBIAR. AHORA DEBEMOS ENCARAR EL PRESENTE".

SRA. L.: "PARECE QUE USTED SABE MUCHO DE PSICOLOGÍA".

EL ODONTÓLOGO ACEPTA ESTE RECONOCIMIENTO DE SU PERICIA Y LO APROVECHA PARA AMPLIAR SU INTERPRETACIÓN DE SUGESTIÓN, COMPROMETIÉNDOSE ENTONCES CON ESTA PROMESA:

ODONTOLOGO: "ASÍ ES, Y POR UNA RAZÓN MUY IMPORTANTE. EL PROBLEMA QUE SE NOS PLANTEA EN ESTA SITUACIÓN ES SU TEMOR Y NO EL ESTADO DE SU DENTADURA. SI NO PUEDO CONVENCERLA QUE HE DE TRATARLA COMO PERSONA, USTED VA A REHUIRME, TAL COMO LO HIZO -

CON OTROS ODONTÓLOGOS, DE MODO QUE NO TENDRÁ LO QUE DESEA Y NECESITA".

SRA. L.: "ASÍ ES, TIENE RAZÓN, Y COMO USTED DIJO, EN REALIDAD NO REACCIONARÍA FRENTE AL MIEDO QUE SIENTO AQUÍ, A LA REALIDAD DE LA SITUACIÓN, SINO AL MIEDO DE ANTES, ARRAIGADO EN MI NIÑEZ".

ODONTOLOGO: "EXACTAMENTE. ASÍ COMO SU MENTE REGISTRA Y RETIENE LA IMÁGEN NÍTIDA DE ALGO -- QUE LE SUCEDIÓ HACE 30 AÑOS, ASÍ TAMBIÉN POSEE LA CAPACIDAD PARA REEDUCARSE. DE ESO HABLAREMOS AHORA. USTED YA NO ES ESA NIÑA, USTED NO TIENE DIFTERIA, USTED NO SE VA A AHOGAR. LA MANTENDRÉ INFORMADA EN TODO MOMENTO DE LO QUE ME -- PROPONGO HACERLE PARA QUE USTED SEPA SI VA A SENTIR ALGUNA MOLESTIA O NO. Y LE RUEGO ME DIGA LO QUE SIENTE. EN SUMA, USTED VA A TENER MUCHO CONTROL DE LA SITUACIÓN. CREO QUE DE ESTA MANERA NO HABRÁ PÁNICO Y PODREMOS REALIZAR LO QUE USTED QUIERE. RECUERDE QUE PERMANENTEMENTE TENDRÉ EN CUENTA LO QUE USTED SIENTE".

SRA. L.: "MAGNÍFICO, MUCHÍSIMAS GRACIAS DOCTOR; AHORA ME SIENTO MEJOR."

ESTA DECLARACIÓN DE LA PACIENTE SIGNIFICA QUE SE SIENTE MENOS ANSIOSA. AHORA FALTA QUE LA ENTREVISTA IATROSEDANTE DETERMINE ESTO Y CONTINÚE EL PROCESO DE ATENUAR EL MIEDO.

EL CONCEPTO DE DETERMINAR EL TEMOR ESPECÍFICO, SU ORIGEN, SU INTERPRETACIÓN, SU EXPLICACIÓN, LA SUGESTIÓN Y EL COMPROMISO ES GENERAL. AQUÍ LO EMPLEAMOS DE UNA MANERA PARTICULAR.

CADA PROFESIONAL LO APLICA DE MANERA PECULIAR PARA ÉL. LOS PRINCIPIOS SON ACERTADOS; LA MANERA DE PONERLOS EN PRÁCTICA ES INDIVIDUAL.

EN LA MAYORÍA DE LAS HISTORIAS QUE NARRAN LOS PACIENTES TEMEROSOS SUELE SURGIR UN HILO COMÚN. ES UNA TÉTRADA DE SENTIMIENTOS NEGATIVOS QUE CONSISTE EN EL MIEDO ESPECÍFICO ("AGUJA", "DOLOR", "TORNO" O LO QUE FUERE), SIEMPRE COMBINADO CON DESCONFIANZA, TEMOR A LA IMPOTENCIA Y DEPENDENCIA, Y TEMOR A LO DESCONOCIDO; ES UNA SENSACIÓN DE INSEGURIDAD Y DESPROTECCIÓN FRENTE A UNA EVIDENTE AMENAZA DE PELIGRO.

LAS VARIANTES DE ESTE TEMA SERÍAN INTERMINABLES. EL SIGUIENTE INTERROGATORIO ES MUY TÍPICO; NO TAN OSCURO COMO LOS DOS ÚLTIMOS, PERO MÁS COMPLICADO QUE EL PRIMERO DE TODOS.

ODONTOLOGO: "BUENOS DÍAS, SEÑORA GÓMEZ".

PACIENTE: "BUENOS DÍAS, DOCTOR".

ODONTOLOGO: "¿QUÉ DIFICULTADES TIENE?"

PREGUNTA DE SONDEO

PACIENTE: "ME SANGRAN LAS ENCÍAS Y ME PARECE QUE TENGO PIORREA".

ODONTOLOGO: "¿A USTED LE PARECE QUE TIENE PIORREA?"

FACILITACIÓN MEDIANTE REFLEXIÓN.

PACIENTE: "SÍ DOCTOR, OÍ DECIR QUE LAS ENCÍAS SANGRANTES SON EL COMIENZO DE LA PIORREA,

QUE LOS DIENTES SE AFLOJAN Y QUE DESPUÉS HAY QUE EXTRAERLOS. Y ESTO ME PONE - MUY NERVIOSA".

ES MEJOR DAR POR DESCONTADO LO QUE SIGNIFICA "ME PONE MUY NERVIOSA" PORQUE ASÍ SE FACILITA LA CURA.

ODONTOLOGO: "¿QUÉ ES LO QUE LA PONE NERVIOSA?"

"QUÉ" SE COMBINA CON LA REFLEXIÓN "ME PONE NERVIOSA".

PACIENTE: PUES LA IDEA DE QUE PODRÍA PERDER LOS DIENTES... Y EL TIPO DE TRATAMIENTO QUE NECESITARÍA".

AL PREGUNTAR "QUÉ" APARECE OTRO INDICIO QUE SE APROXIMA MÁS AL TEMOR ESPECÍFICO QUE QUEREMOS DESCUBRIR.

ODONTOLOGO: "¿A QUÉ TIPO DE TRATAMIENTO SE REFIERE?"

PACIENTE: "A QUE ME OPEREN, A QUE TENGAN QUE CORTAR".

ESTE PARECE SER EL PROBLEMA PREDOMINANTE Y MÁS ESPECÍFICO.

ODONTOLOGO: "¿QUÉ ASPECTO DE LA OPERACIÓN ES EL QUE LA PERTURBA?"

"QUÉ" ES UN INTENTO DE IDENTIFICAR EL TEMOR ESPECÍFICO.

PACIENTE: "TODO EN GENERAL. HACE TRES AÑOS ME DIJERON QUE ME DEBÍAN OPERAR DE LA VESÍCULA Y NO QUISE".

¿QUÉ ES "TODO"? ¿QUÉ HAY DETRÁS DE ESTE "TODO"?

ODONTOLOGO: "¿HAY ALGÚN MOTIVO PARA QUE USTED TENGA ESTA ACTITUD FRENTE A LA CIRUGÍA?"

ESTA PREGUNTA VA "AL GRANO" PROCURANDO HACER AFLORAR EL TEMOR O LOS TEMORES ESPECÍFICOS -- QUE RODEAN A LA CIRUGÍA. TAMBIÉN PUEDE QUE PROPORCIONE INFORMACIÓN SOBRE SU ORIGEN.

PACIENTE: "SÍ DOCTOR, CUANDO TENÍA UNOS 5 AÑOS Ó 6 ME EXTRAJERON LAS AMÍGDALAS. AUNQUE NO RECUERDO NADA EN PARTICULAR AL RESPECTO, NO ESTABA PREPARADA PARA ESO Y LA EXPERIENCIA ME INSPIRÓ TEMOR.

AQUÍ EMPIEZA A DESPLEGARSE EL ORIGEN, LO MISMO QUE UN IMPORTANTE ELEMENTO DEL TEMOR: LO -- DESCONOCIDO.

PACIENTE: A LOS 8 AÑOS ME LLEVARON A UN ESPECIALISTA EN ORTODONCIA QUE ME EXAMINÓ LOS -- DIENTES, PERO NO SE ME HIZO NADA. POCOS MESES DESPUÉS MI MADRE DIJO QUE ME LLEVARÍA A UNA FIESTA QUE AQUÉL OFRECÍA A TODOS SUS PACIENTES. ME VESTÍ PARA LA FIESTA Y SALIMOS. AL LLEGAR ME TOMARON POR LA FUERZA Y ME PUSIERON EN EL SI--

LLÓN DENTAL, ME SUJETARON Y ME DIERON GAS. ESTABA ATERRORIZADA... CUANDO RECORRÉ EL CONOCIMIENTO ME DI CUENTA DE QUE ME HABÍA MOJADO ENCIMA Y LLORABA AMARGAMENTE".

DESCONFIANZA HACIA LA MADRE (AUTORIDAD) A CAUSA DEL ENGAÑO. DESCONFIANZA HACIA EL ODONTÓLOGO EXAGERADO TEMOR A LA IMPOTENCIA Y A LA DEPENDENCIA, Y MIEDO A LO DESCONOCIDO, QUIZÁ INTENSIFICADO.

EL MIEDO A LA CIRUGÍA NO ES EL PROBLEMA TOTAL. ESTE TEMOR SE PUEDE CONTEMPLAR COMO UN VEHÍCULO QUE TRANSPORTA A LOS POTENTES SENTIMIENTOS DE DESCONFIANZA, IMPOTENCIA Y LO DESCONOCIDO. POR ESTE MOTIVO, LA MÁXIMA "EL MIEDO SE DILUYE EN LA CONFIANZA" PARECE SER ACERTADA

POR LO TANTO, LAS PROMESAS QUE SE FORMULAN AL ASUMIR EL COMPROMISO SON IMPORTANTES PORQUE TIENDEN A INICIAR UNA SENSACIÓN DE CONFIANZA Y SEGURIDAD CON LA SIGUIENTE ATENUACIÓN DEL NIVEL DE MIEDO. FALTA QUE EL ENCUENTRO IATROSEDANTE CONCRETE LO PROMETIDO Y ELEVE LAS ESPERANZAS.

COMPORTAMIENTO CLINICO IATROSEDANTE

EL ENCUENTRO CLÍNICO EMPIEZA CUANDO EL ODONTÓLOGO TOMA UN INSTRUMENTO, SEA UN ESPEJO O UN EXPLORADOR. EN ESTE MOMENTO SE DEBE ASUMIR UN IMPORTANTE COMPROMISO: EL DE LA CALIDAD DEL COMPORTAMIENTO TACTIL. LA DELICADEZA O RUDEZA CON LA CUAL SE USA EL INSTRUMENTO INDICA AL PACIENTE LA CONSIDERACIÓN DEL ODONTÓLOGO HACIA ÉL: EL PACIENTE DEDUCE SI TIENE DESTREZA, SI SE PREOCUPA Y SI POSEE PERICIA. CUANTO MÁS AMENAZADOR SEA UN INSTRUMENTO, MÁS IMPORTANTE DEBE SER LA MANERA DE EMPUÑARLO Y LAS COMUNICACIONES VERBALES MIENTRAS SE LO USA. LO QUE SE VA A HACER Y LOS EFECTOS QUE PUEDEN PRODUCIRSE SON DOS ACONTECIMIENTOS IMPORTANTES QUE EL ODONTÓLOGO DEBE COMPARTIR CON EL PACIENTE. EN SUMA, HAY QUE COMUNICARSE DE MANERA QUE EL PACIENTE SE PREPARE PARA LO QUE VA A OCURRIR. LA PERICIA EN EL USO DE TALES COMUNICACIONES PREPARATORIAS ES ESENCIAL EN IATROSEDACIÓN.

COMUNICACIONES PREPARATORIAS.

CONSIDERAMOS PRIMERO LAS COMUNICACIONES PREPARATORIAS EN RELACIÓN CON EL PACIENTE "NORMAL" EL PACIENTE NO TEMEROSO EXPERIMENTA UNA ANSIEDAD NORMAL, QUE ES UN ESTADO ANTICIPATORIO DE AMENAZA O PELIGRO Y DE PREPARACIÓN PARA ENCARARLO. TODOS TENDEMOS A SENTIR CIERTA APRENSIÓN CUANDO DEPENDEMOS DE OTRO CUYOS ACTOS ENTRARÁN UNA AMENAZA DE DOLOR, DE DAÑO CORPORAL O DE AMBAS COSAS. NO TENEMOS NINGÚN CONTROL Y NOS SENTIMOS IMPOTENTES. LO DESCONOCIDO ES

PERTURBADOR: ES LA INQUIETANTE SENSACIÓN DE ESTAR A MERCED DE OTRA PERSONA QUE NO SABEMOS LO QUE VA A HACERNOS, ES EL AMENAZANTE SILENCIO CUANDO EMPUÑA LA "AGUJA" U OTRO INSTRUMENTO CORTANTE O DOLOROSO EN POTENCIA. TODAS ESTAS IMPRESIONES SE EXAGERAN CUANDO LA PERSONA QUE HA DE HACER EL PROCEDIMIENTO NO NOS OFRECE UNA SEGURIDAD PSICOLÓGICA, PORQUE NO SABEMOS SI LE INSPIRAMOS ALGUNA CONSIDERACIÓN O RESPETO.

LAS COMUNICACIONES PREPARATORIAS SON BREVES EXPLICACIONES QUE SE DAN AL PACIENTE ANTES DE UTILIZAR UN INSTRUMENTO O DE REALIZAR ALGO QUE PODRÍA INTERPRETARSE COMO AMENAZANTE. LA EXPLICACIÓN ES PARA QUE EL PACIENTE, SE PREPARE O ANTICIPE LO QUE VA A SUCEDER O LO QUE PODRÍA EXPERIMENTAR, COMO MALESTAR, DOLOR O PRESIÓN. ESTAS COMUNICACIONES PREPARATORIAS TIENDEN A DISIPAR EL MIEDO A LO DESCONOCIDO Y EL SENTIDO DE IMPOTENCIA, MEDIANTE EL SENCILLO ACTO DE PREVENIR. EL PACIENTE OBTIENE ASÍ MAYOR SENTIDO DE CONTROL SOBRE SU SITUACIÓN PORQUE SABE QUE NO ESTÁ A MERCED DEL DENTISTA.

EL CONTROL MEDIANTE EL CONOCIMIENTO (CONTROL COGNOSCITIVO) SE AFIANZA CON EL EMPLEO DE LAS COMUNICACIONES PREPARATORIAS. CUANDO LA AUTORIDAD QUE CONTROLA EL PELIGRO Y OTORGA PROTECCIÓN COMPARTE LO QUE SABE CON EL PACIENTE, LA ANSIEDAD DE ÉSTE SE ATENUA MUCHO. LOS ESTUDIOS DE EGBERT REVELAN ÉSTO CON CLARIDAD.

EGBERT Y SUS COLEGAS DEMOSTRARON LOS EFECTOS DE LAS COMUNICACIONES PREPARATORIAS SOBRE EL

NIVEL DE ANSIEDAD DE PACIENTES DESTINADOS A CIRUGÍA MAYOR. ESTE GRUPO DE ANESTESIOLOGOS - REALIZÓ VARIOS EXPERIMENTOS CLÍNICOS PARA ESTABLECER LOS EFECTOS DEL COMPORTAMIENTO Y LA - COMUNICACIÓN DEL PROFESIONAL SOBRE EL NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS. EN UNO DE ESTOS ESTUDIOS SE MIDIÓ LA INFLUENCIA DE LA VISITA PREPARATORIA DEL ANESTESIOLOGO - SOBRE LOS PACIENTES COMO CAUSA DE TRANQUILIZACIÓN, EN COMPARACIÓN CON EL EFECTO DEL PENTOBARBITAL COMO MEDICACIÓN PREANESTÉSICA, Y LOS RESULTADOS SE RESUMIERON CON ESTAS PALABRAS:

"LOS PACIENTES VISITADOS POR EL ANESTESISTA ANTES DE LA OPERACIÓN NO ESTUVIERON SOÑOLENTOS PERO SÍ MÁS TRANQUILOS EL DÍA DE LA OPERACIÓN. EN CAMBIO, LOS QUE RECIBIERON PENTOBARBITAL UNA HORA ANTES DE LA OPERACIÓN ENTRARON EN SOÑOLENCIA, PERO NO SE PUDO COMPROBAR QUE ESTUVIESEN TRANQUILOS. SI LA MEDICACIÓN PREANESTÉSICA SE HACE PARA DISIPAR LA ANSIEDAD, NUESTROS DATOS SUGIEREN QUE EL PENTOBARBITAL CAUSA SOÑOLENCIA PERO NO DA POR SÍ SOLO, EL RESULTADO QUE SE DESEA"

SUS DATOS TAMBIÉN SUGIEREN QUE LA VISITA PREOPERATORIA EJERCIO TANTA INFLUENCIA QUE, EN COMPARACIÓN CON ELLA, LOS EFECTOS DEL PENTOBARBITAL PARECIERON INTRASCENDENTES. EN SU COMENTARIO EGBERT Y COL. EXPRESAN:

"EN PRINCIPIO PUEDE SORPRENDER QUE EL ANESTESISTA, CON UNA ENTREVISTA DE APENAS 5 A 10 MI-

MUTOS, PUEDE EJERCER UN EFECTO PSICOLÓGICO DEMOSTRABLE AL DÍA SIGUIENTE. EL INTERÉS DEL PACIENTE EN SABER ACERCA DE LA ANESTESIA NO SERÍA UNA EXPLICACIÓN ADECUADA. EL DOCTOR JANIS OFRECE UNA INTERPRETACIÓN MÁS ACEPTABLE, PUES COMPROBÓ QUE LAS PERSONAS QUE ENFRENTAN UNA SITUACIÓN AMEDRANTADORA SE TORNAN ANSIOSAS Y BUSCAN APOYO EMOCIONAL, BUSCAN UNA AUTORIDAD CAPAZ DE MODIFICAR LOS PELIGROS Y EN LA CUAL DEPOSITAN UNA GRAN CARGA EMOCIONAL. LAS DECLARACIONES QUE HACE ESTA AUTORIDAD ASUMEN MAYOR IMPORTANCIA DE LO QUE COMUNMENTE SE ESPERARÍA".

IATROSEDACION EN LA "LINEA DE FUEGO".

LA SEÑOR X, PACIENTE EN CUYA ENTREVISTA IATROSEDANTE SE COMPROBÓ QUE TEMÍA LAS INYECCIONES DOLOROSAS, ESTÁ AHORA EN LA "LINEA DE FUEGO", O SEA, EN EL PRIMER ENCUENTRO CLÍNICO, Y VA A RECIBIR UNA INYECCIÓN.

ODONTOLOGO: "¿CÓMO SE SIENTE HOY SEÑORA?"

PACIENTE: MUY BIEN, GRACIAS. LA INYECCIÓN YA NO ME PREOCUPA TANTO COMO ANTES DE NUESTRA CONVERSACIÓN, PERO TODAVÍA ESTOY UN POCO NERVIOSA.

ODONTOLOGO: "PUES BIEN, ESO ERA DE ESPERAR, PERO ME PARECE QUE HOY VA A TENER MOTIVO PARA ESTAR MUCHO MENOS NERVIOSA TODAVÍA. COMO LE DIJE, ESTOY SEGURO DE QUE HE DE HACERLE LA ANESTESIS CON MUY POCO O NADA DE DOLOR, PERO SI LLEGA A SENTIR ALGO LO VA A SOPORTAR MUY BIEN. A MEDIDA QUE TRABAJEMOS LE IRÉ DICRIENDO LO QUE VA A SUCEDER. ME GUIARÉ POR LO QUE USTED ME DIGA DE MODO QUE CREO QUE TRABA--

JANDO JUNTOS USTED VA A TENER UNA EXPERIENCIA COMPLETAMENTE DISTINTA. ¿DE ACUERDO?"

PACIENTE: DE ACUERDO.

ODONTOLOGO: ¿DESEA DECIRME ALGO MÁS?

PARA PONER EN PRÁCTICA LA PROMESA DE UNA EXPERIENCIA ATRAUMÁTICA CON ESTA INYECCIÓN SE ADOPTA UNA COMBINACIÓN DE TÉCNICAS MANUALES Y DE COMUNICACIÓN. AUNQUE TOMAMOS LA INYECCIÓN COMO MODELO, EL CONCEPTO DEBE APLICARSE EN TODOS LOS ASPECTOS DEL TRATAMIENTO CLÍNICO. CADA PROFESIONAL DEBE DESARROLLAR SU PROPIO ESTILO DE COMPORTAMIENTO IATROSEDANTE.

COMPONENTE MANUAL (INFILTRACION).

PRIMERO SE PREPARA LA JERINGA CON UN CARTUCHO TIBIO, DE MODO QUE EL PACIENTE NO LA VEA, PASÁNDOLA JUNTO AL HOMBRO, POR DEBAJO DE LA LÍNEA DE LA VISIÓN. EL OBJETIVO DE PENETRAR EN EL TEJIDO SIN RUIDO Y SIN DOLOR (O CON UN DOLOR MÍNIMO) SE CONSIGUE:

1. APLICANDO UN ANESTÉSICO TÓPICO EN EL SITIO DE LA PENETRACIÓN (EN ESTE CASO LA REFLEXIÓN DE LA MUCOSA ALVEOLAR).
2. TENSANDO LA MUCOSA LO MÁS QUE SE PUEDA MEDIANTE TRACCIÓN DEL LABIO O LA MEJILLA, PERO SIN LLEGAR A CAUSAR MOLESTIA.

3. ASEGURANDO CON FIRMEZA LOS DEDOS O LA MANO PARA ESTABILIZAR Y CONTROLAR AL MÁXIMO LA JERINGA.
4. PENETRANDO CON DELICADEZA EN LA MUCOSA TENSA, CON EL BISEL HACIA EL TEJIDO, HASTA LA PROFUNDIDAD DEL BISEL (1 A 2 MM.) SOLAMENTE.
5. INYECTANDO CON MUCHA LENTITUD UNA GOTTA O DOS DE ANESTÉSICO. TRAS BREVES INSTANTES, SE INTRODUCIRÁ 1 A 2 MM. MÁS Y SE DEPOSITARÁN ALGUNAS GOTAS ADICIONALES. SE AVANZARÁ CON LENTITUD EN EL ÁREA ANESTESIADA HASTA LLEGAR AL SITIO QUE SE DESEA.

ESTA TÉCNICA MANUAL SE COMBINA CON LA COMUNICACIÓN PREPARATORIA DEL SIGUIENTE MODO:

ODONTÓLOGO: "VOY A DEPOSITAR UN ANESTÉSICO SUPERFICIAL EN LA ENCÍA, PARA QUE SE SIENTA MÁS CÓMODA".

ESTO SE DICE A MEDIDA QUE EL ODONTÓLOGO SE APROXIMA CON EL TÓPICO. SE PONE EN TENSIÓN LA MUCOSA CON LA JERINGA LISTA PARA PENETRAR.

"NO CREO QUE USTED LLEGUE A SENTIR ESTO"

SE INTRODUCE LA AGUJA HASTA LA PROFUNDIDAD DEL BISEL SE DETIENE LA PENETRACIÓN Y SE INYECTAN UNAS POCAS GOTAS.

"¿SIENTE ALGO?"

SI EL PACIENTE INDICA QUE NO, EL ODONTÓLOGO RESPONDE:

"MUY BIEN. LO HARÉ CON MUCHA LENTITUD... TARDAREMOS UN POCO MÁS DE LO COMÚN. NO LE DARÉ MÁS CANTIDAD DE LA HABITUAL, PERO SERÁ MEJOR PARA USTED. ¿SIENTE -- ALGO?"

SI EL PACIENTE INDICA QUE NO RESPÓNDASE:

"BIEN"

SI EL PACIENTE INDICA DE ALGUNA MANERA QUE SÍ SIENTE ALGO, LO MÁS ACERTADO ES RESPONDER CON ESTAS PALABRAS: "LO LAMENTO, PERO NO CREO QUE DESDE AHORA EN ADELANTE LLEGUE A SENTIR ALGO. TRABAJARÉ CON MUCHA LENTITUD". ESTO NO SE DICE CON ÁNIMO OFENSIVO, SINO SOLO PARA QUE EL PACIENTE SEPA QUE NOS PREOCUPAMOS.

ESTAS SENCILLAS COMUNICACIONES PREPARATORIAS GRAVITAN MUCHO MÁS EN LOS PACIENTES DE LO QUE SE SOSPECHARÍA. HE AQUÍ CÓMO LAS INTERPRETAN:

- 1. LA APLICACIÓN DEL ANESTÉSITO TÓPICO SIGNIFICA QUE EL ODONTÓLOGO HACE TODO LO POSIBLE -- POR REDUCIR AL MÍNIMO EL DOLOR.**
- 2. "ESTO NO TENDRÍA QUE SENTIRLO", DICE: "ESTOY POR INICIAR LA INYECCIÓN Y HARÉ TODO LO --**

POSIBLE PARA QUE NO LE DUELA".

3. "¿SIENTE ALGO?" YA HE EMPEZADO A INYECTAR Y QUIERO SABER CÓMO SE ENCUENTRA. ESTAMOS EN COMUNICACIÓN Y DESEO QUE SE MANTENGA INFORMADO.
4. "BIEN" O "LO LAMENTO" LO QUE USTED SIENTE ES IMPORTANTE PARA MÍ.
5. "INYECTARÉ CON MUCHA LENTITUD, NO MÁS CANTIDAD DE LA HABITUAL, ETC".
LO MANTENGO INFORMADO PARA QUE NO PIENSE QUE LE DOY DEMASIADA ANESTESIA, ETC.

LAS COMUNICACIONES DE ESTE TIPO SE DEBEN HACER SIEMPRE EN TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DENTALES.

ESTAS INTERPRETACIONES DE LAS COMUNICACIONES PREPARATORIAS DEL ODONTÓLOGO SE BASAN EN LO --
QUE REFIEREN PACIENTES CON LOS CUALES SE DESARROLLÓ ESTE TIPO DE DIÁLOGO. A UNA PACIENTE -
QUE DIJO HABER DEJADO DE TENER MIEDO, SE LE PREGUNTÓ A QUÉ LO ATRIBUÍA.

ODONTÓLOGO: "¿A QUÉ ATRIBUYE USTED ESTA FALTA DE MIEDO?"

PACIENTE: "PUES ME PARECE QUE EN NUESTRA PRIMERA ENTREVISTA YO TENÍA MUCHO MIEDO A CAUSA DE MIS EXPERIENCIAS ANTERIORES. ME HABÍAN HABLADO DEL DOLOR QUE SE SIENTE AL ARREGLAR LA DENTADURA, PERO NO ME QUEDABA OTRA ALTERNATIVA. HABÍA SUFRIDO TAN TO EN OTROS TRABAJOS DENTALES, QUE PENSÉ QUE ESTA VEZ TAMBIÉN SUFRIRÍA MUCHO.

PERO LO QUE ME TRANQUILIZÓ FUE LA CAPACIDAD DE USTED PARA PREPARARME PSICOLÓGICAMENTE.

PERICIA Y RECONOCIMIENTO.

PRIMERO USTED RECONOCIÓ MI GRAN TEMOR. ACABO DE COMENTAR CON MIS AMIGAS SOBRE USTED Y LES DIJE QUE LAMENTO MUCHO NO HABER VENIDO MUCHOS AÑOS ANTES...

"ESCUCHAR" Y RESPONDER A INDICIOS CRÍTICOS DURANTE LA ENTREVISTA.

"EL MÉTODO QUE USTED HA EMPLEADO PARA TRANQUILIZARME CON SUS PALABRAS, POR SUPUESTO, LO CUAL DEBÍ ACEPTAR A PESAR DE MI TEMOR, FUE TAN CONVINCENTE QUE AUTOMÁTICAMENTE EMPECÉ A RELACIONAR Y A ESCUCHAR LO QUE USTED ME DECÍA, EN LUGAR DE ENCERRARME EN MÍ MISMA; USTED ME ENCARÓ CON LÓGICA Y ME TRANQUILIZÓ. NO SÉ DE QUÉ OTRA MANERA EXPLICARLO.

INTERPRETACION, EXPLICACION, SUGESTION Y COMPROMISO.

"EN OTRAS PALABRAS, LO QUE USTED ME DIJO ME HIZO SENTIR SUFICIENTEMENTE CÓMODA COMO PARA DECIR: "ESCUCHA, QUIZÁ TE DIGA LA VERDAD..." Y FUI ADQUIRIENDO MÁS CONFIANZA A MEDIDA QUE USTED HABLABA, A MEDIDA QUE USTED ME EXPLICABA, ADQUISICIÓN DE CONFIANZA.

"LE TOMÉ MUCHA CONFIANZA A USTED; TANTO QUE CUANDO VENÍA AHORA PARA QUE ME OPERASE TENÍA MUY Poca APRENSIÓN, A PESAR DE QUE ANTICIPABA LAS TORTURAS DEL INFIERNO..., PERO RESULTÓ QUE NO SENTÍ NINGÚN DOLOR.

LA ENTREVISTA IATROSEDANTE DEPRIMIÓ EL NIVEL DE MIEDO, QUE TODAVÍA ESTABA POR ENCIMA DE LO NORMAL.

ODONTOLOGO: "PUES USTED TENÍA MUCHA APRENSIÓN A CAUSA DE EXPERIENCIAS ANTERIORES. USTED MENCIONÓ MIS PALABRAS, ¿QUÉ PALABRAS?"

PACIENTE: "USTED SE MOSTRÓ DISPUESTO A DARMÉ EXPLICACIONES, SABIENDO TODO LO QUE SABE, AL DECIRME LO QUE DEBÍA ESPERAR DE LO QUE USTED HACÍA.. USTED TIENE LA COSTUMBRE DE DECIR DE ANTEMANO 'VA A SENTIR TAL O CUAL COSA, PERO NO SERÁ MUCHO' 'VA A SENTIR PRESIÓN, PERO NO DOLOR'".

EL ODONTÓLOGO REALIZÓ LAS COMUNICACIONES IATROSEDANTES PREPARATORIAS PARA QUE LA PACIENTE SUPIESE LO QUE HABRÍA DE SENTIR, REDUCIENDO ASÍ EL MIEDO A LA IMPOTENCIA Y A LO DESCONOCIDO.

"ASÍ CUANDO USTED INICIA LA OPERACIÓN, SUS PACIENTES SE SIENTEN CÓMODOS, PORQUE SIEMPRE - QUE EL DENTISTA TOMA UN INSTRUMENTO SENTIRÍA GANAS DE SALIR CORRIENDO, PORQUE VE TANTAS - COSAS Y NO SABE LO QUE VA A HACER, Y LO QUE ALARMA AL PACIENTE ES "NO SABER". SABER DISIPA EL MIEDO A LO DESCONOCIDO.

LENGUAJE EUFEMISTICO.

LA PALABRA "EUFEMISMO" DERIVA DEL GRIEGO EU (BIEN) Y PHANAI (HABLAR), Y EN UN PRINCIPIO - SIGNIFICABA "USAR PALABRAS DE BUEN AUGURIO".

LA DEFINICIÓN DE EUFEMISMO TAL COMO LA CONOCEMOS HOY, ES SIMILAR; ES SUSTITUIR UNA EXPRESIÓN QUE PODRÍA OFENDER O SUGERIR ALGO DESAGRADABLE POR OTRA SUVAE O INOFENSIVA. EN LO REFERENTE A ODONTOLOGÍA, LOS EUFEMISMOS ESTÁN INDICADOS EN PARTICULAR EN REMPLAZO DE PALABRAS Y TÉRMINOS TÉCNICOS QUE INSPIRAN TEMOR O RESULTAN AMENAZADORES.

MUCHAS VECES, EL LENGUAJE AMENAZADOR Y TÉCNICO ES UNA BARRERA QUE IMPIDE LA COMUNICACIÓN ENTRE ODONTÓLOGOS Y PACIENTES, DE MODO QUE SUSCITA O INTENSIFICA LA APRENSIÓN Y CONFUSIÓN SI YA EXISTÍAN. PARA EVITAR LOS PROBLEMAS QUE PODRÍA SUSCITAR UN LENGUAJE EMOCIONALMENTE CARGADO (QUE ABUNDA EN ODONTOLOGÍA) O UNA JERGA TÉCNICA, EL ODONTÓLOGO DEBE DESARROLLAR - OTROS MÉTODOS PARA COMUNICAR UNA INFORMACIÓN AMENAZADORA PARA LOS PACIENTES.

EL LENGUAJE EUFEMISTICO DEBE EMPLEARSE CON TODOS LOS PACIENTES. COMO TIENDE A REDUCIR AL MÍNIMO LA ANSIEDAD, ES PARTE INTEGRANTE EN LA COMUNICACIÓN QUE ILUSTRAMOS ARRIBA PARA LA INYECCIÓN ATRAUMÁTICA. AUNQUE ESTAS COMUNICACIONES PREPARATORIAS Y EXPLICATIVAS SON MUY BREVES Y SENCILLAS, SE PROCURÓ SUSCITAR LAS PALABRAS AMENAZADORAS POR OTRAS MÁS SUAVES Y LOS TÉRMINOS TÉCNICOS POR OTRO NO TÉCNICO. POR EJEMPLO, COMO POCAS PERSONAS SABEN LO QUE

ES UN ANESTÉSICO TÓPICO, LO LLAMAMOS ANESTÉSICO SUPERFICIAL. EN VEZ DE DECIR "ÉSTO NO VA A DOLER", DIJIMOS "NO CREO QUE USTED LLEGUE A SENTIR ESTO": EN VEZ DE DECIR "INYECTARÉ CON MUCHA LENTITUD" DIJIMOS, "LO HARÉ CON MUCHA LENTITUD", PORQUE EN CIERTAS PERSONAS LA PALABRA INYECCIÓN EVOCA IMÁGENES PERTURBADORAS, EN PARTICULAR SI LA PRINCIPAL CAUSA DEL PROBLEMA SON LAS INYECCIONES.

ESTAS SENCILLAS SUSTITUCIONES EUFEMÍSTICAS NO INSPIRAN TEMOR. LA MAYORÍA DE LOS CLÍNICOS CONOCEN LA MULTIPLICIDAD DE TÉRMINOS DE QUE ESTÁ CARGADO EL VOCABULARIO DENTAL: "TORNO" - "AGUJA", "INYECCIÓN", "CORTE", ETC. LO IMPORTANTE ES EVITAR TALES PALABRAS Y SUSTITUIRLAS CON EUFEMISMOS, Y ESTAR ALERTAS PARA NO INCURRIR EN UN VOCABULARIO AMENAZADOR.

SI NOS PONEMOS A PENSAR EN EL DILEMA DE DESCRIBIR, EN TÉRMINOS NO AMENAZADORES, UN EXPLORADOR PULPAL Y SU USO EN EL PACIENTE ANSIOSO, NOS DAMOS CUENTA DE LA AGILIDAD MENTAL QUE HAY QUE TENER PARA HABLAR EN TÉRMINOS EUFEMISTAS.

ES NECESARIO MANTENER LA POSTURA IATROSEDANTE EN TODAS LAS FASES DE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE. OTRO PRINCIPIO DE COMUNICACIÓN PARA REDUCIR LA AMENAZA EN UNA SITUACIÓN QUE PODRÍA SER AMENAZADORA ES EL EMPLEO DE LA ENTREVISTA PREPARATORIA.

ENTREVISTA PREPARATORIA.

LA ENTREVISTA PREPARATORIA ES UN BREVE ENCUENTRO CON EL PACIENTE ANTES DE EMPRENDER POR PRIMERA VEZ UN PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO O DIAGNÓSTICO QUE PODRÍA SER AMENAZADOR PARA ÉL. EL OBJETIVO ES CONOCER DOS COSAS:

1. ¿EL PACIENTE YA EXPERIMENTÓ ANTES ESTE MISMO PROCEDIMIENTO (ENDODONCIA, INYECCIÓN, -- EXPLORACIÓN O CIUGIA PERIODONTICA)?
2. ¿QUÉ OPINA EL PACIENTE AL RESPECTO?

EL PRINCIPIO GENERAL DE SABER "QUÉ PASA" CON EL PACIENTE ANTES DE LLEVARLO AL TERRENO DE UNA AMENAZA EN POTENCIA ES DE UNA SENSATEZ Y ACIERTO INNEGABLES. SERÍA ILÓGICO PREPARARLO PARA INSTRUMENTACIONES O PROCEDIMIENTOS TEMIBLES SIN SABER DE ANTEMANO QUÉ EXPERIENCIAS HA TENIDO Y CUÁLES SON SUS IMPRESIONES AL RESPECTO.

SUPONGAMOS QUE LA SEÑORA X HA LOGRADO DESPOJARSE DE SU MIEDO A LAS INYECCIONES, PERO A MEDIDA QUE SE CONTINÚA SU TRATAMIENTO DENTAL SUCEDE QUE SE REQUIERE ENDODONCIA. DESPUÉS DEL EXÁMEN SE MENCIONÓ BREVEMENTE ESTA NECESIDAD. ¿CÓMO ENCARAR A LA SEÑORA X? SI EN LAS RADIOGRAFÍAS SE COMPRUEBA QUE YA SE HIZO ENDODONCIA ¿SE PODRÍA SUPONER QUE NO HABRÁ PROBLEMAS, QUE SE LE PUEDE DECIR LO QUE HAY QUE HACERLE, SE LE PUEDE ENVIAR AL ESPECIALISTA EN ENDODONCIA O CONVENIR LA VISITA PARA HACERLE EL TRATAMIENTO? ¿O SE DEBE AVERIGUAR QUÉ OPINA ELLA DEL TRATAMIENTO ENDODÓNTICO? LA CONTESTACIÓN OBVIA PARA ESTA PREGUNTA OBVIA ES

si.

ODONTOLOGO: "SEÑORA X, ¿RECUERDA QUE LE MENCIONÉ QUE DEBERÍA HACERSE TRATAMIENTO DE CONDUCTO? LAS RADIOGRAFIAS INDICAN QUE YA LE HAN HECHO ESTE PROCEDIMIENTO UNA VEZ. ¿CÓMO LE FUÉ?"

PACIENTE: "(CON VACILACIÓN)..., FUÉ TERRIBLE".

ODONTOLOGO: "¿TERRIBLE?"

SRA. X : "SÍ EL DIENTE ME DOLÍA MUCHO, A PESAR DE QUE EL DOCTOR ME DIO VARIAS INYECCIONES, TODO LO CUAL ME ASUSTABA MUCHO; CUANDO ME ARRANCÓ EL NERVIO ME MORÍA DE DOLOR".

ODONTOLOGO: "YA VEO QUE USTED HA PASADO UN MAL MOMENTO Y PIENSO LO QUE DEBE SENTIR ANTE LA IDEA DE OTRO TRATAMIENTO DE CONDUCTO. PERO POR SUERTE AHORA LA SITUACIÓN ES DISTINTA. LE DIGO ESTO PORQUE LA VEZ ANTERIOR EL DIENTE ESTABA MUY INFLAMADO, Y CUANDO EL DIENTE ESTÁ INFLAMADO ES MUY DIFÍCIL OBTENER UNA BUENA ANESTESIA. EN CAMBIO AHORA LAS COSAS SON DISTINTAS, PORQUE NO ESTÁ INFLAMADO. EN REALIDAD, NO SE NECESITA ANESTESIS PORQUE..."

NO HACE FALTA COMPLETAR AQUÍ LA EXPLICACIÓN. ESTE EJEMPLO SE OFRECE PARA DESTACAR LA CONVENIENCIA DE REVISAR LOS PROCEDIMIENTOS POTENCIALMENTE AMENAZADORES ANTES DE EMPRENDER EL TRATAMIENTO.

ESTRATEGIA EMPÁTICA NO VERBAL.

DIGAMOS QUE LA TÉCNICA DE LA ENTREVISTA IATROSEDANTE CONSTA DE DOS ESTRATEGIAS.

1. UNA ESTRATEGIA VERBAL DE AVERIGUACIÓN E INTERPRETACIÓN.
2. UNA ESTRATEGIA EMPÁTICA NO VERBAL.

TAMBIÉN DIJIMOS QUE EXPLICÁBAMOS ESTAS ESTRATEGIAS POR SEPARADO CON EL OBJETO DE COMENTAR LAS, PERO QUE LA SEPARACIÓN ES ARTIFICIAL, PORQUE EN REALIDAD LAS COMUNICACIONES VERBALES Y NO VERBALES SON INSEPARABLES:

LA FUNCIÓN CRUCIAL DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL ES TRANSMITIR IMPRESIONES. LAS PRINCIPALES IMPRESIONES QUE EL ODONTÓLOGO DEBE COMUNICAR AL PACIENTE TEMEROSO SON:

1. ATENCIÓN Y PREOCUPACIÓN.
2. ACEPTACIÓN DEL PACIENTE Y SU PROBLEMA
3. APOYO.
4. COMPROMETERSE CON LA INTENCIÓN DE AYUDAR.

ESTAS IMPRESIONES Y DECLARACIONES NO VERBALES SURGEN AL ESCUCHAR, ES DECIR, ENTENDIENDO -

LO QUE SE ESCUCHA Y RESPONDIENDO CON EMPATÍA.

Oír es prestar atención a otra persona y dejarla hablar. "Escuchar" es entender lo que dice. Aunque éstos comportamientos son no verbales, los incluimos en la estrategia de averiguación verbal porque "escuchar" es el requisito previo para responder facilitando la narración del paciente y ofreciendo apoyo y dedicación. Reflexionar y reaccionar frente a las impresiones y a la narración del paciente con los gestos, la voz y los ademanes es responder de manera no verbal a lo que se "escucha".

El factor principal cuando se escucha es prestar atención. Para esto se requiere concentración, disciplina y aplicación intencional del propio comportamiento. La atención se comunica por dos cauces:

1. PRESENCIA FÍSICA (MODALES FÍSICOS Y POSTURA).
2. PRESENCIA PSICOLÓGICA ("ESCUCHANDO" LA COMUNICACIÓN TOTAL DEL PACIENTE, VERBAL Y NO - VERBAL).

PERICIA ASISTENCIAL FISICA

LA PERICIA EN LOS GESTOS, LA VOZ Y LOS ADEMANES CONFIGURA UNA ACTITUD DE DEDICACIÓN. ESTE ES EL MEDIO NATURAL QUE REVELA SI EN REALIDAD EL PROFESIONAL SE INTERESA O NO EN SU PACIENTE. LAS SEÑALES NO VERBALES QUE EMITE EL PROFESIONAL CERTIFICAN SUS PALABRAS DE CONSIDERACIÓN Y APOYO O LAS DESMIENTEN.

EL SISTEMA DE SEÑALES MÁS RICO QUE POSEE EL HOMBRE ES EL DE LA CABEZA Y LA CARA, LA VOZ Y EL CUERPO TIENEN CASI LA MISMA IMPORTANCIA QUE LA CARA EN EL SISTEMA DE COMUNICACIÓN SIN PALABRAS, QUE DESEMPELA UN PAPEL TAN SIGNIFICATIVO EN LA CREACIÓN DEL CLIMA EMPÁTICO EN QUE HAN DE INTERACCIONAR EL PROFESIONAL Y SU PACIENTE.

LA COMUNICACIÓN NO VERBAL TIENE MUCHOS COMPONENTES. ENTRE LOS MÁS IMPORTANTES QUE CONSIDERAMOS AQUÍ FIGURAN.

1. CONTACTO VISUAL.
2. EXPRESIÓN FACIAL.
3. CARACTERÍSTICAS VOCALES.
4. ORIENTACIÓN DEL CUERPO.
5. INCLINACIÓN DEL TRONCO.

6. PROXIMIDAD (DISTANCIA).

HAASE Y TÉFFER INVESTIGARON LOS COMPONENTES NO VERBALES DE LA COMUNICACIÓN EMPÁTICA CON MIRAS A ESTABLECER LA CONTRIBUCIÓN RELATIVA DEL COMPORTAMIENTO VERBAL Y NO VERBAL A LA COMUNICACIÓN DE EMPATÍA. SUS RESULTADOS FUERON:

1. UN MENSAJE VERBAL DE VALOR EMPÁTICO MEDIOCRE PUEDE MEJORAR CON UN BUEN CONTACTO VISUAL, INCLINANDO EL TRONCO HACIA ADELANTE, ORIENTANDO BIEN EL CUERPO Y MANTENIENDO UNA BUENA DISTANCIA.
2. POR EL CONTRARIO, LOS ALTOS NIVELES DE EMPATÍA VERBAL PUEDEN REDUCIRSE A MENSAJES NO EMPÁTICOS SI LA COMUNICACIÓN SE EMITE SIN CONTACTO OCULAR, CON EL TRONCO ECHADO HACIA ATRÁS EL CUERPO ROTADO EN OTRA DIRECCIÓN Y DESDE MUCHA DISTANCIA.

TODO ESTO CORROBORA LO QUE YA SE SABÍA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL, QUE SE SUELE DENOMINAR "LENGUAJE DEL CUERPO".

CONTACTO VISUAL.

EL CONTACTO VISUAL ES LA CLAVE DEL SISTEMA DE COMUNICACIÓN. PRÁCTICAMENTE NO SE PUEDE DAR LA IMPRESIÓN DE ATENCIÓN E INTERÉS EN UNA PERSONA SI NO SE LE MIRA.

"MIRARLA" SIGNIFICA CONTACTO VISUAL.. ESTE INTERCAMBIO DE MIRADAS TIENDE A ACRECENTARSE SI LOS PARTICIPANTES SIMPATIZAN MUTUAMENTE Y DESARROLLAN UNA INTERACCIÓN Y DISMINUYE CUANDO SURGEN TEMAS ESPINOSOS O DESAGRADABLES ENTRE AMBOS, PORQUE ENTONCES SE ADOPTA UN "CURSO DE NO COLISIÓN" BAJANDO LA MIRADA; ES COMO SI SE ATENUARAN LAS LUCES.

BUEN CONTACTO OCULAR NO SIGNIFICA FIJAR LA MIRADA NI MIRAR CON INSISTENCIA, PORQUE ESTO -- ÚLTIMO RESULTA MUY DESCONCERTANTE, SI NO QUE SE DEBE VARIAR. LOS OJOS SE DESVÍAN A UN -- OBJETO NO MUY DISTANTE Y RETORNAN AL PACIENTE. LO MISMO QUE EN CUALQUIER COMUNICACIÓN NO VERBAL, ESTO SE DEBE HACER CON NATURALIDAD Y DE MANERA RELAJADA Y CONFORTABLE.

LOS OJOS CONTRIBUYEN A LA EXPRESIÓN FACIAL DE MUCHAS MANERAS. POR EJEMPLO, AL SONREÍR -- PUEDEN IMPARTIR CALIDEZ O GRAN FRIALDAD A LA SONRISA. SI LA BOCA EXPRESA SONRISA Y LOS -- OJOS SON INEXPRESIVOS, LA SONRISA TIENDE A SER 'HELADA'.

EXPRESIONES FACIALES.

LA CARA ES LO QUE MEJOR REFLEJA LAS EMOCIONES, PERO TAMBIÉN PUEDE SER UNA MÁSCARA IMPENETRABLE. SIN EMBARGO, ES EL MÁS DIFÍCIL DE MONITORIAR DE TODOS LOS COMPORTAMIENTOS NO VERBALES. EN EFECTO, TENEMOS CONCIENCIA DE LO QUE HACEN NUESTROS OJOS, DE COMO SUENA NUESTRA VOZ Y DE LOS MOVIMIENTOS QUE REALIZAMOS, PERO LA CARA ES UNA REGIÓN QUE NO NOS ILUS--

TRA ACERCA DE NUESTRA EXPRESIÓN. POR LO TANTO, ES EL ASPECTO MÁS VULNERABLE DE NUESTRO COMPORTAMIENTO. MUCHOS PROFESIONALES ELUDEN LOS RIESGOS FACIALES ADOPTANDO UNA MÁSCARA DE INDIFERENCIA, UNA ESPECIE DE "CARA DE PÓKER" PROFESIONAL. EN GENERAL, A MENOS QUE CADA CUAL HAYA APRENDIDO A PRESTAR ATENCIÓN A SUS PROPIAS COMUNICACIONES NO VERBALES, PRÁCTICAMENTE DESCONOCE POR COMPLETO SU COMPORTAMIENTO FACIAL. POR CONSIGUIENTE ES PROBABLE QUE EMITA SEÑALES FACIALES QUE NO DESEABA O QUE NO EXPRESE BIEN LO QUE PREFERIRÍA DECIR.

EN LA ASISTENCIA AVEZADA, LA EXPRESIVIDAD FACIAL SE UTILIZA DE DOS MANERAS BÁSICAS: PARA EMITIR MENSAJES Y PARA RESPONDER CON PROPIEDAD A LOS MENSAJES QUE SE RECIBEN. CUANDL EL PROFESIONAL PRESTA ATENCIÓN A SU PACIENTE EN LA PRIMERA ENTREVISTA, LAS EXPRESIONES FACIALES QUE LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS DESEARÍAN VER SON DE CALIDEZ, INTERÉS E INTENCIÓN ALERTA DE PARTICIPACIÓN. LA RESPUESTA FACIAL DEBERÍA REFLEJAR LOS SENTIMIENTOS DEL PACIENTE EN DIVERSA MEDIDA, O SEA QUE LA PREOCUPACIÓN DEBE REFLEJARSE CON PREOCUPACIÓN Y NO CON -- APATÍA, UNA DÉBIL SONRISA O UN INTERÉS DESMEDIDO. LA CARA ES UN INSTRUMENTO DE VASTOS -- ALCANCES, DESDE COMUNICACIONES MUY AMPLIAS HASTA MUY SUTILES, CASI IMPERCEPTIBLES. CON-- VIENE RECORDAR LA ADMONICIÓN: "SÉ PRUDENTE EN LO QUE DICES CON LA CARA CUANDO HABLAS CON LA BOCA".

CARACTERÍSTICAS VOCALES.

LA VOZ SE PARECE A UN INSTRUMENTO MUSICAL PORQUE ALTERA EL SIGNIFICADO DE LAS PALABRAS --

IMPARTIÉNDOLES UN TIMBRE DE FALSEDAD O HACIÉNDOLES SONAR COMO VERACES. EN NUESTRA CULTURA ATRIBUIMOS CIERTAS CARACTERÍSTICAS A LOS SONIDOS VOCALES. LA VOZ DE AUTORIDAD SUELE SER GRAVE, RESONANTE Y DE RITMO MESURADO. LA VOZ RÁPIDA, AGUDA Y ESTRIDENTE TRASUNTA INMADUREZ.

AL ASISTIR AL PACIENTE CONVIENE HABLARLE CON RITMO UNIFORME Y DE MODERADO VOLÚMEN, EN UN TOMO LO MÁS BAJO Y RESONANTE COMPATIBLE CON LA VOZ DE CADA CUAL, PERO CON LAS VARIACIONES NECESARIAS PARA REFLEJAR Y REFORZAR EL SIGNIFICADO DE LAS PALABRAS. LO MÁS IMPORTANTE ES EVITAR LOS MENSAJES CONTRADICTORIOS, EN QUE LA VOZ Y LA CARA DICEN COSAS QUE NO CONCUERDAN CON LAS PALABRAS. UNO DE LOS EJEMPLOS MÁS COMUNES DE MENSAJE CONTRADICTORIO ES EL QUE TRANSMITE EL MÉDICO QUE, ANSIOSO DE TRANQUILIZAR A SU PACIENTE, DICE CON VOZ INDIFERENTE Y MIRANDO HACIA OTRA PARTE "NO SE PREOCUPE, TODO SALDRÁ BIEN".

UNO DE LOS ESTUDIOS MÁS EXHAUSTIVOS QUE SE REALIZARON PARA ESTABLECER CUÁL DE DOS MENSAJES INCONGRUENTES PREDOMINA ES EL QUE REALIZÓ MEHRAHIAN. PARA ELLO PREPARÓ SITUACIONES EN QUE LAS EXPRESIONES FACIALES Y VOCALES NO CONCORDABAN CON LOS MENSAJES VERBALES. SUS CONCLUSIONES INDICAN QUE, EN LA COMUNICACIÓN DE SENTIMIENTOS, LAS PALABRAS SOLO FUERON RESPONSABLES DEL 7% DEL IMPACTO, LAS EXPRESIONES VOCALES PRODUJERON EL 38% DEL EFECTO Y LAS EXPRESIONES FACIALES EL 55%. EN CONSECUENCIA, SI LA CARA Y LA VOZ NO CONCUERDAN CON

LAS PALABRAS, MÁS ACERTADO SERÍA CALLAR. EN CAMBIO, LAS PROMESAS VERBALES DE AYUDA Y PROTECCIÓN ASUMEN MAYOR IMPORTANCIA SI LAS CONFIRMA UNA COMUNICACIÓN NO VERBAL EMPÁTICA. EN SUMA, LO QUE CONSTRUYE O DESTRUYE RELACIONES NO ES LO QUE SE DICE, SINO CÓMO SE LO DICE.

ORIENTACION DEL CUERPO.

SITUARSE DE FRENTE AL PACIENTE INDICA QUE SE VA A PRESTAR ATENCIÓN. SI EL PROFESIONAL -- PERMANECE EN SU ASIENTO CON EL CUERPO VUELTO HACIA OTRA PARTE, ES COMO SI DIESE LA ESPALDA A SU PACIENTE, Y CREA UN CLIMA DE DESATENCIÓN. ESTA ORIENTACIÓN DESATENTA SE INTENSIFICA SI SE ESTÁ EN UN ÁNGULO DE 90° O MÁS. ADEMÁS CON ESTA POSICIÓN TAMBIÉN EL CONTACTO VISUAL RESULTA DEFÍCIL Y FORZADO.

SI LA ENTREVISTA TIENE LUGAR UN LA SALA DE TRATAMIENTO DENTAL, EL PROFESIONAL DEBE ESTAR EN UNA POSICIÓN ENTRE LA HORA 7 Y 8. SI SE USA LA SALA DE ENTREVISTAS, ES MEJOR NO SENTARSE DETRÁS DE UN ESCRITORIO, SINO USAR DOS SILLONES MÁS O MENOS EN LA MISMA POSICIÓN.

EN NUESTRA OPINIÓN LA ENTREVISTA DEBE HACERSE EN LA SALA DE TRATAMIENTOS. SI EL PACIENTE TIENE MIEDO, EL INSTRUMENTAL PUEDE ESTIMULAR SU EXPRESIÓN DE ANSIEDAD, CASO EN EL CUAL SE ENCARA DE FRENTE LA CUESTIÓN. ESTAR CÓMODAMENTE SENTADO EN LA SALA DE ENTREVISTAS, QUE TIENDE A SER UN AMBIENTE MÁS RELAJADO Y MÁS SOCIAL, NO SE PRESTA BIEN PARA QUE EL PACIENTE HABLE DE SUS TEMORES.

DISTANCIA O PROXIMIDAD CORPORAL.

LA PROXIMIDAD EN QUE SE ESTÉ SENTADO EN UNA SITUACIÓN COMO LA QUE DESCRIBIMOS INFLUYE SOBRE LA COMUNICACIÓN. EL GRADO DE PROXIMIDAD ENGENDRA IMPRESIONES DISTINTAS SEGÚN LAS CULTURAS. HALL SOSTIENE QUE LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES TIENDEN A ENCARAR EL ESPACIO DE LA SIGUIENTE MANERA:

1. ZONA ÍNTIMA, DESDE EL CONTACTO HASTA 45 CM. ESTA ZONA ES PARA CONFIAR SECRETOS Y REALIZAR DIÁLOGOS SUSURRADOS.
2. ZONA CASUAL-PERSONAL, 45 A 120 CM. ÁREA PARA LA INTERACCIÓN PERSONAL NORMAL.
3. ZONA SOCIAL Y DE CONSULTA, 1, 2 A 3, 6M. REGIÓN PARA TRATAR ASUNTOS IMPERSONALES.
4. ZONA PÚBLICA, DESDE 3,6 M. HASTA LOS LÍMITES DE LA AUDICIÓN. ESTA ES LA REGIÓN DEL ORADOR ANTE SU PÚBLICO.

LA DISTANCIA DE UNO A DOS METROS ES APROPIADA PARA LA ENTREVISTA EN LA SALA DE CIRUGÍA DENTAL. LA DISTANCIA VARÍA DE ACUERDO CON LO CÓMODO QUE UNO SE SIENTA CON EL PACIENTE. A MEDIDA QUE SE ACRECIENTA EL INTERÉS, MÁS CERCA SE TIENDE A ESTAR. ASÍ COMO EL CONTACTO

OCULAR, LA EXPRESIÓN FACIAL Y LA ORIENTACIÓN DEL CUERPO SON PROCESOS DINÁMICOS, ASÍ ---- TAMBIÉN EL PROFESIONAL NO DEBE ENCARAR CON RIGIDEZ NINGUNO DE ESTOS COMPONENTES DE ATEN-- CIÓN FÍSICA, SINO MANTENER CIERTO GRADO DE FLUIDEZ.

INCLINACION DEL TRONCO.

LA INCLINACIÓN DEL TRONCO HACIA ADELANTE ES UN IMPORTANTE MENSAJE DE INTERÉS. ES DIFÍCIL SER INDIFERENTE SI UNO SE INCLINA HACIA ADELANTE Y ESCUCHA A OTRA PERSONA. LA INCLINA--- CIÓN DEL CUERPO HACIA ADELANTE ES UN ELOCUENTE TESTIMONIO DE ATENCIÓN. LO CONTRARIO, --- ECHARSE HACIA ATRÁS Y DEJAR CAER LAS MANOS, SUGIERE INTERÉS CAUSAL O, LO QUE ES PEOR, FAL TA DE ATENCIÓN.

LA INCLINACIÓN DEL TRONCO ES UN EFICAZ RECURSO DE FACILITACIÓN. SI EL PACIENTE HABLA Y - SE DETIENE BASTA INCLINARSE UN POCO HACIA ADELANTE PARA SUGERIR: "CONTINÚE". NO SOLO SE SUGIERE QUE CONTINÚE SINO QUE TAMBIÉN SE MUESTRA INTERÉS Y EMPATÍA.

OTRO DE LOS MUCHOS COMPONENTES DEL "LENGUAJE DEL CUERPO" ES LA COMUNICACIÓN TÁCTIL. DU-- RANTE LA ENTREVISTA SE PUEDE TRANSMITIR UN MENSAJE DE APOYO, PREOCUPACIÓN Y EMPATÍA TOCAN DO EL ANTEBRAZO DEL PACIENTE. ESTA ES LA PARTE DEL CUERPO MÁS ACEPTABLE Y MENOS ÍNTIMA - PARA LA COMUNICACIÓN TÁCTIL. ESTA DE MÁS DECIR QUE EN EL ENCUENTRO CLÍNICO LA COMUNICA--

CIÓN TACTIL ES CONSTANTE. LA DELICADEZA O RUDEZA DEL "TACTO" QUE SE HAGA ES MUY ELOCUENTE PARA EL PACIENTE ACERCA DE LA "PRESENCIA" DEL ODONTÓLOGO Y EN PARTICULAR, DE LA NOCIÓN QUE ÉSTE TIENE DE LA PRESENCIA DEL PACIENTE.

R E S U M E N

EL MIEDO ES UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE LA OMISIÓN DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN MILLONES DE PERSONAS. HEMOS EXPLORADO ALGUNOS TEMORES DENTALES COMUNES Y CÓMO SE ORIGINAN Y, PRESENTAMOS UNA TÉCNICA PARA TRATAR EL MIEDO CON RECURSOS INTERPERSONALES BASADOS EN SENCILLOS PRINCIPIOS CONDUCTISTAS. SE PROCURA ELIMINAR EL MIEDO O REDUCIRLO A UN NIVEL QUE PERMITA AL PACIENTE ENCARAR CON BUEN ÉXITO LA EXPERIENCIA DENTAL.

A ESTA TÉCNICA SE LE DENOMINÓ "IATROSEDACIÓN" Y SE LA DEFINE COMO EL ACTO DE CALMAR POR MEDIO DEL COMPORTAMIENTO DEL PROFESIONAL. LAS DOS CATEGORÍAS PRINCIPALES DE LA IATROSEDACIÓN SON:

1. LA ENTREVISTA IATROSEDANTE.
2. EL ENCUENTRO CLÍNICO IATROSEDANTE.

LA ENTREVISTA IATROSEDANTE ESTÁ DESTINADA A DISIPAR INICIALMENTE EL MIEDO POR MEDIO DE UN PROCESO DE REEDUCACIÓN. ES BREVE, PUES NO SUELE DURAR MÁS DE 10 MINUTOS. EL ENCUENTRO CLÍNICO CONTINÚA ESTE PROCESO DE MODO QUE REDUCE TODAVÍA MÁS EL NIVEL DE MIEDO. EL TEMA SE COMPLETA CON EJEMPLOS DE LA TÉCNICA CLÍNICA, QUE COMPRENDE COMUNICACIONES PREPARATORIAS Y OTROS PRINCIPIOS DE COMUNICACIÓN ENCAMINADOS A REDUCIR EL STRESS.

FARMACOSEDACION VIA ORAL

SI LA IATROSEDACIÓN NO ES SUFICIENTE PARA TRANQUILIZAR AL PACIENTE ANSIOSO, SE LO PUEDE SE-
DAR CON DROGOTERAPIA (FARMACOSEDACIÓN). EN ESTE TEMA CONSIDERAMOS LAS DROGAS SEDANTES QUE
SE ADMINISTRAN POR VÍA ORAL.

PREMEDICACION

EN LA ÉPOCA EN QUE SE HACÍA ANESTESIA GENERAL INHALATORIA CON EL AGENTE IRRITANTE (Y, POR
ENDE, AMEDRANTADOR) ÉTER, SE ENTENDÍA POR PREMEDICACIÓN EL EMPLEO DE DROGAS CON FINES SE-
DANTES, DE MODO QUE EL PACIENTE ESTUVIESE TRANQUILO, LIBRE DE ANSIEDAD E INDIFERENTE AN-
TES DE SU LLEGADA AL QUIRÓFANO. VARIAS DE ESTAS DROGAS EJERCEN EL EFECTO ADICIONAL DE RE-
DUCIR AL MÍNIMO LAS SECRECIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO Y DE INTENSIFICAR LA ACCIÓN DEL -
AGENTE ANESTÉSICO PRIMARIO.

AUNQUE LOS PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA PREMEDICACIÓN NO HAN VARIADO, LA APARICIÓN DE NUEVAS
DROGAS Y TÉCNICAS SE CENTRAN MÁS EN LA ACCIÓN PRIMARIA DE SUPRIMIR LA ANSIEDAD Y NO EN SU
PLEMENTAR AL AGENTE ANESTÉSICO. EN ODONTOLOGÍA LO IDEAL ES PRODUCIR DEPRESIÓN PSÍQUICA -

PARA MORIGERAR ASÍ LA RESPUESTA DEL PACIENTE A CUALQUIER ESTÍMULO ADVERSO.

AUNQUE ES CORRECTO HABLAR DE PREMEDICACIÓN PARA REFERIRSE A LAS DROGAS SEDANTES QUE SE --
ADMINISTRAN ANTES DE LA TERAPIA DENTAL, HOY SE UTILIZA MÁS EL TÉRMINO FARMACOSEDACIÓN.

VIA ORAL Y VIA INTRAMUSCULAR

UNO DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN PARENTERAL DE DROGAS, EN PARTICULAR LA INTRAMUSCULAR, HA SIDO EL MIEDO DE LA INYECCIÓN. EN GENERAL SE HA PREFERIDO LA --
VÍA INTRAMUSCULAR Y NO LA ORAL PORQUE LA ABSORCIÓN ES MÁS RÁPIDA Y SE SUPONE QUE ES MÁS --
PREVISIBLE, PERO EN CAMBIO, LA ADMINISTRACIÓN POR BOCA ES MÁS INOCUA, ADEMÁS DE MÁS CON--
VENIENTE Y ECONÓMICA. SE COMPROBÓ QUE SI SE RESTRINGE EL INGRESO DE ALIMENTOS ANTES DE --
DAR LA DROGA SEDANTE POR BOCA, LA ABSORCIÓN GASTROINTESTINAL BASTA PARA QUE ÉSTA VÍA RE--
SULTE PRÁCTICA EN CLÍNICA. POR LO TANTO, SE CONSIDERA QUE LA VÍA INTRAMUSCULAR NO OFRECE
VENTAJAS SOBRE LA VÍA ORAL EN MATERIA DE SEDACIÓN POR LO MENOS EN LO QUE AL CIRUJANO DEN--
TISTA SE REFIERE.

SELECCION DEL PACIENTE

AUNQUE TODOS LOS PACIENTES EXPERIMENTAN CIERTA ANSIEDAD ANTES DEL TRATAMIENTO DENTAL O EN EL CURSO DE ÉSTE, NO TODOS SON CANDIDATOS PARA LA FARMACOSEDACIÓN. EN GENERAL, EL PROCESO DE SELECCIÓN SE CENTRA EN LAS PERSONAS INCAPACES DE CONTROLAR SUS REACCIONES FRENTE A UN ESTÍMULO PSÍQUICO ADVERSO Y EN QUIENES LA IATROSEDACIÓN NO EJERCE EFECTO.

LA GRAN MAYORÍA DE LOS PACIENTES ODONTOLÓGICOS QUE REQUIEREN FARMACOSECACIÓN SON EL ADULTO Y EL NIÑO HIPERREACTIVOS, SEGUIDOS POR EL ADULTO Y EL NIÑO CON DEFECTOS MENTALES O MOTORES, EL ANCIANO CON UNA DOLENCIA CRÓNICA.

LA ENTREVISTA IATROSEDANTE SE REALIZA COMO RUTINA CUANDO EL CLÍNICO EFECTÚA LA EVALUACIÓN FÍSICA ORIGINAL. HABIENDO IDENTIFICADO AL PACIENTE QUE REQUIERE CONSULTA IATROSEDANTE Y TRATAMIENTO CLÍNICO, EL ODONTÓLOGO DECIDE SI TAMBIÉN NECESITA DROGOTERAPIA, O BIEN ESTO - SOLO LO DETERMINA UNA VEZ QUE LA EXPERIENCIA CLÍNICA INICIAL CON LA IATROSEDACIÓN RESULTA INSATISFACTORIA.

CORAH SUGIRIÓ UN CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA ANSIEDAD QUE DEBE LLENAR EL PACIENTE AL --- MISMO TIEMPO QUE COMPLETA EL CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS. SIN EMBARGO, A ÉSTE -

PACIENTE SE LO HA DE IDENTIFICAR CUIDADOSAMENTE DURANTE LA ENTREVISTA CON EL ODONTÓLOGO, Y ES PROBABLE QUE LA SENCILLA PREGUNTA "¿TIENE USTED ALGÚN TEMOR O APRENSIÓN ACERCA DE -- LA ASISTENCIA DENTAL?" SEA MÁS EXACTA QUE UN CUESTIONARIO ESPECIAL.

DURANTE LA EVALUACIÓN FÍSICA, CUANDO EL ODONTÓLOGO ESTUDIA LOS ANTECEDENTES MÉDICOS Y --- EMPRENDE LA ANAMNESIS DIALOGADA QUE CORRESPONDA, SE INSPECCIONA COMO RUTINA AL PACIENTE - EN BUSCA DE SIGNOS FÍSICOS QUE PODRÍAN INDICAR ENFERMEDAD. EN ESTE MOMENTO PUEDEN OBSERVARSE SIGNOS DE ANSIEDAD INUSITADA, COMO SUDOR EN LAS PALMAS DE LAS MANOS Y LA FRENTE, -- EXCESIVA RIGIDEZ POSTURAL EN EL SILLÓN DENTAL, OJOS QUE OBSERVAN SIN CESAR AL ODONTÓLOGO Y SU AYUDANTE COMO ANTICIPANDO UN ATAQUE, RESPUESTA DEMASIADO RÁPIDA A LAS PREGUNTAS Y MOVIMIENTOS DEFENSIVOS DE LA CABEZA O BRAZOS AL EXAMINAR LA BOCA. PUEDE HABER UN RECONOCIMIENTO TARDÍO DE ANSIEDAD DURANTE UNA EXPERIENCIA CLÍNICA INSATISFACTORIA.

FACTORES QUE MODIFICAN LA ACCION DE LAS DROGAS

SI A UN NÚMERO GRANDE DE INDIVIDUOS SE LES DA LA MISMA DOSIS DE UNA DROGA, SE APRECIA UNA GRAN DIFERENCIA EN LA EFICACIA CLÍNICA DE ÉSTA. EN UN EXTREMO, CIERTOS PACIENTES (ALREDEDOR DE 15%) MANIFIESTAN SIGNOS CLÍNICOS DE DESUSADA INTENSIDAD, Y EN EL OTRO APARECE UN GRUPO (TAMBIÉN EL 15%) QUE CON LA MISMA DOSIS EVIDENCIA POCOS O NINGUNO DE LOS EFECTOS --

CLÍNICOS QUE SE DESEAN (ES DECIR, QUE SI ESTABAN ANSIOSOS, CONTINUÁN ESTÁNDOLO). EL 70% RESTANTE DEMUESTRA DIVERSOS GRADOS DE ACTIVIDAD CLÍNICA ACEPTABLE, DESDE UNA LEVE REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD HASTA UNA EXCELENTE EFICACIA CLÍNICA. ESTA INDIVIDUALIDAD EN LA RESPUESTA A LA DROGOTERAPIA SE DENOMINA VARIABILIDAD BIOLÓGICA. LA MAYORÍA DE LAS MEDICACIONES ORALES SE PRESENTAN EN TRES FORMAS POSOLÓGICAS, LO CUAL FACILITA DE ALGUNA MANERA LA ADAPTACIÓN DE ACUERDO CON LA VARIABILIDAD INDIVIDUAL DE LA RESPUESTA.

MUCHOS OTROS FACTORES TAMBIÉN MODIFICAN LA EFICACIA CLÍNICA DE LAS DROGAS. AUNQUE TODAS LAS VÍAS DE ADMINISTRACIÓN SON INFLUIDAS POR ELLOS, LA ORAL ES LA QUE MUESTRA MAYOR VARIABILIDAD CLÍNICA. ENTRE LOS FACTORES QUE ALTERAN LA FORMA EN QUE UNA DROGA AFECTA AL PACIENTE FIGURAN: EDAD, PESO (O SUPERFICIE CORPORAL), SEXO, ESTADO FÍSICO, PRESENCIA DE OTRAS SUSTANCIAS EN EL ESTÓMAGO, GRADO DE ANSIEDAD O STRESS, EXPECTATIVAS Y CONFIANZA EN EL PROFESIONAL QUE ADMINISTRA LA DROGA.

A CAUSA DE ESTOS FACTORES, QUE RIGEN PARA TODAS LAS DROGAS, Y DE LA VARIABILIDAD BIOLÓGICA EN LA MANERA DE RESPONDER A ELLAS, ES MUY DIFÍCIL ADMINISTRAR DOSIS INDIVIDUALIZADAS POR VÍA ORAL. UN FACTOR PRIMORDIAL QUE NO PERMITE INDIVIDUALIZAR LA POSOLOGÍA ES EL PERÍODO DE LATENCIA DE LAS DROGAS ADMINISTRADAS POR ESTA VÍA. LA MAYORÍA DE LAS DROGAS ORALES REQUIEREN POR LO MENOS 30 MINUTOS PARA ALCANZAR UN NIVEL SANGUÍNEO EFECTIVO, Y UNOS 60 MINUTOS PARA QUE SE PRODUZCA LA EFICACIA CLÍNICA MÁXIMA. EN CONSECUENCIA, NO SE PUE--

DEN TITULAR LAS DROGAS POR VÍA ORAL. TITULACIÓN ES LA POSIBILIDAD DE ADMINISTRAR PEQUE--
NOS INCREMENTOS DE UNA DROGA AL PACIENTE, HASTA QUE SE OBTIENE LA ACCIÓN CLÍNICA PERSEGUI
DA. DE ESTE MODO EL TERAPEUTA CONSIGUE NIVELES DE SEDACIÓN MÁS PROFUNDOS CON MAYOR SEGU
RIDAD. DOS TÉCNICAS -E FARMACOSECACIÓN -SEDACIÓN INYALATORIA Y SEDACIÓN INTRAVENOSA- PER
MITE LA TITULACIÓN Y, POR LO TANTO, SE EMPLEAN PARA SEDACIÓN INTRAOPERATORIA EN LOS NI---
VELES QUE SE DESEEN. LA SEDACIÓN QUE SE OBTIENE POR VÍA ORAL ES PREOPERATORIA E INTRAOPE
RATORIA AL MISMO TIEMPO.

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LA VIA ORAL

LA ADMINISTRACIÓN ORAL ES LA QUE MÁS SE USA PARA FARMACOSECACIÓN EN LA PRÁCTICA DENTAL.
ESTA VÍA OFRECE VARIAS VENTAJAS SOBRE LAS OTRAS TÉCNICAS DE SEDACIÓN, ENTRE ELLAS FÁCIL -
ADMINISTRACIÓN, ACEPTACIÓN CASI UNIVERSAL, BAJO COSTO, MENOR INCIDENCIA DE REACCIONES AD
VERSAS Y, EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, REACCIONES MENOS GRAVES, CUANDO OCURREN. LA VÍA --
ORAL NO REQUIERE INSTRUMENTOS COMO JERINGAS NO AGUJAS, Y TAMPOCO HACE FALTA UN CONOCIMIEN
TO AVANZADO PARA EMPLEARLA SIN PELIGRO.

EN CAMBIO, ENTRE SUS INCONVENIENTES FIGURAN TENER QUE DEPENDER DE QUE EL PACIENTE CUMPLA
LO QUE SE LE PRESCRIBE, EL PROLONGADO PERÍODO DE LACTANCIA, LA ABSORCIÓN IMPREVISIBLE DE

LA DROGA EN EL SISTEMA CIRCULATORIO Y LA IMPOSIBILIDAD DE TITULAR LAS DOSIS Y DE SUPERFICIALIZAR O PROFUNDIZAR CON FACILIDAD EL NIVEL DE SEDACIÓN.

USO RACIONAL DE LA VIA ORAL.

HABIENDO CONSIDERADO TODOS LOS FACTORES PRECEDENTES, SE EVIDENCIA QUE QUIEN ADMINISTRA LA DROGA POR VÍA ORAL NO MANTIENE UN CONTROL COMPLETO SOBRE LA ACCIÓN CLÍNICA FINAL EN COMPARACIÓN CON LAS VÍAS INHALATORIAS E INTRAVENOSA. A CAUSA DE ESTA FALTA DE CONTROL, EL ODONTÓLOGO DEBE CALCULAR CON SUMO CUIDADO EL RIESGO POTENCIAL EN FUNCIÓN DEL BENEFICIO QUE HA DE OBTENER CON LA VÍA ORAL.

CON FINES DE TRANQUILIZACIÓN DURANTE EL TRATAMIENTO DENTAL, LA SEDACIÓN MUY LIVIANA PUEDE SER INADECUADA PARA EL GRADO DE ANSIEDAD. AUNQUE CON ESTA VÍA EN OCASIONES SE PUEDE INTENTAR NIVELES DE SEDACIÓN MÁS PROFUNDOS, SIEMPRE SE DEBE TENER EN CUENTA LA FALTA DE CONTROL SOBRE LA ACCIÓN DE LA DROGA Y LA AMPLIA VARIABILIDAD INDIVIDUAL PARA UNA DOSIS DADA. LAS DROGAS DE ALTO ÍNDICE TERAPÉUTICO (DOSIS LETAL/DOSIS EFECTIVA) SE PRESTAN MÁS PARA SEDACIÓN PROFUNDA QUE LAS DE ÍNDICES TERAPÉUTICOS MÁS BAJOS. LA ADMINISTRACIÓN DE DROGAS SIEMPRE PUEDE ACARREAR COMPLICACIONES MENORES COMO SOBRESEDACIÓN O FALTA DE COLABORACIÓN DEL PACIENTE, Y EFECTOS COLATERALES MÁS GRAVES COMO DEPRESIÓN RESPIRATORIA Y PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO.

PARA REDUCIR AL MÍNIMO ESTAS COMPLICACIONES, QUIEN ADMINISTRA O PRESCRIBE LA DROGA DEBE POSEER UN CONOCIMIENTO A FONDO DE LAS ACCIONES FARMACOLÓGICAS DE ESA DROGA, Y TAMBIÉN DE SUS REACCIONES ADVERSAS. ÉSTA PERSONA TAMBIÉN TIENE QUE SER CAPAZ DE RECONOCER Y TRATAR AL INSTANTE CUALQUIER REACCIÓN ADVERSA QUE PUDIERA SURGIR.

SI SE DESEAN NIVELES DE SEDACIÓN MÁS PROFUNDOS, LA SEDACIÓN POR VÍA BUCAL SE PUEDE REEMPLAZAR POR OTRAS TÉCNICAS DE FARMACosedación MÁS CONTROLABLES (ES DECIR, QUE PERMITAN TITULAR LA SEDACIÓN Y SUPRIMIRLA). EN ESTA SITUACIÓN SON PREFERIBLES LA SEDACIÓN INHALATORIA Y LA SEDACIÓN INTRAVENOSA, SIEMPRE QUE EL ODONTÓLOGO ESTÉ ADIESTRADO EN SU EMPLEO.

¿QUÉ SIGNIFICA ENTONCES EL USO RACIONAL DE LA SEDACIÓN ORAL EN LA PRÁCTICA DENTAL? DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA INOCUIDAD, ES IMPORTANTE QUE EL TERAPEUTA NUNCA TRATE DE CONSEGUIR NIVELES DE SEDACIÓN MAYORES DE LOS QUE SE CONSIDERARÍA CAPAZ DE RECONOCER Y MANEJAR EN CASO DE QUE APAREZCAN EFECTOS COLATERALES. ADEMÁS NUNCA SE DEBE COMPROMETER LA CALIDAD DEL TRATAMIENTO DENTAL A CAUSA DE LA FARMACosedación. POR ESTOS MOTIVOS, EL USO RACIONAL DE LA SEDACIÓN ORAL NO EXCEDE DE LA OBTENCIÓN DE UNA SEDACIÓN MUY LIVIANA. LAS SEDACIONES MÁS PROFUNDAS SE RESERVAN PARA TÉCNICAS MÁS CONTROLABLES O, CUANDO ESTÉ INDICADA, LA VÍA ORAL MANEJADA POR UN PROFESIONAL QUE POSEA EXPERIENCIA O CAPACIDAD APROPIADA, Y SEPA ENCARAR CUALQUIER REACCIÓN ADVERSA QUE PODRÍA SURGIR.

EXISTEN DOS ÁMBITOS EN QUE ES DESEABLE OBTENER NIVELES DE SEDACIÓN LIVIANOS. EL PRIMERO Y MÁS COMÚN ES REDUCIR LA ANSIEDAD EN LAS HORAS PREVIAS A LA VISITA DENTAL. EN ESTE CASO LA DROGOTERAPIA SE HACE PARA MODERAR LA ANSIEDAD, DE MODO QUE EL PACIENTE NO DEJE DE CONCURRIR A LA CITA. UNA VEZ QUE EL PACIENTE ESTÁ EN EL CONSULTORIO DENTAL, SE PUEDEN APLICAR OTRAS TÉCNICAS PARA CORREGIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD EXCESIVOS QUE APAREZCAN DURANTE EL TRATAMIENTO REAL. UNA CONSIDERACIÓN IMPORTANTE DE LA SEDACIÓN ORAL PARA ESTE FIN ES QUE EL ODONTÓLOGO INDIQUE AL PACIENTE QUE NO CONDUZCA SU AUTOMÓVIL PARA LLEGAR AL CONSULTORIO DENTAL Y SE HAGA ACOMPAÑAR POR UN ADULTO SI HA TOMADO LA DROGA EN SU CASA. POR RAZONES MEDICOLEGALES EL ODONTÓLOGO TAMBIÉN DEBE ANOTAR ESTA INSTRUCCIÓN EN LA FICHA DEL PACIENTE.

UNA SEGUNDA APLICACIÓN IMPORTANTE DE LA VÍA ORAL ES REDUCIR LA ANSIEDAD EN PACIENTES TAN APRENSIVOS POR SU INMINENTE TRATAMIENTO DENTAL QUE NO PUEDEN DORMIR LA NOCHE ANTES. EN ESTA SITUACIÓN SE HACE SEDACIÓN ORAL PARA DISIPAR CUALQUIER TEMOR, PERMITIENDO QUE EL PACIENTE TENGA UN SUEÑO CÓMODO Y LLEGUE AL CONSULTORIO BIEN DESCANSADO Y EN MEJORES CONDICIONES PARA TOLERAR EL STRESS DEL TRATAMIENTO.

DROGAS

PARA CONTROLAR LA ANSIEDAD HAY GRAN CANTIDAD DE DROGAS ORALES. LAS PRINCIPALES CATEGORÍAS SON LOS HIPNOSEDANTES Y LOS ANSIOLÍTICOS, INCLUSO LAS BENZODIAZEPINAS. OTRAS DROGAS COMO ANTIHISTAMÍNICOS, NARCÓTICOS Y CARBAMATOS, ASÍ COMO EL ALCOHOL ETÍLICO, TAMBIÉN SE EMPLEAN PARA SEDACIÓN ORAL. A CONTINUACIÓN DESCRIBIMOS LAS DROGAS QUE MAS SE EMPLEAN POR VÍA ORAL.

ALCOHOL ETÍLICO.

DESDE MUY ANTIGUO LOS PACIENTES CONSUMEN ALCOHOL PARA SEDARSE ANTES DEL TRATAMIENTO DENTAL, PERO LA PRESCRIPCIÓN POR EL ODONTÓLOGO NO SE HA DIFUNDIDO. SIN EMBARGO, EL ALCOHOL SE EMPLEÓ COMO SEDANTE EN ODONTOLOGÍA. NIELS BJORN JORGENSEN, AL QUE SE CONSIDERA EL PADRE DE LA SEDACIÓN EN ODONTOLOGÍA ESTADOUNIDENSE, COMENZÓ A EMPLEAR EL ALCOHOL MEDICINAL Y DESPUÉS ADOPTÓ EL ELIXIR AROMÁTICO USP, QUE SE CONOCIÓ DESPUÉS COMO ELIXIR DE JORGENSEN.

MCCARTHY Y HAYDEN RESEÑARON LA HISTORIA DEL ALCOHOL Y PRESENTARON UN PROTOCOLO PARA SU USO COMO SEDANTE EN ODONTOLOGÍA. HE AQUÍ UN BREVE RESÚMEN DE SUS RECOMENDACIONES.

EL ODONTÓLOGO ES LEGALMENTE RESPONSABLE DE LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR UNA MEDICACIÓN ---

INAPROPIADA, SEA DIAZEPÁN, PENTOBARBITAL O ALCOHOL. POR ESTE MOTIVO, EL EMPLEO DE CUALQUIER DROGA, INCLUSO ALCOHOL DEBE ENCARARSE CON LA MÁXIMA PRUDENCIA Y PREOCUPACIÓN POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. AUNQUE EL ALCOHOL NO ESTÁ CONTRAINDICADO EN ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA HAY QUE TOMAR PRECAUCIONES Y MEDIDAS ESPECIALES. LAS FORMAS POSOLÓGICAS QUE HEMOS DE DESCRIBIR, POR LO TANTO, SON PARA EL PACIENTE ADULTO, QUE ESTÁ LEGALMENTE AUTORIZADO A BEBER ALCOHOL.

AL OCUPARSE DE LAS VENTAJAS E INCONVENIENTES DE ESTA TÉCNICA EN LO TOCANTE AL CONSENTIMIENTO INFORMADO, LOS AUTORES RECOMIENDAN QUE SE ADOpte EL TÉRMINO "ALCOHOL MEDICINAL". SE USAN ESPÍRITUS NEUTROS DESTILADOS AL 40% CON UN SOPORÍFERO, SI SE DESEA, O CON UN VEHÍCULO AGRADABLE COMO UN JUGO DE FRUTAS. PARA EVITAR UNA POSIBLE GASTRITIS, LA DOSIS DEL ALCOHOL DEBE DILUIRSE DOS VECES; POR EJEMPLO, 60ML. DE VEHÍCULO POR CADA 30ML. DE ALCOHOL. EL PACIENTE NO DEBE HABER INGERIDO NADA DE ALCOHOL EN LAS 12 HORAS PRECEDENTES Y EL CONSUMO NO TIENE QUE HABER SIDO MAYOR DE 180ML. DE LICOR DESTILADO O SU EQUIVALENTE EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS. CON EL ALCOHOL NO SE DEBEN DAR OTROS DEPRESORES DEL SNC (HIPNOSEDANTES, NARCÓTICOS, ANSIOLÍTICOS, N_2O Y O_2) PARA EVITAR POSIBLES REACCIONES ADVERSAS ENTRE LAS DROGAS, A MENOS QUE EL PROFESIONAL TENGA MUCHA EXPERIENCIA EN SEDACIÓN Y ANESTESIA, Y EN ASISTENCIA VITAL BÁSICA.

EL PACIENTE DEBE TOMAR UNA COMIDA LIVIANA Y RICA EN HIDRATOS DE CARBONO (CEREAL Y LECHE)

TRES HORAS ANTES DEL TRATAMIENTO DENTAL. TAMBIÉN HAY QUE ASEGURARSE DE QUE EL ESTÓMAGO ESTÉ DESOCUPADO CUANDO SE INGIEREN OTRAS DROGAS SEDANTES. UNOS 20 MINUTOS ANTES DE COMENZAR EL TRATAMIENTO, SE ADMINISTRA EL ALCOHOL EN EL CONSULTORIO DENTAL. LA SEDACIÓN CLÍNICA DEL ALCOHOL DURA UNOS 60 MINUTOS. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, EL PACIENTE SE PUEDE RETIRAR A LOS 80 MINUTOS DE HABER ADMINISTRADO LA MEDICACIÓN. TAMBIÉN SE LE PUEDE PERMITIR QUE CONDUZCA SU AUTOMÓVIL DESDE EL CONSULTORIO DENTAL SI EL ODONTÓLOGO CONSIDERA QUE SE HA RECUPERADO POR COMPLETO DE LOS EFECTOS DE LA DROGA. ESTO REPRESENTA UNA VENTAJA IMPORTANTE RESPECTO DE OTRAS FORMAS DE SEDACIÓN ORAL O PARENTERAL.

LOS PLANES POSOLÓGICOS SE PRESENTAN EN LA SIGUIENTE TABLA:

DOSIS RECOMENDADAS DE ALCOHOL ETILICO

PESO EN KG.	PRIMERA VISITA	VISITAS SUBSIGUIENTES
45	30 ML.	45 ML.
63	30 ML.	60 ML.
81	60 ML.	90 ML.
100	60 ML.	90 ML.

*LAS DOSIS MÁS GRANDES SOLO SE DEBEN DAR SI LAS DE LA PRIMERA VISITA RESULTARON INSUFICIENTES.

LAS DOSIS MÁS GRANDES SE DAN EN LAS VISITAS ULTERIORES SI LAS PRIMERAS FUERON INADECUADAS, CUANDO SE EMPLEAN LAS DOSIS MÁS GRANDES, CONVIENE NO DEJAR SALIR AL PACIENTE DEL CONSULTORIO DENTAL HASTA 140 MINUTOS DESPUÉS DE ADMINISTRAR LA DROGA.

SE INDICA AL PACIENTE QUE NO TOMÉ MÁS ALCOHOL Y TAMPOCO OTROS DEPRESORES DEL SNC HASTA -- POR LO MENOS 3 HORAS DESPUÉS DE HABERSE RETIRADO, Y SE LE ACONSEJA QUE INGIERA UNA COMIDA LIVIANA, RICA EN HIDRATOS DE CARBONO.

EL ALCOHOL ESTÁ CONTRAINDICADO COMO SEDANTE EN PERSONAS QUE CARECEN DE EXPERIENCIA SOCIAL CON LA DROGA, NO LA TOLERAN O SIENTEN AVERSIÓN POR ELLA, SEA POR RAZONES RELIGIOSAS O PERSONALES, TIENEN ANTECEDENTES DE REACCIONES HIPOGLUCEMICAS ASOCIADAS CON EL ALCOHOL, DIABETES SACARINA O MALNUTRICIÓN, HISTERIA, ENFERMEDAD HEPÁTICA O ANTECEDENTES ANTERIORES O ACTUALES DE ALCOHOLISMO. ADEMÁS SE DEBE EVITAR EL ALCOHOL EN PERSONAS QUE TOMAN MEDICAMENTOS QUE PODRÍAN SURTIR UN EFECTO DE SUMA O SINÉRGICO, COMO BARBITÚRICOS, ANSIOLÍTICOS, -- INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA E HIDRATO DE CLORAL. EN LO QUE RESPECTA A OTRAS ENFERMEDADES, RIGEN LAS MISMAS PRECAUCIONES Y PRINCIPIOS DE CONSULTA MÉDICA QUE PARA CUALQUIER OTRO SEDANTE.

EMPLEADO EN DOSIS APROPIADAS Y CON INSTRUCCIONES CORRECTAS, EL ALCOHOL ES UN SEDANTE EFICAZ PARA ALIVIA LA ANSIEDAD LEVE EN ODONTOLOGÍA. PRÁCTICAMENTE NO PRODUCE EFECTOS COLA-

TERALES CUANDO SE TOMA DE LA MANERA RECOMENDADA; SE METABOLIZA CON RAPIDEZ Y EN GENERAL -
LOS PACIENTES PUEDEN RETIRARSE DEL CONSULTORIO SIN SER ACOMPAÑADOS. SU EFECTO ANSIOLÍTICO
EQUIVALE AL DEL DIAZEPÁN ORAL O PENTOBARBITAL, Y LOS EFECTOS INDESEABLES DE ESTAS ÚLTIMAS
DROGAS (DEPRESIÓN, CEFALEA) SE VEN RARAS VECES.

BARBITURICOS.

LOS BARBITÚRICOS FUERON LOS PRIMEROS ANSIOLÍTICOS DE AUTÉNTICA EFICACIA QUE SE PRESCRIBIERON
Y QUE TODAVÍA SE PRESCRIBEN. DEPRESORES GENERALES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, ACCIONAN
SOBRE EL SISTEMA LÍMBICO, CORTEZA CEREBRAL Y SISTEMA ACTIVADOR RETICULAR EN DOSIS
TERAPÉUTICAS. ESTAS ACCIONES REDUCEN EL NIVEL DE ANSIEDAD, DISMINUYEN LA AGUDEZA MENTAL
Y ORIGINAN SOÑOLENCIA. EN ALGUNAS DOSIS DEPRIMEN EL BULBO RAQUÍDEO, Y ESTO CAUSA DEPRESIÓN
RESPIRATORIA Y QUIZÁ CARDIOVASCULAR. LOS BARBITÚRICOS SE CLASIFICAN COMO DROGAS
HIPNOSEDANTES QUE A DISTINTOS NIVELES POSOLÓGICOS ORIGINAN RELAJACIÓN (SEDACIÓN) O
INDUCEN SUEÑO (HIPNOSIS). SE LOS SUELE CATEGORIZAR POR EL TIEMPO QUE DURA SU ACCIÓN DESPUÉS
DE UNA DOSIS ORAL MEDIA. EN LA SIGUIENTE TABLA SE ENUMERAN LOS BARBITÚRICOS DE USO MÁS
COMÚN Y SUS DOSIS ORALES HABITUALES. LOS DE ACCIÓN PROLONGADA (16 A 24 HORAS) Y LOS DE
ACCIÓN INTERMEDIA (6 A 8 HORAS) ORIGINAN UNA SEDACIÓN CLÍNICA DEMASIADO PROLONGADA PARA
LA SESIÓN USUAL DE ODONTOLOGÍA.

DISPONIBILIDAD DE BARBITÚRICOS ORALES

NOMBRE GENERICO	NOMBRE REGISTRADO	DISPONIBILIDAD	DOSIS SEDANTE USUAL
HEXOBARBITAL	PRESED, SOMBULEX	250 MG.	250 A 500 MG.
PENTOBARBITAL	NEMBUTAL	30, 50, 100 MG.	100 MG.
SECOBARBITAL	SECONAL	30, 50, 100 MG.	100 MG.

*SE INDICAN LAS FORMAS POSOLÓGICAS PARA UN PACIENTE NORMAL Y SANO DE 70 KG.

LOS BARBITÚRICOS DE ACCIÓN PROLONGADA SE SUELEN UTILIZAR COMO ANTICONVULSIVOS, MIENTRAS QUE LOS DE ACCIÓN INTERMEDIA SE PRESCRIBEN COMO "PÍLDORAS PARA DORMIR" EN DETERMINADOS TIPOS DE INSOMNIO.

LOS DE ACCIÓN CORTA, EN PARTICULAR PENTOBARBITAL Y SECOBARBITAL, QUE TIENEN UNA ACCIÓN DE 3 A 4 HORAS, COMO TÉRMINO MEDIO, SON MÁS APROPIADOS PARA ODONTOLOGÍA. LA MAYORÍA DE LOS BARBITÚRICOS DE ACCIÓN ULTRACORTA SE DAN POR VÍA INTRAVENOSA PARA LA INDUCCIÓN RÁPIDA DE LA ANESTESIA GENERAL. LOS DOS EJEMPLOS MÁS NOTABLES DE BARBITÚRICOS DE ACCIÓN ULTRACORTA SON EL TIOPENTAL SÓDICO (PENTOTAL) Y EL METOHEXICTAL SÓDICO (BREVITAL). EXISTE UN BARBITÚRICO DE ACCIÓN ULTRACORTA QUE SE EXPENDE POR VÍA ORAL COMO HIPNOSEDANTE, EL HEXOBARBITAL. HEMOS DE COMENTAR SUS APLICACIONES EN CLÍNICA.

LOS BARBITÓRICOS TIENEN MUCHAS DESVENTAJAS. EN EFECTO DESDE QUE EN EL ÚLTIMO DECENIO SE INTRODUIERON OTROS AGENTES ANSIOLÍTICOS MÁS EFICACES Y DE MAYOR ESPECIFICIDAD FARMACOLÓGICA, LOS BARBITÓRICOS SE ESTÁN USANDO MENOS. ESTA LOABLE TENDENCIA HABRÁ DE PROSEGUIR A MEDIDA QUE SE ACUMULEN MÁS DATOS SOBRE LAS PROPIEDADES ADVERSAS DE LOS BARBITÓRICOS. ENTRE ELLAS FIGURAN DEPRESIÓN RESPIRATORIA EN FUNCIÓN DE LA DOSIS, POTENCIAL DE HABITUACIÓN Y ADICCIÓN, APARICIÓN DE TOLERANCIA E INTERACCIONES CON OTRAS DROGAS. AL RESPECTO ES DE PARTICULAR IMPORTANCIA LA INHIBICIÓN DE LOS ANTICOAGULANTES CUMARÍNICOS POR LOS BARBITÓRICOS. ADEMÁS SON LOS AGENTES QUE CON MAYOR FRECUENCIA SE SINDICAN EN LOS INTENTOS DE SUICIDIO. OTRA CONSIDERACIÓN IMPORTANTE EN EL USO DE LOS BARBITÓRICOS EN ODONTOLOGÍA ES QUE NO ATENUAN EL DOLOR SIN INDUCIR UNA DISMINUCIÓN CONCOMITANTE DEL NIVEL DE LA CONCIENCIA. EN DOSIS SEDANTES PRODUCE INCLUSO UNA MAYOR RESPUESTA DE LOS PACIENTES A LA ESTIMULACIÓN DOLOROSA.

DE LOS DOCE BARBITÓRICOS APROXIMADAMENTE QUE SE UTILIZAN EN CLÍNICA, SOLO TRES TIENEN IMPORTANCIA EN ODONTOLOGÍA, PERO ESTO NADA MÁS QUE EN CASOS ESPORÁDICOS. LOS AGENTES INTRAVENOSOS, LOS DE ACCIÓN INTERMEDIA Y LOS DE ACCIÓN PROLONGADA HALLAN POCa CABIDA PARA SEDACIÓN PREOPERATORIA EN ODONTOLOGÍA. LOS TRES AGENTES DE UTILIDAD POTENCIAL SON PENTOBARBITAL, SECOBARBITAL Y HEXOBARBITAL.

EL PENTOBARBITAL (NEMBUTAL) ES UN BARBITÓRICO DE ACCIÓN CORTA CON UNA VIDA MEDIA DE 21 A

42 HORAS. SU EFICACIA CLÍNICA (COMIENZO DE LA ACCIÓN) SE MANIFIESTA A LOS 20 A 25 MINUTOS CON EL ESTÓMAGO VACÍO Y SU ACCIÓN DURA 3 A 4 HORAS. EL ÍNDICE TERAPÉUTICO (DOSIS LETAL/DOSIS EFECTIVA) DEL PENTOBARBITAL ES RELATIVAMENTE ALTO, CARACTERÍSTICA POCO COMUN -- ENTRE LOS BARBITÓRICOS. POR ESTE MOTIVO SE PREFIERE EL PENTOBARBITAL Y NO LOS OTROS BARBITÓRICOS EN ODONTOLÓGIA. EL PENTOBARBITAL SE EXPENDE EN CÁPSULAS DE 30, 50 Y 100MG. LA DOSIS MEDIA, EN EL ADULTO, PARA SEDACIÓN PREOPERATORIA, ES 50 A 100 MG. ADMINISTRADOS UNA HORA ANTES DEL TRATAMIENTO DENTAL.

EL HEXOBARBITAL (PRESED, SOMBULEX) ES UN BARBITÓRICO DE ACCIÓN ULTRACORTA QUE EXISTE EN UNA FORMA POSOLÓGICA ORAL. SU ACTIVIDAD CLÍNICA APARECE PRONTO, POR LO GENERAL EN 15 A 30 MINUTOS, PERO EL HEXOBARBITAL TAMBIÉN SE METABOLIZA CON RAPIDEZ Y DESAPARECE DEL APARATO CIRCULATORIO EN 4 A 5 HORAS. SU EFICACIA CLÍNICA SUELE DURAR ENTRE 60 Y 90 MINUTOS. SE EXPENDE EN COMPRIMIDOS DE 250 MG. Y POR LO COMÚN SE ADMINISTRA 30 MINUTOS ANTES DEL -- TRATAMIENTO DENTAL, EN DOSIS DE 250 A 500 MG. EN NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA RESERVAMOS EL HEXOBARBITAL PARA LOS PACIENTES QUE REQUIEREN SEDACIÓN ADICIONAL CUANDO LLEGAN AL CONSULTORIO DENTAL, PERO NO SE PRESTAN PARA OTRAS TÉCNICAS DE FARMACOSECACIÓN (INHALATORIA NI -- INTRAVENOSA).

USOS DE LOS BARBITURICOS.

LOS BA-BITÓRICOS DE ACCIÓN CORTA, PENTOBARBITAL Y SECOBARBITAL, SE EMPLEAN PARA CONTROLAR

LA ANSIEDAD EN EL PREOPERATORIO Y A VECES PARA OBTENER UNA SEDACIÓN MÁS PROFUNDA EN EL INTRAOPERATORIO. NO SE RECOMIENDA ESTE ÚLTIMO USO DE TALES AGENTES SI EL ODONTÓLOGO NO ES CAPAZ DE RECONOCER Y TRATAR LOS EFECTOS ADVERSOS QUE PODRÍA ACARREAR SU ADMINISTRACIÓN. EL SIGNO CLÍNICO QUE MÁS SE SUELE OBSERVAR ES LA SOBRESEDACIÓN QUE SE MANIFIESTA COMO FALTA DE COLABORACIÓN O DEPRESIÓN RESPIRATORIA. ESTOS AGENTES SE PUEDEN UTILIZAR CUANDO NO SE DISPONE DE OTROS ANSIOLÍTICOS MÁS EFICACES (BENZODIAZEPINAS) O ÉSTOS NO EJERCEN EFECTOS.

LA SEDACIÓN EFECTIVA POR BARBITÚRICOS PRODUCE SOÑOLENCIA. EL PACIENTE DEBE SER ACOMPAÑADO POR UN ADULTO Y NO PUEDE CONDUCIR AUTOMOTORES NI MAQUINARIAS PELIGROSAS POR EL RESTO DEL DÍA.

EL BARBITÚRICO DE ACCIÓN ULTRACORTA HEXO BARBITAL SE SUELE ADMINISTRAR AL PACIENTE EN EL CONSULTORIO DENTAL PARA OBTENER UNA SEDACIÓN DE COMIENZO RÁPIDO CUANDO NO SE DISPONE DE OTRAS TÉCNICAS PARA SEDARLO. LA DROGA SE ADMINISTRA 30 MINUTOS ANTES DE LA HORA INDICADA PARA INICIAR EL TRATAMIENTO. TAMBIÉN RIGEN LAS MISMAS PRECAUCIONES EN CUANTO A LA COMPAÑÍA, LA CONDUCCIÓN DE AUTOMÓVILES Y EL USO DE MAQUINARIAS PELIGROSAS.

BENZODIAZEPINAS.

LA PRIMERA BENZODIAZEPINA SE SINTETIZÓ A FINES DE LA DÉCADA DE 1950 Y SE COMERCIALIZÓ EN

1960. EL AGENTE ERA EL CLORDIAZEPÓXIDO, QUE REPRESENTÓ UN IMPORTANTE ADELANTO EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA ANSIEDAD. ACTUALMENTE SE COMERCIALIZAN SEIS DERIVADOS DE LAS BENZODIAZEPINAS, CINCO ANSIOLÍTICOS Y UN HIPNOSEDANTE. ÉSTOS AGENTES, SU DISPONIBILIDAD Y LAS DOSIS USUALES PARA EL ADULTO SE ENUMERAN EN LA SIGUIENTE TABLA:

DISPONIBILIDAD DE LAS BENZODIAZEPINAS ORALES

NOMBRE GENERICO	NOMBRE REGISTRADO	DISPONIBILIDAD	DOSIS USUAL
CLORDIAZEPÓXIDO	LIBRIUM	5, 10, 25 MG.	10-25 MG.
CLORACEPATO	TRANXENE	3, 75, 7, 5, 15 MG.	7,5 -15 MG.
	AZENE	3, 25, 6,5, 13 MG.	6,5 -13 MG.
DIAZEPÁN	VALIUM	2, 5, 10 MG.	5-10 MG.
FLURAZEPÁN	DÁLMAE	15, 30 MG.	30 MG.
LORACEPÁN	ATIVAN	1, 2 MG.	2-4 MG.
OXAZEPÁN	SERAX	10, 15, 30 MG.	15-30 MG.

*LA FORMA POSOLÓGICA QUE SE INDICA AQUÍ SON PARA UN ADULTO SANO DE 70 KG.

TODAS LAS BENZODIAZEPINAS SON ANSIOLÍTICOS, ANTICONVULSIVOS Y RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO. LAS FORMAS ORALES SE ABSORBEN BIEN A PARTIR DEL TRACTO GASTROINTESTINAL, PERO

A DIFERENCIA DE LA MAYORÍA DE LAS OTRAS DROGAS, EL CLORDIAZEPÓXIDO Y EL DIAZEPÁN SE ABSORBEN CON MAYOR LENTITUD Y EN FORMA MENOR PREVISIBLE POR VÍA INTRAMUSCULAR QUE POR VÍA ORAL EN CONSECUENCIA, ESTOS DOS AGENTES SE DEBEN DAR POR BOCA SIEMPRE QUE SEA POSIBLE.

LAS BENZODIAZEPINAS DEPRIMEN LOS NIVELES SUBCORTICALES DEL SNC. AUNQUE NO SE CONOCE CON EXACTITUD SU MECANISMO DE ACCIÓN, SE SUPONE QUE SUS ACCIONES ANSIOLÍTICAS OBEDECEN A SU ACTIVIDAD DEPRESORA SOBRE EL SISTEMA LÍMBICO. UNA GRAN VENTAJA DE LAS BENZODIAZEPINAS ESTÁ EN SU ÍNDICE TERAPÉUTICO. ESTE FACTOR HA HECHO QUE SE LOS PRESCRIBA CON TANTA FRECUENCIA.

LAS BENZODIAZEPINAS EXPERIMENTAN BIOTRANSFORMACIÓN EN EL HÍGADO Y SE EXCRETAN CON LA ORINA. ADMINISTRADAS POR VÍA ORAL, SU ACCIÓN CLÍNICA DURA UNAS 3 A 4 HORAS, PERO HAY MUCHA VARIACIÓN EN EL COMIENZO DE LA ACCIÓN DE VARIAS DE ESTAS DROGAS. LOS NIVELES SANGUÍNEOS AUMENTAN CON LENTITUD TRAS LA ADMINISTRACIÓN ORAL DE CLORDIAZEPÓXIDO, HASTA CULMINAR ALREDEDOR DE LAS 4 HORAS; EL DIAZEPÁN ALCANZA NIVELES SANGUÍNEOS MÁXIMOS EN 2 HORAS, PERO EN UNA HORA YA SE LLEGA AL 90% DE AQUÉLLOS. EN CONSECUENCIA, SE SUELE DAR UNA HORA ANTES DE LA FIJADA PARA EL TRATAMIENTO DENTAL. COMO SUCEDE CON OTROS DEPRESORES DEL SNC, LOS PACIENTES QUE RECIBEN DIAZEPÁN DEBEN HACERSE ACOMPAÑAR POR UN ADULTO Y NO DEBEN CONDUCIR AUTOMOTORES NI OTRAS MÁQUINAS PELIGROSAS DESPUÉS DE HABER TOMADO ESTAS DROGAS. EL OXAZE-

PÁN TIENE UNA ACCIÓN DE COMIENZO RÁPIDO (CONCENTRACIÓN SANGUÍNEA MÁXIMA A LOS 60 MINUTOS) Y UNA EFICACIA CLÍNICA MÁS BREVE. SE DIJO QUE LAS BENZODIAZEPINAS POSEEN PROPIEDADES ANTICOLINÉRGICAS DÉBILES; POR LO TANTO, ESTÁN CONTRAINDICADAS EN PACIENTES CON GLAUCOMA DE ÁNGULO ESTRECHO.

CLORDIAZEPOXIDO.

FUE LA PRIMERA BENZODIAZEPINA QUE SE ADOPTÓ EN CLÍNICA; ES UN EFICAZ ANSIOLÍTICO POR VÍA ORAL, PERO EN ODONTOLOGÍA NUNCA SE LLEGÓ A USAR TANTO COMO EL DIAZEPÁN. UN FACTOR DE IMPORTANCIA ES SU COMIENZO DE ACCIÓN RELATIVAMENTE LENTO. LOS NIVELES SANGUÍNEOS MÁXIMOS TARDAN CUATRO HORAS EN ALCANZARSE DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN ORAL. POR ESTE MOTIVO, LA REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD EN EL PERÍODO PREVIO A LA VISITA DENTAL ES DE MENOR INTERÉS QUE CON OTRA DROGA DE COMIENZO MÁS RÁPIDO. EL CLORDIAZEPÓXIDO ES MÁS CONVENIENTE SI SE TOMA COMO ANSIOLÍTICO LA NOCHE ANTES DEL TRATAMIENTO DENTAL, PORQUE ENTONCES EL COMIENZO MÁS -- PROLONGADO DE LA ACCIÓN REVESTIRÍA UNA IMPORTANCIA DESDEÑABLE. UNA VENTAJA IMPORTANTE -- DEL CLORDIAZEPÓXIDO ES QUE SE EXPENDE EN FORMAS GENÉRICAS, POR LO CUAL SU COSTO ES MÁS -- BAJO. SIENDO DE LA MISMA EFICACIA COMO ANSIOLÍTICO (APARTE DE SU COMIENZO PROLONGADO) Y MÁS BARATO, ES UNA DROGA QUE SE DEBE TENER EN CUENTA AL ELEGIR DROGAS ANSIOLÍTICAS.

EL CLORDIAZEPÓXIDO SE EXPENDE EN CÁPSULAS DE 5, 10 Y 25 MG. LA DOSIS USUAL EN EL ADULTO

PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN EL PREOPERATORIO O DURANTE LA NOCHE ES 25 MG. UNA O DOS HORAS ANTES DE LA VISITA DENTAL O EN EL MOMENTO DE ACOSTARSE.

DIAZEPAN.

ES LA DROGA QUE MÁS SE PRESCRIBE EN EL MUNDO. INTRODUCIDA EN 1963, SE EXPENDE AHORA CON EL NOMBRE COMERCIAL DE VALIUM. EL DIAZEPÁN ES EFICAZ ANSIOLÍTICO, ANTICONVULSIVO Y RELAJANTE DE LA MUSCULATURA ESQUELÉTICA, Y SE PUEDE DAR POR VÍA ORAL O PARENTERAL. NO SE RECOMIENDA LA VÍA INTRAMUSCULAR A MENOS QUE OTRAS VÍAS DE ADMINISTRACIÓN NO SEAN PRÁCTICAS, PORQUE EL DIAZEPÁN INTRAMUSCULAR SE ABSORBE EN FORMA IMPREVISIBLE E INCONSTANTE. EN EFECTO, DANDO DOSIS EQUIVALENTES POR VÍA ORAL E INTRAMUSCULAR, SE OBTIENE MAYOR EFICACIA CLÍNICA CON LA FORMA ORAL.

TRAS LA ADMINISTRACIÓN ORAL SE CONSIGUEN NIVELES SANGUÍNEOS MÁXIMOS EN UNAS DOS HORAS. ALREDEDOR DEL 90% DE ESTE NIVEL MÁXIMO SE OBTIENE EN UNA HORA, DE MODO QUE EL AGENTE SE PUEDE ADMINISTRAR 60 MINUTOS ANTES DE LA HORA PREVISTA CON RESULTADOS SATISFACTORIOS. SE ADVERTIRÁ A LOS PACIENTES QUE NO CONDUZCAN AUTOMOVILES NI OTRAS MAQUINARIAS PELIGROSAS Y QUE SE HAGAN ACOMPAÑAR POR UN ADULTO DESPUÉS DE HABER TOMADO EL DIAZEPÁN ORAL. EL DIAZEPÁN SE EXPENDE EN COMPRIMIDOS DE 2, 5 Y 10 MG. LA DOSIS MEDIA EN EL ADULTO, PARA ATENUAR LA ANSIEDAD EN EL PREOPERATORIO, ES 10 MG. UNA HORA ANTES DEL TRATAMIENTO DENTAL.

FLURAZEPAN.

Es una benzodiazepina hipnosedante para inducir y mantener el sueño. Se lo prefiere a -- los barbitúricos por diversos motivos, entre ellos un índice terapéutico muy superior, -- una incidencia mucho menor de reacciones adversas, un potencial mínimo de letalidad en -- los intentos de suicidio y falta de dependencia, habituación, adicción y tolerancia a la droga. Lo más destacado, cuando se lo utiliza como hipnótico la noche antes del trata--- miento dental, es que induce el sueño con una incidencia mucho menor de efectos residua--- les (letargo, somnolencia, cefalea y ataxia) en la mañana siguiente, en comparación con -- los barbitúricos.

El flurazepán se expende en cápsulas de 15 y 30 mg, y se suele administrar con la forma - de 30 mg, una hora antes de acostarse. La forma de 15 mg, se reserva para los pacientes más jóvenes y más viejos, o para las personas debilitadas. El flurazepán se puede dar 60 minutos antes del tratamiento dental cuando se desea una sedación moderada o profunda pe- ro son preferibles otras técnicas más controlables.

OTRAS BENZODIAZEPINAS.

Se expenden para uso clínico varias otras benzodiazepinas. Estos agentes-cloracepato, -- oxaxepán y lorazepán- son eficaces ansiolíticos cuando se prescriben en la forma posoló--

GICA APROPIADA AUNQUE NO OFRECEN NINGUNA VENTAJA EN COMPARACIÓN CON LAS DROGAS QUE SE ACABAN DE DESCRIBIR. SE PUEDEN EMPLEAR EN ODONTOLOGÍA PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN EL PREOPERATORIO INMEDIATO SI LA ANSIEDAD ES LEVE. ANTES DE UTILIZARLAS SE CONSULTARÁ EL RESPECTIVO FOLLETO DEL ENVASE O UN LIBRO DE TEXTO DE FARMACOLOGÍA.

LAS BENZODIAZEPINAS SE HAN CONVERTIDO EN LAS DROGAS DE ELECCIÓN PARA TRATAR LA ANSIEDAD EN EL PREOPERATORIO DE ODONTOLOGÍA. EL FACTOR MÁS IMPORTANTE EN FAVOR ES SU RELATIVA INOCUIDAD EN COMPARACIÓN CON LOS BARBITÚRICOS.

ANTIISTAMINICOS.

LA MAYORÍA DE LOS ANTIHISTAMÍNICOS POSEEN COMO EFECTO COLATERAL EL DE PRODUCIR CIERTA DEPRESIÓN DEL SISTEMA NERCIOSO CENTRAL (SEDACIÓN). EN ODONTOLOGÍA SE UTILIZÓ UN ANTIHISTAMÍNICO, LA HIDROXICINA, PRINCIPALMENTE POR ESA PROPIEDAD. ES UNA DROGA CON ACCIONES SEDANTES, ANTIHISTAMÍNICAS, ANTIEMÉTICAS, ANTIESPASMÓDICAS Y ANTICOLINÉRGICAS. SU APLICACIÓN PRINCIPAL HA SIDO COMO SEDANTE PREOPERATORIO EN ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA.

LAS FORMAS ORALES DE LA HIDROXICINA SE ABSORBEN BIEN A PARTIR DEL TRACTO GASTROINTESTINAL. LOS EFECTOS CLÍNICOS APARECEN EN 15 A 30 MINUTOS Y EL EFECTO MÁXIMO SE REGISTRA EN 2 HORAS, CON UNA DURACIÓN DE ACCIÓN DE 3 A 4 HORAS. SON RAROS LOS EFECTOS COLATERALES ADVER-

SOS TRAS LA ADMINISTRACIÓN ORAL, ENTRE LOS QUE SE ENCUENTRAN SUEÑO Y LA SEQUEDAD BUCAL. NUNCA SE MENCIONÓ NINGÚN CASO DE SOBREDOSIS FATAL.

LA HIDROXICINA SE EXPENDE EN DOS FORMAS, COMO CLORHIDRATO (ATARAX) EN COMPRIMIDOS DE 10, 25, 50, 100MG. Y COMO JARABE (10 MG. CADA 5ML.) Y COMO PAMOATO (VISTARIL) EN CÁPSULAS DE 25, 50 Y 100 MG. Y EN SUSPENSIÓN (25 MG. CADA 5 ML.).

LA HIDROXINA ESTÁ INDICADA EN NIÑOS TÍMIDOS, MUY ANSIOSOS O "TENSOS". PARECE SER MÁS EFICAZ EN NIÑOS PREESCOLARES O AL COMIENZO DE LA EDAD ESCOLAR. LA FORMA LÍQUIDA DE ATARAX ES MÁS AGRADABLE PARA LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES QUE EL VISTARIL. A CAUSA DE SU INOCUIDAD RELATIVA, LA HIDROXICINA SE PRESTA PARA SER COMBINADA CON OTRAS TÉCNICAS, COMO SEDACIÓN PARENTERAL, SIEMPRE QUE SE EMPLEEN DOSIS MENORES DE LOS OTROS AGENTES Y SE HAGA UN ATENTO MONITOREO DEL PACIENTE.

CARBAMATOS.

EL MEPROBAMATO (MILTOWN, EQUANIL) ES UN EJEMPLO DE ESTA CLASE DE DROGAS. ÚTIL EN LA ANSIEDAD Y LA TENSIÓN, TAMBIÉN SE DEMOSTRÓ QUE ES MENOS EFICAZ QUE LAS BENZODIAZEPINAS.

EL MEPROBAMATO SE ABSORBE BIEN TRAS LA ADMINISTRACIÓN ORAL, PERO TARDA 3 HORAS EN ALCAN--

ZAR LOS NIVELES SANGUÍNEOS MÁXIMOS. LA DROGA TIENE UNA VIDA MEDIA DE 11 HORAS. LAS SOB--
BRE DOSIS PUEDEN CAUSAR DEPRESIÓN RESPIRATORIA E HIPOTENSIÓN. EL NEPROBAMATO SUSCITA EN --
ALGUNOS CASOS TOLERANCIA Y DEPENDENCIA FÍSICA Y SE MENCIONARON TENTATIVAS DE SUICIDIO --
EFICACES. LOS EFECTOS COLATERALES MÁS FRECUENTES SON SONOLENCIA Y ATAXIA, ASÍ COMO MÁU--
SEAS, VÓMITOS Y CEFALEA. EXISTEN FORMAS COMERCIALES EN DOSIS DE 200 A 400 MG. ADMINISTRA--
DAS 2 HORAS ANTES DEL TRATAMIENTO, LA DOSIS DE 400 MG. ES LA QUE MÁS SE USA EN EL ADULTO
SANO.

CONCLUSIONES

LA FARMACSEDACIÓN ORAL ES UN MÉTODO DE MODERADA EFICACIA PARA ALIVIAR LA APRENSIÓN LEVE. A CAUSA DE DIFICULTADES PARA OBTENER NIVELES DE SEDACIÓN EXACTOS, SE RECOMIENDA INTENTAR ÚNICAMENTE UNA SEDACIÓN LIVIANA.

EN LA ACTUALIDAD EXISTEN MUCHAS DROGAS PARA ALIVIAR LA ANSIEDAD. EN GENERAL, ESTOS AGENTES ENTRAN EN UN NÚMERO REDUCIDO DE CATEGORÍAS: ANSIOLÍTICOS, BARBITÚRICOS Y ANTIHISTAMÍNICOS. EL ALCOHOL ETÍLICO TAMBIÉN ES UN ANSIOLÍTICO SUAVE DE EFICACIA EN ODONTOLOGÍA.

AUNQUE EL ODONTÓLOGO BIEN CAPACITADO PUEDE EMPLEAR SIN PELIGRO CUALQUIERA DE ESTAS DROGAS, LA PRUDENCIA DICTA QUE SE LIMITEN LOS HÁBITOS DE PRESCRIPCIÓN A UNA CANTIDAD LIMITADA DE AGENTES CON LOS CUALES SE ESTÁ MUY FAMILIARIZADO. SIN EMBARGO, DESDE EL PUNTO DE VISTA PRÁCTICO, LAS BENZODIAZEPINAS HAN DESPLAZADO CASI POR COMPLETO A LOS BARBITÚRICOS COMO DROGAS DE ELECCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN ODONTOLOGÍA. AUNQUE EXISTEN EN EL COMERCIO MUCHAS BENZODIAZEPINAS, EL DIAZEPÁN Y EL CLORDIAZEPÓXIDO SON LOS QUE MÁS SE USAN EN LA ANSIEDAD LEVE, MIENTRAS QUE EL FLURAZEPÁN, CLASIFICADO COMO HIPNOSEDANTE, ES ÚTIL EN LA ANSIEDAD MÁS INTENSA; SE LO ADMINISTRA LA NOCHE ANTES DEL TRATAMIENTO DENTAL, O EN FORMA OCASIONAL EL MISMO DÍA.

LAS DROGAS DE OTRO TIPO SOLO SE DEBEN CONSIDERAR SI LAS BENZODIAZEPINAS ESTÁN CONTRAINDICADAS O SON INEFICACES, Y CUANDO NO SE CUENTA CON TÉCNICAS MÁS CONTROLABLES PARA SEDAR AL PACIENTE CONSCIENTE.

EN TODAS LAS SITUACIONES, CUALQUIERA SEA LA DROGA QUE SE EMPLEE, EL ODONTÓLOGO DEBE TENER BIEN PRESENTE LAS PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS DE LA DROGA Y DEBE CONOCER TAMBIÉN SUS PROBABLES REACCIONES ADVERSAS, PARA ESTAR EN CONDICIONES DE TRATARLOS. UTILIZADAS CORRECTAMENTE Y CON PRUDENCIA, LAS DROGAS ANSIOLÍTICAS SON CAPACES DE REDUCIR EN GRAN MEDIDA LA INCIDENCIA DE COMPLICACIONES INDUCIDAS POR LA ANSIEDAD EN LA PRÁCTICA DENTAL.

BIBLIOGRAFIA

1. R.A. CAWSON R.G. SPECTOR - FARMACOLOGIA ODONTOLOGICA.
2. GOTH ANDRES - FARMACOLOGIA MEDICA - 8° EDICION.
3. MANLIO SPADONI - PELIGROS DE LOS MEDICAMENTOS.
4. FRANK M. McCARTHY - EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA.
5. MODELL WALTER, LANSING ALFRED - DROGAS.
6. S. IRWIN SHAW - APLICACIONES CLINICAS DE LA HIPNOSIS EN ODONTOLOGIA.