

Accidentes Ocasionados por el Uso de
Fármacos en el Consultorio

IMPRESA UNAM
MEXICO

T E S I S

PRESENTADA POR EL ALUMNO

Sergio González Arzamendi

PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGIA

Accidentes Ocasionados por el Uso de
Fármacos en el Consultorio

TESIS PROFESIONAL

MEXICO, D. F.,

1972

A mi querido Tío

DR. IGNACIO MENDEZ BARNEY.

Por ser la persona que más me ayudó
y orientó en toda mi carrera profesio-
nal.

A mi Novia.

SRIITA. BERTHA BULLE H.

Cuya paciencia y obnegación me
alentaron siempre a seguir
adelante.

A mis queridos Hermanos.

ALBERTO
RICARDO
HECTOR.

AL DR. ANTONIO ZIMBRON LEVY.

Pues sin su dirección y aprobación no
hubiera sido posible este trabajo.

AL DR. JUAN ARAN NARVAEZ.

Con todo mi agradecimiento y mi
más profundo respeto por sus
conocimientos.

A MIS COMPAÑEROS EN ESPECIAL.

Alejandro Tacher R.
Luis Rodríguez García

Con todo mi cariño.

I N D I C E

- CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN Y DATOS HISTÓRICOS
- CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.
- CAPÍTULO III ALERGIA
- A) ALERGIA, DEFINICIÓN Y ETIMOLOGÍA.
 - B) RELACIÓN DE LAS REACCIONES-ANTIGENO-ANTICUERPO CON LAS ENFERMEDADES ALÉRGICAS.
 - C) ALERGIA MEDICAMENTOSA
 - D) FRECUENCIA
 - E) PATOGENIA
 - F) ANATOMÍA PATOLÓGICA
 - G) SINTOMATOLOGÍA
 - H) DIAGNÓSTICO
 - I) TRATAMIENTO
- CAPÍTULO IV SHOCK ANAFILÁCTICO
- A) CAUSAS PRINCIPALES
 - B) SINTOMATOLOGÍA
 - C) TRATAMIENTO INMEDIATO
 - D) TRATAMIENTO MEDIATO
- CAPÍTULO V PARO CARDIORESPIRATORIO
- A) COMPLICACIONES DEL SISTEMA - RESPIRATORIO.
 - B) COMPLICACIONES DEL APARATO - CARDIOVASCULAR.
 - C) LA RESPIRACIÓN
 - D) PARO RESPIRATORIO
 - E) DIAGNÓSTICO
 - F) TRATAMIENTO INMEDIATO (RESPIRACIÓN ARTIFICIAL)

- G) TRATAMIENTO MEDIATO
- H) PARO CARDÍACO
- I) DIAGNÓSTICO
- J) TRATAMIENTO INMEDIATO --
(MASAJE CARDÍACO)
- K) TRATAMIENTO MEDIATO

CAPÍTULO VI

RESUMEN Y CONCLUSIONES

- A) ALERGIA
- B) SHOCK ANAFILÁCTICO, TRATAMIENT
TO.
- C) PARO CARDIORESPIRATORIO
- D) TÉCNICA DE RESPIRACIÓN BOCA
A BOCA
- E) FORMA DE ADMINISTRAR EL MASAJE
JE CARDÍACO
- F) MEDIDAS ADAPTADAS ANTE UN PARO
RO CARDÍACO.

CAPÍTULO VII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAPITULO I

I N T R O D U C C I O N Y
D A T O S H I S T O R I C O S

ACCIDENTES CAUSADOS POR EL USO DE FARMACOS EN EL CONSULTORIO.

INTRODUCCIÓN.-

PODEMOS CONSIDERAR QUE EN LA ACTUALIDAD LOS DIFERENTES CAMPOS ODONTOLÓGICOS HAN EXPERIMENTADO UN AVANCE EN TODOS SUS ASPECTOS, PUES APARTE DE CONTAR CON EQUIPOS QUE HACEN MÁS FÁCIL, SEGURA Y EFICIENTE LA LABOR DEL CIRUJANO DENTISTA, PROPORCIONANDO AL PACIENTE SERVICIOS EN LOS CUALES SE REDUCEN LAS MOLESTIAS NATURALES, BORRANDO ASÍ LA PSICÓSIS CREADA A LA ASISTENCIA AL CONSULTORIO DENTAL.

APARTE DE CONTAR CON TÉCNICAS QUE HACEN QUE LA ATENCIÓN DEL DENTISTA SEA MÁS AMPLIA Y EFECTIVA, EN LO QUE RESPECTA A LA CAVIDAD ORAL, VÍA DE ENTRADA A UN SINNÚMERO DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS.

DEBIDO A LA DIVISIÓN EN ESPECIALIDADES DENTRO DE LAS DISTINTAS RAMAS DE LA ODONTOLOGÍA SE HA CONSEGUIDO UNA MAYOR ATENCIÓN A LOS DIVERSOS PROBLEMAS QUE ENLOBABAN UNA A UNA DICHAS ESPECIALIDADES, POR ENDE, ESTO HA MOTIVADO, LA CREACIÓN DE NUEVAS TÉCNICAS MATERIALES Y FÁRMACOS; COMO ES NATURAL TODOS ÉSTOS ADELANTOS VIENEN AUNADOS A CIERTOS GRADOS DE PROBLEMA.

LAS DIVERSAS TÉCNICAS QUE HAN FAVORECIDO EL ADELANTO EN LA ODONTOLOGÍA SE HAN LOGRADO MERCED A LA ADQUISICIÓN DE FÁRMACOS TALES COMO ANESTÉSICOS, ANALGÉSICOS Y ANTIBIÓTICOS ETC., DICHOS FÁRMACOS POR RAZONES QUE SE DESCONOCEN SUELEN PRODUCIR EN LOS INDIVIDUOS DIVERSOS TIPOS DE REACCIONES, QUE PUEDEN VARIAS DESDE UNA DISCRETA INESTABILIDAD FISIOLÓGICA -

HASTA CUADROS SEVEROS QUE PUEDAN CAUSAR LA MUERTE DEL -
PACIENTE.

DATOS HISTÓRICOS.-

EL AUGE ADQUIRIDO POR LA MEDICINA EN LA EDAD MODERNA, TRAJÓ POR CONSIGUIENTE UN DESARROLLO A LA ODONTOLOGÍA Y LOS ANATOMISTAS VESALIUS, FALOPPIO Y EUSTAQUIO CONTRIBUYERON ACERCA DE LOS CONOCIMIENTOS ANATÓMICOS DE LAS PIEZAS DENTARIAS.

PODEMOS TAMBIÉN DISTINGUIR A ARCOLANUS Y AMBROSIO COMO APORTADORES DE UNA BASE CIENTÍFICA DE LA ODONTOLOGÍA YA QUE EL PRIMERO FUÉ EL QUE SUGIRIÓ LAS OBTURACIONES CIENTÍFICAMENTE ELABORADAS A BASE DE METAL COMO EL ORO, ES DECIR, LAS ORIFICACIONES; Y EL SEGUNDO LAS OBTURACIONES DEL PALADAR.

DENTRO DE ESTOS ADELANTOS FUÉ MUY NOTORIO EL EXPERIMENTADO POR LA EXODONCIA YA QUE GRACIAS A LOS ANESTÉSICOS FUÉ QUE SE HA LLEGADO A REALIZAR CON LAS MÁXIMAS GARANTÍAS DE SEGURIDAD Y EFICIENCIA DISMINUYENDO LAS MOLESTIAS SUBSECUENTES. LA EVOLUCIÓN DE LA ANESTESIA DESDE QUE COLTON Y WELLS APORTARON AL MUNDO CIENTÍFICO EL PROTÓXIDO DE AZOE, SE HA VISTO ENRIQUECIDO POR LA GRAN DIFUSIÓN DE LOS LÍQUIDOS ANESTÉSICOS; Y LA COCAÍNA HA SIDO DESPLAZADA VINIENDO A SUBSTITUIRLA PRODUCTOS DESPROVISTOS DE TOXICIDAD DE ACUERDO A LAS DOSIS ANESTÉSICAS TALES COMO LA ESTOVAÍNA, TUTOCAÍNA, NOVOCAÍNA Y XILOCAÍNA.

LA RADIOLOGÍA IGUALMENTE SUFRE EN ESTA ÉPOCA UN CAMBIO RADICAL EN LO REFERENTE A LA RAMA ODONTOLÓGICA CONTRIBUYENDO CON ÉSTO A DAR UN DIAGNÓSTICO CON MÁS BASES, PROPORCIONANDO NO UNA IDEA SINO UNA

IMAGEN CLARA Y PRECISA DE LOS TEJIDOS DE SOSTEN Y DE LAS PIEZAS DENTARIAS MISMAS.

EN LO REFERENTE A FÁRMACOS, PRODUCTOS EN LOS CUALES ESTÁ CIMENTADA EN GRAN PARTE EL ÉXITO DE LAS INTERVENCIONES DEL CIRUJANO DENTISTA, PODEMOS CONSIDERAR QUE ACTUALMENTE EL ÍNDICE DE DICHS LOGROS ES DEBIDO A LA ACCIÓN DE ESTOS AGENTES. ENTRE LOS PRODUCTOS QUE PODEMOS ENUMERAR COMO DE USO DIARIO E INDISPENSABLE DENTRO DE LA TERAPÉUTICA ODONTOLÓGICA EN EL CONSULTORIO CITAREMOS A LOS PRINCIPALES QUE SON: ANALGÉSICOS ANTIBIÓTICOS Y ANESTÉSICOS.

A).- ANALGÉSICOS ACCIÓN.-

SUPRESIÓN DE LAS SENSACIONES DOLOROSAS CON CONSERVACIÓN DE LA SENSACIÓN TACTIL.

LA SUPRESIÓN DEL DOLOR PUEDE DEPENDER ORA DE LA ACCIÓN INMEDIATA DEL MEDICAMENTO SOBRE LAS TERMINACIONES NERVIOSAS, ORA DE UNA INHIBICIÓN DE LOS CENTROS DE PERCEPCIÓN, QUE LOS INCAPACITARÁN PARA LA EXITACIÓN (ACIDO SALICÍLICO, ASPIRINA, ACETANILIDA, ANTIPIRINA, PIRAMIDÓN ETC.)

ANESTÉSICOS ACCIÓN.-

PRIVACIÓN O DEBILITAMIENTO DE LA SENSIBILIDAD GENERAL O DE UNA ZONA ESPECÍFICA. LA ANESTESIA PUEDE SER PROVOCADA O NO, CARACTERIZÁNDOSE ASÍ DOS TIPOS DE ANESTÉSIA.

- 1).- ANESTESIA QUIRÚRGICA: ES PROVOCADA, EL DOLOR PUEDE SUPRIMIRSE EN TODA LA EXTENSIÓN DEL CUERPO; ES LA ANESTESIA GENERAL, EN LA CUAL EL PACIENTE SE SUMERGE EN UN SUEÑO PROFUNDO.
- 2).- ANESTESIA LOCAL: EL SUJETO SE MANTIENE CONSCIENTE ÚNICAMENTE QUEDA ABOLIDA LA PERCEPCIÓN DOLOROSA DE LA ZONA ELEGIDA.

ENTRE ÉSTOS ANESTÉSICOS LOS MÁS UTILIZADOS POR EL CIRUJANO DENTISTA ENCONTRAMOS A LA NOVOCÁINA, XILOCAÍNA, PROCAÍNA, ETC.

ANTIBIÓTICOS ACCIÓN.-

SEGÚN WAKSMAN, LOS ANTIBIÓTICOS SON -- SUSTANCIAS ELABORADAS POR CIERTOS MICROORGANISMOS QUE POSEEN UNA ACCIÓN INHIBIDORA O DESTRUCTORA SOBRE OTROS MICROORGANISMOS.

COMO EXPLICÁBAMOS ANTERIORMENTE ÉSTOS FÁRMACOS A PESAR DE PROPORCIONARNOS RESULTADOS MARAVILLOSOS, TAMBIÉN PRESENTAN CIERTOS PROBLEMAS EN SU EMPLEO, -- CAUSANDO ALGUNAS REACCIONES QUE PUEDEN IMPLICAR DESDE UN ACCIDENTE BENIGNO HASTA SITUACIONES GRAVES AL SER ADMINISTRADOS.

CAPITULO II

-PLANTEAMIENTO DEL PRO-
BLEMA.

CAPITULO I I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-

LA DOCTRINA DE LA INVESTIGACIÓN Y DE LA ENSEÑANZA EN LA RAMA ODONTOLÓGICA ESTÁ SUBORDINADA AL FIN SUPREMO DE TRATAR AL PACIENTE HASTA LOGRAR CONSEGUIR QUE LLEGUE A ALCANZAR NO SÓLO UN CORRECTO ESTADO DE SALUDO EN LAS PARTES QUE FORMAN SU CAVIDAD ORAL, SINO EL PERFECTO FUNCIONAMIENTO DE LAS MISMAS, YA QUE DE ÉSTOS DOS PUNTOS DEPENDE EN GRAN PARTE LA SALUD GENERAL POR SER DICHA CAVIDAD LA ENTRADA A VARIOS SISTEMAS DEL ORGANISMO.

EL TRATAMIENTO DE LOS PROCESOS MORBOSOS ES UNA TAREA DE INTELIGENCIA, DEBIENDO APOYAR SU REALIZACIÓN EN LOS MÉTODOS PROPEDEÚTICOS CON LOS CUALES PODEMOS CONTAR, SIN EMBARGO, Y DEBIDO A QUE EL PACIENTE SE PRESENTA AL CIRUJANO DENTISTA CON SINTOMAS DOLOROSOS O AL MENOS CON EVIDENTES MOLESTIAS, EL ODONTÓLOGO NECESITA POSEER FINA INTUICIÓN Y GRAN SENSIBILIDAD PARA SENTIR EN SÍ LA ANGUSTIA DE SUS PACIENTES, SOBRE TODO, CUANDO YA ENCONTRAMOS PROCESOS INFECCIOSOS AVANZADOS, PUDIENDO RESOLVER AMPLIAMENTE DICHS PROBLEMAS CON ELEVADA CONCIENCIA PROFESIONAL.

UNA TERAPÉUTICA EFICAZ PRESUPONE LA EXPLORACIÓN DEL PACIENTE Y UN DIAGNÓSTICO CORRECTO, EXACTO DE SER POSIBLE.

EL DIAGNÓSTICO PRECISO SE CONSTITUYE A TRAVÉS DE UN ESTUDIO FÍSICO COMPLETO DEL PACIENTE SOBRE UNA BASE PROPEDEÚTICA INOBJETABLE.

HAY CASOS EN QUE AUNQUE EL DIAGNÓSTICO HAYA SIDO ACERTADO, EL PRONÓSTICO PUEDE SER ALTERADO SI SE PRESENTAN PROBLEMAS DEBIDO AL EFECTO DE LOS FARMACOS ADMINISTRADOS, YA QUE EL PACIENTE POR PRESENTAR CIERTAS CARACTERÍSTICAS DE IDIOSINCRACIA SUELE

REACCIONAR EN DIVERSAS FORMAS ANTE LA APLICACIÓN DE DICHS FÁRMACOS LOS CUALES PUEDEN SER DESDE UN LIGERO MALESTAR, HASTA CUADROS MUY SEVEROS QUE PUEDEN OCASIONAR INCLUSIVE LA MUERTE.

EL USO DE FÁRMACOS EN EL CONSULTORIO DENTAL ESTA SUPEDITADO POR LO GENERAL A CUATRO DE ELLOS EN FORMA ESPECÍFICA Y SON: ANALGÉSICOS, ANESTÉSICOS, ANTIBIÓTICOS Y ANTINFLAMATORIOS.

HEMOS CONSIDERADO QUE EL USO DE DICHS FÁRMACOS HA SIDO DE GRAN UTILIDAD A LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS PERO IGUALMENTE HEMOS HECHO NOTAR QUE SU ADMINISTRACIÓN PUEDE LLEGAR A OCASIONAR LEVES O GRAVES ACCIDENTES, Y ES LA IDEA DE ESTE HUMILDE TRABAJO PRESENTAR ALGUNOS DE DICHS ACCIDENTES.

IGUALMENTE CONSIDERAREMOS SUS CAUSAS PRINCIPALES, SINTOMATOLOGÍA Y LAS FORMAS O MÉTODOS Y -- EQUIPO CON QUE PODEMOS HACER FRENTE A DICHS PROBLEMAS, YA QUE DE LOS CONOCIMIENTOS MÉDICOS QUE TENGAMOS, PODRÍA LLEGAR, EN DETERMINADO MOMENTO, A DEPENDER LA VIDA DE NUESTRO PACIENTE.

HAREMOS MENCIÓN DE DICHS ACCIDENTES PROVOCADOS POR LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS Y QUE PODRÍAMOS CONSIDERAR LOS MÁS SERIOS E IMPORTANTES Y SON:

- a) ALERGIA
- b) SHOCK ANAFILACTICO
- c) PARO CARDIORESPIRATORIO

DICHS ACCIDENTES PUEDEN SER A SU VEZ SUCESIVOS EN EL ORDEN DESCRITO.

ES POR ÉSTO QUE CONSIDERANDO DE VITAL IMPORTANCIA EL DIAGNÓSTICO INMEDIATO Y EL CONOCIMIENTO DE LA TERAPÉUTICA ADECUADA POR EL CIRUJANO DENTISTA QUE REALIZAMOS ESTE BREVE Y SENCILLO TRABAJO.

CAPITULO III

ALERGIA

ALERGIA.-

DEFINICIÓN, ETIMOLOGÍA.

LA PALABRA VIENE DEL GRIEGO "ÁLLOS" OTRO, Y "ÉRGON"= TRABAJO.

SE REFIERE A LA HIPERSENSIBILIDAD RESPECTO A UNA SUSTANCIA DETERMINADA QUE PROVOCA UNA RESPUESTA ANORMAL DEL ORGANISMO.

ES UN CASO PARTICULAR DE ANAFILAXIA LA SUSTANCIA SENSIBILIZANTE PENETRA EN EL ORGANISMO A TRAVÉS DE LA PIEL (VÍA DÉRMICA), VASOS SANGUÍNEOS, POR EL ESTÓMAGO E INTESTINOS (VÍA ORAL) Y PROVOCA LA RESPUESTA DEL ORGANISMO Y ÉSTA ES UNA FORMA DE ANTICUERPO CUANDO LA MISMA SUSTANCIA (ALÉRGENO-ANTÍGENO) ACTÚA -- POR SEGUNDA VEZ SE UNE CON EL ANTICUERPO Y PRODUCE LA REACCIÓN ALÉRGICA.

EL ASMA, LA CORIZA, LAS ERUPCIONES-CUTÁNEAS, CONJUNTIVITIS, ETC., SUELEN SER CAUSADAS POR FENÓMENOS ALÉRGICOS, LA ALERGIA NO SE HEREDA, SÓLO SE PUEDE HEREDAR LA PREDISPOSICIÓN A ELLA.

ALERGENO.-

ES UN AGENTE CAPAZ DE PRODUCIR UN ESTADO O MANIFESTACIÓN DE ALERGIA, ACTUA COMO ANTÍGENO.

RELACIÓN DE LAS REACCIONES ANTÍGENO-ANTICUERPO CON LAS ENFERMEDADES ALÉRGICAS.

LA COMBINACIÓN DE UN ANTÍGENO CON UN ANTICUERPO FORMADO POR EL HUESPED DAN POR RESULTADO LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LAS REACCIONES ALÉRGICAS, ESTAS MANIFESTACIONES SUELEN SER CAUSADAS POR ANTÍGENOS NO INFECCIOSOS DE ORIGEN EXTRÍNSECO O AMBIENTAL. LOS CAMBIOS PATOLÓGICOS DE LA INFECCIÓN CRÓNICA SON CAUSADOS COMO RESPUESTA ALÉRGICA DEL HUESPED CONTRA EL INVASOR.

LAS REACCIONES ALÉRGICAS POR ANTÍGENOS EX-
TRÍNSECOS PUEDEN DIVIDIRSE EN DOS GRUPOS:

PRIMERO: CARACTERIZADO POR LA PRESENCIA DE ANTICUER-
PO CIRCULANTE EN EL SUERO DEL PACIENTE E -
INCLUYE LAS SIGUIENTES REACCIONES: ANAFI-
LAXIS, REACCIÓN DE ARTHUS, ENFERMEDAD DEL-
SUERO, ALERGIAS CARACTERIZADAS POR REACCIÓN
DE RONCHA Y ERITEMA, FIEBRE DEL HENO, URTI-
CARIA, EDEMA ANGIONEURÓTICO, ASMA Y ALGUNAS
ALERGIAS GASTROINTESTINALES.

SEGUNDO: EN ESTE GRUPO HAY UN ANTICUERPO QUE TIENE-
GRAN AFINIDAD POR LAS CÉLULAS TISULARES Y-
SE PIENSA QUE NO INTERVIENE NINGÚN ANTICUER-
PO CIRCULANTE: ESTE GRUPO COMPRENDE LA DER-
MATITIS POR CONTACTO, ALERGIAS MEDICAMENTO-
SAS Y ALGUNAS DE INFECCIÓN.

LAS REACCIONES ALÉRGICAS EN ÉSTOS DOS GRU-
POS SUELEN DENOMINARSE "INMEDIATA" Y "DIFERIDA" RESPEC-
TIVAMENTE. SE USAN PARA DIFERENCIAR LA ANAFILAXIS Y LAS
REACCIONES URTICÁRICAS DE LA DERMATITIS DE CONTACTO Y -
LA SENSIBILIZACIÓN MEDICAMENTOSA, EN LAS CUALES HAY PRUE-
BAS MICROSCÓPICAS DESDE EL PRINCIPIO, PERO SE NECESITAN
VARIAS HORAS PARA QUE SE HAGAN VISIBLES MACROSCÓPICAMEN-
TE,

COMO LAS ENFERMEDADES ALÉRGICAS SON MANIFES-
TACIÓN DE LA RESPUESTA TISULAR A LA REACCIÓN ANTÍGENO-
ANTICUERPO, PARA COMPRENDER SU MECANISMO ES NECESARIO CO-
NOCER SIETE ASPECTOS QUE VAMOS A DETALLAR A CONTINUACIÓN
NINGUNO DE ÉSTOS HA SIDO RESUELTO POR COMPLETO PERO SE-
HA LOGRADO UN CONJUNTO SUBSTANCIAL DE INFORMACIÓN GRACIAS
A ESTUDIOS DE ALERGIA HUMANA Y EXPERIMENTOS EN ANIMALES.

1.- NATURALEZA DEL ANTÍGENO PROVOCADOR.

CASI TODAS LAS SUBSTANCIAS ALERGÉNICAS TIENEN LA PROPIEDAD O NATURALEZA PROTEÍNICAS Y EN FORMA DE POLISACÁRIDO, Y ÉSTAS A SU VEZ PROVOCAN LA FORMACIÓN DE ANTICUERPOS EN EL HOMBRE Y EN LOS ANIMALES, LANDSTAINER DEMOSTRÓ QUE CASI TODOS LOS COMPONENTES PROTEÍNICOS Y ALGUNOS POLIPÉPTIDOS SUSCITAN FORMACIÓN DE ANTICUERPOS Y ÉSTOS SE LLEVAN A CABO POR LA UNIÓN DE SUBSTANCIAS DE BAJO PESO MOLECULAR (COMO EL QUE TIENEN LOS FÁRMACOS DE USO COMÚN) Y LA PROTEÍNA EN EL ANIMAL, Y DE ÉSTA MANERA SE SUSCITAN LAS FORMACIONES DE ANTICUERPOS. LOS PREPARADOS DE PESO MOLECULAR ELEVADO DE POLIVINÍLPYRROLIDONA COMPLETAMENTE SINTÉTICA SE HA COMPROBADO QUE ERAN ANTIGÉNICOS EN EL HOMBRE. LA GELATINA, QUE DURANTE MUCHO TIEMPO NO SE CONSIDERÓ ANTÍGENO, TAMBIÉN SE HA DEMOSTRADO POR MAURER QUE EN DIVERSAS ESPECIES ERA ANTIGÉNICA.

LAS REACCIONES ALÉRGICAS DE TIPO DIFERIDO SON MENOS ACCESIBLES AL ESTUDIO, PUESTO QUE SUELEN RESULTAR DE INFECCIONES CON GÉRMESES VIVOS, QUE EN REALIDAD SON MEZCLAS MUY COMPLEJAS DE ANTÍGENOS COMO LA TUBERCULINA Y LA MALEÍNA, Y POR LO TANTO SON MUCHO MÁS COMPLICADAS DESDE EL PUNTO DE VISTA INMUNOLÓGICO, LA PRODUCCIÓN DE SENSIBILIZACIÓN MEDICAMENTOSA Y EL ZUMAQUE TAMBIÉN SON DE TIPO DIFERIDO.

NOTA.- ZUMAQUE:

2.- FORMA EN QUE PUEDE CREARSE LA SENSIBILIZACIÓN.

LA INTRODUCCIÓN DE ANTÍGENOS POR VÍA ORAL, PARENTERAL, RESPIRATORIA Y OTRAS, PUEDE OCASIONAR SENSIBILIZACIÓN PARA DICHS ANTÍGENOS; POR EJEMPLO:

EN MÁS DEL 90% DE LOS INDIVIDUOS TRATADOS CON VACUNA HETERÓLOGA OCURRE ENFERMEDAD DEL SUERO, ESTA PROVIENE DE ANIMALES EXTRAÑOS.

SÓLO UNA PARTE MUY REDUCIDA DE PERSONAS PRESENTAN ENFERMEDADES ALÉRGICAS USUALES PRODUCIDAS POR POLEN DE GRANINÍAS Y ÁRBOLES CASPA Y ALGUNOS ALIMENTOS.

LA ALERGIA HUMANA SE LLAMA ALERGIA ES PONTÁNEA.

3.- FACTORES PREDISONENTES O HEREDITARIOS.

SE HAN HECHO EXPERIMENTOS DE CRUZAMIENTO EN DIVERSOS ANIMALES Y POR SELECCIÓN ES POSIBLE OBTENER CEPAS MUY DIFERENTES EN ÉSTOS HECHOS: SUSCEPTIBILIDAD A CIERTAS INFECCIONES BACTERIANAS, FACULTAD DE PRODUCIR ANTICUERPOS Y DE SENSIBILIZARSE A CIERTOS COMPUESTOS QUÍMICOS SIMPLES. EN EL HOMBRE HA SIDO MÁS DIFÍCIL OBTENER PRUEBAS DE QUE FACTORES GENÉTICOS SIMILARES TENGAN ACCIÓN SOBRE LA APARICIÓN DE LA ALERGIA. LA HIPÓTESIS DE QUE ÉSTA ALERGIA SE HEREDA SIGUIENDO LAS LEYES MENDELIANAS SE FUNDA EN LA EXISTENCIA DE FAMILIAS CON GRAN PROPORCIÓN DE INDIVIDUOS ALÉRGICOS. EN UN ESTUDIO DE LOS DATOS OBTENIDOS EN DICHAS FAMILIAS - - EN EL 40% DE ELLAS SÓLO UN MIEMBRO ERA ALÉRGICO; EN EL 25% UNA SEGUNDA PRESENTABA ALERGIA, ÚNICAMENTE EN UN PEQUEÑO NÚMERO DE DICHAS FAMILIAS SE OBSERVARON VARIOS INDIVIDUOS ALÉRGICOS. EN VISTA DE ÉSTOS DATOS, DEBE CONSIDERARSE QUE NO SE HA PROBADO LA INTERVENCIÓN DE FACTORES GENÉTICOS EN LA ALERGIA HUMANA.

4.- PROPIEDADES DE LOS ANTICUERPOS INVOLUCRADOS.

EN EL HOMBRE Y EN LOS ANIMALES DE EXPERIMENTACIÓN SE HAN IDENTIFICADO MUCHOS ANTICUERPOS QUE DIFIEREN EN LA FACULTAD DE PRODUCIR SENSIBILIZACIÓN ALÉRGICA. ESTOS ANTICUERPOS PUEDEN VARIAR EN LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:

FACULTAD DE REACCIONAR CON ANTÍGENOS, CAPACIDAD DE PRODUCIR SENSIBILIZACIÓN PASIVA EN UNA ESPECIE HETERÓLOGA, FACULTAD DE PRODUCIR REACCIÓN DE RONCHA Y ERITEMA, Y AFINIDAD POR LAS CÉLULAS TISULARES.

EN CIERTA MEDIDA ALGUNAS DE ESTAS PROPIEDADES SE HAN RELACIONADO CON DETERMINADO TIPO DE RESPUESTA ALÉRGICA.

COOKE, HARLEY Y COLABORADORES HAN DESCUBIERTO EN EL SUERO HUMANO OTRO TIPO DE ANTICUERPO PARA ANTÍGENOS ASOCIADOS CON ALERGIAS DE RONCHA Y DE ERITEMA, Y SE FORMA COMO RESPUESTA A LA INYECCIÓN PARENTERAL DE ANTÍGENO. ESTOS ANTICUERPOS SE LLAMAN BLOQUEADORES, Y DIFIEREN EN VARIOS ASPECTOS DE LOS ANTICUERPOS DERMOSENSIBILIZANTES, PUES ESTOS SE DIFUNDE LEJOS DEL LUGAR DE INYECCIÓN Y TIENE LA FACULTAD DE ATRAVESAR LA PLACENTA, EL ANTICUERPO BLOQUEADOR PARA EXTRACTO DE AMBROSÍA NO SÓLO SE COMBINA CON EL ANTÍGENO E IMPIDE LA REACCIÓN DÉRMICA, SINO QUE, ADemás, LIGA EL ANTÍGENO, DE MANERA QUE ÉSTE NO PUEDE COMBINARSE Y FIJAR EL COMPLEMENTO CON ANTICUERPO DE CONEJO PARA EXTRACTO DE AMBROSÍA; TAMBIÉN AGLUTINARÁ ERITROCITOS TRATADOS CON ÁCIDO TÁNICO Y REVESTIDOS DE ANTÍGENO.

5.- RELACIÓN CUANTITATIVA ENTRE ANTICUERPO, ANTÍGENO Y REACCIÓN ALÉRGICA.

PARA COMPRENDER LOS MECANISMOS DE LA ALERGIA ES INDISPENSABLE CONOCER LA CANTIDAD DE ANTICUERPO NECESARIA PARA SUSCITAR LA REACCIÓN ALÉRGICA.

EN LA ANAFILAXIS GENERAL, SE HA PROBADADO QUE EL PERIODO LATENTE DE LA ANAFILAXIS-

PREVIA (PASIVA), ES DECIR, EL INTÉVALO ENTRE LA DOSIS SENSIBILIZADORA DE ANTICUERPO Y LA DOSIS DE ANTÍGENO QUE CAUSA SHOCK, ES FUNCIÓN DE LA CANTIDAD DE ANTICUERPO EMPLEADO PARA LOGRAR LA SENSIBILIZACIÓN. POR EJEMPLO TENEMOS QUE BASTAN 30 MICROGRAMOS DE NITRÓGENO DE ANTICUERPO DE CONEJO O CABALLO PARA OCASIONAR CHOQUE ANAFILÁCTICO MORTAL EN UN CABALLO DE 250 GMS. DE PESO.

POR LAS PEQUEÑÍSIMAS CANTIDADES DE ANTICUERPO NECESARIAS PARA PROVOCAR REACCIONES DE RONCHA Y ERITEMA, Y DE TIPO ANAFILÁCTICO, CABE PENSAR QUE SI NO SE HAN ENCONTRADO MANIFESTACIONES IN VITRO DE ANTICUERPO SENSIBILIZADOR DE LA PIEL Y ANTICUERPO BLOQUEADOR, QUIZÁ SEA A CAUSA DE LAS PEQUEÑAS CANTIDADES REACTIVAS; CON TODO, NO PUEDE DESCARTARSE LA POSIBILIDAD DE QUE ALGUNOS DE ÉSTOS SEAN DEL TIPO NO PRECIPITABLE, CAPACES, DE CAUSAR SENSIBILIDAD ANAFILÁCTICA.

6.-

MECANISMOS POR MEDIO DE LOS CUALES - LA COMBINACIÓN DE ANTÍGENO Y ANTICUERPO CAUSAN REACCIÓN ALÉRGICA.

MUCHAS DE LAS MANIFESTACIONES FISIOLÓGICAS Y PATOLÓGICAS DE LAS REACCIONES ANAFILÁCTICAS INMEDIATAS, ESPECIALMENTE LAS DEL SOCK ANAFILÁCTICO, LA REACCIÓN DE RONCHA Y ERITEMA EN LA PIEL HUMANA, Y LA CONTRACCIÓN DEL MÚSCULO LISO, PUEDEN, - PRODUCIRSE POR INYECCIÓN DE HISTAMINA; DE AQUÍ SURTIÓ LA HIPÓTESIS DE QUE LA COMBINACIÓN ANTÍGENO-ANTICUERPO LIBERA HISTAMINA. ESTA TEORÍA ES APOYADA POR LA SEMEJANZA DE LOS EFECTOS SURCIDOS EN CIERTAS ESPECIES ANIMALES, PRINCIPALMENTE EL CABAYO, POR AL

GUNAS DIAMINAS Y MONO O DIAMIDINAS CONSIDERADAS LIBERADORAS DE HISTAMINA.

ÉL SHOCK Y LOS EFECTOS DE LA PROPIA-HISTAMINA O DE LIBERADORES DE HISTAMINA EN EL CABALLO PUEDEN EVITARSE MEDIANTE ANTIHISTAMÍNICOS. POCO SE SABE DE LOS MECANISMOS POR MEDIO DE LOS CUALES LA COMBINACIÓN ANTÍGENO-ANTICUERPO SUSCITA -- OTRAS MANIFESTACIONES ALÉRGICAS.

7.- FACTORES QUE INFLUYEN EN LA FORMACIÓN DE ANTICUERPOS Y LA REACCIÓN ALÉRGICA.

ALGUNAS SUBSTANCIAS, ESPECIALMENTE -- LAS MOSTAZAS NITROGENADAS, LA CORTICOTROPINA, LA -- CORTIZONA Y OTRAS, REDUCEN, AUNQUE NO SUPRIMEN POR COMPLETO, LA FORMACIÓN DE ANTICUERPO, Y TIENEN EFECTO SUPRESIVO SOBRE LA RESPUESTA ANAMNÉSTICA ESPECÍFICA. SE HA DEMOSTRADO QUE LOS RAYOS ROENGEN DISMINUYEN O ANULAN LA FORMACIÓN DE ANTICUERPOS, SI SE ADMINISTAN ANTES DE INYECTAR ANTÍGENO.

LA CORTIZONA HA RESULTADO ÚTIL EN EL TRATAMIENTO DE ALGUNAS ALERGIAS, ESPECIALMENTE LA- ENFERMEDAD DEL SUERO, FIEBRE DEL HENO, ASMA, DERMATÍTIS DE CONTACTO, ACZEMA INFANTÍL Y ALERGIAS MEDICAMENTOSAS, EN GRANDES DOSIS DISMINUYE LA INTENSIDAD DE REACCIÓN.

POSIBLEMENTE ESTAS ACCIONES RESULTAN DEL EFECTO SOBRE LA INFLAMACIÓN Y NO DE SUPRIMIR LA FORMACIÓN DE ANTICUERPOS, PUESTO QUE LA CORTIZONA- SUELE OBRAR MÁS RÁPIDAMENTE DE LO QUE CABRÍA ESPERAR SI ACTUARA INHIBIENDO LA SÍNTESIS DE ANTICUERPO.

EL ANTICUERPO DE LA ALERGIA DIFERIDA ES DISTINTO DE LOS DEMÁS.

LOS HOMBRES Y ANIMALES QUE PRESENTEN SENSIBILIDAD DIFERIDA, O DE TIPO TUBERCULINA, CARECEN DE ANTICUERPOS CAPACES DE TRANSFERIR LA SENSI

BILIDAD DIFERIDA POR EL SUERO. TAMBIÉN SE HA LOGRADO DEMOSTRAR TRANSFERENCIA PASIVA DE SENSIBILIDAD A LA TUBERCULINA INYECTANDO LEUCOCITOS DE PERSONAS TUBERCULINO-POSITIVAS A PERSONAS TUBERCULINO-NEGATIVAS SE HA COMPROBADO QUE LAS CÉLULAS LISADAS PODÍAN LOGRAR ÉSTA TRANSFERENCIA LA SENSIBILIDAD NO APARECE DURANTE DOS O TRES DÍAS DESPUÉS DE INTRODUCIDAS LAS CÉLULAS. NO SE CONOCE TODAVÍA EL MECANISMO DE TRANSFERENCIA DE LA SENSIBILIDAD RETRASADA.

ALERGIA MEDICAMENTOSA.

GRAN NÚMERO DE REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD, COMO: ERUPCIONES CUTÁNEAS, EDEMA, ARTRÍTIS, - LINFADENOPATÍA, ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS, FIEBRE Y PERIARTRÍTIS, QUE OCURREN AL ADMINISTRAR MUCHOS AGENTES TERAPÉUTICOS (FÁRMACOS) O POCO DESPUÉS.

LA MAYORÍA DE LAS VECES LOS SÍNTOMAS NO GUARDAN RELACIÓN CON LAS PROPIEDADES PRIMARIAS DEL FÁRMACO, LOS SÍNTOMAS EN SU MAYORÍA SON PARECIDOS A LOS DEL SUERO.

LO MÁS ACEPTADO EN TEORÍA ES QUE DICHA REACCIONES SE DEBEN A LA PRESENCIA DEL ANTICUERPO, PARA EL FÁRMACO MISMO O PARA UN CONJUGADO ANTIGÉNICO FORMADO POR EL MEDICAMENTO Y UNA PROTEÍNA SANGUÍNEA O TISULAR -- (ESTUDIOS DE LANDSTAINER).

ALGUNAS DE LAS MANIFESTACIONES ALÉRGICAS COMO AGRANULOCITOSIS, ANEMIA HEMOLÍTICA Y HEPATITIS NO SE PROVOCAN EN ANIMALES, Y EN LOS PACIENTES NO SE HA DEMOSTRADO LA PRESENCIA DE ANTICUERPOS, POR CONSIGUIENTE LA DENOMINACIÓN DE ALERGIA MEDICAMENTOSA PARA DICHAS -- REACCIONES DEBE CONSIDERARSE PROVISIONAL.

FRECUENCIA.

EN CASI TODOS LOS FÁRMACOS DE USO COMÚN SE HAN OBSERVADO REACCIONES ALÉRGICAS, PERO HAY GRANDES -

DIFERENCIAS EN LA CAPACIDAD DE LOS MEDICAMENTOS PARA - PROVOCARLOS, TAMBIÉN SE DEBEN TOMAR EN CUENTA LAS VARIACIONES IMPORTANTES DE LA SUSCEPTIBILIDAD INDIVIDUAL, - PUÉS LOS PACIENTES CON ANTECEDENTES DE OTRA ENFERMEDAD ALÉRGICA TIENEN MAYOR PROPENSIÓN A PRESENTAR ALGÚN TIPO DE ALERGIA MEDICAMENTOSA; POR EJEMPLO, LA ASPIRINA EXCEPCIONALMENTE CAUSA SENSIBILIZACIÓN EN PERSONAS NORMALES; MIENTRAS QUE LOS ENFERMOS DE ASMA BRONQUIAL POSEEN GRAN TENDENCIA A PRESENTAR ASMA O URTICARIA DESPUÉS DE INGERIRLA.

HA INFORMES PUBLICADOS DE SENSIBILIZACIÓN A LA PENICILINA HASTA EN EL 10 A 15% DE LOS CASOS, PERO LOS DATOS EN DISTINTOS TRABAJOS VARÍA MUCHO - SEGÚN LA PUREZA DEL ANTIBIÓTICO, LA PRESENCIA DE OTRAS SUBSTANCIAS EN EL VEHÍCULO EMPLEADO, LA VÍA DE INYECCIÓN, LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO Y LA CANTIDAD ADMINISTRADA. EN LOS HOSPITALES DE LA UNIVERSIDAD DE MINNESOTA EN UN GRUPO DE 562 PACIENTES RECIENTEMENTE TRATADOS CON PENICILINA, 2.5% PRESENTARON REACCIONES, PRINCIPALMENTE ERUPCIÓN CUTÁNEA Y FIEBRE MODERADA, NO SE OBSERVARON REACCIONES GRAVES.

SE SABE QUE ALGUNOS FÁRMACOS, COMO FENILETILDANTOÍNA (NIRVANOL), ARSFENAMINA Y TIOURACILO, PRODUCEN REACCIÓN DE SENSIBILIDAD EN UN NÚMERO ELEVADO DE ENFERMOS.

LA FRECUENCIA DE LA ALERGIA MEDICAMENTOSA DEPENDE, EN CIERTO GRADO, DE LA EXPOSICIÓN PREVIA AL FÁRMACO, AUNQUE ÉSTE HECHO TIENE MENOR IMPORTANCIA QUE EN LA ENFERMEDAD DEL SUERO. ES MÁS PROBABLE -- QUE LAS REACCIONES A SULFAMIDAS Y PENICILINA OCURRAN - EN PACIENTES ANTES TRATADOS CON ELLOS, PERO PUEDEN APARECER AL PRIMER CONTACTO.

PATOGENIA.

LANDSTAINER Y COLABORADORES, OBSERVARON EN SUS EXPERIMENTOS INTERESANTES CONCEPTOS SOBRE EL MECANISMO DE LA ALERGIA MEDICAMENTOSA, DEMOSTRARON QUE LOS ANIMALES PODÍAN SER SENSIBILIZADOS ESPECÍFICAMENTE A SUBSTANCIAS QUÍMICAS SIMPLES, COMO ÁCIDO PÍCRICO Y DINITRO-CLOROBENCENO POR CONTACTO REPETIDO CON ELLAS O INYECTÁNDOLES CONJUGADOS DE LAS SUBSTANCIAS QUÍMICAS Y PROTEÍNA. SE DESCUBRIÓ QUE LA SENSIBILIZACIÓN POR AGENTE QUÍMICO ENTRAÑABA LA UNIÓN IN-VIVO CON PROTEÍNA DEL ORGANISMO, COMBINACIÓN DE LA QUE RESULTAN COMPLEJOS ANTIGÉNICOS CUYA ESPECIFICIDAD INMUNOLÓGICA DEPENDE DEL HAPTENO QUÍMICO, EL ANTICUERPO FORMADO CONTRA DICHAS SUBSTANCIAS, ERA CAPAZ DE REACCIONAR CON EL AGENTE QUÍMICO Y CON EL CONJUGADO DE ÉL Y LA PROTEÍNA, PERO NO CON LA PROTEÍNA SOLA.

EN EL HOMBRE SE HA RETRASADO LA INVESTIGACIÓN MÁS DETALLADA DEL PROBLEMA PORQUE CARECEMOS DE MÉTODOS SEGUROS PARA DESCUBRIR LA PRESENCIA DE ANTICUERPO EN CASI TODOS LOS TIPOS DE ALERGIA MEDICAMENTOSA. ACKROYD Y LEFTWICH HAN INVESTIGADO EN EL CAMPO DEL SEDOR MID Y LAS SULFAMIDAS RESPECTIVAMENTE. SIN EMBARGO MUCHOS INVESTIGADORES NO HAN PODIDO DESCRIBIR ANTICUERPO EN DISTINTOS TIPOS DE ALERGIA MEDICAMENTOSA, EMPLEANDO TODOS LOS MÉTODOS DISPONIBLES.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

EN ESTE CAPÍTULO LA MUERTE ES RARA DE MODO QUE HAY POCOS DATOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD.

RICH Y SUS COLABORADORES DESCUBRIERON LESIONES VASCULARES TÍPICAS DE PERIARTRÍTIS NUDOSA EN PACIENTES CON REACCIONES GRAVES A LAS SULFAMIDAS. SE HAN OBSERVADO LESIONES SEMEJANTES EN ENFERMOS MUERTOS POR REACCIÓN DE HIPERSENSIBILIDAD A LA PENICILINA, YODO, TI-

UREA Y DILANTINA.

SINTOMATOLOGÍA

LAS REACCIONES ANAFILÁCTICAS INMEDIATAS CON LOS FÁRMACOS, SON BASTANTE RARAS AUNQUE OCURREN EN PACIENTES CON GRADO EXTREMO DE SENSIBILIZACIÓN. LOS PACIENTES QUE PADECEN OTRAS ENFERMEDADES ALÉRGICAS TIENEN MAYOR TENDENCIA A PRESENTARLAS, LOS SÍNTOMAS, SIMILARES A LOS DEL ACCIDENTE AGUDO POR EL SUERO, A VECES APARECEN A LOS POCOS MINUTOS DE INYECTAR CIERTOS FÁRMACOS. LA PROCAÍNA PROVOCA REACCIÓN SEMEJANTE EN INDIVIDUOS SUSCEPTIBLES; IGHORAMOS SI DEPENDE DE ALERGIA O IDIOSINCRACIA MEDICAMENTOSA.

EN ESTE TIPO DE ALERGIA SON COMUNES - LOS SÍNTOMAS AISLADOS. SE PUEDE PRESENTAR FIEBRE SIN NINGUNA OTRA MANIFESTACIÓN ALÉRGICA. LA FIEBRE PERSISTE HASTA QUE SE SUSPENDE EL MEDICAMENTO, SUELE REAPARECER AL REANUDARSE EL TRATAMIENTO. NOS ENCONTRAMOS CON OTROS SÍNTOMAS AISLADOS, COMO SON: ERUPCIÓN CUTÁNEA, DOLOR ABDOMINAL, VÓMITOS Y FARINGITIS ENTRE OTROS, LA PROCTITIS Y LA DIARREA SON FRECUENTES COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO -- CON TETRACICLINA Y CLORAMFENICOL, PERO NO HAY PRUEBAS DE QUE SEAN REACCIONES ALÉRGICAS.

ESTAS REACCIONES PUEDEN OCURRIR DURANTE EL TRATAMIENTO CON PENICILINA Y SULFAMIDAS TAMBIÉN - VAN DESDE ERUPCIONES CUTÁNEAS ERITEMATÓSAS Y URTICÁRICAS HASTA ARTRALGEAS O ARTRITIS, LINFADENOPATÍAS Y FIEBRES GRAVES.

ALGUNOS FÁRMACOS SUSCITAN OTRAS FORMAS DE REACCIÓN CUTÁNEA, DISTINTAS DEL ERITEMA Y LA URTICARIA EL TRATAMIENTO CON YODUROS, QUININA, ORO, DILANTINA Y SULFAMIDAS PUEDE PROVOCAR DERMATITIS EXFOLIATIVA, LAS ERUP-

CIONES FIJAS, QUE SON LAS QUE REAPARECEN EN EL MISMO LUGAR DE LA PIEL AL ADMINISTRAR EL FÁRMACO, SON CAUSADAS POR MUCHOS MEDICAMENTOS COMO BARBITÚRICOS ENTRE OTROS; OTROS FÁRMACOS HAN PRODUCIDO REACCIÓN DE ERITEMA NUDOSO, SENSIBILIZACIÓN A LA LUZ Y DERMATITIS DE CONTACTO, LAS REACCIONES HEMATOLÓGICAS SON DE PRIMORDIAL IMPORTANCIA, LA MÁS GRAVE Y FRECUENTE ES LA AGRANULOCITOSIS QUE PUEDE APARECER DURANTE EL TRATAMIENTO CON SULFAMIDAS BUTAZOLIDINA Y ORC, SE PRESENTA DURANTE LA CUARTA SEMANA DE TRATAMIENTO CONTINUO O MÁS TARDE; EN LOS ENFERMOS CON SENSIBILIZACIÓN PREVIA QUE DE PRESENTARSE ANTES.

LA ANEMIA HEMOLÍTICA ERA FRECUENTE COMPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO CON LOS VIEJOS PREPARADOS DE SULFAMIDAS, PERO SE HA OBSERVADO QUE EN LA ACTUALIDAD TAMBIÉN APARECE DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE QUININA, MESANTOÍNA Y SEDORMID.

TAMBIÉN SE HAN OBSERVADO ANEMIAS APLÁSTICAS, PERIARTRITIS NUDOSA Y LESIONES HEPÁTICAS, ÉSTAS SON PRODUCIDAS A VECES POR EL CINCOFERNO Y LAS SULFAMIDAS PERO NO HAY PRUEBAS DE QUE SEAN ALÉRGICAS, LO MISMO SE APLICA A LA NEURÍTIS PERIFÉRICA Y LA ENCEFALÍTIS HEMORRÁGICA, COMPLICACIONES RARAS EN LA PROFESIÓN MÉDICA.

DIAGNÓSTICO

LO REALIZAMOS POR MEDIO DE DOS MÉTODOS: EL OBJETIVO Y EL SUBJETIVO.

GENERALMENTE EMPEZAMOS CON EL MÉTODO SUBJETIVO Y SE LLEVA A CABO PREGUNTANDO AL PACIENTE DATOS COMUNES DE UNA HISTORIA CLÍNICA COMO: NOMBRE, EDAD, DIETA, HÁBITOS, HABITACIÓN, ETC., ACERCÁNDONOS POCO A POCO A NUESTRO OBJETIVO COMO SON: SÍNTOMAS, FÁRMACOS INGERIDOS, HACE CUÁNTO TIEMPO LOS INGERIÓ; ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, EXPERIENCIAS

ANTERIORES CON FÁRMACOS, ETC., AYUDÁNDONOS DESDE LUEGO CON EL MÉTODO OBJETIVO PUES PODEMOS OBSERVAR DATOS CLÍNICOS VISIBLES EN EL PACIENTE COMO SON ERUPCIONES, RONCHAS, ERITEMAS, O SIMPLEMENTE EDEMAS Y CAMBIOS DE COLOR (RUGOR) EN LA PIEL DE LA CARA, CUELLO, Y BRAZOS, PUES ESTAS REACCIONES SON LAS QUE SE VEN A PRIMERA VISTA.

PODEMOS HACER PRUEBAS CUTÁNEAS, DE SANGRE (CONCENTRACIONES), DE HECES O DE ORINA PARA PODER LLEGAR A SU DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN Y DAR PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CASO EN PARTICULAR.

PODEMOS SUSPENDER EN UN TRATAMIENTO MEDIATO LA ADMINISTRACIÓN DE UN FÁRMACO SOSPECHOSO EN UN CASO ALÉRGICO EN PARTICULAR, ASÍ LOS SÍNTOMAS DISMINUYEN O DESAPARECEN SE PUEDE DIAGNOSTICAR PREMATURAMENTE UN CASO PARCIAL DE ALERGIA MEDICAMENTOSA.

ENTRE LAS REACCIONES ALÉRGICAS MEDICAMENTOSAS GRAVES A VECES SE APRECIA EL FENÓMENO DE L. E.

LA MAYORÍA DE LAS PRUEBAS CUTÁNEAS SON NEGATIVAS, AL IGUAL QUE LAS DEMOSTRACIONES DE ANTICUERPOS EN EL TUBO DE ENSAYO O POR TRANSFERENCIA PASIVA.

HAY QUE TENER EN CUENTA SIEMPRE UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PUES HAY UN SIN NÚMERO DE REACCIONES ALÉRGICAS EN EL ORGANISMO PUDIENDO VENIR DE OTRAS SUSTANCIAS NO FARMACOLÓGICAS.

TRATAMIENTO.

AL SUSPENDER EL FÁRMACO DESAPARECEN TODOS LOS SÍNTOMAS EN CASI TODOS LOS PACIENTES Y NO ES NECESARIO UN TRATAMIENTO ULTERIOR O MEDIATO. CUANDO LA REACCIÓN ES LEVE, Y DEL MEDICAMENTO DEPENDE LA VIDA O LA SALUD DEL ENFERMO PUEDE SEGUIRSE EL TRATAMIENTO BAJO ESTRICTA VIGILANCIA, PERO SIEMPRE SE DEBE PROCURAR CAMBIAR EL FÁRMACO.

COMO TRATAMIENTO INMEDIATO, DEBEMOS ADMINISTRAR ADREHALINA POR VÍA SUBCUTÁNEA EN DÓISIS DE 0.5 A 1 ML., DE SOLUCIÓN EN PROPORCIÓN DE 1 A 1000; TAMBIÉN ES ÚTIL PARA ALIVIAAR TRANSITORIAMENTE LA URTICARIA. EN UNA --

REACCIÓN ANAFILÁCTICA GRAVE Y COMO TRATAMIENTO INMEDIATO TENEMOS LOS CORTICOSTEROIDES, ANTIHISTAMÍNICOS Y LA ADRENALINA.

ENTRE OTROS TRATAMIENTOS TENEMOS LOS ANTIBIÓTICOS PARA LA AGRANULOCITOSIS, LOS ANTIHISTAMÍNICOS Y LA PIRIBENZAMINA, EN DÓISIS DE 50 ML., CADA CUATRO HORAS PUEDEN ALVIAR EL PRURITO Y LAS MOLESTIAS EN LA ERUPCIÓN CUTÁNEA.

LOS CORTICOSTEROIDES PUEDEN TENER GRAN VALOR EN EL TRATAMIENTO INMEDIATO DE LAS REACCIONES GRAVES ESTOS FÁRMACOS PUEDEN EMPLEARSE EN DÓISIS DE 100 ML., DIARIOS, GENERALMENTE SE USAN CONTRA LA DERMATITIS EXFOLIATIVA, REACCIONES GENERALES EXTENUANTES O MUY DOLOROSAS Y REACCIONES INFLAMATORIAS OCULARES.

EN LOS PACIENTES GRAVES PUEDE SER NECESARIO DAR DÓISIS BASTANTE MAYORES DE CORTISONA O HIDROCORTISONA POR POCO TIEMPO.

CAPITULO IV

SHOCK ANAFILACTICO.

SHOCK ANAFILACTICO,-

EL SHOCK ES UN TÉRMINO QUE NOS ESTÁ INDICANDO QUE HAY UNA INSUFICIENCIA CIRCULATORIA. SE -- ACOMPAÑA DE UN OBJETIVO QUE INDICA LA CAUSA PRINCIPAL, -- COMO POR EJEMPLO: SHOCK MIOCÁRDICO, SHOCK BACTERIANO, -- SHOCK POR INSUFICIENCIA ENDOCRINA, SHOCK POR HIPERSENSI -- BILIDAD Y ANAFILAXIS Y SHOCK POR ANESTESIA. TODOS SON -- IMPORTANTES Y DE MUCHO INTERÉS PARA EL CAMPO DE LA MEDI -- CINA, SIN EMBARGO LOS DOS ÚLTIMOS SERÁN LOS EJES DEL TE -- MA PARA EL DESARROLLO Y AMPLIACIÓN QUE A NOSOTROS LOS -- CIRUJANOS DENTISTAS NOS INTERESA.

DURANTE EL DESARROLLO DE LA SEGUNDA -- GUERRA MUNDIAL COBRÓ INTERÉS EL ESTUDIO Y LA INVESTIGA -- CIÓN DEL SHOCK, PARA ESTOS SE NECESITÓ DESDE LUEGO LA -- MUTUA SOLIDEZ Y LA COLABORACIÓN DE DIVERSOS INVESTIGADO -- RES DE CIENTÍFICOS DE DIFERENTES CAMPOS DE ESTUDIO. SIN -- EMBARGO, A PESAR DE QUE SE LOGRARON AVANCES EN LOS EXPE -- RIMENTOS REALIZADOS, NO SE HA LOGRADO EL OBJETIVO PRIN -- CIPAL, O SEA EL PROFUNDO ESTUDIO BIOQUÍMICO DEL SHOCK -- EN EL SER HUMANO. ESTO SE HA DEBIDO PROBABLEMENTE A CAU -- SAS AJENAS AL DEARROLLO, DE LOS ADELANTOS CIENTÍFICOS -- DE LA MEDICINA GENERAL.

EL METABOLISMO DE SHOCK IMPLICA UNA -- SERIE DE COMPLICACIONES BIOQUÍMICAS QUE NOS LLEVAN A LA -- PROFUNDIZACIÓN DE SUS CAUSAS Y CONSECUENCIAS QUE SON -- PRECISAMENTE LOS CAMBIOS METABÓLICOS, QUE OCASIONAN LA -- DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE OXÍGENO, EL DESCENSO DE LA -- TEMPERATURA CORPORAL, HIPERGLUCEMIA EN EL PERÍODO INICIAL -- Y POSTERIORMENTE DE LA GLUCOSA SANGUÍNEA EN LA ETAPA -- PROGRESIVA.

TAMBIÉN HAY PRODUCTIVIDAD DE CIERTAS

SUBSTANCIAS LAS CUALES SON DE Poca IMPORTANCIA. AHORA CO-
MO CARÁCTER DEL SHOCK GRAVE TENEMOS LA ACIDOSIS INDISCUTI-
BLEMENTE, LA CUAL SI PUEDE TRAER COMPLICACIONES SERIAS.
EXISTE TAMBIÉN UNA DISMINUCIÓN DE ÁCIDO ASCÓRBICO, SANGUI-
NEO Y URINARIO.

LA REACCIÓN DEL SHOCK PODRÍAMOS DECIR-
QUE ES PARECIDA AL SÍNCOPE Y SE CARACTERIZA POR SU INTEN-
SIDAD, ACOMPAÑADO DE UN DESCENSO SÚBITO DE LA PRESIÓN AR-
TERIAL Y DEL VOLÚMEN DE SANGRE CIRCULANTE. EXISTE PÉRDIDA
DE LA CONCIENCIA Y EL PULSO SE HACE RÁPIDO Y FILIFORME.

CAUSAS PRINCIPALES.-

CUANDO EXISTE UNA INTERRUPCIÓN DE LOS-
MECANISMOS NEURALES SE PRESENTA UNA HIPOTENSIÓN DE TIPO -
NEURÓGENO, DE CUAL DEPENDEN LA RESISTENCIA VASCULAR, EL -
RETORNO, VENOSO Y EL GASTO CARDÍACO Y EN CASO DE QUE SE -
PUEDA DIAGNOSTICAR, EL TRASTORNO CIRCULATORIO PUEDE CONTRO-
LARSE CON FACILIDAD LA PRESIÓN ARTERIAL DEL PACIENTE; PERO
DE NO SER ASÍ, PUEDE PRESENTARSE INEVITABLEMENTE LA EVOLU-
CIÓN RÁPIDA DE UNA INSUFICIENCIA CIRCULATORIA QUE NOS DA -
COMO PRODUCTO EL SHOCK ANAFILÁCTICO, CUYO RESULTADO ES DI-
FÍCIL Y DE GRAVES CONSECUENCIAS, QUE EN OCASIONES NO SE PUE-
DEN EVITAR SI NO SE ACTÚA CON LA ENERGÍA Y EFICACIA NECESA-
RIA.

EN ALGUNAS OCASIONES PERSONAS CON PRO-
BLEMAS CUYAS IDEOLOGÍAS AFECTAN SU VIDA NORMAL ENCUENTRA
RESOLUCIÓN A TODO ÉSTO, INGIRIENDO O ADMINISTRÁNDOSE, BARSIT-
ÚRICOS, NARCÓTICOS, TRANQUILIZANTES QUE OCASIONAN APARTE
DE LA HIPOTENSIÓN, EL SHOCK. EN TAL CASO TENEMOS QUE EL -
GASTO CARDÍACO Y EL VOLÚMEN PLASMÁTIVO ESTÁN BAJOS Y REDU-
CIDOS.

ES NECESARIO CONCEPTUAR Y DEFINIR SOMERAMENTE TÉRMINOS ÚTILES PARA EL DESARROLLO Y CONOCIMIENTO DE ESTE TRABAJO. LA HIPERSENSIBILIDAD ES UN PROCESO DENTRO DE LA FISIOLÓGIA Y QUE NO ES MÁS, QUE EL AUMENTO DE DICHO RESULTADO FISIOLÓGICO POR UNA PREVIA EXPOSICIÓN A UNA SUBSTANCIA ANTIGÉNICA. LA CUAL SE DESARROLLA Y ES VARIABLE DE ACUERDO A LA SENSIBILIDAD PERSONAL.

LA HIPERSENSIBILIDAD INMEDIATA PUEDE SER DE DOS TIPOS LOS CUALES SE MANIFIESTAN INDEPENDIENTEMENTE PERO REACCIONANAL MISMO TIEMPO.

LA ANAFILÁXIS NOS ESTÁ INDICANDO UNAS MANIFESTACIONES LOCALES Y GENERALES EN EL INDIVIDUO INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN, DICHA EXPOSICIÓN NO CAUSA REACCIÓN DE IMPORTANCIA, PERO DESPUÉS QUE SE DESARROLLE LA SENSIBILIDAD (DE 10 A 20 DIAS), LA EXPOSICIÓN ULTERIOR NOS PROVOCA ENTONCES, UNA REACCIÓN INMEDIATA Y PUEDEN SER MANIFESTACIONES DE TIPO CUTÁNEO COMO POR EJEMPLO LA URTICARIA O TAMBIÉN, TRASTORNOS GENERALES QUE PROVOQUEN UNA ANOMALÍA RESPIRATORIA, DANDO COMO CONSECUENCIA EL SHOCK.

LA ATOPIA NOS INTERESA DESDE EL PUNTO DE VISTA ALÉRGICO, PUES ES UNA HIPERSENSIBILIDAD DE TIPO ESPECIAL DENTRO DEL TERRENO ANAFILÁCTICO Y QUE SE CARACTERIZA POR SU SENSIBILIDAD EN UNA FORMA FAMILIAR YA SEA LA EXPOSICIÓN DE TIPO NATURAL O ESPONTÁNEO DE UN ANTÍGENO PARTICULAR COMO POR EJEMPLO: POLVOS, ALIMENTOS ETC.

LAS CAUSAS PRINCIPALES Y MÁS COMUNES QUE PUEDAN EFECTUAR EL SHOCK ANAFILÁCTICO MORTAL EN EL HOMBRE, SON DIVERSAS. PODREMOS CITAR LOS SIGUIENTES ELEMENTOS COMO SON LA PENICILINA, SUEROS HETERÓLOGOS, EXTRACTOS DE POLEN, ANESTÉSICOS LOCALES, EXTRACTOS DE ÓRGANOS, VACUNAS, YODUROS, ÁCIDOS ACETILSALICÍLICO Y VENENOS DE INSECTOS.

LA ADMINISTRACIÓN INTRAMUSCULAR DE HISTAMINA PUEDE PROVOCAR SÍNTOMAS DE ANAFILÁXIS, COMO TAMBIÉN PUEDE SER OCASIONADO POR LA ADMINISTRACIÓN DEL BLOQUEADOR, Y QUE EN OCASIONES NECESITA URGENTEMENTE ATENCIONES DE EMERGENCIA.

LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS CONSECUATIVAS A LA UNIÓN ANTÍGENO-ANTICUERPO PUEDEN SER LOCALES EN LA PIEL SIN IMPORTAR EL TIPO DE ANTICUERPO PRESENTE. CUANDO ÉSTA REACCIÓN ORIGINA UNA RESPUESTA GENERAL HAY SIGNIFICACIÓN CLÍNICA RESPIRATORIA Y CIRCULATORIA Y ESPECIALMENTE DE ASMA Y DEL SHOCK ANAFILÁCTICO. DEFINITIVAMENTE SE DESCONOCE LA REACCIÓN ANTÍGENO-ANTICUERPO Y EL RESULTADO SUBSECUENTE QUE EXPRESA LA HIPERSENSIBILIDAD AGUDA. COMO EXISTE EN OCASIONES, ANTICUERPO PRECIPITANTE SE HA PENSADO QUE LA CAUSA DE LA REACCIÓN ES PRECISAMENTE, EL PRECIPITADO ANTÍGENO-ANTICUERPO EN SÍ. -- DESDE EL PUNTO DE VISTA MECÁNICO EN ÉSTE CASO ES IMPORTANTE PARA LOS TIPOS DE HIPERSENSIBILIDAD INMEDIATA (REACCIÓN DE ARTHUS). ESTA REACCIÓN SE CARACTERIZA POR SER DE TIPO INFLAMATORIO INTENSO QUE SE ACOMPAÑA CON NECROSIS EN EL LUGAR DE INYECCIÓN DEL ANTÍGENO, LA INTENSIDAD Y LA ACTIVIDAD DE SU REACCIÓN SUELE EMPEZAR MINUTOS DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN Y PUEDE SER DE TIPO LOCAL Y GENERAL.

LAS REACCIONES ANAFILÁCTICAS DE ORIGEN ALÉRGICO SON SIMILARES A LAS ALTERACIONES LLAMADAS "ACCIDENTES DEL SUERO" Y QUE SE CARACTERIZAN, POR APARECER INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE HABER INYECTADO EL FÁRMACO COMO POR EJEMPLO LA PENICILINA Y PROCAÍNA DE TIPO AGUDO QUE EN OCASIONES SON MORTALES Y QUE POR DESGRACIA SE IGNORA HASTA LA FECHA, SI TIENEN UNA RELACIÓN ALÉRGICA O SE TRATA DE UNA IDIOSINCRACIA MEDICAMENTOSA.

SINTOMATOLOGIA.-

ANTICIPADAMENTE AL SHOCK SE MANIFIESTAN SÍNTOMAS QUE SE PRESENTAN DE MANERA INTRANQUILA ACOMPAÑADAS DE MALESTARES, SUDORES, FRÍOS, PALIDEZ DE LA CARA Y FINALMENTE LA PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA CON LA RELAJACIÓN MUSCULAR TOTAL DE PACIENTE. LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN LA ANAFILÁXIS VARÍA DE ACUERDO CON LOS SÍNTOMAS Y RELACIÓN DEL ANTÍGENO EN CUANTO AL INTERVALO DE LA EXPOSICIÓN Y EL COMIENZO DE DICHAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS. EXISTE NATURALMENTE UNA DILATACIÓN Y AUMENTO DE LA PERMEABILIDAD VASCULAR Y TAMBIÉN UNA EXCITACIÓN DE LAS FIBRAS SENSORIALES, PRINCIPALMENTE QUE NOS EXPLICAN ESTE CUADRO CLÍNICO. DESDE LUEGO NOS INDICA QUE NO TODOS ESTOS PUEDEN ESTAR CON PRECISIÓN SINO QUE, PUEDEN SER TRASTORNOS QUE VAYAN DE -- ACUERDO CON EL CASO Y SITUACIÓN DEL ENFERMO.

LA REACCIÓN INICIAL COMIENZA CON HORMIGUEO O PRURITO DE LENGUA, MANOS, CARA O CABEZA, SENSACIÓN DE SEQUEDAD DE BOCA O PRESIÓN Ó ESTIRAMIENTO EN LA REGIÓN TORÁXCISA, DOLOR PRECORDIAL O DISNEA QUE PUEDE SER DE UNA GRADUACIÓN VARIABLE.

PRIMERAMENTE HAY UN RUBOR FACIAL EL CUAL IRÁ SEGUIDO DE PALIDEZ CON MENOR FRECUENCIA SE OBSERVAN NÁUSEAS, VÓMITOS, DOLOR EPIGÁSTRICO O TRASTORNOS VISUALES. TODOS ESTOS SÍNTOMAS SUELEN PRECEDER A DISNEA, RESPIRACIÓN DIFÍCIL, PULSO RÁPIDO Y DÉBIL, CIANOSIS CON INSUFICIENCIA CIRCULATORIA. EL SHOCK CIRCULATORIO O LA DISNEA GRAVE SON LOS SÍNTOMAS INICIALES ACOMPAÑADOS DEL DOLOR TORÁXSICO Y SON LAS ÚNICAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

ESTOS SÍNTOMAS PUEDEN INICIARSE EN UN

PERÍODO DE CINCO A QUINCE MINUTOS DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN PERO TAMBIÉN PUEDEN SER INMEDIATAMENTE OCASIONADOS ANTES DE SACAR LA AGUJA DE LOS TEJIDOS O PRESENTARSE HASTA LOS TREINTA MINUTOS DE LA EXPOSICIÓN. EN REACCIONES CRÍTICAS SUMAMENTE GRAVES, LA MUERTE PUEDE SOBREVENIR EN EL TRANSURSO DE QUINCE MINUTOS DE HABER COMENZADO LA REACCIÓN INICIAL PROVOCADO POR UN PARO CARDIOCIRCULATORIO CONSECUTIVO AL SHOCK.

SI HAY EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME HASTA EL GRADO EN QUE REALMENTE YA NO EXISTAN PULSACIONES O ESTEN DEMASIADO DÉBILES Y LOS MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS SE VUELVAN ANSIOSOS Y ESPACIADOS, ENTONCES EL ENFERMO SENTIRÁ UN FRÍO DE MUCHA INTENSIDAD. SOBREVIENE NOTABLEMENTE LA PALIDEZ Y ADEMÁS LOS OJOS SE MANTENDRÁN FIJOS Y DESIVADOS, LOS LABIOS ESTARÁN FLACCIDOS Y EL PACIENTE SE MANTENDRÁ CON FACCIÓNES AFILADAS, ESTO ES YA, UN SÍMPTOMA. LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL SHOCK ANAFILÁCTICO VARÍA DE UNA ESPECIE A OTRA; POR EJEMPLO EN EL COBALLO LA MUERTE DEPENDE DE ASFIXIA, POR CONSTRICCIÓN INTENSA DE BRONQUIOS Y BRONQUIOLOS. EN EL PERRO LA ANAFILAXIS ES MORTAL, Y COMIENZA CON VÓMITOS Y DIARREA LA CUAL A VECES SE ACOMPAÑA DE SANGRE EN OCASIONES, Y EN OTRAS CON HIPOTENSIÓN TÉRMICA POR INSUFICIENCIA CIRCULATORIA. EN EL CONEJO POR CONSTRICCIÓN DE LAS ARTERIOLAS PULMONARES POR OBSTRUCCIÓN DEL FLUJO SANGUÍNEO PULMONAR CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DERECHA.

EN EL HOMBRE NO SE HA IDENTIFICADO UN ÓRGANO ESPECÍFICO DE SHOCK. LA ANAFILAXIS MORTAL SE MANIFIESTA POR TRASTORNOS RESPIRATORIOS, CON UNA INSUFICIENCIA CARDIORESPIRATORIA Y SHOCK, EN OCASIONES ÉSTO SUELE MANIFESTARSE SIMULTÁNEAMENTE.

TRATAMIENTO INMEDIATO.-

EN EL MOMENTO PRECISO EN QUE SE PRESENTA LA SINTOMATOLOGÍA QUE FORMA EL SÍNDROME DE SHOCK ANAFILÁCTICO INMEDIATAMENTE DEBEMOS DE APLICAR NUESTRA ACTIVIDAD E INICIATIVA PERSONAL, ES ACONSEJABLE COLOCAR AL PACIENTE EN LA POSICIÓN DE TREDELEMBURG PARA FACILITAR DE ÉSTA MANERA UNA CIRCULACIÓN CEREBRAL, QUE EN ESTE CASO ES IMPRESCINDIBLE Y DE ÉSTA FORMA COMBATIMOS LA ANEMIA CEREBRAL LA CUAL ES PELIGROSA DE NO TRATARSE DE INMEDIATO. AL PACIENTE LE PROPORCIONAREMOS OXÍGENO, EL TANTO QUE SEA NECESARIO CON LOS APARATOS Y TÉCNICAS ADECUADAS.

PRIMERO.- COLOCACIÓN DEL PACIENTE EN POSICIÓN HORIZONTAL, APLICACIÓN DE OXÍGENO Y RESPIRACIÓN ARTIFICIAL.

SEGUNDO.- AFLOJAR TODA PRENDA QUE IMPIDA LIBREMENTE LA CIRCULACIÓN PERIFÉRICA.

TERCERO.- APLICAR INTRAMUSCULARMENTE HIDROCORTIZONA SO LUCORTEF.

CUARTO.- EN CASO DE QUE EL PACIENTE NO MUESTRE SIGNOS DE RECUPERACIÓN, SE INSISTIRÁ DESESPERADAMENTE EN LA RESPIRACIÓN ARTIFICIAL Y EL OXÍGENO.

COMO MEDIOS DE PREVENCIÓN EN ÉSTOS CASOS, PRECAVIDAMENTE EL MÉDICO Y EL C. DENTISTA, DEBEN ESTAR EQUIPADOS ADECUADA Y EFICIENTEMENTE EN SUS LUGARES DE RECUPERACIÓN, ES RECOMENDABLE QUE SE TENGA TODO LO NECESARIO TANTO LOS FÁRMACOS INDICADOS COMO LOS EQUIPOS Y APARATOS MENESTEROSOS QUE PUEGAN SACARLO DEL PROBLEMA. PODEMOS CITAR ALGUNOS DE ELLOS COMO POR EJEMPLO EL ESTUCHE PARA UNA VENOCCLISIS, LAS JERINGAS Y AGUJAS NECESARIAS PARA SU USO. EL OXÍGENO Y EL EQUIPO DE TRAQUEOTOMÍA, SON EVIDENTEMENTE ÚTILES PERO DESDE LUEGO -

EL PRIMERO DE ELLOS SERÁ INDISCUTIBLEMENTE NECESARIO.

ALGUNOS AGENTES COMO LA AMINOFILINA SUPRIMEN LA FORMACIÓN DE ANTICUERPO Y ES MUY EFICAZ EN LA RELAJACIÓN DE LA MUSCULATURA LISA. LOS RAYOS X, MOSTAZA NITROGENADA Y LOS CORTICOSTEROIDES SON TAMBIÉN AGENTES QUE SUPRIMEN LA FORMACIÓN DE ANTICUERPO. ESTOS DESDE EL PUNTO DE VISTA PREVENTIVO TANTO LO ANTERIOR COMO LA ACCIÓN DE LOS SALICILATOS QUE INHIBEN LA COMBINACIÓN ANTÍGENO-ANTICUERPO Y SE HA COMPROBADO QUE PROTEGEN AL CONEJO DEL SHOCK ANAFILÁCTICO.

CONOCIENDO LAS NECESIDADES DEL MÉDICO QUE SE ENCUENTRA FRENTE AL ENFERMO GRAVE POR SHOCK, SIN DISPONER DE LOS MEDIOS ESPECIALES Y ÚTILES PARA ACTUAR, ES ACONSEJABLE POR ESO MISMO RECORDAR LOS PASOS EXPUESTOS ANTERIORMENTE.

TRATAMIENTO MEDIATO.-

PRIMERAMENTE TENEMOS EL USO DE LA ADRENALINA POR SU EFICACIA Y RAPIDEZ PARA DAR RELAJACIÓN A LA MUSCULATURA LISA Y PRODUCIR VASOCONSTRICCIÓN VASCULAR. TENEMOS OTROS FÁRMACOS COMO SON LA NORADRENALINA, METARAMINOL Y EFEDRINA Y ALGUNOS ANTIHISTAMÍNICOS EFICACES COMO EL CLORIDRATO DE DIFENHIDRAMINA (BENADRYL), PIRROBUTANOL (PIRONIL). LOS CORTICOSTEROIDES SON BASTANTES EFICACES, PORQUE DESDE EL MOMENTO EN QUE SE LES APLICA AL PACIENTE EN ESTADO DE SHOCK MUESTRA SIGNOS DE RECUPERACIÓN Y CAMBIA DE UN ESTADO SEVERO A OTRO MÁS FAVORABLE DEBIDO A LA FLEVOCONSTRICCIÓN PRODUCIDA POR ELLOS MISMOS Y QUE HACEN QUE SE ELEVE LA PRESIÓN ARTERIAL.

NATURALMENTE QUE ADEMÁS DE LOS FÁRMACOS INDICADOS PARA TRATAR ESTA COMPLICACIÓN FISIOLÓ

GICA NECESITAMOS LA APLICACIÓN DE DIVERSAS TÉCNICAS COMO SON EL HECHO DE EVITAR LA HIPOXIA POR MEDIO DE LA VIGILANCIA EN LAS VÍAS RESPIRATORIAS PORQUE PUEDE SOBREVENIR UNA EDEMARARÍNGEO, Y ENTONCES HABRÁ QUE HACER DE INMEDIATO UNA TRQUEOTOMÍA. LA ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO SERÁ CONSTANTE MIENTRAS QUE EL PACIENTE NO RESPONDA A LA REACCIÓN DE ADRENALINA, PUEDE CONTINUARSE E INSISTIR EN LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIHISTAMÍNICOS Y CORTICOSTEROIDES POR LO MENOS DURANTE DOS DÍAS, (SUELE HABER EXACERBACIONES).

ESTE TRATAMIENTO SERÁ APLICADO POR MEDIO DE MEDICAMENTOS BÁSICOS CUYA FARMACOLOGÍA HA SIDO EFECTIVA EN SHOCK ANAFILÁCTICO EN EL HOMBRE.

1.- VASOCONSTRICTORES Y RELAJADORES DE LA MUSCULATURA LISA.

2.- ANTIHISTAMÍNICOS.

3.- ANTI-INFLAMATORIOS.

PARA ESTE TRATAMIENTO PODEMOS SEGUIR LOS SIGUIENTES PASOS:

PRIMERO.- INYECTAR 0.5 ML., DE ADRENALINA AL 1:1000. -- (INTRAMUSCULAR O SUBCUTÁNEO).

SEGUNDO.- SI EL SHOCK DEPENDE DE INYECCIÓN EN ALGUNA -- EXTREMIDAD, APLICAR CERCA UN TORNQUETE.

TERCERO.- ASEGURAR VENTILACIÓN ADECUADA, ASPIRACIÓN, TRQUEOTOMÍA Y DAR OXÍGENO.

CUARTO.- REPETIR LA ADRENALINA SI ES NECESARIO.

QUINTO.- CANALIZACIÓN DE UNA VENA.

SEXTO.- MANTENER LA PRESIÓN ARTERIAL CON HIDROCORTIZONA O FLEVOCONSTRICTORES, SEGÚN SEAN NECESARIOS.

SEPTIMO.- DAR AMINOFILINA ANTIHISTAMÍNICOS Y CORTICOSTEROIDES (CORTISOL, PREDINISONA O DEXSAMETA-

SONA POR VÍA INTRAVENOSA.

OCTAVO.- SI PERSISTEN LOS SÍNTOMAS CONTINUAR CON LOS MEDICAMENTOS ANTES MENCIONADOS DURANTE LOS DÍAS QUE SEAN NECESARIOS.



CAPITULO V.

PARO CARDIORESPIRATORIO.

PARO CARDIORESPIRATORIO.-

EN TODO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DENTRO DE NUESTRO CONSULTORIO, SE NOS PUEDEN PRESENTAR ACCIDENTES QUE REQUIEREN UNA ACCIÓN INMEDIATA DE EMERGENCIA POR PARTE NUESTRA PARA SALVAR LA VIDA DE UN PACIENTE. - LA MAYORÍA DE ÉSTOS ACCIDENTES SE PRESENTAN DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE UN ANESTÉSICO, PERO TAMBIÉN PUEDEN OCURRIR CUANDO NO SE HA APLICADO NINGUNO, PUES CON UN DOLOR LIGERO EL PACIENTE PUEDE CAER EN SHOCK, SÍNCOPE U OTRA COMPLICACIÓN IMPREVISTA, A VECES, POR SIMPLE ALTERACIÓN DEL PACIENTE POR TEMOR SE PRODUCEN SÍNTOMAS.

EN OCASIONES TENEMOS QUE EMPLEAR UN MÉTODO DE RESUCITACIÓN DURANTE UNA ANESTESIA LOCAL O GENERAL, O ANTES DE QUE SE ADMINISTRE LA ANESTESIA Y AUN AL EJECUTAR UNA CURACIÓN SIN EMPLEO DE ANESTESIA. POR TODO ESTO ES SIEMPRE CONVENIENTE TENER UN CONOCIMIENTO COMPLETO DE LOS MÉTODOS DE RESUCITACIÓN MECÁNICOS Y MEDICAMENTOSOS. PARA LO CUAL DEBEMOS TENER A LA MANO Y EN UN SOLO LUGAR TODOS LOS INSTRUMENTOS Y MEDICAMENTOS PARA EL EFECTO. ENTRE EL EQUIPO ADECUADO ESTARÁN UN ABREBocas DE MADERA, UNO DE ALLEN, OTRO DE MOLT CON RESORTE PINZAS TIRALENGUAS, VARIAS CANULAS DE METAL DE DIVERSOS TAMAÑOS, PARA NIÑOS Y ADULTOS, UN CATETER NASAL, JERINGA HIPODERMICA Y SU AGUJA, OTRA JERINGA PARA INYECCIONES INTRAVENOSAS TAMBIÉN CON SU AGUJA. OTRO MÉTODO COMODO PARA USO INMEDIATO, ES LA UTILIZACIÓN DE JERINGA "CARPULE" DE COOK O NOVOL CON SUS CARTUCHOS QUE CONTIENEN LAS DROGAS NECESARIAS PARA CASO DE URGENCIA, ENTRE LAS CUALES CONTAMOS: ESPÍRITU AMONIACAL, CÁPSULAS DE NITRITO DE AMILO, BENZOATO DE CAFEÍNA Y SODIO, DIGITOXINA, EPINE

FRINA, METEDRINA, METRAZOLCORAMINA, NITROGLICERINA, AMINIFILINA Y CURARE O SINCURINA.

ESTAS DROGAS SON ANALÉPTICAS Y ESTIMULAN LA DEPRESIÓN RESPIRATORIA Y RESTAURAN EL CIRCULATORIO, SON USADAS EN COLAPSOS RESPIRATORIOS, COLAPSOS CIRCULATORIOS, SOBREDÓSIS DE DROGAS DEPRESORAS (DISMINUIR EL TIEMPO DE LA NARCOSIS). ACTÚAN DE LA SIGUIENTE MANERA:

- 10.- LA CORAMINA, EL METRAZOL, LA PICOTROXINA Y EL DIOXIDO DE CARBONO ESTIMULAN EL BULBO RAQUÍDEO Y OTROS CENTROS VITALES.
- 20.- LA CORAMINA, LA LOBELINA Y OTRAS SUBSTANCIAS ESTIMULAN EL CUERPO CAROTÍDEO, QUE A SU VEZ ESTIMULA EL CENTRO RESPIRATORIO.
- 30.- LA EPINEFRINA (ADRENALINA), LA EFEDRINA, LA METEDRINA Y LA NOESIMEFRINA ESTIMULAN LOS RECEPTORES SIMPÁTICOS DE LAS ARTERIOLAS, DE LO QUE RESULTA EL AUMENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y EL MEJORAMIENTO DE LA CIRCULACIÓN CEREBRAL.
- 40.- LA DIGITAL ESTIMULA AL MIOCARDIO.

SIN EMBARGO LAS DROGAS ANALÉPTICAS -- TIENEN MUCHAS OBJECIONES PARA SU USO, SOLO NOS SERVIRÁN COMO COADYUVANTES EN LOS COLAPSOS RESPIRATORIOS Y CIRCULATORIOS, POR LO QUE SIEMPRE ES PREFERIBLE LA RESPIRACIÓN ARTIFICIAL POR EL METODO DE BOCA A BOCA COMO PRIMER TRATAMIENTO.

COMPLICACIONES DEL SISTEMA RESPIRATORIO.

LA SUSPENSIÓN TEMPORAL DE LA RESPIRACIÓN ES CONOCIDA POR APNEA, LA CUAL SE PRODUCE POR IMPULSOS INHIBITORIOS QUE LLEGAN AL CENTRO RESPIRATORIO --

POR LOS NERVIOS VAGOS, Y POR LA ESTIMULACIÓN DE LOS PRESORRECEPTORES DEL SENSO CAROTÍDEO COMO RESULTADO DE UN AUMENTO BRUSCO EN LA PRESIÓN ARTERIAL O POR ACCIÓN QUÍMICA DIRECTA SOBRE EL CENTRO RESPIRATORIO. LA APNEA TAMBIÉN SE PRODUCE POR HIPERVENTILACIÓN Y SE DEBE A LA EXCESIVA ELIMINACIÓN DE DIOXIDO DE CARBONO, QUE PRODUCE BAJA EN LA CONCENTRACIÓN DE ESTE GAS EN LA SANGRE. EN LA ANESTESIA SUELE PRODUCIRSE APNEA POR DEMASIADA PROFUNDIDAD DE LA NARCOSIS.

COMPLICACIONES DEL APARATO CARDIOVASCULAR

LAS COMPLICACIONES DEL APARATO CARDIOVASCULAR SON LAS SIGUIENTES:

ARRITMIA, QUE SE PRESENTA EN CUALQUIER TIPO DE PACIENTE, A ÉSTA PUEDE ACOMPAÑAR LA MENGA DEL GASTO CARDÍACO, LO CUAL PREDISPONE AL COLAPSO DEL CORAZÓN CUANDO DURANTE LA ANESTESIA SE NOS PRESENTA ARRITMIA, SE PUEDE REQUERIR UN CAMBIO DE ANESTÉSICO.

BRADICARDIA, QUE PUEDE SER CAUSADA POR EL ANESTÉSICO, LA ANOXIA O EL BLOQUEO DEL CORAZÓN.

ACCIDENTE CEREBRAL, QUE PUEDE OCURRIR EN PACIENTES HIPERTENSOS. SUS SIGNOS SON VARIABLES POR LO QUE HAY QUE ESTAR ALERTA.

CONVULSIONES, SE PUEDEN PRESENTAR CON LA ANOXIA, EL ACCESO DE CO, O CON AMBOS, LA ADMINISTRACIÓN ACCIDENTAL POR VÍA INTRAVENOSA Ó LA SOBREDÓISIS DEL ANESTÉSICO.

FIBRILACIÓN, OCURRE POR AUMENTO DE LA IRRITABILIDAD DEL MIOCARDIO, ASOCIADA A HIPERACTIVIDAD SIMPÁTICA E HIPERSECRECIÓN DE ADRENALINA.

HIPERTENCIÓN, LA HIPERTENCIÓN POR LA ANESTESIA ES GENERALMENTE TRANSITORIA. EN EL COMIENZO

DEL ESTADO DE SOBREDÓISIS, CUANDO EL PULSO SE ACELERA, PUEDE HABER AUMENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL SEGUIDO DE DISMINUCIÓN.

HIPOTENSIÓN, PUEDE SER PRODUCIDA POR EL SHOCK, LOS CAMBIOS DE POSICIÓN, LA HEMORRAGIA O LA DISMINUCIÓN DE LA VITALIDAD.

REFLEJOS VAGALES, QUE PRODUCEN INHIBICIÓN DE LA FUNCIÓN CARDIACA.

RESPIRACION

LA RESPIRACIÓN ES UN ACTO ALTAMENTE COORDENADO, QUE IMPLICA UNA SECUENCIA EN LA ACTIVIDAD DE DIVERSOS GRUPOS MUSCULARES Y QUE REQUIERE, LA EXISTENCIA DE UNA ESTRUCTURA ENCARGADA DE INTEGRAR SU ACTIVIDAD.

LA INTEGRACIÓN DE LA ACTIVIDAD RESPIRATORIA SE HALLA PRINCIPALMENTE A CARGO DEL CENTRO RESPIRATORIO BULBAR. SABEMOS QUE LA FALTA DE VENTILACIÓN EN LA SANGRE, DA POR CONSECUENCIA INCOMPLETA OXIGENACIÓN A LOS TEJIDOS DE LA ECONOMÍA, INHIBIENDO ASÍ EL CENTRO-RESPIRATORIO. LA DESTRUCCIÓN DE ÉSTE CENTRO RESPIRATORIO BULBAR ANULA TODA POSIBILIDAD DE COORDINACIÓN MUSCULAR Y PARALIZA POR LO TANTO LA RESPIRACIÓN OCACIONANDO LA MUERTE.

BASTE RECORDAR QUE EN LA MUERTE DE TODO SUJETO ES SIEMPRE RESPONSABLE FINAL EL GRAN SÍNDROME DE LA INSUFICIENCIA CARDIOCIRCULATORIA. NO DEFINIREMOS ÉSTA, SINO EL PARO CARDIOCIRCULATORIO QUE ES UNA DE LAS CUATRO EXPRESIONES CLÍNICAS DE LA MISMA, ÚNICA QUE NOS INTERESA EN ÉSTE CAPÍTULO, YA QUE ES UNO DE LOS ACCIDENTES MÁS GRAVES QUE NOS PUEDEN SORPRENDER EN NUESTRO CON

SULTORIO DENTAL EN LA PRÁCTICA DIARIA DE NUESTRO EJERCICIO.

ASÍ PUES, DIREMOS QUE EL PARO CARDIOCIRCULATORIO CONSISTE EN LA INEFECTIVIDAD FUNCIONAL ABSOLUTA DE LA BOMBA CARDÍACA (TOTAL POR ASÍSTOLE O PRACTICAMENTE TOTAL POR FIBRILACIÓN VENTRICULAR) Y DE LOS LECHOS VASCULARES (ENORME AMPLIACIÓN DE SU SUPERFICIE POR ATONÍA - TOTAL), DE MANTENER UN ADECUADO APORTE DE SANGRE EN RELACIÓN A LAS DEMANDAS TISULARES PERIFÉRICAS, PARTICULARMENTE A LOS CENTROS BULBARES DEL SISTEMA NERVIOSO Y EN DONDE LA GRAVE HIPOPERFUSIÓN ES DEL TODO INTOLERABLE PARA EL ORGANISMO, LO QUE SIGNIFICA LA MUERTE SI NO SE LOGRA REVERTIR EL PROCESO EN BREVES MINUTOS.

PRESUPONE: 1) HIPOPERFUSIÓN "INTOLERABLE" POR SER: A.- MUY AGUDA Y GRAVE, B.- PRODUCTORA DE GRAN REPERCUSIÓN METABÓLICA GENERALIZADA Y C.- RÁPIDAMENTE EVOLUTIVA. 2) INEFECTIVIDAD TOTAL O CASI TOTAL DE LA BOMBA CARDÍACA, ASÍ COMO DE LOS LECHOS VASCULARES PERFERICOS.

HISTORIA NATURAL.- A: EQUIVALE A LA MUERTE B.- PUDIERA SER REVERSIBLE EN CIERTAS CONDICIONES, PERO SOLO ANTE TRATAMIENTO ENÉRGICO E INMEDIATO Y C.- PUEDE SIGNIFICAR EL PERÍODO TERMINAL DE TODA ENFERMEDAD. POR OTRA PARTE, PUEDE SER UN ACCIDENTE INESPERADO EN UN SUJETO CON APARATO CARDIOCIRCULATORIO NORMAL.

A PARTIR DE LOS 30 SEGUNDOS DE CESAR LA CIRCULACIÓN CEREBRAL, LOS MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS SE SUSPENDEN PROVOCANDO EL PARO RESPIRATORIO, EL CUAL ES SIEMPRE TEMIBLE PUES SUCEDE EN CUALQUIER PARTE Y MOMENTO. ES UNA ENTIDAD PATOLÓGICA SECUNDARIA YA QUE ÉSTE ES MUY DIFÍCIL DE ENCONTRARLO BRUSCO PUES VIENE PRECEDIDO DE LA INSU

FICIENCIA. (TAQUIPNEA, BRADIPNEA, ANOXIA, HIPOXIA, ETC. SIENDO SUS CAUSAS MUY VARIADAS Y ABUNDANTES. MENCIONAREMOS ENTRE ELLAS A LAS REACCIONES A LAS DROGAS (MORFINA BARBITÚRICOS), ANESTÉSICOS, A LA ASFIXIA, PARO CARDÍACO, ETC.

CUANDO EL CORAZÓN ES EL PRIMERO QUE SE DETIENE, LA RESPIRACIÓN CONTINÚA DURANTE 20 A 40 SEGUNDOS, SI ES LA RESPIRACIÓN LA PRIMERA EN CESAR, EL PARO CARDÍACO SOBREVIENE UNOS 2 MINUTOS DESPUÉS. EN LOS DOS CASOS CESA LA PROVISIÓN DE SANGRE OXIGENADA AL CEREBRO, DILATÁNDOSE ASÍ LAS PUPILAS. CONSIDERAMOS QUE EL SUJETO ESTÁ CLINICAMENTE MUERTO, PARA POSTERIGRMENTE ENTRE 4 Y 6 MINUTOS SOBREVENIR LA MUERTE BIOLÓGICA. POR LO TANTO ES INDISPENSABLE ACTUAR LO MÁS INMEDIATO POSIBLE, HACIENDO RESPIRAR AL PACIENTE Y CONSEGUIR UN FLUJO SANGUÍNEO OXIGENADO POR EL SISTEMA CIRCULATORIO DE LA VÍCTIMA.

PARO RESPIRATORIO

CONCEPTO: ES LA SUPRESIÓN BRUSCA DE LOS MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS CAUSADA POR LA FALTA DE OXIGENACIÓN EN LA SANGRE, A SU VEZ PROVOCADA POR NO HABER ADECUADA VENTILACIÓN PULMONAR. EN ALGUNOS CASOS SE PRESENTA PARO RESPIRATORIO POR INHIBICIÓN DEL CENTRO RESPIRATORIO PRODUCIDO POR DROGAS (MORFINA, BARBITÚRICOS, ETC), COMO YA LO MENCIONAMOS. PUEDE ACOMPAÑARSE O NO DE PARO CARDÍACO SI SE AGOTA LA RESERVA DE AIRE DE LOS PULMONES QUE DURA 3 MINUTOS COMO MÁXIMO, POR LO QUE ÉSTA EXPRESIÓN DEBERÁ SER TRATADA DE INMEDIATO.

DENTRO DE LAS CAUSAS QUE PROVOCAN ÉSTE ESTADO, TENEMOS, COMO YA LO HEMOS MENCIONADO, LA --

APLICACIÓN DE DRUGAS TALES COMO EL FONOBARBITAL, SEGONAL ANESTÉSICOS GENERALES Y BLOQUEADORES LOCALES (CAINAS) -- ASÍ COMO TAMBIÉN TODOS AQUELLOS CUERPOS EXTRAÑOS QUE PUE DAN SER ASPIRADOS, TALES COMO TROZOS DE DIENTES, INCRUSTACIONES, PEDAZOS DE AMALGAMAS, ETC. Y POR PADECIMIENTOS COMO ENFISEMA PULMONAR, TUBERCULOSIS PULMONAR ANEMIA Y -- MUCHAS MÁS.

DIAGNOSTICO

EN EL DIAGNÓSTICO DEL PARO RESPIRATORIO OBSERVAMOS LA AUSENCIA DE MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS (INMOVILIDAD DEL TORAX) ACOMPAÑADOS DE PERDIDA DE LA -- CONCIENCIA, DEBIDO A LA DISMINUCIÓN DE OXÍGENO EN LOS TE JIDOS, CIANOSIS; DEBIDO AL AUMENTO DE HEMOGLOBINA REDUCI DA POR FALTA DE OXÍGENO, MIDRIASIS (DILATACIÓN PUPILAR) Y PULSO IRREGULAR, QUE SON DATOS QUE NOS LO ESTABLECEN.

TRATAMIENTO INMEDIATO

LA RESPIRACIÓN ARTIFICIAL.-

SI CESA LA ACTIVIDAD DE LOS MÚSCULOS - RESPIRATORIOS, SE PRODUCE LA APNEA Y SI ÉSTA SE PROLONGA MÁS ALLÁ DE UNOS CUANTOS MINUTOS, LA MAGRA RESERVA DE -- OXÍGENO DEL CUERPO SE AGOTA Y SOBREVIENE LA MUERTE. SI - SE MANTIENE ARTIFICIALMENTE LA VENTILACIÓN DEL PULMÓN, - ES POSIBLE EN CIERTOS CASOS ESPERAR QUE LA FUNCIÓN SE RE CUPERE Y QUE LOS MÚSCULOS RESPIRATORIOS RETORNEN SU ACTI VIDAD.

SE ENTIENDE POR RESPIRACIÓN ARTIFICIAL A LA RENOVACIÓN DEL AIRE DEL PULMÓN EFECTUADA POR MANIOBRAS ESPECIALES QUE EXCLUYEN LA PARTICIPACIÓN DE LOS MECANISMOS FISIOLÓGICOS.

HAY VARIOS PROCEDIMIENTOS DE RESPIRACIÓN ARTIFICIAL, UNOS DE ÉSTOS NO EMPLEAN EQUIPO MECÁNICO Y PUEDEN SER EFECTUADOS POR UN SOLO INDIVIDUO.

EN EL MÉTODO DE BOCA A BOCA (QUE ES - EL QUE NOSOTROS MÁS UTILIZAMOS POR EMPLEARSE EN SITUACIONES DE EMERGENCIA EXTREMA, Y POR CARECER MUCHAS VECES DE EQUIPO ADECUADO), LA INSUFLACIÓN SE REALIZA POR EL PROPIO OPERADOR Y PUEDE COMBINARSE O NO CON TÉCNICAS MANUALES.

LA RESPUESTA DE LOS INDIVIDUOS NORMALES AL AUMENTO DE LA PRESIÓN INTRAPULMONAR A SIDO PERFECTAMENTE ESTUDIADA, PUES EL INCREMENTO DE LA PRESIÓN INTRAPULMONAR VA SEGUIDO DE UN AUMENTO DE LA PRESIÓN PLEURAL Y DE LA PRESIÓN DE LA AURÍCULA DERECHA Y DE UNA DISMINUCIÓN DEL RETORNO VENOSO Y DEL VOLÚMEN MINUTO CARDIACO. LOS INDIVIDUOS NORMALES COMPENSAN RAPIDAMENTE LA DISMINUCIÓN DEL VOLÚMEN MINUTO CARDIACO AUMENTANDO LA PRESIÓN VENOSA, PERO ÉSTO NO SIEMPRE OCURRE EN LOS SUJETOS ANESTESIADOS O APNEICOS. NO DEBE EXCEDERSE DE LOS 40 MM Hg. DE PRESIÓN INTRAPULMONAR PORQUE PUEDEN PRODUCIRSE LESIONES EN DICHO ÓRGANO.

"EL OBJETIVO DE LA NORMALIZACIÓN CARDIORESPIRATORIA ES PROPORCIONAR BUENA CIRCULACIÓN DE SANGRE OXIGENADA PARA MANTENER FUNCIONADO AL CEREBRO Y LOS ÓRGANOS VITALES, HASTA QUE SE RECUPERE EL FUNCIONAMIENTO NORMAL DEL ORGANISMO HABIENDO VENTILACIÓN Y CIRCULACIÓN ESPONTANEA".

VENTILACIÓN POR EL METODO DE BOCA A BOCA.-

LO PRIMERO QUE DEBEMOS HACER ES COLOCAR AL PACIENTE SOBRE UNA SUPERFICIE FIRME EN POSICIÓN DE TRENDELENBURG (CABEZA EN PLANO INFERIOR AL RESTO DEL

CUERPO, QUITAR TODO APARATO PROTÉSICO QUE TUVIERA EN LA BOCA, COLOCAR EL CUELLO EN HIPEREXTENSIÓN PARA OBTENER BUEN ACCESO DE AIRE, ÉSTO SE LOGRA, COLOCANDO UNA MANO SOBRE LA FRENTE DESPLAZANDO EL CRANEO HACIA ATRAS Y ABAJO, OCLUYENDO AL MISMO TIEMPO LA NARIZ, Y LA OTRA BAJO LA MANDIBULA PARA LEVANTARLA Y EXTENDER EL CUELLO. SE LIMPIA LA LARINGE DE SECRECIONES CON UNA GASA O SIMPLEMENTE CON EL DEDO, DESPUÉS SE APLICA LA BOCA SOBRE LA DEL PACIENTE ASPIRANDO EN ELLA, O SE PUEDEN USAR CÁNULAS ESPECIALES DE BROOK, PARA EVITAR EL CONTACTO DIRECTO DE BOCA A BOCA. TAMBIÉN PODEMOS VENTILAR LOS PULMONES A TRAVÉS DE LA NARIZ DEL PACIENTE, MANTENIENDO CERRADA LA BOCA DE ÉSTE Y PRESIONANDO AMBOS MAXILARES, ENTRE SI. DEBE VERIFICARSE QUE SE EFECTÚE LA AMPLIACIÓN DE LA CAVIDAD TORÁCICA.

CON ÉSTE MÉTODO OBTENEMOS UNA CONCENTRACIÓN DE OXÍGENO DEL 18%, SUFICIENTE PARA MANTENER UNA BUENA VENTILACIÓN.

EL TRATAMIENTO SE REPITE A UNA FRECUENCIA DE 12 A 14 VECES POR MINUTO EN ADULTOS Y 18 A 20 -- POR MINUTO EN NIÑOS. ES INDISPENSABLE ESTAR CONTROLANDO CONSTANTEMENTE EL PULSO, DE PREFERENCIA EL CAROTIDIO.

TRATAMIENTO MEDIATO

EN CUANTO SEA POSIBLE SE HARÁ INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL Y A TRAVÉS DE LA CÁNULA SE HARÁ ASPIRACIÓN DE SECRECIONES Y SE PASARÁ OXÍGENO A PRESIÓN POSITIVA A LA FRECUENCIA QUE SEA INDICADA. DE SER POSIBLE SE USARÁ APARATO AUTOMÁTICO, AUNQUE ALGUNOS AUTORES NO LO ACONSEJAN DEBIDO A QUE PUEDE HABER FALLAS EN ESTE, DANDO LUGAR A UN FRACASO.

ESTOS MÉTODOS DE RESPIRACIÓN ARTIFICIAL DEBEN CONTINUARSE HASTA ESTABLECERSE UNA RESPIRACIÓN NORMAL, O MIENTRAS HAYA ACTIVIDAD CARDÍACA Y AÚN - DESPUÉS DE CESAR ÉSTA SI LA CAUSA DEL PARO ES SUCEPTIBLE DE CORREGIRSE, V-GR. ACCIDENTES ANAFILÁCTICOS, ASFIXIA, ETC.

PARO CARDIACO

ENFRENTARSE A ESTA EMERGENCIA ES PROBABLEMENTE LA SITUACIÓN QUE PONE MÁS A PRUEBA LOS CONOCIMIENTOS MÉDICOS O LA AUSENCIA DE ELLOS.

CONCEPTO: ES EL ESTADO EN EL CUAL NO HAY CIRCULACIÓN EFECTIVA A PARTIR DEL CORAZÓN. ESTA EXPRESIÓN REQUIERE DIAGNÓSTICO INMEDIATO, PARA PROCEDER AL TRATAMIENTO CON LA MISMA RAPIDEZ. SON CLINICAMENTE DISTINGUIBLES LA FIBRILACIÓN VENTRICULAR Y LA SISTOLIA Y PARALISIS DEL MANEJO INMEDIATO SON EQUIVALENTE.

LAS CAUSAS (ANEMIA, SHOCK ANAFILÁCTICO, HIPOVOLEMIA, EXCESO DE ANESTÉSICOS, INHALACIÓN DE MEZCLAS SIN OXÍGENO, INTOXICACIÓN POR BIOXIDO DE CARBONO ASPIRACIÓN DE SECRECIONES, EDEMA PULMONAR, BRONCO-ESPASMOS, ETC.) QUE PRODUCEN EL PARO CÁRDIOCOSE CANALIZAN A LA HIPOXIA POR LO QUE CONSIDERAMOS A ÉSTA COMO LA PRINCIPAL DE ELLAS.

DIAGNOSTICO

EL DIAGNÓSTICO SE ESTABLECE CLINICAMENTE POR EL PARO DE LA DINÁMICA CIRCULATORIAL, AUSENCIA DE RESPIRACIÓN, DE PULSO CAROTIDEO, TENSIÓN ARTERIAL, DE LATIDOS CARDÍACOS AUNADOS A DATOS TALES COMO PALIDEZ DE LOS TEGUMENTOS, MIDRIASIS Y PÉRDIDA DE LA

CONCIENCIA, FALTA DE TONO MUSCULAR Y DE REFLEJOS OSTEO - TENDINOSOS. POR LO QUE EL PARO CARDÍACO SE RECONOCE FACILMENTE.

TRATAMIENTO INMEDIATO

MASAJE CARDÍACO.-

SERÁ DE SUMA IMPORTANCIA ESTAR CONTROLANDO EL PULSO CAROTIDEO CONSTANTEMENTE Y SI ÉSTE NO ES PALPADO SE PROCEDERÁ A PROPORCIONAR MASAJE CARDÍACO EN CUALQUIERA DE SUS DOS METODOS: EXTERNO E INTERNO, PERO EN NUESTRO CONSULTORIO SÓLO PODREMOS EFECTUAR EL EXTERNO POR LO QUE HABLAREMOS SOLO DE ÉSTE.

LO PRIMERO A EFECTUARSE SERÁ DAR UN FUERTE GOLPE CON EL PUÑO CERRADO SOBRE LA REGIÓN PRECORDIAL ANTES DE QUE EL CORAZÓN ESTE ANÓXICO, EN SEGUIDA SE APLICA EL MASAJE APOYANDO LA BASE DE LA PALMA DE LA MANO DERECHA EN DORSIFLEXIÓN SOBRE EL APÉNDICE XIFOIDES, Y SOBRE ELLA LA MANO IZQUIERDA, RECARGANDO EL PESO DEL CUERPO Y RETIRÁNDOLO A UNA FRECUENCIA DE 70/80 VECES POR MINUTO CON MOVIMIENTOS FIRMES Y UNIFORMES, SIN GOLPEAR AL TERMINAR CADA COMPRESIÓN. SE DEBERÁ MANTENER PRESIÓN UNA FRACCIÓN DE SEGUNDO PARA AYUDAR A QUE EL CORAZÓN SE VACIE DESPUÉS LEVANTANDO RÁPIDO LAS MANOS EL CORAZÓN SE LLENARÁ NUEVAMENTE (POR LA ELASTICIDAD NATURAL DEL TORAX). UN AUXILIAR DEBE VERIFICAR LA EFECTIVIDAD DEL MASAJE TOMANDO EL PULSO O DE PREFERENCIA COLOCANDO UN MANOMETRO ANAEROIDE A PRESIÓN DE 60/70 MM. DE KG. Y VIGILANDO LA AMPLITUD DE LAS OSCILACIONES DE LA AGUJA DEL APARATO.

DESPUÉS DE CADA 15 MANIOBRAS DE COMPRESIÓN SE VENTILAN LOS PULMONES CON 2 ASPIRACIONES RÁPIDAS Y PROFUNDAS. SI NO SE DISPONE DE ALGÚN AYUDANTE QUE LO -

HAGA, EL MISMO OPERADOR DEBERÁ HACERLO Y CUANDO AQUEL -
LLEGUE SE LE PEDIRÁ QUE SOLICITE UNA AMBULANCIA PARA TRAS-
LADAR AL PACIENTE A UN HOSPITAL.

LA COMPRESIÓN DEL MASAJE CARDÍACO EX-
TERNO PRODUCE UN FLUJO SANGUÍNEO QUE ES EL 30% DE LA EFEC-
TIVIDAD DE LA CONTRACCIÓN CARDÍACA NORMAL.

DEBIDO AL ESCASO FLUJO SANGUÍNEO PRODU-
CIDO POR LA COMPRESIÓN DEL MASAJE CARDÍACO EXTERNO QUE -
ES EL 30% DE LA EFECTIVIDAD DE LA CONTRACCIÓN CARDÍACA -
NORMAL, EL ÉXITO SOLO SE LOGRA, SI REALIZAMOS UNA BUENA-
TÉCNICA. ESTO EXPLICA EL PORQUÉ LA ORGANIZACIÓN Y RAPIDEZ
SON IMPORTANTES. NO DEBEMOS TENER PAUSAS DENTRO DEL TRATA-
MIENTO Y MANTENDREMOS UNA ATMOSFERA DE URGENCIA EN TODO-
MOMENTO, NO DEBIENDO INTERRUMPIRSE POR NINGÚN MOTIVO POR
MÁS DE 5 SEGUNDOS, PUES LAS PAUSAS PROLONGADAS, YA SEA -
PARA OBSERVAR EL ELECTROCARDIOGRAMA, LAS DROGAS QUE SE -
ESTÁN APLICANDO O INTENTOS DE INTUBACIÓN, SON CON TODA -
SEGURIDAD LAS PRINCIPALES FALLAS DEL MASAJE CARDÍACO EX-
TERNO.

DEBEMOS TENER EN CUENTA QUE DURANTE --
LAS MANIOBRAS DEL MASAJE CARDÍACO EXTERNO LOS CARTÍLAGOS
PUEDEN FRACTURARSE, PERO AFORTUNADAMENTE EL ACCIDENTE NO
TIENE CONSECUENCIAS SERIAS.

SI NO SE REALIZA CORRECTAMENTE EL MASA-
JE, APARECEN COMPLICACIONES TALES COMO FRACTURA DEL ES-
TERNÓN; APLICANDO PRESIÓN DEMASIADO ALTA SOBRE EL ESTER-
NÓN, RUPTURA ESPLÉNICA O HEPÁTICA; APLICANDO PRESIÓN DE-
MASIADO BAJA SOBRE EL APÉNDICE XIFLOIDES, SEPARACIÓN CON
DROCOSTAL O FRACTURA DE COSTILLA; APLICANDO PRESIÓN SO-
BRE EL ESTERNÓN CON LA PALMA DE LA MANO, PUNCIÓN PULMO--
NAR; APLICANDO PRESIÓN SOBRE LA REJA COSTAL, Y HEMOPERI-
CARDIO; APLICANDO EXCESIVA PRESIÓN SOBRE EL ESTERNÓN.

EL MEJOR INDICIO DE QUE EL MASAJE CARDÍACO HA SIDO EFECTIVO, NOS LO PROPORCIONA EL TAMAÑO PUPILAR, DEBIDO A QUE LA PUPILA ES EL MEJOR ÍNDICE DE OXIGENACIÓN CEREBRAL, ASÍ COMO EL MEJOR INDICADOR DE LA EFECTIVIDAD DE LA RESUCITACIÓN CORAZÓN-PULMÓN.

EN EL CASO DE QUE DESPUÉS DE 5 MINUTOS DE ESFUERZOS PROCURANDO MASAJE CARDÍACO, NO HUBIERA REACCIÓN A ÉSTE, SE RECURRIRÁ A LAS DROGAS. LA ADRENALINA CUYO EFECTO ES MÁXIMO CUANDO SE APLICA DIRECTO A LAS CAVIDADES CARDÍACAS, ES LA INDICADA EN ÉSTE CASO. ESTA SE PRESENTA EN AMPOLLETAS DE 1ML. DE SOLUCIÓN AL 1:1,000 Y SE DILUYE EN 9 ML. DE SOLUCIÓN FISIOLÓGICA ESTÉRIL. SE EMPLEA AGUJA INTRAMUSCULAR Y JERINGA DE 10 ML, INYECTÁNDOSE DE 3 A 5 ML. AL 1:10,000 EN CUALQUIERA DE LOS VENTRÍCULOS A TRAVÉS DEL CUARTO ESPACIO INTERCOSTAL. DEBERÁ ESTARSE SEGURO DE QUE ES LA CAVIDAD CARDÍACA DONDE SE INYECTA.

LA RESUCITACIÓN DEBE INTENTARSE RÁPIDAMENTE Y ESTÁ INDICADA EN TODA PERSONA QUE ESTÉ MURIENDO-SUBITAMENTE NO IMPORTANDO LA EDAD NI EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL PARO CARDÍACO.

SE PROCURARÁ DAR OXIGENACIÓN ADECUADA PUÉS LA DEPRESIÓN RESPIRATORIA, EL ESPASMO LARÍNGEO Y LA OBSTRUCCIÓN RESPIRATORIA DE CUALQUIER CAUSA DAN LUGAR COMO YA LO DIJIMOS, A LA HIPOXIA QUE DEBE SER TRATADA DE INMEDIATO. LA OXIGENACIÓN PUEDE REALIZARSE DE ACUERDO CON LA URGENCIA Y EL GRADO DE HIPOXIA CON LAS SIGUIENTES MEDIDAS. CUANDO HAY RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA BASTA COLOCAR UN CATETER NASAL ADMINISTRANDO 2 O 3 LITROS DE OXIGENO POR MINUTO. SI NO HAY RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA, SE COLOCA EL DISPOSITIVO DE MASCARILLA Y BOLSA PARA DAR OXIGENO A PRESIÓN MANTENIENDO LA RESPIRACIÓN ARTIFICIAL HASTA QUE APAREZCA LA ESPONTÁNEA.

EL CIRUJANO DENTISTA DEBE TENER EN SU GABINETE UN APARATO DE OXIGENACIÓN DE LOS CUALES EL MÁS SENCILLO Y ECONÓMICO CONSISTE EN: UNA FUENTE DE OXÍGENO CONSTITUIDA POR UN TANQUE PORTÁTIL, UN REGULADOR DE PRESIÓN Y UN DISPOSITIVO PARA ADMINISTRAR OXÍGENO A PRESIÓN QUE CONSTA DE UNA MASCARILLA DE CAUCHO UNIDA A UNA BOLSA DE REINHALACIÓN.

CUANDO NO SE CUENTE CON ÉSTE EQUIPO QUE DEBERÁ TENER TODO DENTISTA NO HAY QUE PDERDE EL TIEMPO EN UN PARO CARDÍACO, DEBIÉNDOSE ADMINISTRAR DE INMEDIATO RESPIRACIÓN BOCA A BOCA DE LA MANERA YA INDICADA, O POR INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL CUANDO SEA POSIBLE, YA QUE NO EN TODOS LOS CASOS SE UTILIZA ÉSTE PROCEDIMIENTO, -- PUÉS INTENTOS SIN ÉXITO, PARA COLOCARLO, PUEDE COSTAR LA VIDA AL PACIENTE.

TRATAMIENTO MEDIATO

- 10.- DEBE HACERSE CONTROL ELECTROCARDIOGRÁFICO EN CUANTO SEA POSIBLE PARA EFECTUAR EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ASISTOLIA Y FIBRILACIÓN VENTRICULAR, ASÍ COMO PARA OBSERVAR LA RESPUESTA A LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS O LA DESFIBRILACIÓN.
EN CORAZÓN FLACCIDO; LÍNEA DERECHA O FLUCTUANTE, -- HAY CIRCULACIÓN (ASISTOLIA)
EN ACTIVIDAD MUSCULAR ELÉCTRICA INCOORDINADA, NO -- EXISTE FLUJO CARDÍACO (FIBRILACIÓN VENTRIOLAR)
- 20.- INYECCIÓN INTRACARDÍACA DE 3 A 4 ML. DE CLORURO DE CALCIO EN SOLUCIÓN AL 10%, SE REPETIRÁ CADA 30 MINUTOS MIENTRAS SEA DÉBIL LA RESPUESTA DEL CORAZÓN.
- 30.- APLICAR VENOCLISIS Y PASAR UNA SOLUCIÓN GLUCOSADA - AL 5% CON ALGÚN VASODEPRESOR A GOTEADO PARA OBTENER - UNA PRESIÓN ARTERIAL ADECUADA.

- 40.- SI EL ELECTROCARDIOGRAMA DEMUESTRA ASISTOLIA SE APLICARÁN 3MM. DE ADRENALINA EN SOLUCIÓN AL 1:10,000 EN INYECCIÓN INTRACARDIACA.
- 50.- SI HAY FIBRILACIÓN VENTRICULAR EN MASAJE EXTERNO, SE COLOCA UN ELECTRODO DEL FIBRILADOR EXTERNO SOBRE LA HORQUILLA ESTERNA Y EL OTRO DEBAJO DEL PEZÓN IZQUIERDO, USANDO JALEA O ALCOHOL CUANDO MENOS PARA ASEGURAR UN CONTACTO ADECUADO. EL OPERADOR DEBE ESTAR CORRECTAMENTE AISLADO. SE DESCONECTA EL ELECTROCARDIOGRAFO Y SE DA UN CHOQUE DE UN SEGUNDO CON 500 VOLTIOS. INMEDIATAMENTE SE REANUDA EL MASAJE-EXTERNO Y SE REPITE LA DESFIBRILACIÓN CON 600 VOLTIOS SI NO HUBO RESPUESTA ADECUADA.
- 60.- ADMINISTRAR POR VIA ENDOVENOSA TRES AMPOLLETAS DE 10 MM. DE BICARBONATO DE SODIO AL 10% PARA COMBATIR LA ACIDOSIS METABÓLICA DEL MIOCARDIO. EN SU DEFECTO, -- APLICAR LACTADO DE SODIO 1/6 MOLAR EN VENOCISIS A -- 16 GOTAS POR MINUTO.
- 70.- UNA VEZ LOGRADO UN RITMO CARDÍACO NORMAL, DEBE CUIDARSE AL ENFERMO PARA ADVERTIR SI OCURRE PARO SECUNDARIO.
- 80.- DEBE VERIFICARSE UNA BUENA VENTILACIÓN Y PRESIÓN SANGÜINEA ADECUADA.
- 90.- SI DESPUÉS DE RECUPERADO EL PARO, SE OBSERVARÁN CONTRACCIONES FIBRILES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS SE APLICARÁN BARBITURICOS Y LIGERA HIPOTERMIA CEREBRAL.
- 100.- SE SUSPENDERÁN LOS ESFUERZOS SI DESPUÉS DE UNA HORA SE PRESENTAN LOS SIGUIENTES SIGNOS:
- 1.- PUPILAS PARALÍTICAS Y DILATADAS
 - 2.- NO HAY ACTIVIDAD ELÉCTRICA DEL CORAZÓN O SOLO -- HAY TRAZOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS ANÓMALOS.
 - 3.- NO HAY MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS ESPONTÁNEOS.
 - 4.- NO HAY ACTIVIDAD ELÉCTRICA CEREBRAL.

CAPITULO VI

RESUMEN Y CONCLUSIONES.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

ANTES DE ATRIBUIR UNA REACCIÓN A UN MEDICAMENTO HAY QUE TENER EN CUENTA QUE LOS PLACEBOS TAMBIÉN CAUSAN EFECTOS SECUNDARIOS. LOS ESTUDIOS CON TÉCNICA DOBLE A CIEGAS REVELAN QUE DE 9 A 50% DE LAS PERSONAS QUE INGIEREN SUSTANCIAS INERTES PRESENTAN NAUSEAS, TAQUICARDIA, SUDACIÓN EXCESIVA, MOLESTIAS EPIGÁSTRICAS CON DIARREA, SEQUEDAD DE LA BOCA, DOLOR DE CABEZA INTENSO, FATIGABILIDAD FÁCIL Y SOMNOLENCIA DE TODOS MODOS, CADA VEZ TIENEN MÁS IMPORTANCIA LAS REACCIONES PROVOCADAS POR DROGAS.

REACCIONES FARMACOLÓGICAS

- ANESTÉSICOS LOCALES: DERMATÍIS POR CONTACTO, FIEBRE, SHOCK, URTICARIA.
- ANTIHISTAMÍNICOS: DERMATÍIS POR CONTACTO, (ERUPCIÓN TIPO ERITEMA MULTIFORME, GRANULOCITOPENIA, ERUPCIÓN MUSCULAR, PÚRPURA SIMPLE, URTICARIA.
- CLORANFENICOL: ANEMIA APLASTICA, DERMATÍIS POR CONTACTO, ERUPCIÓN TIPO ERITEMA - MÚLTIFORME, NEUROPATIA, URTICARIA.
- CLOROTETRACICLINA: ASMA BRONQUIAL, DERMATÍIS POR CONTACTO, ERUPCIÓN FIJA, ERUPCIÓN MACULAR, LESIONES MUCOSAS, ERUPCIÓN-PAPULAR, PÚRPURA SIMPLE, SHOCK.
- EFEFRINA: DERMATÍIS POR CONTACTO, PÚRPURA - SIMPLE, ERUPCIÓN ESCARLATINIFORME, URTICARIA.
- EPINEFRINA: URTICARIA.
- PENICILINA: ASMA BRONQUIAL, DERMATÍIS POR CONTACTO, ERUPCIÓN ERITEMATOSA, HEPATI

SULFAMIDAS:

TIS, ERUPCIÓN MACULAR, ERUPCIÓN PUPULAR, PÚRPURA SIMPLE, URTICARIA. ANEMIA APLASTICA, DERMATÍTIS POR CONTACTO, ERUPCIÓN ERITEMATOSA, LESIÓN RENAL, ERUPCIÓN MACULAR, NEUROPATÍA, URTICARIA.

ALERGIA.-

AUNQUE ORDINARIAMENTE SE DEBE A LA INGESTIÓN DE ALERGENOS ALIMENTARIOS ESPECÍFICOS, LA ALERGIA GASTROINTESTINAL PUEDE SER RESULTADO DE MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS POR VIA ORAL Y TAMBIÉN DE MEDICAMENTOS, VACUNAS O SUEROS, POR VIA PARENTERAL.

EL DIAGNOSTICO SUELE SER DIFÍCIL. - ESTE TRASTORNO DEBE DISTINGUIRSE DE LAS NEUROSIS CON MOLESTIAS GASTROINTESTINALES. UNA BUENA HISTORIA CLÍNICA, LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y LAS DIETAS ELIMINATORIAS - CONTRIBUYEN A ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO, HABITUALMENTE LAS PRUEBAS CUTÁNEAS NO SON DE GRAN VALOR.

TRATAMIENTO: APARTE DE LA ELIMINACIÓN DE LAS SUSTANCIAS OFENSIVAS NO HAY TRATAMIENTO ESPECÍFICO. LA HIPERSENSIBILIDAD A UNO O MÁS AGENTES PUEDE LLEGAR A DESAPARECER DE UN MODO EXPONTÁNEO A TRAVÉS DE LOS AÑOS.

LA DESENSIBILIZACIÓN PARENTERAL ES - TEDIOSA Y GENERALMENTE ES INEFICAZ.

ALGUNOS AUTORES DISCUTEN LA DESENSIBILIZACIÓN ORAL, COMENZANDO POR ELIMINAR EL AGENTE ALERGÉNICO DURANTE CIERTO TIEMPO Y DESPUÉS ADMINISTRÁNDOLO EN CANTIDADES PEQUEÑAS, DIARIAMENTE PROGRESIVAS.

SHOCK ANAFILÁCTICO.

REACCIÓN GRAVE, MUCHAS VECES MORTAL EN INDIVIDUOS PREVIAMENTE SENSIBILIZADOS DURANTE O POCO DESPUÉS DE LA INYECCIÓN, GENERALMENTE, DE UN SUERO EXTRAÑO. REACCIONES DE TIPO ANAFILÁCTICO, QUE CLÍNICAMENTE NO SE DISTINGUEN DE LAS PRODUCIDAS POR SUEROS EXTRAÑOS, QUE PUEDEN OCURRIR DESPUÉS DE LA INYECCIÓN DE UN MEDICAMENTO (VG; PENICILINA), INCLUSO EN PACIENTES QUE NO HAN SIDO PREVIAMENTE EXPUESTOS AL MEDICAMENTO. SINTOMATOLOGÍA. — AUNQUE ES POSIBLE QUE SE PRODUZCAN AL CABO DE TREINTA MINUTOS, LO TÍPICO ES UNA RESPUESTA ABRUPTA, FULMINANTE, — MUCHAS VECES CATASTRÓFICA, CONSECUTIVA A LA INYECCIÓN. — EL ENFERMO SE QUEJA DESENSACIÓN DE DESASOSIEGO, ANSIEDAD E INQUIETUD, MUCHAS VECES CON CEFALEA PULSATIL E INTENSOS LATIDOS EN LOS OIDOS. EN MUCHOS CASOS, LA PRIMERA MANIFESTACIÓN ES EL COLAPSO VASCULAR PERIFÉRICO PROFUNDO, NO RARA VEZ ASOCIADO A DEFECACIÓN INVOLUNTARIA. EN CASOS MÁS LEVES PUEDEN APARECER ESTORNUDOS, DOLOR DE GARGANTA-URTICARIA, SENSACIÓN DE SOFOCACIÓN, TOS O ASMA BRONQUIAL EN CASOS MÁS GRAVES PUEDE HABER CONVULSIONES GENERALIZADAS QUE LLEVEN A LA MUERTE, O BIEN ÉSTA SE PRODUCE TAN RÁPIDAMENTE QUE APENAS SE MANIFIESTA ALGÚN SINTOMA.

TRATAMIENTO

UN GRAN PORCENTAJE DE ENFERMOS MUEREN TAN RÁPIDAMENTE QUE ES IMPOSIBLE EL TRATAMIENTO. EN LOS RESTANTES SON DE ENORME VALOR LOS AGENTES VASOPRESORES; — EL LEVARTERENOL Y EL METARAMINOL, SON DE LOS MÁS POTENTES PERO DEBE EMPLEARSE PRIMERO EPINEFRINA, ESPECIALMENTE SI HAY BRONCOESPASMOS. LAS HORMONAS CORTICOADRENALES REFUERZAN LA ACCIÓN DE LOS AGENTES VASOPRESORES. DEBE ADMINISTRARSE 21-FOSFATO DE DEXAMETASONA POR VÍA INTRAVENOSA

EN DOSIS DE 4 A 20 MG., POR VÍA INTRAMUSCULAR CADA SEIS HORAS. SE CONTINUARÁ EL TRATAMIENTO DE SOSTÉN HASTA QUE PASE EL PELIGRO (DE MEDIO A CINCO DÍAS). LA OXIGENOTERAPIA ESTÁ INDICADA ESPECIALMENTE CUANDO PREDOMINAN SÍNTOMAS DEL SISTEMA RESPIRATORIO.

PARO CARDIORESPIRATORIO.

CON FRECUENCIA LAS INSUFICIENCIAS CIRCULATORIA Y RESPIRATORIA AGUDA SE PRESENTAN AL MISMO TIEMPO. NO ES RARO QUE UNA ALTERACIÓN DE LA RESPIRACIÓN DETERMINE TRASTORNOS CIRCULATORIOS, Y QUE POR EL CONTRARIO UNA INSUFICIENCIA CIRCULATORIA PRIMARIA SEA LA CAUSA, AL CABO DE MUCHO O POCO TIEMPO, DE DIFICULTADES RESPIRATORIAS. ANTE UN CASO URGENTE NO SIEMPRE RESULTA POSIBLE DIFERENCIAR CUAL ES LA ALTERACIÓN PRIMARIA Y CUAL ES LA SECUNDARIA. EN UN ENFERMO INCONSCIENTE LA PRINCIPAL AMENAZA PARA SU VIDA SUELE CONSISTIR EN EL PELIGRO DE ASFIXIA, POR LO QUE LA REANIMACIÓN DEBE DIRIGIRSE EN PRIMER LUGAR A COMBATIR LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA. UNA ASFIXIA AGUDA DETERMINA LA MUERTE EN UN INTERVALO COMPRENDIDO ENTRE CINCO Y OCHO MINUTOS, MIENTRAS QUE UN ESTADO DE SHOCK O DE COLAPSO PUEDE PROLONGARSE DURANTE HORAS E INCLUSO DIAS. ANTE UNA SITUACIÓN DE URGENCIA EL CIRUJANO DENTISTA, NO DEBE PERDER TIEMPO EN EXTENSAS CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS, QUE QUEDAN RELEGADAS INMEDIATAMENTE A SEGUNDO TÉRMINO. TAMBIÉN DEBEMOS PREVENIR CONTRA LA PÉRDIDA DE TIEMPO CON MEDIDAS TERAPÉUTICAS INÚTILES, COMO LA INYECCIÓN DE ANALEPTICOS A PACIENTES INCONSCIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA. EL TIEMPO QUE SE PIERDE PREPARANDO Y APLICANDO LA INYECCIÓN PUEDE QUE RESULTE YA INÚTIL LA RESPIRACIÓN ARTIFICIAL ÚNICA -

MEDIDA EFICAZ PARA LA REANIMACIÓN. LA MAYOR PARTE DE LAS VÍCTIMAS DE ASFIXIA FALLECEN, NO POR UNA PARÁLISIS RESPIRATORIA CENTRAL, SINO POR UNA OBSTRUCCIÓN DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS. EN ESTOS CASOS, LOS ANALEPTICOS CENTRALES SON SUPERFLUOS POR QUE, COMO SE SABE, EL ACÚMULO DE ANHÍDRIDO CARBÓNICO REPRESENTA EL ESTÍMULO MÁS ENÉRGICO PARA EL CENTRO RESPIRATORIO.

DESOBSTRUCCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA PERMEABILIDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS:

LA DESOBSTRUCCIÓN DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS DEBE REALIZARSE EN GENERAL CON LOS MEDIOS MÁS SIMPLER, POR QUE NO SUELE DISPONERSE DE INSTRUMENTOS ESPECIALES DE NINGUNA CLASE. UNA RÁPIDA INSPECCIÓN DE LA CAVIDAD ORAL MOSTRARÁ SI ES PRECISO EXTRAER ALGÚN CUERPO EXTRAÑO ASPIRADO, SOBRE TODO LAS PRÓTESIS DENTALES. SE INTENTARÁ EN TODOS LOS CASOS COLOCAR A LOS PACIENTES INCONSCIENTES EN POSICIÓN TRANDELENBURG. CON ELLO NO SÓLO SE LIBERARÁN LAS VÍAS RESPIRATORIAS, SINO QUE SE PREVIENE SU ULTIMOR OBSTRUCCIÓN.

SI CON LAS MEDIDAS CITADAS NO SE LOGRA ELIMINAR LOS OBSTÁCULOS A LA RESPIRACIÓN, DEBE COLOCARSE LA CABEZA EN POSICIÓN DE HIPEREXTENSIÓN Y EMPUJAR LOS ÁNGULOS DEL MAXILAR INFERIOR HACIA ADELANTE Y HACIA ARRIBA CON LO QUE SE LOGRARÁ AMPLIAR CONSIDERABLEMENTE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES. EN OCASIONES LA SIMPLE ASPIRACIÓN DE LAS SECRECIONES ACUMULADAS EN LA NARIZ, BOCA Y FARINGE ES SUFICIENTE PARA SALVAR LA VIDA DEL PACIENTE.

PARA ELLO ES PRECISO DISPONER DE UN APARATO DE ASPIRACIÓN EFICIENTE Y DE FÁCIL TRANSPARENTE- E INSTALACIÓN, COMO POR EJEMPLO LA BOMBA O PEDAL DE ÁMBUO DE TIPO SIMILAR. EN CASO DE NECESIDAD EL ASPIRADOR PUEDE SUSTITUIRSE POR UNA JERINGA COMO LAS UTILIZADAS PARA LOS LAVADOS VESICALES. ES MUY IMPORTANTE QUE EL CATETER-

EMPLEADO NO SEA DEMASIADO ESTRECHO NI MUY BLANDO, POR -
QUE ENTONCES SUS PAREDES PUEDEN COLAPSARSE EN LA ASPIRA
CIÓN.

RESPIRACIÓN ARTIFICIAL.

INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LIBERAR LAS
VÍAS AEREAS, DEBE INICIARSE LA RESPIRACIÓN ARTIFICIAL -
EN TODOS LOS CASOS EN QUE EL PACIENTE MUESTRE SIGNOS DE
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, EN ESPECIAL CIANOSIS. LOS -
MÉTODOS INDIRECTOS ANTIGUOS HAN SIDO SUSTITUIDOS POR LA
RESPIRACIÓN DIRECTA BOCA A BOCA. SEGÚN LAS ÚLTIMAS EXPE
RIENCIAS, LA RESPIRACIÓN DIRECTA BOCA A BOCA ES EL MÉTO
DO MÁS EFICAZ DE REANIMACIÓN RESPIRATORIA. CONSTITUYEN
VENTAJAS DEL PROCEDIMIENTO EL QUE QUEDEN LIBRES LAS DOS
MANOS DEL AYUDANTE Y QUE LA CABEZA DEL PACIENTE PUEDA -
MANTENERSE EN UNA POSICIÓN QUE FACILITA LA MÁXIMA PER--
MEABILIDAD DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES.

TECNICA DE LA RESPIRACION BOCA A BOCA A NARIZ

- A).- LA CABEZA DEL PACIENTE DEBE COLOCARSE EN POSICIÓN-
DE EXTENSIÓN MÁXIMA, APOYANDO EL REANIMADOR UNA DE
SUS MANOS SOBRE LA FRENTE DEL PACIENTE, CON EL FÍN
DE EMPUJAR EL CRANEO HACIA ATRÁS.
- B).- CON LA OTRA MANO SE ELEVARÁ EL MAXILAR INFERIOR HA
CIA EL SUPERIOR, SÓLO CON ESTA POSICIÓN ESTARÁ ASE
GURADA LA PERMEABILIDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS -
SUPERIORES.
- C).- ENTONCES EL REANIMADOR, DESPUÉS DE REALIZAR UNA INS
PIRACIÓN PROFUNDA, SOPLARÁ SU AIRE ESPIRATORIO EN -
LA NARIZ O EN LA BOCA DEL PACIENTE.
- D).- SE TENDRÁ CUIDADO DE OBSERVAR QUE EL TORAX SUFRA EX
PANSIÓN A CAUSA DE LA INSUFLACIÓN.

LA POSICIÓN EN QUE SE HAYA LA CABEZA Y LA FRECUENTE PRESENCIA DE CONTRACTURA DEL MAXILAR INFERIOR EN LOS ASFICTICOS OBLIGAN, EN GENERAL, A INSUFLAR AIRE POR LA NARIZ DEL PACIENTE.

INMEDIATAMENTE PODRÁN COMPROBARSE LOS EFECTOS DE LA RESPIRACIÓN ARTIFICIAL OBSERVANDO LOS MOVIMIENTOS DEL TÓRAX DEL PACIENTE. EL MISMO REANIMADOR PODRÁ DEDUCIR EL GRADO DE PERMEABILIDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SEGÚN LA RESISTENCIA QUE ENCUENTRE AL INSUFLAR EL AIRE.

LA RESPIRACIÓN ARTIFICIAL DEBERÁ PROSEGUIRSE ININTERRUMPIDAMENTE HASTA OBTENER LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE O HASTA QUE APAREZCAN SIGNOS INDUDABLES DE MUERTE. LA RESPIRACIÓN ENTRECORTADA SUELE SER UN TIPO DE RESPIRACIÓN EXPONTÁNEA INSUFICIENTE PARA QUE SE RESTABLEZCA EL PACIENTE POR LO QUE NO DEBERÁ SER CAUSA DE UNA INTERRUPCIÓN PREMATURA DE LA REANIMACIÓN.

INSUFICIENCIA CIRCULATORIA

COMO YA HABIAMOS INDICADO ANTERIORMENTE LAS INSUFICIENCIAS CIRCULATORIAS Y RESPIRATORIAS AGUDAS SUELES PRESENTARSE EN FORMA SIMULTÁNEA, YA QUE UNA PUEDE SER EL RESULTADO DE LA OTRA O AL REVÉS.

LA FINALIDAD DEL PARO CIRCULATORIO ES EL APORTE DE SANGRE OXIGENADA AL CEREBRO ANTES DE QUE HAYAN TRANSCURRIDO CUATRO MINUTOS, POR MEDIO DEL RESTABLECIMIENTO DE LA RESPIRACIÓN Y DE LA CIRCULACIÓN. HASTA HACE POCO SE CONSIDERABA QUE LA ÚNICA MEDIDA QUE PODÍA SER DE UTILIDAD ERA EL MASAJE DIRECTO DEL CORAZÓN, A TRAVEZ DE UNA TORACCIÓN. EN LA ACTUALIDAD SE REALIZA SOLAMENTE CUANDO SE REUNEN CONDICIONES ÓPTIMAS PARA EL

MISMO, O SEA EN QUIRÓFANO, CONTANDO CON EL EQUIPO Y EL MATERIAL ADECUADO.

EN LOS ÚLTIMOS AÑOS SE HA PROPUESTO EL EFECTIVO Y MUY PROMETEDOR MASAJE DEL CORAZÓN A TÓRAX CERRADO, EL CUAL POR SU SENCILLEZ Y POSIBLE APLICACIÓN EN CASO DE PARO CIRCULATORIO PARECE QUE HA ELIMINADO - LA NECESIDAD DE RECURRIR A LA TORACTOMIA..

FORMA DE ADMINISTRAR EL MASAJE CARDÍACO.

- A).- EL PACIENTE DEBE ESTAR ACOSTADO SOBRE UN PLANO RE SISTENTE.
- B).- LA COMPRESIÓN RÍTMICA Y MUY INTENSA DE LA PARTE INFERIOR DEL ESTERNÓN CONTRA LA GOLUMNA VERTEBRAL.
- C).- DEBE LLEVAR UN RITMO DE SETENTA MASAJES POR MINUTO. ESTO PERMITE MANTENER UNA PRESIÓN ARTERIAL RE GISTRANDO CIFRAS QUE OSCILAN ENTRE SESENTA Y CIENTO MM. DE HG. PARECE SER QUE CON ÉSTE PROCEDIMIENTO LAS CONDICIONES PARA OBTENER LA REPLECIÓN DIASTÓ LICA DEL CORAZÓN SON INCLUSO MEJORES QUE CON EL - MASAJE A TÓRAX ABIERTO. LAS COMPRESIONES DEL TÓRAX SIRVEN AL MISMO TIEMPO PARA VENTILAR LOS PULMONES AUNQUE DE FORMA INSUFICIENTE, POR ELLO ES PRECISO QUE UN AYUDANTE PRACTIQUE AL MISMO TIEMPO LA RES PIRACIÓN ARTIFICIAL BOCA A NARIZ. EN LOS CASOS EN QUE SE ENCUENTRE SOLO EL MÉDICO PUEDE PRACTICAR - ALTERNATIVAMENTE LA RESPIRACIÓN BOCA A NARIZ (UNAS 10 VECES POR SEGUNDO) Y EL MASAJE CARDÍACO (UNAS 30 VECES POR MINUTO). LA MAYOR PARTE DE LOS AUTO RES CONSIDERAN EL MASAJE EXTRATORÁXCICO COMO SUPE RIOR AL PRACTICADO CON EL CORAZÓN AL DESCUBIERTO.

MEDIDAS ADOPTADAS ANTE UN PARO CARDIACO.

- A).- COLOCACIÓN DEL PACIENTE CON LA CABEZA BAJA: ELEVACIÓN DE LAS PIERNAS PARA FACILITAR EL RETORNO VENOSO Y LA REPLECIÓN DEL CORAZÓN. SOLICITAR AYUDANTE.
- B).- PERCUSIÓN ENÉRGICA DE LA PARED DEL TÓRAX CON EL PUÑO SOBRE EL ÁREA CARDÍACA; CON ÉSTA SOLA MANIOBRA PUEDE RESTABLECERSE LA ACTIVIDAD DEL CORAZÓN.
- C).- RESPIRACIÓN BOCA A NARIZ (10 POR SEGUNDO) Y MASAJE CARDÍACO EXTRATORÁXICO, (30 POR SEGUNDO).
- D).- INYECCIÓN INTRACARDÍACA DE 0.4 MG. DE ISOPRENALINA (ALEUDRINA) EN 10 CC. DE AGUA DESTILADA; PUNCIÓN - EN EL IV O V ESPACIO INTERCOSTAL, DOS TRAVESCES DE DEDO POR FUERA DEL BORDE IZQUIERDO DEL ESTERNÓN, - CON UNA AGUJA FINA DE UNOS 8 CMS., DE LARGO. SI EL MÉDICO NO DISPONE DE ALEUDRINA PUEDE RECURRIR A LA TRADICIONAL INYECCIÓN INTRACARDÍACA DE ADRENALINA- (0.3 CC. DE LA SOLUCIÓN AL 1%) TENIENDO EN CUENTA QUE LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS SE TRATA DE UN PARO VENTRICULAR.

CON ÉSTAS MEDIDAS PUEDE FACILITARSE DURANTE MUCHO TIEMPO UNA CANTIDAD SUFICIENTE DE OXÍGENO AL CORAZÓN Y AL CEREBRO, DE FORMA QUE NO SE PRODUZCAN ALTERACIONES PERMANENTES DE LOS MISMOS Y, A VECES, - HACER POSIBLE EL TRANSPORTE DEL ENFERMO A UN CENTRO SANITARIO A DONDE PUEDA ESTUDIARSE EL CASO Y APLICAR EL TRATAMIENTO CORRECTO, DURANTE EL TRANSPORTE NO DEBE SUSPENDERSE EN NINGÚN MOMENTO LA RESPIRACIÓN ARTIFICIAL NI EL MASAJE CARDÍACO.

BIBLIOTECA CENTRAL

CAPITULO VII

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

SALVADOR LERMAN

HISTORIA DE LA ODONTOLOGÍA Y SU EJERCICIO LEGAL.

CAP. 33.- 323, 390, 87

EDIT. MUNDI.

BUENOS AIRES 1964.

- - - - -

EL MANUAL MECK DE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA

III EDICIÓN 15,17,19,57

NEW JERSEY, E.U.A., 1964.

- - - - -

MANUAL DE TERAPÉUTICA "DAIMON"

I EDICIÓN 9,11,13,22,24

MADRID, BARCELONA, MÉXICO 1965.

- - - - -

DICCIONARIO MÉDICO "LAROUSE"

EDIT. LAROUSE 65,73

PARIS, BUENOS AIRES 1956

- - - - -

CHASE M.W. THE ALLERGIC STATE

W. DUBOS, R.J. BACTERIAL AND MYCOTIC

INFECTIONS OF MAN.

PHILADELPHIA, JB. LIPPINCOTT CO.

1952, CAP. 6

- - - - -

COOKE, R.A.
ALLERGY IN THEORY AND PRACTICE
SAUNDERS COMPANY
CAP... 3 100, 215
PHILADELPHIA 1947

CECIL Y LOEB
TRATADO DE MEDICINA INTERNA
X EDICIÓN, TOMO 1 407 A 431
EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A.
MÉXICO 1962.

BERNARDO A. HOUSAY
FISIOLOGÍA HUMANA
IV EDICIÓN 342, 343, 390
EDIT. EL ATENEO
BUENOS AIRES, ARGENTINA 1969.

LA ANESTÉSIA EN CIRUGIA DENTAL
II EDICIÓN 569, 570, 576 A 579
MÉXICO, 1957.

TRIBUNA MÉDICA
REV. PRUEBAS SOBRE RESUSITACIÓN
PAGS. 34 A 38
MÉXICO, MAYO DE 71

DR. IGNACIO CHÁVEZ RIVERA
GACETA MÉDICA DE MÉXICO REV.
VOLUMEN 101 No. 3 243 a 246
MÉXICO 1971.

CROWEL J.W. Y READ W. L.
IN VIVO COAGULATION A PROBABLE CAUSE OF IRREVERSIBLE
SHOCK.
AMER. J. PHYSIOL.
183:565-569
1955

KERN, R. A.
ANAFILACTIC DRUG REACTIONS, DIAGNÓSTICO PREVENSIÓN Y
TRATAMIENTO.
J.A.M.A.
179-19-22
1962

WEIL-SHUBIN
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SHOCK
1A. EDICIÓN 161-174
EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A.
MÉXICO, D.F., 1968.
