

879522
35,
24



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

URGENCIAS MEDICO ODONTOLOGICAS

EN CONSULTORIO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

MARIA ELENA PONCE VARGAS



CHIHUAHUA, CHIH.,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Í N D I C E

P Á G.

INTRODUCCIÓN+++++	6
CAPÍTULO I	
EL CARRO DE URGENCIAS+++++	8
CAPÍTULO II	
OXÍGENO+++++	12
CAPÍTULO III	
CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL SÍNCOPE+++++	20
CAPÍTULO IV	
URGENCIAS CARDÍACAS+++++	44
CAPÍTULO V	
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO+++++	54
CAPÍTULO VI	
EPILEPSIA+++++	63
CAPÍTULO VII	
REACCIONES ALÉRGICAS+++++	74
CAPÍTULO VIII	
REACCIONES DIABÉTICAS+++++	79

CONCLUSIONES+++++ 93

BIBLIOGRAFIA+++++ 94

I N T R O D U C C I Ó N .

ES UNA FORTUNA QUE LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS REAC--
CIONEN FAVORABLEMENTE AL TRATAMIENTO DENTAL Y QUE PUEDAN--
ACEPTAR SIN PROBLEMAS LAS TENSIONES MENTALES Y FÍSICAS A--
QUE SON SOMETIDAS. SIN EMBARGO, HAY CIRCUNSTANCIAS OCA--
SIONALES EN LA PRÁCTICA DIARIA DE LA ODONTOLOGÍA, EN LAS--
CUALES SE REQUIERE TRATAMIENTO URGENTE PARA EVITAR UN DE--
SENLACE CATASTRÓFICO.

ÉSTAS SITUACIONES PUEDEN ORIGINARSE POR LA REACCIÓN--
PSÍQUICA DEL PACIENTE AL TRATAMIENTO DENTAL, POR LA EXIS--
TENCIA PREVIA DE ALGUNA ENFERMEDAD O POR REACCIÓN DE AL--
GÚN MEDICAMENTO ADMINISTRADO. EN CUALQUIER CASO, DEBE -
ESTABLECERSE DE INMEDIATO EL CUIDADO Y TRATAMIENTO ADECUA--
DOS PARA QUE EL PACIENTE RECUPERE SU ESTADO DE SALUD.

HAY POCO INDICIO DE UN FALLECIMIENTO INMINENTE Y EL--
ODONTÓLOGO DEBE ESTAR ALERTA PARA POSER EN PRÁCTICA LO --
MÁS RÁPIDO POSIBLE MEDIDAS URGENTES.

EN MUCHAS SITUACIONES CRÍTICAS, EL TIEMPO TRANSCURRI--
DO ENTRE EL RECONOCIMIENTO DE LOS SÍNTOMAS Y LA APLICA---
CIÓN DEL TRATAMIENTO ES LO QUE DETERMINA LA RECUPERACIÓN--
O LA MUERTE DEL PACIENTE. TODO EL EQUIPO PROFESIONAL --

DEBE ESTAR MUY FAMILIARIZADO EN LAS POSIBLES URGENCIAS Y TODO CONSULTORIO DENTAL DEBE ESTABLECER UN PROGRAMA DE -- ADIESTRAMIENTO EN URGENCIAS, PARA QUE CADA MIEMBRO SE FAMILIARICE EN SUS DEBERES ESPECÍFICOS.

LA REPETICIÓN MENSUAL DE ESTE ADIESTRAMIENTO PERFECCIONARÁ LAS HABILIDADES DEL PERSONAL DEL CONSULTORIO Y AL GÚN DÍA PUEDE SALVAR LA VIDA DE UNA PERSONA.

CAPÍTULO I

EL CARRO DE URGENCIAS.

TODO CONSULTORIO DEBE DE ESTAR EQUIPADO CON UN CARRO DE URGENCIAS EN EL QUE SE TRANSPORTEN TODOS LOS INSTRUMENTOS NECESARIOS PARA ATENDER CUALQUIER TIPO DE URGENCIAS. LOS MEDICAMENTOS Y EL EQUIPO APROPIADO, DISTRIBUIDOS EN DIVERSAS ÁREAS SEPARADAS DEL CONSULTORIO, NO SERÁN BENÉFICOS CUANDO SE DISPONE DE POCO TIEMPO Y DE ESCASA AYUDA. EL CARRO DEBE SER MÓVIL, PARA QUE SE PUEDA DESPLAZAR A CUALQUIER PARTE DEL CONSULTORIO DENTAL, INCLUYENDO LA SALA DE ESPERA. SE LE FIJARÁ UN RÓTULO "CARRO DE URGENCIAS" Y SE LE CUBRIRÁ CON UNA CUBIERTA DE PLÁSTICO PARA CONSERVAR LOS INSTRUMENTOS LO MÁS LIMPIOS POSIBLES. PARA EVITAR EXTRA-
VÍOS DE INSTRUMENTOS DE URGENCIA, COMO AGUJAS O JERINGAS - RELATIVAMENTE ACCESIBLES, EL CARRO DEBERÁ AMARRARSE Y CERRARSE. TRÁS UNA VERIFICACIÓN PERIÓDICA DEL CARRO DE URGENCIAS, DURANTE LA CUAL SE CAMBIARÁN MEDICAMENTOS CÁDUCOS BATERIAS DESGASTADAS Y SOLUCIONES ALTERADAS, SE CERRARÁ -- OTRA VEZ EL CARRO Y SE ENGRAPARÁ AL NUDO UNA TARJETA CON--

LA FECHA DE LA "VERIFICACIÓN". SI ALGUNA PERSONA EXTRAE-AL
GO DEL CARRO DE URGENCIA, ESTO SERÁ NOTORIO, YA QUE DEBERÁ -
ROMPERSE EL NUDO.

PRECAUCIONES SENCILLAS COMO ÉSTAS PUEDEN AHORRAR UNNUME
RABLES MOMENTOS DE APRENSIÓN INNECESARIA.

EL CARRO DE URGENCIAS DEBE CONTENER LOS ARTÍCULOS BÁSI-
COS SIGUIENTES:

- 1.- ESTETOSCOPIO.
- 2.- ESFIGMOMANÓMETRO.
- 3.- SOLUCIÓN AMONICAL.
- 4.- OXÍGENO A PRESIÓN POSITIVA.
- 5.- MASCARILLA FACIAL COMPLETA.
- 6.- EQUIPO PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA.
- 7.- UN FRASCO DE 500ml. DE SOLUCIÓN DE DEXTROSA
AL 5% PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA.
- 8.- CÁNULAS BUCOFARÍNGEAS DE DIVERSOS TAMAÑOS
- 9.- APARATO PORTÁTIL DE SUCCIÓN.
- 10.- CRONÓMETRO.
- 11.- JERINGAS Y AGUJAS DE DIVERSOS TAMAÑOS.
- 12.- TORUNDAS CON ALCOHOL.
- 13.- TORNIQUETE.
- 14.- TELA ADHESIVA.

15.- MEDICAMENTOS APROPIADOS.

16.- HOJA DE CONTROL DE SIGNOS VITALES Y MEDICAMENTOS.

ÉSTOS SON LOS UTENSILIOS MÍNIMOS NECESARIOS DE UN CARRO DE URGENCIA.

CADA UNO DE ELLOS ES NECESARIO PARA QUE EL EQUIPO DE URGENCIA DETERMINE LAS REACCIONES FUNCIONALES BASICAS COMO LA PRESIÓN ARTERIAL Y EL PULSO, APLIQUE LA ASISTENCIA RESPIRATORIA DE URGENCIA, ESTABLEZCA UNA VÍA DIRECTA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS MEDIANTE UN EQUIPO DE INFUSIÓN INTRAVENOSA Y REGISTRE CADA INCIDENTE Y SU DURACIÓN EN RELACIÓN CON EL PRINCIPIO DE LA SITUACIÓN DE URGENCIA. ESTE ÚLTIMO FACTOR ES SUMAMENTE IMPORTANTE. EL AUXILIAR DEBE DE TOMAR NOTA DEL MOMENTO DE INICIO DEL TRASTORNO URGENTE Y DEBE PONER EN MARCHA EL CRONÓMETRO.

A MEDIDA QUE SE APLICA CADA FASE DEL TRATAMIENTO DE URGENCIA DEBE REGISTRARSE EN LA FORMA DE CONTROL DE URGENCIA.

ESTO INCLUYE EL REGISTRO DE LA PRESIÓN ARTERIAL, LA FRECUENCIA DEL PULSO, LOS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS, ASÍ COMO SUS DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACIÓN.

NO PUEDE CONCLUIRSE EN EL CONSULTORIO DENTAL EL TRATAMIENTO DEFINITIVO EN ALGUNOS TRASTORNOS URGENTES IMPORTANTES

POR ESO ES NECESARIO QUE EN EL PLAN DE URGENCIAS DE TODO CONSULTORIO DENTAL SE INCLUYA UNA LISTA TELEFÓNICA -- DEL HOSPITAL MÁS CERCANO, DE UN SERVICIO DE AMBULANCIAS Y-- DE UN MÉDICO RÁPIDAMENTE DISPONIBLE. EL MÉDICO DEBE EN-- CONTRARSE CERCA DEL CONSULTORIO DENTAL PARA QUE PUEDA INI-- CIAR LA ATENCIÓN DEFINITIVA DEL PACIENTE, MIENTRAS SE ESPE-- RA LA LLEGADA DE LA AMBULANCIA. ESTO SIGNIFICA QUE INCLU-- SIVE LA SECRETARIA DEL CONSULTORIO ES UN COMPONENTE IMPOR-- TANTE DE UN EQUIPO DE URGENCIA BIEN ORGANIZADO.

CAPÍTULO II

O X Í G E N O

EL OXÍGENO ES EL ELEMENTO MÁS IMPORTANTE PARA LA SUPERVIVENCIA DEL HOMBRE. ES UTILIZADO POR TODAS LAS CÉLULAS DEL CUERPO COMO UN INGREDIENTE BÁSICO DEL METABOLISMO CELULAR. DESEMPEÑA UNA FUNCIÓN IMPORTANTE EN LA ELIMINACIÓN DEL BIÓXIDO DE CARBONO DE LAS CÉLULAS A TRAVÉS DE LOS PULMONES.

A DIFERENCIA DE MUCHAS OTRAS SUBSTANCIAS, EL CUERPO NO PUEDE ALMACENAR OXÍGENO PARA SU UTILIZACIÓN FUTURA. POR LO TANTO, UNA VEZ QUE SE HA AGOTADO LA FUENTE DEL OXÍGENO OCURRE UNA DEFICIENCIA CELULAR DEL MISMO, CASI INMEDIATO.

ALGUNOS TEJIDOS SON AFECTADOS MÁS RÁPIDAMENTE QUE OTROS, SIENDO EL ENCÉFALO UNO DE LOS ÓRGANOS DEL CUERPO QUE MÁS DEPENDE DE ÉSTE ELEMENTO.

CUANDO SE PRESENTA HIPOXIA, OCURRE UNA RETENCIÓN DE BIÓXIDO DE CARBONO (HIPERCAPNIA).

ESTO AUMENTA LA ACIDEZ DE LOS TEJIDOS Y PROVOCA LA MUERTE DE LAS CÉLULAS. SI NO SE ATACA ÉSTE TRASTORNO, SE PRODUCE MUERTE DEL CUERPO.

POR LO TANTO, ES MUY IMPORTANTE QUE EN TODO CONSULTORIO DENTAL SE CUENTE CON UN SUMINISTRO URGENTE DE OXÍGENO PARA QUE SE UTILICE EN CASO DE INSUFICIENCIA O PARO RESPIRATORIO.

HAY DOS MÉTODOS BÁSICOS MEDIANTE LOS CUALES SE PUEDE LOGRAR ESTO:

- 1.- LA ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO A 100%.
- 2.- EL USO DEL AIRE DE LA HABITACIÓN.

EL MEDIO MÁS EFICAZ DE RESPIRACIÓN ARTIFICIAL ES PROPORCIONAR AL PACIENTE UN SUMINISTRO DE OXÍGENO A 100%. PUESTO QUE LA MISMA CONCENTRACIÓN DE OXÍGENO REQUERIDA ES DE SOLO 20%, DICHO SUMINISTRO ELIMINA CUALQUIER DEFICIENCIA HÍSTICA QUE SE HAYA ORIGINADO Y PROPORCIONA UN AMPLIO MARGEN DE SEGURIDAD DURANTE LOS ESFUERZOS DE RESUCITACIÓN.

LA FORMA MÁS CONVENIENTE DE ALMACENAR OXÍGENO AL 100% EN EL CONSULTORIO DENTAL ES EL USO DE UN CILINDRO DE 76 cm. DE ALTURA, 11cm. DE ANCHO Y PESA 8.5 KG.

EL OXÍGENO QUE CONTIENE ESTA A UNA PRESIÓN DE 168.7 KG POR cm^2 EN SU EXTREMO SUPERIOR EL CILINDRO TIENE UNA VÁL-

VULA PARA ABRIR Y CERRAR LA SALIDA DE OXÍGENO. NO DEBE - PERMITIRSE QUE EL OXÍGENO DEL TANQUE SALGA DIRECTAMENTE DE LA MASCARILLA Y A LA BOLSA DE OXÍGENO A LA PRESIÓN QUE SE- ENCUENTRA EN EL TANQUE, PUES SE ROMPERÍAN LOS CONDUCTOS DE HULE Y LA BOLSA DE DEPÓSITO Y SE DESCOMPODRÍA EL SISTEMA.

HAY DOS MÉTODOS BÁSICOS MEDIANTE LOS CUALES SE PUEDE- LOGRAR ESTO:

- 1.- LA ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO A 100%.
- 2.- EL USO DEL AIRE DE LA HABITACIÓN.

EL MEDIO MÁS EFICAZ DE RESPIRACIÓN ARTIFICIAL ES PRO- PORCIONAR AL PACIENTE UN SUMINISTRO DE OXÍGENO A 100%. PUESTO QUE LA MISMA CONCENTRACIÓN DE OXÍGENO REQUERIDA ES- DE SOLO 20%, DICHO SUMINISTRO ELIMINA CUALQUIER DEFICIEN-- CIA HÍSTICA QUE SE HAYA ORIGINADO Y PROPORCIONA UN AMPLIO- MARGEN DE SEGURIDAD DURANTE LOS ESFUERZOS DE RESUCITACIÓN.

LA FORMA MÁS CONVENIENTE DE ALMACENAR OXÍGENO AL 100% EN EL CONSULTORIO DENTAL ES EL USO DE UN CILINDRO DE 76cm. DE ALTURA, 11cm. DE ANCHO Y PESA 8.5KG.

EL OXÍGENO QUE CONTIENE ESTA A UNA PRESIÓN DE 168.7KG POR CM². EN SU EXTREMO SUPERIOR EL CILINDRO TIENE UNA -- VÁLVULA PARA ABRIR Y CERRAR LA SALIDA DE OXÍGENO. NO DE- BE PERMITIRSE QUE EL OXÍGENO DEL TANQUE SALGA DIRECTAMENTE

DE LA MASCARILLA Y A LA BOLSA DE OXÍGENO A LA PRESIÓN QUE SE ENCUENTRA EN EL TANQUE, PUES SE ROMPERÍAN LOS CONDUCTOS DE HULE Y LA BOLSA DE DEPÓSITO, ADEMÁS SE DESCOMPODRÍA EL SISTEMA.

PARA EVITAR ESTO, SE COLOCA UNA VÁLVULA REDUCTORA O ALGÚN OTRO DISPOSITIVO REGULADOR ENTRE EL CUELLO DEL TANQUE Y EL PACIENTE, LO CUAL REDUCIRÁ LA PRESIÓN DE 168.7KG. POR CM^2 A UNA PRESIÓN QUE PUEDA SER TOLERADA POR LOS PULMONES DEL PACIENTE.

EL VOLUMEN DE OXÍGENO QUE SALE POR LA MÁSCARA Y SE SUMINISTRA AL PACIENTE SE MIDE EN LITROS POR MINUTO. ALGUNOS EQUIPOS CUENTAN CON AGUJAS QUE INDICAN EL VOLUMEN DE SALIDA.

ANTE LA PRESENCIA DE UNA EMERGENCIA, PRIMERO DEBE ABRIRSE EL TANQUE HACIENDO GIRAR LA MANIJA DEL EXTREMO SUPERIOR DEL MISMO. ESTO PERMITE LA SALIDA DEL OXÍGENO.

LUEGO SE HARÁ GIRAR EL MEDIDOR DE FLUJO PARA QUE EL OXÍGENO FLUYA HACIA LA MÁSCARA. SE CALIBRARÁ EL FLUJO A UNA VELOCIDAD QUE PERMITA EL LLENADO DE LA BOLSA DE DEPÓSITO AL AJUSTAR LA MÁSCARA A LA CARA DEL PACIENTE.

ESTO PERMITIRÁ QUE EL OPERADOR APRIETE LA BOLSA CON SU MANO IZQUIERDA PARA PRODUCIR PRESIÓN POSITIVA. A UN FLUJO

DE 3 LITROS POR MINUTO, ESTE CILINDRO DEBE DURAR 5.1/2 HORAS. SIN EMBARGO, EN LA ATENCIÓN DE URGENCIAS, LA VELOCIDAD DEL FLUJO SUELE SER MÁS ALTA Y NO ES RARO QUE EL CILINDRO SE VACÍE POR COMPLETO EN EL TÉRMINO DE UNA HORA.

POR ESO ES IMPORTANTE QUE EL CARRO DE URGENCIAS SE TENGA SIEMPRE DE RESERVA CUANDO MENOS UN CILINDRO DE OXÍGENO.

AL CAMBIAR LOS TANQUES DEBE TENERSE MUCHO CUIDADO EN NO ACERCAR A ÉSTOS GRASA DE ALGUNA LLAVE O CUALQUIER OTRO-- HIDROCARBURO COMO EL TETRACLORURO DE CARBONO, PUES SE CORRE EL PELIGRO DE PRODUCIR UNA EXPLOSIÓN MORTAL. ESTO SE DEBE AL HECHO DE QUE SE PRODUCE GRAN CANTIDAD DE CALOR CUANDO EL OXÍGENO A UNA PRESIÓN DE 168.7 KG. POR CM² SALE DEL TANQUE.

POR LO TANTO, SI SE UTILIZAN CUALQUIERA DE LAS HERRAMIENTAS PARA CAMBIAR EL TANQUE, DEBERÁN SER ETIQUETADAS CON CLARIDAD Y UTILIZADAS SOLO PARA ESE FIN.

EL SEGUNDO MÉTODO CONSISTE EN UTILIZAR EL OXÍGENO DEL AIRE EN LA HABITACIÓN Y PUEDE SER ADECUADO EN LAS SITUACIONES DE URGENCIA HASTA QUE PUEDA ADMINISTRARSE OXÍGENO AL--- 100%.

EL MEJOR EJEMPLO DE ESTE SISTEMA ES LA BOLSA DE AMBÚ. ESTA CONSISTE EN UNA MÁSCARA QUE CUBRE TODO EL ROSTRO, UNA

BOLSA DE DEPÓSITO Y UNA VÁLVULA BIDIRICIONAL QUE PERMITE--
EL LLENADO DE LA BOLSA EN EL AIRE DE LA HABITACIÓN Y LUEGO--
LO IMPULSA A TRAVÉS DE LA MÁSCARA CUANDO SE COMPRIME LA BOL
SA.

AMBOS MÉTODOS DE ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO DEPENDEN DE
LA EXISTENCIA DE UNA VÍA AÉREA PERMEABLE.

CUALQUIER OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA, DESDE SU EXTRE--
MO EN LOS LABIOS Y EN LAS FOSAS NAALES HASTA SU OTRO EXTRE
MO EN LOS ALVÉOLOS DE LOS PULMONES, VOLVERÁN INÚTILES LOS--
ESFUERZOS DE RESUCITACIÓN. LA OBSTRUCCIÓN DEBE LOCALIZAR--
SE Y SI ES POSIBLE ELIMINARLA.

UN MEDIO EFICAZ PARA ESTABLECER UNA VÍA AÉREA SUPERIOR
PERMEABLE CONSISTE EN LA APLICACIÓN DE UNA CANULA BUCOFARÍ--
GEA, ESTA ES UN TUBO DE HULE O PLÁSTICO DISEÑADO DE TAL FOR
MA QUE PROTEGE UNA VEZ QUE PASA POR LA BASE DE LA LENGUA AL
INTRODUCIRLO EN LA BOCA.

EL CENTRO DE LA CÁNULA ES HUECO Y CREA UNA VÍA ABIERTA
DESDE LOS LABIOS HASTA LA FARINGE. DEBE TENERSE CUIDADO--
EN TIRAR DE LA LENGUA HACIA ADELANTE DURANTE LA COLOCACIÓN--
DE LA CÁNULA PARA QUE NO OBSTRUYA LA FARINGE.

LA OBSTRUCCIÓN EN EL TERCIO MEDIO DE LA CÁNULA DESDE--

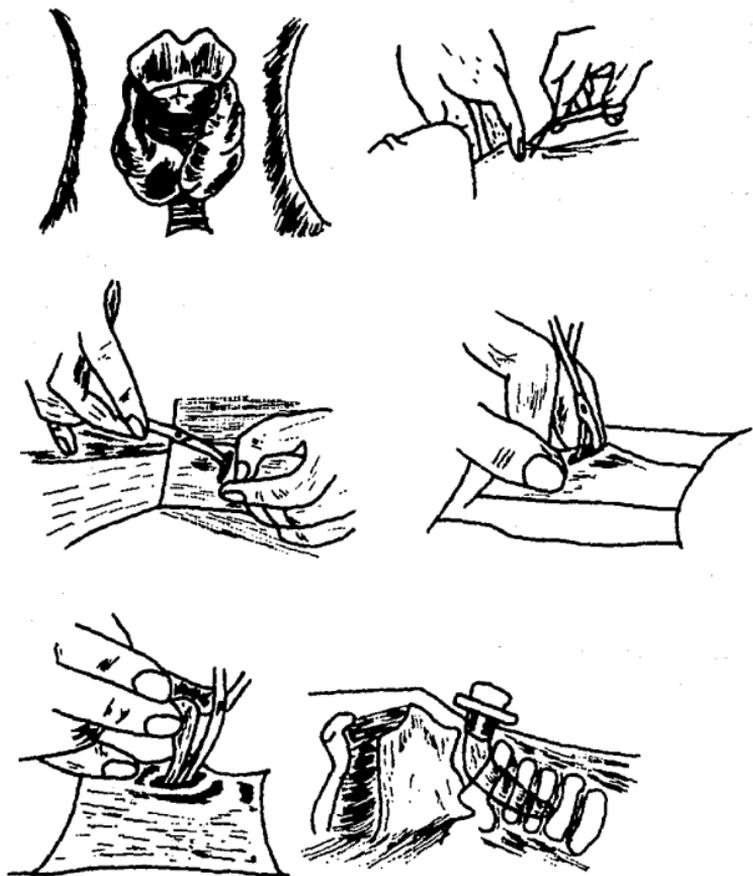
LA EPIGLOTIS HASTA LOS PULMONES, NO ES FÁCIL DE TRATAR EN EL CONSULTORIO DENTAL. POR LO GENERAL REQUIERE PRACTICAR UNA TRAQUEOSTOMÍA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA ABRIR LA VÍA RESPIRATORIA ABAJO DE LA OBSTRUCCIÓN.

UNA ALTERNATIVA EFICAZ A LA TRAQUEOSTOMÍA Y REALIZABLE CON MAYOR FACILIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL ES LA CONIOTOMÍA.

ESTO REQUIERE LA COLOCACIÓN DE UN TUBO CIRCULAR EN LA TRÁQUEA INMEDIATAMENTE ABAJO DEL CARTÍLAGO TIROIDES. PARA ESTO SE NECESITA UN PAR DE TIJERAS Y PRACTICAR LA CRICOTIROIDOTOMÍA ADECUADA. ES UN PROCEDIMIENTO QUE PUEDE SALVAR VIDAS EN DETERMINADAS CIRCUNSTANCIAS, Y DEBE SER CONOCIDO POR EL ODONTÓLOGO.

LA OBSTRUCCIÓN AL PASO DEL AIRE EN EL PULMÓN MISMO, SE OBSERVA CON MÁS FRECUENCIA EN EL TRASTORNO CONOCIDO COMO ANAFILAXIA AGUDA. LA CAUSA DE LA ANAFILAXIA ES UNA REACCIÓN ALÉRGICA QUE SE MANIFIESTA POR COLÁPSO DE LOS CONDUCTOS MÁS PEQUEÑOS QUE TRANSPORTAN EL AIRE A LOS PULMONES. A ESTO SE LE LLAMA BRONCOESPASMO AGUDO.

EL TRATAMIENTO DE ÉSTE TIPO DE OBSTRUCCIÓN REQUIERE EL USO DE MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS QUE RELAJEN LOS BRONQUIOS PARA QUE PERMITAN EL PASO DEL AIRE.



CIONOTOMIA EN LA QUE SE MUESTRA LA INSERCIÓN DE LA CÁNULA-
EN LA TRÁQUEA A TRAVÉS DE LA MEMBRANA CRICOTIROIDEA.

CAPÍTULO III

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL SÍNCOPE.

EL TÉRMINO SÍNCOPE LITERALMENTE SIGNIFICA "CESACIÓN" O "PAUSA" Y ES SINÓNIMO DE DESVANECIMIENTO O DESMAYO. EL SÍNCOPE COMPRENDE DEBILIDAD GENERALIZADA DE LOS MÚSCULOS, CON INCAPACIDAD DE MANTENERSE EN POSICIÓN DE PIE Y TRASTORNO DE LA CONCIENCIA. EL COMIENZO BRUSCO, LA DURACIÓN BREVE Y LA RECUPERACIÓN COMPLETA A LOS POCOS MINUTOS, SON OTRAS CARACTERÍSTICAS QUE LOS DISTINGUEN. EL DESMAYO EN CONTRASTE SE REFIERE A LA FUERZA CON SENSACIÓN DE DESFALLECIMIENTO INMINENTE. ES UN SÍNCOPE INCOMPLETO.

TANTO EL DESMAYO COMO EL SÍNCOPE VARÍAN DE ACUERDO CON SU MECANISMO, PERO AMBOS ADOPTAN EL SIGUIENTE TIPO GENERAL.

LOS ATAQUES SINCOPALES SE DESARROLLAN CON RAPIDEZ, PERO ES DUDOSO SI LA CONCIENCIA SE PIERDE, TAMBIÉN SÚBITAMENTE, AUN CUANDO HAYA PARO DE LA ACTIVIDAD CARDIACA. AL PRINCIPIO DEL ATAQUE, EL PACIENTE ESTÁ CASI SIEMPRE DE PIE O SENTADO.

EN GENERAL EL AVISO DEL DESMAYO INMINENTE ES UNA "SENSACIÓN DE MALESTAR", EL PACIENTE SUFRE VÉRTIGO, LE PARECE - QUE EL PISO SE MUEVE Y QUE LOS OBJETOS QUE LE RODEAN SE DES VANECEN O DAN VUELTAS.

SUS SENTIDOS ESTÁN CONFUSOS, BOQUEA, PERCIBE MANCHAS - ENFRENTA DE LOS OJOS, O LA VISIÓN SE NUBLE Y LOS OÍDOS ZUMBAN. LAS NAÚSEAS Y ALGUNAS VECES EL VÓMITO VERDADERO ACOMPAÑAN A ÉSTOS SÍNTOMAS. SI LA PERSONA SE ACUESTA RÁPIDAMENTE, EL ATAQUE SUELE EVITARSE Y NO HAY PÉRDIDA COMPLETA - DE LA CONCIENCIA; DE LO CONTRARIO "PIERDE EL SENTIDO" Y CAE AL SUELO SI ESTÁ DE PIE.

LO QUE ES MÁS NOTABLE AÚN AL PRINCIPIO DEL ATAQUE, ES LA GRAN PALIDEZ DEL TONO GRIS AZUL DEL ROSTRO, Y MUY A MENUDO ÉSTE Y EL CUERPO ESTÁN BAÑADOS EN SUDOR FRÍO.

COMUNMENTE LOS SÍNTOMAS INICIALES HACEN QUE EL PACIENTE SE ACUESTE O QUE CUANDO MENOS PREVenga LA CAÍDA.

LA PROFUNDIDAD Y LA DURACIÓN DE LA INCONCIENCIA VARÍAN ALGUNAS VECES EL PACIENTE NO ESTÁ COMPLETAMENTE DESCONECTADO DEL MEDIO, SUS SENTIDOS ESTÁN CONFUSOS, PERO PUEDE OIR-- LAS VOCES O VER LOS CONTORNOS BORROSOS DE LAS PERSONAS QUE LO RODEAN. A VECES EL COMA ES PROFUNDO Y HAY PÉRDIDA COMPLETA DE LA CONCIENCIA Y DE LA CAPACIDAD PARA RESPONDER.

EL PACIENTE SUELE PERMANECER EN ÉSTE ESTADO ALGUNOS -
MINUTOS O SEGUNDOS Y HASTA MEDIA HORA.

EN ALGUNOS CASOS, POCO DESPUÉS DEL COMIENZO DE LA IN-
CONCIENCIA SE PRODUCEN MOVIMIENTOS CONVULSIVOS QUE EN GENE-
RAL SE CARACTERIZAN POR VARIAS SACUDIDAS CLÓNICAS DE LOS -
BRAZOS Y CONTORSIONES DE LA CARA. RARA VEZ HAY CONVULSI-
ONES TÓNICO-CLÓNICAS GENERALIZADAS.

POR LO GENERAL, LA PERSONA DESMAYADA PERMANECE INNÓ--
VIL, CON LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS RELAJADOS.

EL DOMINIO DE LOS ESFÍNTERES SE MANTIENE EN CASI TO--
DOS LOS CASOS.

EL PULSO ES POCO AMPLIO Y A VECES NO SE SIENTE, LA --
PRESIÓN ARTERIAL ES BAJA Y LA RESPIRACIÓN CASI IMPERCEPTI-
BLE. ESTA REDUCCIÓN EN LAS FUNCIONES VITALES, LA NOTABLE
PALIDEZ Y LA INCONCIENCIA SIMULAN LA MUERTE.

ESTA ES LA REACCIÓN MÁS ADVERSA, MÁS COMÚN QUE MUES--
TRAN LOS PACIENTES EN EL CONSULTORIO DENTAL. ES UNA REAC-
CIÓN FÍSICA A UN ESTÍMULO PSÍQUICO. EL TEMOR AL PROCEDI-
MIENTO DENTAL PRODUCE UNA REACCIÓN EN CADENA DE VASODILATA-
CIÓN GENERAL.

Y POR LO TANTO, UNA DISMINUCIÓN EN EL VOLUMEN DE LA SANGRE QUE RETORNA AL CORAZÓN.

ESTO DÁ LUGAR A LOS SÍNTOMAS DE VÉRTIGO, DEBILIDAD, NAÚSEA, SUDACIÓN Y PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA. SUS PUPILAS SUELEN DILATARSE Y SI NO SE APLICAN DE INMEDIATO LOS PROCEDIMIENTOS URGENTES Y APROPIADOS, EL PACIENTE PUEDE AGRAVARSE.

EL TRATAMIENTO CONSISTE EN COLOCAR AL PACIENTE EN POSICION DE TRENDELEBURG, CON LA CABEZA EN SITUACIÓN INFERIOR AL NIVEL DEL CORAZÓN.

ESTO AYUDARÁ AL RETORNO DE SANGRE AL LADO DERECHO DEL CORAZÓN Y EVITARÁ EL ESTANCAMIENTO DE LA MISMA EN LAS PIERNAS. SE LE AFLOJA LA ROPA AL PACIENTE, SE LE ADMINISTRA OXÍGENO Y SE SUCCIONAN LAS SECRECIONES DE SU CAVIDAD BUCAL SE ADMINISTRA SOLUCIÓN AMONIAICAL PARA ESTIMULAR LA RESPIRACIÓN.

LA POSICIÓN DE TRENDELEBURG AYUDA AL RESTABLECIMIENTO DE LA CIRCULACIÓN SANGUÍNEA DEL ENCÉFALO Y ALIVIA EL TRASTORNO SI SE PONE EN PRÁCTICA INMEDIATAMENTE.

LOS PACIENTES CON ANTECEDENTES DE ATAQUES DE SÍNCOPE EN EL CONSULTORIO DENTAL, PUEDEN SER OBJETO DE MEDICACIÓN PREVIA CON ALGÚN SEDANTE QUE LES ALIVIE LA ANSIEDAD.

CHOQUE GRAVE.

LA PERSISTENCIA DEL SÍNCOPE CON PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA, PULSO DÉBIL O AUSENTE E HIPOTENSIÓN PERSISTENTE DARÁ LUGAR AL TRASTORNO CONOCIDO COMO CHOQUE. EN ESTE HAY UNA VASODILATACIÓN GENERALIZADA DEL CUERPO QUE OCASIONA EL ESTANCAMIENTO DE LA SANGRE EN REGIONES COMO LOS BRAZOS Y LAS PIERNAS.

ESTO PRODUCE UNA DISMINUCIÓN EN LA CIRCULACION SANGUÍNEA DEL ENCÉFALO Y DE OTRAS ZONAS VITALES.

SE PRESENTA PALIDEZ EXTREMA DEBIDO A LA FALTA DE CIRCULACIÓN EN LA PIEL.

EL PACIENTE PUEDE RESPIRAR RAPIDAMENTE (HIPERVENTILACIÓN), LO CUAL ES UN SIGNO DE QUE HAY POCO OXÍGENO EN EL ENCÉFALO. SI SE PROLONGA ESTE TRASTORNO Y NO SE APLICA EL TRATAMIENTO ADECUADO, OCURRIRÁN UNA SERIE DE FENÓMENOS QUE FINALMENTE DARÁN POR RESULTADO UN "CHOQUE IRREVERSIBLE".

EN ESTA ETAPA SE ENCUENTRAN ALTERADOS TODOS LOS SISTEMAS METABÓLICOS, CUYA FUNCIÓN NORMAL MANTIENE EL EQUILIBRIO ADECUADO DEL CUERPO.

EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO URGENTE ES RECONOCER LOS SIGNOS DE CHOQUE Y APLICAR LAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS APROPIADAS, MIENTRAS EL TRASTORNO ES REVERSIBLE.

DEBERÁN CONTINUARSE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DESCRITOS EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNCOPE. SE REGISTRARÁN LA PRESIÓN ARTERIAL Y EL PULSO A INTERVALOS REPETIDOS PARA QUE PUEDA HACERSE UNA VALORACIÓN PRECISA DE LA INTENSIDAD DEL CHOQUE.

ES BÁSICO EN ESTE MOMENTO ESTABLECER UNA VÍA INTRAVENOSA PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS Y LÍQUIDOS. (DEBE LLAMARSE A UN MÉDICO TAN PRONTO SEA EVIDENTE QUE EL PACIENTE TIENE ALGO MÁS QUE UN SÍNCOPE).

CHOQUE IRREVERSIBLE.

LAS DIVERSAS SITUACIONES QUE HAN SIDO MENCIONADAS LLEVAN TODAS A LA DISMINUCIÓN DEL APOORTE SANGUÍNEO HACIA LOS TEJIDOS PERIFÉRICOS COMO RESULTADO DE LA DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDÍACO Y DE LA PRESIÓN SANGUÍNEA.

CUANDO TAL DISMINUCIÓN ES DE SUFICIENTE DURACIÓN Y GRAVEDAD, SE SUCEDEN GRAVES CONSECUENCIAS. PUEDEN DESARROLLARSE TRASTORNOS DE LOS MECANISMOS DE OXIDACIÓN Y DE LOS SISTEMAS ENZIMÁTICOS.

EXISTEN PRUEBAS IMPORTANTES DE QUE LA REDUCCIÓN DE LA CORRIENTE SANGUÍNEA HACIA EL HÍGADO ES DE GRAN IMPORTANCIA EN LA PRODUCCIÓN DEL ESTADO FINAL IRREVERSIBLE, QUE OCURRE CUANDO SE PRODUCE EL CHOQUE.

LA NECROSIS DE LA MUCOSA INTESTINAL, DEBIDO A UNA ANOXIA PROLONGADA, PUEDE PERMITIR EL ESCAPE DE GRANDES CANTIDADES DE LÍQUIDO HACIA EL INTESTINO, O PERMITIR LA INVASIÓN DEL TORRENTE CIRCULATORIO POR BACIOS GRAN-NEGATIVOS, PERPETUÁNDOSE ASÍ UN CÍRCULO VICIOSO.

EL EFECTO BENÉFICO DE LA HIDROCORTISONA EN MUCHOS CASOS DE CHOQUE GRAVE, SUGERIRÍA QUE LA INSUFICIENCIA SUPRARENAL PUEDE SER UN FACTOR IMPORTANTE EN LA PRODUCCIÓN DEL ESTADO IRREVERSIBLE.

LA VASOCONSTRICCIÓN PERIFÉRICA Y ESPLÁCNICA TIENDE A MANTENER NORMALES LA PRESIÓN SANGUÍNEA Y LA CIRCULACIÓN CORONARIA Y CEREBRAL. SIN EMBARGO, CUANDO SON SUFICIENTEMENTE INTENSAS EL GRADO Y LA DURACIÓN DE LA DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDÍACO, EL CORAZÓN Y EL CEREBRO MUESTRAN SIGNOS DE LESIÓN PROGRESIVA.

LA INSUFICIENCIA CARDÍACA, CON EDEMA PULMONAR AGUDO, PUEDE APARECER, Y EN ESTE ESTADO TERMINAL, LA ADMINISTRACIÓN DE LÍQUIDOS PUEDE NO SER NO SOLO INÚTIL, SINO AGRAVAR REALMENTE LA INSUFICIENCIA CONGESTIVA.

EXISTEN CIERTAS PRUEBAS DE QUE LA SANGRE SE HACE MÁS COAGULABLE CUANDO EL CHOQUE ES GRAVE, Y QUE ELLO FAVORECE-

LA PRODUCCIÓN DE MÚLTIPLES TROMBAS VENOSAS, CON EMBOLIAS -
SECUNDARIAS DE PULMÓN E HÍGADO, AL APLICAR VENOCLISIS.

SE AFIRMA QUE LA HEPARINA COMBATE ESTE FACTOR EN EL -
"CHOQUE IRREVERSIBLE".

EN LA FASE TERMINAL, LA VASOCONSTRICCIÓN PUEDE TRANS-
FORMARSE EN VASODILATACIÓN, CONFORME LOS MECANISMOS VASOMO-
TORES SE VAN AFECTANDO DEBIDO A LA ANOXIA PROLONGADA.

EN TALES CONDICIONES YA NO SE DISPONE DE TRATAMIENTO-
ALGUNO O, CUANDO MUCHO, PUEDE OFRECER EN CASOS POSIBILIDA-
DES DE MEJORÍA. POR LO TANTO, ES DE CARDINAL IMPORTANCIA
QUE LA INSUFICIENCIA PERIFÉRICA SEA RECONOCIDA TEMPRANAMEN-
TE.

COMPLICACIONES.- LA RECUPERACIÓN DE LA CIRCULACIÓN PE-
FÉRICA NO IMPLICA NECESARIAMENTE QUE EL PACIENTE EVOLUCIO-
NE HASTA SU RECUPERACIÓN. LA ISQUEMIA RENAL PROLONGADA,-
DEBIDO A LA VASOCONSTRICCIÓN LOCAL, PUEDE LLEVAR AL SÍNDRO-
ME DE NEFROSIS HIPÓXICA, CON OLIGURIA O ANURIA.

AUNQUE SE HAN HECHO AVANCES IMPORTANTES EN EL TRATA-
MIENTO DE ESTA ENFERMEDAD, TODAVÍA TIENE UN PRONÓSTICO GRA-
VE.

LA ISQUEMIA PROLONGADA PUEDE, DE LA MISMA MANERA, CONducir a un trastorno grave, tanto del hígado como del colon. ES IMPORTANTE PREVENIR EL DESARROLLO DE ÉSTAS COMPLICACIONES MEDIANTE EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA --CIRCULATORIA PERIFÉRICA EN SUS FASES INICIALES.

DIAGNÓSTICO TEMPRANO.- GENERALMENTE, LOS SIGNOS CIRCULATORIOS CLÁSICOS NO SE DESARROLLAN CUANDO EL RETORNO VENOSO Y EL GASTO CARDÍACO HAN EXPERIMENTADO YA UNA REDUCCIÓN-IMPORTANTE.

CUANDO LA PIEL ESTÁ FRÍA Y HÚMEDA (PEGAJOSA), GENERALMENTE NO ES NECESARIO BUSCAR OTROS SIGNOS. SIN EMBARGO,-ENFERMOS CON COMA DIABÉTICO O CON OTROS ESTADOS DE DESHIDRATACIÓN, PUEDE TENER LA PIEL SECA A PESAR DE LA INSUFICIENCIA CIRCULATORIA PERIFÉRICA.

LOS TRASTORNOS CARDÍACOS QUE MÁS FRECUENTEMENTE PUEDEN SER CONFUNDIDOS CON INSUFICIENCIA PERIFÉRICA SON LA --OCCLUSIÓN CORONARIA INDOLORA Y LA TAQUICARDIA ECTÓPICA.

ÉSTAS SON OTRAS CARACTERÍSTICAS DE INSUFICIENCIA CARDÍACA BRUSCA QUE DEBERÁN DE SER EXCLUÍDAS ANTES DE INICIAR UNA ADMINISTRACIÓN ENÉRGICA DE LÍQUIDOS.

TRATAMIENTO. (MEDIDAS GENERALES).

DEBERÁ PREFERIRSE LA POSICIÓN DE TRENDELENBURG. DEBERÁ COMBATIRSE LA HIPERTERMIA IMPORTANTE. (MAS DE 38.8°C MEDIANTE ESPONJEO, VENTILADORES O SÁBANAS HÚMEDAS. DEBERA ALIVIARSE EL DOLOR CON NARCÓTICOS, TENIENDO EN CUENTA - QUE PUEDEN ESTAR TRASTORNADOS LA ABSORCIÓN, DESTRUCCIÓN Y- EXCRECIÓN DE LAS DROGAS. DEBERÁ ADMINISTRARSE OXÍGENO SI HAY CIANOSIS, DISNEA O ESTERTORES BASALES.

ADMINISTRACIÓN DE LÍQUIDOS.

EL LÍQUIDO EMPLEADO DEBERÁ REEMPLAZAR AL QUE ESTÁ FUGANDO, Y PUEDE SER SANGRE COMPLETA, PLASMA, EXPANSORES DEL VOLUMEN PLASMÁTICO, O SOLUCIÓN DE ELECTROLITOS.

LA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA DE SOLUCIONES DE GLUCOSA, LIBRE DE ELECTROLITOS, ESTÁ INDICADA CON EL OBJETO DE PROPORCIONAR AGUA PARA LAS PÉRDIDAS INSENSIBLES Y PARA EL VOLUMEN URINARIO. LOS LÍQUIDOS DE ELECCIÓN SON SANGRE -- CUANDO EL CHOQUE ES DEBIDO A HEMORRAGIA, PLASMA Y SOLUCIÓN SALINA CUANDO ES POR QUEMADURA, UNA COMBINACIÓN DE SANGRE- Y PLASMA CUANDO ES POR TRAUMA, MIENTRAS QUE EL CHOQUE DEBI DO A PÉRDIDA DE LÍQUIDO EXTRACELULAR DEBERÁ SER TRATADO -- CON LÍQUIDOS DE CONTENIDO APROPIADO DE ELECTROLITOS Y QUE- ESTÉN LIBRES DE PROTEÍNAS.

PARO CARDÍACO.

ESTA ES LA URGENCIA MÁS GRAVE QUE PUEDE OCURRIR AL PACIENTE DENTAL, PUES EL IMPULSO ESENCIAL DE LA VIDA SE HA DETENIDO Y LA MUERTE PUEDE OCURRIR EN POCOS SEGUNDOS. EL PARO CARDÍACO PUEDE PRESENTARSE COMO UN FENÓMENO TARDÍO -- DEL CHOQUE GRAVE O POR SÍ SOLO SIN QUE HAYA EXISTIDO ALGÚN TRASTORNO PREVIO.

LA TAREA DEL EQUIPO DENTAL ES RECONOCER SU EXISTENCIA LO MÁS PRONTO POSIBLE Y APLICAR DE INMEDIATO LOS PROCEDIMIENTOS DE RESUCITACIÓN. EL TÉRMINO DE "PARO CARDÍACO"-- SUELE SIGNIFICAR LA MUERTE SÚBITA INESPERADA DE UN PACIENTE.

LOS PROCEDIMIENTOS DESCRITOS NO ALUDEN AL PACIENTE -- QUE HA ESTADO EN AGONÍA DURANTE UN PERÍODO DE TIEMPO POR UNA ENFERMEDAD TERMINAL Y QUE SU CORAZÓN HA DEJADO DE LATIR SINO MÁS BIEN AL INDIVIDUO EN QUIEN NO HA HABIDO INDICIO-- PREVIO DE GRAVEDAD.

LAS CAUSAS MÁS COMUNES DE PARO CARDÍACO SON REACCIONES ALÉRGICAS A UN MEDICAMENTO, SUSCEPTIBILIDAD A LA ANESTESIA, ATAQUE CARDÍACO, AHOGAMIENTO, CHOQUE ELÉCTRICO Y ASFIXIA.

LA DETERMINACIÓN DE UN PARO CARDÍACO RADICA EN LA PRESENCIA O AUSENCIA DE UN PULSO PALPABLE. SI NO SE CUENTA CON EQUIPO ELECTRÓNICO SOFISTICADO COMO UN ELECTROCARDIOSCOPIO, EL PULSO ES EL ÚNICO SIGNO DISPONIBLE AL EQUIPO DENTAL.

SIEMPRE QUE UN PACIENTE PIERDA LA CONCIENCIA Y QUE NO TENGA PALPABLE EL PULSO CAROTIDEO (CUELLO) RADIAL (MUÑECA) O FEMORAL (INGLE), DEBE SUPONERSE QUE EL CORAZÓN HA DEJADO DE LATIR.

PUEDE DETENERSE PRIMERO EL CORAZÓN DEL PACIENTE Y LUEGO SU RESPIRACIÓN, PUES LOS PULMONES NO RECIBEN SANGRE DEL CORAZÓN, O PUEDE SUSPENDER PRIMERO LA RESPIRACIÓN Y DESPUÉS EN FORMA SECUNDARIA EL CORAZÓN, EN VIRTUD QUE ÉSTE NO RECIBE OXÍGENO.

A VECES ES DIFÍCIL SI EL PACIENTE HA DEJADO DE RESPIRAR. TAL VEZ UNA DE LAS MEJORES FORMAS DE CONFIRMAR ESTO ES COLOCAR UNA MANO BAJO LA NARIZ O EL CARRILLO SOBRE LA BOCA DEL PACIENTE, PARA SENTIR LA EXPIRACIÓN DE AIRE CÁLIDO Y OBSERVAR EL MOVIMIENTO DEL TÓRAX.

CUANDO EL PACIENTE PORTA VESTIMENTA PESADA, ES NECESARIO LEVANTAR ESTA PARA QUE PUEDA OBSERVARSE LA PARED TORÁCICA.

PRIMERO SE DETERMINARÁ LA FALTA DE REACCIÓN DEL PACIENTE ACITÁNDOLE EL HOMBRO Y PREGUNTÁNDOLE EN VOZ ALTA SI SE ENCUENTRA BIEN. LUEGO SE OBSERVARÁ SI LA RESPIRACIÓN Y EL PULSO ESTÁN AUSENTES. UNA INSPECCIÓN DE LAS PUPILAS TAMBIÉN PROPORCIONARÁ INFORMACIÓN VALIOSA.

EN CIRCUNSTANCIAS NORMALES, CUANDO SE LEVANTA EL PÁRPADO LAS PUPILAS COMENZARÁN A DILATARSE Y EVIDENCIARÁN LA NECESIDAD INMEDIATA DE RESTABLECER LA CIRCULACIÓN SANGUÍNEA Y VENTILACIÓN DEL PACIENTE.

OTRA INSPECCIÓN DE LAS PUPILAS DESPUÉS QUE SE HAN APLICADO LAS MEDIDAS DE RESUCITACIÓN, SERVIRÁ PARA DETERMINAR SI LOS ESFUERZOS HAN SIDO EFICACES.

LA AUSENCIA DE LA RESPIRACIÓN Y DEL LATIDO CARDÍACO SON SIGNOS DE MUERTE CLÍNICA. POR FORTUNA AUNQUE EL PACIENTE ESTÉ CLINICAMENTE MUERTO, TODAVÍA TRANSCURRIRÁN 4 A 6 MINUTOS SIN PULSO Y SIN RESPIRACIÓN, PARA QUE UN NÚMERO SUFICIENTE DE CÉLULAS NERVIOSAS SE DETERIOREN Y PRODUZCAN LA "MUERTE BIOLÓGICA".

EL LAPSO DE TIEMPO ENTRE LA MUERTE CLÍNICA Y LA MUERTE BIOLÓGICA, APROXIMADAMENTE 4 a 6 MINUTOS, ES EL PERÍODO DISPONIBLE PARA PROPORCIONAR TRATAMIENTO URGENTE EN LA FORMA DE RESUSITACIÓN CARDIOPULMONAR.

LOS DEBERES EN EL TRATAMIENTO URGENTE DEL PACIENTE CON MUERTE REPENTINA INCLUYEN:

1.- PREVENCIÓN DE LA MUERTE BIOLÓGICA, PUES YA HAY MUERTE CLÍNICA. POR LO TANTO, SE DEBE RECONOCER EL PROBLEMA Y ACTUAR DESPUÉS DE LA MUERTE CLÍNICA DENTRO DE UN TIEMPO DE 4 a 6 MINUTOS.

ESTO ES UN LAPSO CONSIDERABLE SI TODOS LOS QUE PARTICIPAN EN EL TRATAMIENTO ACTÚAN CON EFICIENCIA.

2.- SE DEBE PROPORCIONAR VENTILACIÓN ARTIFICIAL.

3.- SE DEBE PROPORCIONAR CIRCULACIÓN ARTIFICIAL. DEBE HACERSE RESALTAR QUE ES POR COMPLETO INÚTIL PROPORCIONAR CIRCULACIÓN ARTIFICIAL SI LA SANGRE QUE CIRCULA NO ESTÁ OXIGENADA. VICEVERSA, NO TIENE CASO PROPORCIONAR VENTILACIÓN ARTIFICIAL SI LA SANGRE NO ESTÁ CIRCULANDO A TRAVÉS DEL CUERPO.

4.- DEBE HACERSE ARREGLOS PARA QUE EL PACIENTE SEA TRANSPORTADO A UN HOSPITAL MIENTRAS SE HACE LA RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR.

VENTILACIÓN ARTIFICIAL.

SE DESCRIBIRÁ PRIMERO UNA TÉCNICA DE VENTILACIÓN ARTIFICIAL EN LAS CIRCUNSTANCIAS MÁS DESFAVORABLES, EN LAS CUA-

LES DEBE PRACTICARSE RESPIRACIÓN BOCA A BOCA DEBIDO A QUE A VECES NO PUEDE CONTARSE CON EL EQUIPO APROPIADO EN EL -- CONSULTORIO DENTAL.

EL PRINCIPIO DE LA VENTILACIÓN ARTIFICIAL CONSISTE EN QUE LA PERSONA QUE REALIZA LA RESUCITACIÓN EXHALA AIRE HACIA LOS PULMONES DEL PACIENTE, O BIEN, SE LE ADMINISTRA -- OXÍGENO EN ALGUNA OTRA FORMA.

HAY 3 MÉTODOS PARA IMPULSAR EL AIRE A LOS PULMONES -- DEL PACIENTE: BOCA A BOCA, BOCA A NARIZ Y BOCA A CÁNULA. ES ABSOLUTAMENTE NECESARIO QUE SE TENGA PERICIA EN CUANDO MENOS UNO DE ÉSTOS MÉTODOS, AUNQUE SE PUEDEN APRENDER LOS TRES.

EL PRIMERO QUE DEBE DOMINARSE ES EL DE BOCA A BOCA, -- PUES TAL VEZ ES EL QUE TIENE MENOS DESVENTAJAS POTENCIALES.

LOS PASOS DE LA VENTILACIÓN ARTIFICIAL CONSISTEN EN -- DESPEJAR LA VÍA AÉREA EXTRAYENDO PRIMERO DE LA CAVIDAD BU-CAL CUALESQUIER TIPO DE OBSTRUCCIÓN COMO DENTADURAS, DIEN-TES FRACTURADOS, SALIVA ABUNDANTE.

LUEGO DEBERÁ INCLINARSE HACIA ATRÁS LA CABEZA DEL PA-CIENTE COLOCANDO UNA MANO SOBRE SU FRENTE Y OTRA POR ABAJO DE SU CUELLO, PARA QUE ÉSTE SEA LEVANTADO CON UNA MANO, --

MIENTRAS SE INCLINA LA CABEZA HACIA ATRÁS CON LA OTRA.

ES MUY IMPORTANTE QUE ESTA MANIOBRA SE REALIZE EN EL MISMO PLANO HORIZONTAL QUE EL RESTO DEL CUERPO EN VEZ DE -- POR EJEMPLO: COLOCAR UN RESPALDO PARA LA CABEZA EN EL SILLÓN DENTAL.

SE RECORDARÁ QUE LA LENGUA ESTÁ ADHERIDA A LA MANDÍBULA EN LA REGIÓN DE LA SIFISIS Y QUE LA EPIGLOTIS, LA CUAL CUBRE LA TRÁQUEA PARA EVITAR QUE ENTREN A LOS PULMONES LOS ALIMENTOS Y LÍQUIDOS, ÉSTA ADHERIDA A LA LENGUA. TODO ESTO ES IMPORTANTE EN EL PACIENTE INCONCIENTE, PUES SU MANDÍBULA SE RELAJA Y CAE HACIA ATRÁS DE MANERA QUE LA LENGUA -- BLOQUEA LA OROFARINGE.

POR LO TANTO, SI LA MANDÍBULA ES DESPLAZADA HACIA ADELANTE, LA LENGUA, DEBIDO A QUE SE INSERTA EN LA PRIMERA, -- TAMBIÉN ES DESPLAZADA HACIA ADELANTE Y LA EPIGLOTIS SE ELEVA DE MODO QUE QUEDA UNA VÍA PERMEABLE PARA EL AIRE DESDE LA BOCA O LA NARIZ HASTA LOS PULMONES.

UNA VEZ QUE LA CABEZA ESTÁ EN POSICIÓN ADECUADA, SE-- APRIETAN LAS FOSAS NASALES CON LOS DEDOS. ESTE PASO ES-- OBVIO, PUES NO TENDRÍA CASO EXALAR AIRE EN LA BOCA DEL PACIENTE, SI SE SALIERA POR SU NARIZ. LUEGO LA BOCA DEL -- ODONTÓLOGO O AUXILIAR DEBE CUBRIR POR COMPLETO LA BOCA DEL

PACIENTE, PUES DE LO CONTRARIO LA VENTILACIÓN SERÍA INSUFICIENTE.

UNA VEZ QUE SE HA CUBIERTO BIEN LA BOCA DEL PACIENTE, SE SOPLA CON INTENSIDAD SUFICIENTE PARA QUE SE EXPANDA EL TÓRAX DE ÉSTE. ESTO, POR SUPUESTO, REQUIERE CONSIDERABLE MENOR ESFUERZO EN UN LACTANTE DE 2 SEMANAS QUE EN UN VARÓN DE 42 AÑOS DE EDAD.

ENTRE LAS EXHALACIONES SE DEBE APARTAR LA BOCA PARA QUE PUEDA INSPIRAR AIRE FRESCO. DE UNA U OTRA FORMA DEPENDIENDO DE SI UNA O DOS PERSONAS ATIENDEN AL PACIENTE, LA VENTILACIÓN ARTIFICIAL DEBERÁ EFECTUARSE ALREDEDOR DE 12 VECES POR MINUTO. ESTO SE EXPLICARÁ MÁS TARDE EN FORMA DETALLADA.

EN OCASIONES, PUEDE TENER QUE RECURRIRSE AL MÉTODO DE BOCA A NARIZ, COMO EN EL CASO DE TRISMO O ESPASMO DE LOS MÚSCULOS DE LA MANDÍBULA. ADEMÁS, SI EL PACIENTE NO TIENE DIENTES Y NO SE DISPONE DE UNA CÁNULA BUCAL, ENTONCES PUEDE SER DIFÍCIL OBTENER UN CIERRE ADECUADO ALREDEDOR DE LA BOCA.

SIN EMBARGO, EL APRENDER SOLO EL MÉTODO DE BOCA A NARIZ NO SERIA PRÁCTICO, YA QUE PUEDE HABER OBSTRUCCIÓN NASAL POR PÓLIPOS, TABIQUE DESVIADO O SINUSITIS.

EN ESTE MÉTODO LA CABEZA DEL PACIENTE SE COLOCA EN LA MISMA POSICIÓN Y LA MANO QUE ESTABA ATRÁS DEL CUELLO SE -- LLEVA AL MENTÓN PARA CERRAR LA BOCA DE MANERA QUE NO ESCAPE AIRE DURANTE LA INFLACIÓN A TRAVÉS DE LA NARIZ. DES-- PUÉS SE PROCEDERÁ COMO EN LA RESUCITACIÓN DE BOCA A BOCA.

HAY DIVERSOS TIPOS DE EQUIPO AUXILIAR COMO LA CÁNULA-- EN FORMA DE S Y LA BOLSA AMBÚ QUE PUEDE UTILIZARSE PARA -- PROPORCIONAR VENTILACIÓN ARTIFICIAL.

EL APRENDER LA VENTILACIÓN ARTIFICIAL CON ESTE EQUIPO COMO EL ÚNICO MÉTODO NO SERÍA RAZONABLE, PUES NO SIEMPRE-- SE CUENTA CON EL MISMO.

UNA DESVENTAJA DE LA CÁNULA EN FORMA DE "S" ES QUE EL QUE ASISTE DEBE COLOCARSE ATRÁS DE LA CABEZA DEL PACIENTE-- PARA USARLA EN FORMA APROPIADA. ESTO HACE QUE SE OCUPE-- TIEMPO SI LA MISMA PERSONA DEBE LUEGO CAMBIAR A UNA POSI-- CIÓN CERCA DE LA PARED TORÁXICA DEL PACIENTE CON EL FIN DE DAR MASAJE CARDÍACO.

ESTO SE PONDRÁ EN EVIDENCIA CUANDO SE DESCRIBAN ÉSTOS ASPECTOS.

SI SE UTILIZA UNA BOLSA AMBÚ O SE ADMINISTRA OXÍGENO-- EN ALGUNA OTRA FORMA, EL PRIMERO DEBE APLICARSE A LA BOCA--

DEL PACIENTE UNA CÁNULA BUCOFARÍNGEA. ESTA CÁNULA ESTABLECE UN ACCESO DIRECTO A LA OROFARINGE Y AYUDA TAMBIÉN AL DESPLAZAMIENTO DE LA LENGUA HACIA ADELANTE, RETIRADA DE LA PARED POSTERIOR DE LA FARINGE.

CIRCULACIÓN ARTIFICIAL.

UNA VEZ QUE SE HA ESTABLECIDO UNA VÍA AÉREA APROPIADA Y QUE SE HA INICIADO LA RESPIRACIÓN, SE DIRIGE LA ATENCIÓN A LA CIRCULACIÓN. ÉSTA ES DE VITAL IMPORTANCIA, PUES SI HEMOS TENIDO ÉXITO EN LA VENTILACIÓN ADECUADA DE LOS PULMONES.

PARA VOLVER A ESTABLECER LA CIRCULACIÓN EN ESTA SITUACIÓN, ES NECESARIO QUE EL EQUIPO DE URGENCIAS PROPORCIONE EN FORMA ARTIFICIAL LA ACCIÓN DE BOMBA DEL CORAZÓN.

ESTO SE LLEVA A CABO MEDIANTE MASAJE CARDÍACO. ESTE PROCEDIMIENTO CONSISTE EN COMPRIMIR EL CORAZÓN A TRAVÉS DE LA PARTE ANTERIOR DEL ESTERNÓN. AL COMPRIMIRLO DE ÉSTA--MANERA, PUEDE ESTABLECERSE UNA ACCIÓN DE BOMBA CARDÍACA Y MANTENERSE LA CIRCULACIÓN ARTIFICIAL DEBIDO A QUE EL ESTERNÓN SE ADHIERE A LAS COSTILLAS MEDIANTE CARTÍLAGO QUE LE DA CIERTA ELASTICIDAD AL MISMO.

ESTO PERMITE QUE EL ESTERNÓN PUEDA DEPRIMIRSE. PUES TO QUE LA COLUMNA VERTEBRAL SIRVE DE APOYO, EL RESULTADO NETO ES EL MISMO QUE SI SE ESTUVIERA COMPRIMIENDO EL CORAZÓN CON LAS MANOS.

SI EL PACIENTE PERMANECE EN EL SILLÓN DENTAL DURANTE ESTE PROCEDIMIENTO, CASI SIEMPRE ES NECESARIO QUE SE COLOQUE ALGO FIRME, COMO UNA TABLA O UNA BANDEJA DE INSTRUMENTOS, ABAJO DEL PACIENTE, DE MANERA QUE LA PRESIÓN APLICADA A LA PARED TORÁXICA SE COMUNIQUE AL CORAZÓN Y NO SE DISIPE EN EL ASIENTO BLANDO DEL COLCHÓN DENTAL.

SIEMPRE DEBE UTILIZARSE UN RESPALDO SÓLIDO INDEPENDIENTEMENTE DE DONDE SE REALIZE EL PROCEDIMIENTO.

SI SE CUENTA CON AYUDA Y ES POSIBLE, TAL VEZ DEBA LEVANTARSE AL PACIENTE DEL SILLÓN Y COLOCARLE EN POSICIÓN SUPINA EN EL PISO. EL ODONTÓLOGO SE COLOCARÁ A LA IZQUIERDA O A LA DERECHA DEL PACIENTE.

PARA LLEVAR A CABO EL MASAJE CARDÍACO EN FORMA CORRECTA (PUES NO TIENE CASO PRACTICARLO EN FORMA INCORRECTA), ES NECESARIO DEFINIR LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS ANTES DE INICIAR LA COMPRESIÓN, COLOCANDO LAS YEMAS DE LOS DEDOS EN EL EXTREMO INFERIOR DEL ESTERNÓN SUPERYACENTE AL ESTÓMAGO, ES

POSIBLE PALPAR EL APÉNDICE XIFOIDES, QUE ES LA PEQUEÑA PUNTA MOVIBLE DEL ESTERNÓN.

DEBERÁ COLOCARSE EL "TALÓN" DE LA MANO SOBRE EL EXTREMO DEL ESTERNÓN ÓSEO QUE SE ENCUENTRA INMEDIATAMENTE ARRIBA DEL APÉNDICE XIFOIDES. EL BRAZO IZQUIERDO DEL OPERADOR DEBE ESTAR RECTO Y ESTIRADO POR COMPLETO.

SI ESTO NO ES POSIBLE POR LA POSICIÓN DEL PACIENTE, ENTONCES EL OPERADOR DEBE COLOCARSE SOBRE ALGO PARA QUE ESTE EN UNA POSICIÓN MÁS ELEVADA ANTE EL PACIENTE, O BIEN, SE BAJARÁ ÉSTE.

SI NO SE EFECTÚA ESTO, ES DEMASIADO CANSADO REALIZAR EL MASAJE CARDÍACO.

LOS DEDOS DEL OPERADOR DEBEN ESTAR PARALELOS A LAS COSTILLAS PERO SIN TOCARLAS. LUEGO SE COLOCA LA MANO DERECHA EN LA MISMA POSICIÓN SOBRE LA IZQUIERDA Y SE PUEDE INICIAR LA COMPRESIÓN.

ES IMPORTANTE QUE LA APLICACIÓN DE LA PRESIÓN SE LIMITE A LA PARTE INFERIOR DEL ESTERNÓN PARA OBTENER LA COMPRESIÓN MÁXIMA Y TAMBIÉN REDUCIR AL MÍNIMO EL PELIGRO DE FRAC TURAR COSTILLAS Y LESIONAR LOS ÓRGANOS INTERNOS.

EL TÓRAX PUEDE SER COMPRIMIDO DE 3 a 5CMS. SI EL ASIS

TENTE MANTIENE LOS BRAZOS RÍGIDOS Y EXTENDIDOS, Y SE MECE-HACIA ADELANTE DE MANERA QUE TODO EL PESO DE SU CUERPO SE-APOYE SOBRE EL ESTERNÓN DEL PACIENTE.

ESTO COMPRIME EL CORAZÓN SUBYACENTE CONTRA LA COLUMNA VERTEBRAL Y EXPULSA LA SANGRE DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO HACIA LA CIRCULACIÓN GENERAL Y LA DEL VENTRÍCULO DERECHO HACIA LOS PULMONES. DESPUÉS, RÁPIDAMENTE SE DEJA DE COMPRI-MIR PARA PERMITIR QUE LA ELASTICIDAD DE LA PARED TORÁXICA-EXPANDA UNA VEZ MÁS EL TÓRAX.

EN ESTE MOMENTO EL VENTRÍCULO DERECHO SE LLENA DE SAN-GRE VENOSA DE LOS VASOS PERIFÉRICOS Y EL VENTRÍCULO IZQUIER-DO SE LLENA DE SANGRE OXIGENADA PROVENIENTE DE LOS PULMO--NES. ESTE PROCEDIMIENTO SE REPITE CON EL OBJETO DE HACER CIRCULAR AL ENCÉFALO UN VOLUMEN SUFICIENTE DE SANGRE.

SI UNA SOLA PERSONA PRACTICA EL PROCEDIMIENTO, ES NE-CESARIO APLICAR COMPRESIÓN A UNA FRECUENCIA DE 80 POR MINU-TO Y EN UN NIÑO O LACTANTE PUEDEN REQUERIRSE 100 a 120 COM-PRESIONES POR MINUTO.

EL MASAJE CARDÍACO A TRAVÉS DEL TÓRAX PUEDE MODIFICAR SE LIGERAMENTE CUANDO SE APLICA A LACTANTES Y NIÑOS.

LA APLICACIÓN DE NIÑOS DEL PROCEDIMIENTO NORMAL EN EL ADULTO HA ORIGINADO UNA ALTA OCURRENCIA DE LESIÓN HEPÁTICA

LOS ESTUDIOS SOBRE LA LOCALIZACIÓN DEL CORAZÓN EN EL LACTANTE HAN DEMOSTRADO QUE ÉSTE SE ENCUENTRA POR ABAJO DEL TERCIO MEDIO DEL ESTERNÓN Y NO EN EL EXTREMO INFERIOR COMO EN LOS ADULTOS.

POR ÉSTA RAZÓN, SE HA SUGERIDO UN CAMBIO EN LA ENSEÑANZA DEL MASAJE CARDÍACO A LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS.

LA COMPRESIÓN DEBE APLICARSE EN LA REGIÓN MEDIOESTERNAL Y EN LOS LACTANTES PUEDE LOGRARSE SUJETANDO EL TÓRAX ENTRE LAS MANOS, CON LOS DEDOS SOSTENIENDO EL DORSO Y LOS PULGARES COLOCADOS SOBRE EL ESTERNÓN.

EN NIÑOS PEQUEÑOS, LA COMPRESIÓN PUEDE REALIZARSE UTILIZANDO EL "TALÓN" DE UNA MANO.

ES MUY IMPORTANTE NO INTERRUMPIR EL RITMO AL HACER EL MASAJE CARDÍACO, SALVO CUANDO SEA ABSOLUTAMENTE NECESARIO-- Y EN TAL CASO SOLO CON BREVEDAD, PUES AÚN EN LAS MEJORES-- CONDICIONES LA CIRCULACIÓN ARTIFICIAL PRODUCE SOLO 30 a 40 POR CIENTO DEL FLUJO NORMAL DE LA SANGRE.

POR LO TANTO, INCLUSIVE PEQUEÑAS PAUSAS DARÁN POR RESULTADO UNA REDUCCIÓN DE LA CIRCULACIÓN SANGUÍNEA DE ZONAS VITALES.

EL PARO CARDÍACO PUEDE OBEDECER A DETENIMIENTO DEL CO
RAZÓN O FEBRILACIÓN VENTRICULAR.

EN UN PARO COMO EL QUE OCURRIRÍA EN UN CONSULTORIO --
DENTAL (PARO ATESTIGUADO), SE DARÁ UN GOLPE SÚBITO EN LA -
PARTE CARNOSA DE LA MANO SOBRE LA REGIÓN PRECORDIAL EN UN-
INTENTO DE INICIAR LOS IMPULSOS Y SUSPENDER LA FIBRILACIÓN.

ESTO SE EJECUTA DE MEJOR MANERA UNA VEZ QUE SE HA OB-
TENIDO UNA VÍA AÉREA (SI HAY AUSENCIA DE PULSO), ANTES DE-
INICIAR LA VENTILACIÓN ARTIFICIAL.

CAPÍTULO IV

URGENCIAS CARDIACAS.

ANGINA DE PECHO.

CUADRO CLÍNICO.- LA MAYORÍA DE LOS ENFERMOS CON ANGINA DE PECHO SUFREN DOLOR QUE SE AJUSTA ESTRICTAMENTE AL CUADRO CLÁSICO DESCRITO CON TANTO REALISMO Y PRECISIÓN POR WILLIAM HERBERDEN EN 1768. AFIRMÓ QUE LOS PACIENTES SON FRECUENTEMENTE HOMBRES MAYORES DE 50 AÑOS, PRESENTAN EL ATAQUE AL ESTAR CAMINANDO, SOBRE TODO CUESTA ARRIBA, E INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE COMER, SIENDO PRESOS DE UN DOLOR--RETROESTERNAL, CON SENSACIÓN DE ESTRANGULAMIENTO; AL MOMENTO DE PONERSE EN PIE, EL DOLOR COMIENZA A CEDER.

SEÑALÓ TAMBIÉN QUE LA ZONA DOLOROSA CON FRECUENCIA SE EXTIENDE AL BRAZO IZQUIERDO Y EN OCASIONES SE LIMITA A ÉL, MÁS RARA VEZ DUELE EL BRAZO DERECHO. FINALMENTE, CONOCÍA BIEN LAS CARACTERÍSTICAS DE TERMINACIÓN DEL PROCESO.

SI NO SE PRESENTA NINGÚN ACCIDENTE, PERO EL PADECI---MIENTO SIGUE ACENTUÁNDOSE, EL PACIENTE CAE EN FORMA SÚBITA Y PERECE INMEDIATAMENTE.

ES IMPORTANTE INSISTIR EN QUE EL DOLOR ANGINOSO NO --
TIENE VARIACIÓN EN SU INTENSIDAD, Y QUE SU CARÁCTER PERMA-
NENTE, SIN OSCILACIONES, ES MÁS IMPORTANTE QUE EL CALIFICA-
TIVO QUE EL PACIENTE USE PARA DESCRIBIRLO.

NO SE MODIFICA POR LA RESPIRACIÓN NI LA DEGLUCIÓN, NI
AL RETORCER O CAMBIAR DE POSICIÓN EL CUERPO O LOS BRAZOS.

LAS DESVIACIONES DE ÉSTE CUADRO SON BASTANTE FRECUEN-
TES, COMO PARA AMERITAR LA DISCUSIÓN DE ALGUNOS DE LOS MÁS
IMPORTANTES. RARA VEZ EL PACIENTE INSISTE QUE EL DOLOR -
ES DE CARÁCTER "URENTE " Y NO CONSTRICTIVO.

ES MUY FRECUENTE QUE EL DOLOR ANGINOSO SE ATRIBUYA A-
LA INDIGESTIÓN, YA QUE SE INSTALA DESPUÉS DE LA COMIDA.
EN UN PEQUEÑO GRUPO DE PACIENTES, SE PRESENTA DESPUÉS DE -
LA COMIDA, AÚN CUANDO PERMANEZCAN EN COMPLETO REPOSO.

REALMENTE EN ALGUNOS DE ELLOS; NO HAY ANGINA DE ES---
FUERZO. ESTA SITUACIÓN RARA, SE INTERPRETA EN DOS FORMAS:
ALGUNAS PERSONAS SERÍAN ESPECIALMENTE SUSCEPTIBLES A LA---
CONSTRICCIÓN DE LAS VÍSCERAS ABDOMINALES O ES POSIBLE QUE-
EN ÉSTOS SUJETOS EL AUMENTO DEL GASTO CARDÍACO DURANTE LA-
DIGESTIÓN NO SE ACOMPAÑE DE UNA DISMINUCIÓN DE LA RESISTEN-
CIA PERIFÉRICA, TAL COMO ACONTECE EN EL EJERCICIO, DE MANE-
RA QUE LA CARGA DEL CORAZÓN DESPUÉS DE LAS COMIDAS PUEDE -

SER MAYOR QUE DURANTE LA MARCHA.

ALGUNOS PACIENTES PRESENTAN SUS ATAQUES INICIALES SOLO AL ACOSTARSE, ESPECIALMENTE AL IR A DORMIR, POSTERIORMENTE SE INSTALA LA ANGINA DE ESFUERZO.

EN OTRAS LA ANGINA TÍPICA NO SE MANIFIESTA DURANTE EL EJERCICIO, SINO INMEDIATAMENTE DESPUÉS, CUANDO PERMANECEN EN POSICIÓN ERGUIDA. EN ALGUNOS DE TALES PACIENTES HAY--HIPOTENSIÓN POSTURAL, Y LA CAÍDA DE LA PRESIÓN AÓRTICA DESPUÉS DEL EJERCICIO ES SUFICIENTE PARA REDUCIR EL FLUJO CORONARIO HASTA OCASIONAR HIPOXIA Y DOLOR ANGINOSO DE REPO--SO.

ESTO PUEDE SUCEDER ESPECIALMENTE EN PERSONAS SOMETIDAS A TRATAMIENTO POR AGENTES GANGLIOPLEJICOS BLOQUEADORES A CAUSA DE SU HIPOTENSIÓN.

LA LOCALIZACIÓN DEL DOLOR ANGINOSO PODRÁ APARTARSE -- DEL SITIO USUAL, OFRECIENDO ALGUNAS DIFICULTADES DE INTERPRETACIÓN.

LA IRRADIACIÓN AL CUELLO Y AL ÁNGULO DE LA MANDÍBULA INFERIOR NO ES RARA, Y EL DOLOR PODRÁ SENTIRSE EN ÉSTOS SI TIOS ÚNICAMENTE.

EN ALGUNOS CASOS SE EXPERIMENTA EL DOLOR SOLO EN LA NUCA, CERCA DE LA ÚLTIMA VÉRTEBRA CERVICAL, O EN LA REGIÓN INTERESCAPULAR O EN EL HOMBRO IZQUIERDO. FINALMENTE MUCHOS PACIENTES NO "PERECEN INMEDIATAMENTE".

DIAGNÓSTICO.- LA CARACTERÍSTICA CLÍNICA FUNDAMENTAL DE LA ANGINA ES EL DOLOR TORÁXICO DE INTENSIDAD CONSTANTE SIN OSCILACIONES, QUE APARECE CON EL ESFUERZO Y EMPIEZA A CALMARSE RÁPIDAMENTE CON EL REPOSO.

CUANDO SE OBTIENE TAL DESCRIPCIÓN Y, ADEMÁS HAY ALIVIO RÁPIDO E INDUDABLE DEL DOLOR, O UN AUMENTO DE TOLERANCIA AL ESFUERZO, DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN SUBLINGUAL DE UNA DOSIS ADECUADA DE TRINITRATO DE GRICERILO (NITROGLICERINA), EL PACIENTE DE ANGINA DE PECHO PUEDE DARSE COMO SEGURO, INDEPENDIENTEMENTE DEL RESULTADO DE OTROS EXÁMENES.

LAS DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS PUEDEN SURGIR DESDE VARIOS ÁNGULOS.

A VECES EL PACIENTE ES INCAPAZ DE RECORDAR SI EL DOLOR ESTUVO EN RELACIÓN CON EL ESFUERZO; O QUIZA NO PUEDA DECIR SI LA TIRANTEZ EN SU PECHO REPRESENTA DOLOR O DISNEA. DEBIDO A QUE EL DOLOR PUEDE NO SENTIRSE COMO CONSTRICTIVO, O A QUE SE LOCALIZA EN ALGUNA REGIÓN DIFERENTE A LA USUAL, EL MÉDICO PASA POR ALTO LA POSIBILIDAD DE UNA ANGINA DE PE

CHO, POR CONSIGUIENTE, PUEDE OMITIR PRECISAR LA INFLUENCIA DEL EJERCICIO.

CUANDO EL PACIENTE SUFRE DE LA CLÁSICA ANGINA DE ESFUERZO, Y MÁS TARDE EXPERIMENTA UN DOLOR SEMEJANTE EN REPOSO, GENERALMENTE NO HAY DIFICULTAD PARA RECONOCER LA NATURALEZA DEL TORÁCICO.

CUANDO LA ANGINA DEL REPOSO APARECE COMO SÍNTOMA INICIAL, EL DIAGNÓSTICO PUEDE SER MÁS DIFÍCIL, PORQUE OTRAS ALTERACIONES, TALES COMO LA HERNIA HIATAL, ENFERMEDADES DE LA VESÍCULA BILIAR Y EL ESPASMO ESOFÁGICO, PUEDEN SIMULAR CADA UNA DE LAS EXPRESIONES DEL ANGORPECTORIA, EXCEPTUANDO SUS CARACTERÍSTICAS EN RELACIÓN CON EL ESFUERZO Y LA RESPUESTA DRAMÁTICA A LA NITROGLICERINA.

EL ESTUDIO CUIDADOSO DE ÉSTOS CASOS DE ANGINA DE REPOSO PERMITIRÁ DESCUBRIR ALGUNAS VECES FACTORES PRECIPITANTES, TALES COMO TENSIÓN EMOCIONAL, TAQUICARDIA PAROXÍSTICA HIPOGLICEMIA, CRISIS HIPERTENSIVAS POR FEOCROMOCITOMA, O UNA MODERADA INSUFICIENCIA CONGESTIVA CON EDEMA. PUESTO QUE AÚN EL EJERCICIO INTENSO PUEDE NO DAR LUGAR A UNA CRISIS DOLOROSA EN UN CASO FORTUITO, Y CONSIDERANDO QUE NO SIEMPRE ES POSIBLE LOGRAR UN TRAZO ELECTROCARDIOGRÁFICO DURANTE EL ATAQUE DOLOROSO, LA INFLUENCIA DE LA NITROGLICERINA

NA CONSTITUYE A VECES LA ÚNICA PRUEBA SOBRE LA QUE SE POYA UN DIAGNÓSTICO MÁS O MENOS EQUIVOCADO.

COMO EN TODOS LOS CASOS DE DOLOR DE REPOSO, DEBEN --- EFECTUARSE INVESTIGACIONES PARA EXCLUIR LA EXISTENCIA DE - UN INFARTO DEL MIOCARDIO, O DE HERNIA HIATAL, ENFERMEDADES DE LA VESÍCULA BILIAR, ETC.

SIN EMBARGO, EL DESCUBRIMIENTO DE UNO DE ÉSTOS TRAS-- TORNOS ABDOMINALES NO LO SEÑALA IPSOFACTO COMO CAUSA DEL - DOLOR.

LA DIFICULTAD MAYOR SURGE CON AQUELLOS PACIENTES QUE-- NO SOLO TIENEN ANGINA, SINO TAMBIÉN ALGUNA CAUSA MENOS SE-- RIA DE DOLOR, QUE SE LOCALIZA MÁS O MENOS EN LA MISMA RE-- GIÓN Y TIENE UN CARÁCTER SIMILAR.

CUANDO MENOS LA TERCERA PARTE DE LOS PACIENTES CON AN GINA TIENEN UNO O DOS TIPOS MÁS DE DOLOR TORÁCICO.

LA CAUSA INOCENTE, POR LO GENERAL DE ORIGEN ESQUELÉT^I CO, SE CONFUNDE ENTONCES CON LA ENFERMEDAD MAS SERIA, A ME NOS QUE EL PACIENTE SEA SOMETIDO A UN ESTUDIO MÁS CUIDADO-- SO.

EL EXAMEN FÍSICO SOLO OCASIONALMENTE AYUDA AL DIAGNÓS TICO DE LA ANGINA. EL HALLAZGO DE ESTENOSIS AÓRTICA, EL-

DE UNA TAQUICARDIA ECTÓPICA, O DE UN SOPLO TELESISTÓLICO-- EN LA PUNTA HACE PROBABLE, MÁS NO SEGURA, LA NATURALEZA -- ANGINOSA DEL DOLOR TORÁCICO ACOMPAÑANTE.

SI EL PACIENTE ES EXAMINADO DURANTE EL ATAQUE, PUEDE- SENTIRSE UN ABOMBAMIENTO APICAL O PRECONDIAL EN POCO MÁS O MENOS LA QUINTA PARTE DE LOS PACIENTES. SIN EMBARGO, ES- TO PUEDE OBEDECER A OTRA CAUSA, POR EJEMPLO: UN INFARTO -- PREVIO, Y TIENE VALOR EN EL DIAGNÓSTICO DE ANGINA, SOLO SI DEJA DE SENTIRSE A MEDIDA QUE EL DOLOR DESAPARECE.

· PRONÓSTICO.- EL PRONÓSTICO ES MÁS INCIERTO EN ESTE -- TRASTORNO QUE EN CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD CRÓNICA.

A VECES, UN PACIENTE SUFRE DE ANGINA DURANTE CIERTO-- TIEMPO, DESPUÉS DE LO CUAL, EL DOLOR PUEDE DESAPARECER EN- FORMA PERMANENTE, SIN PRESENTARSE INCLUSO CON LA MÁS INTEN- SA ACTIVIDAD; ES DE SUPONER QUE EN ÉSTOS CASOS SE HA DESA- RROLLADO UNA CIRCULACIÓN COLATERAL COMPLETAMENTE COMPENSA- DORA DEL ÁREA ANTERIORMENTE ISQUÉMICA.

EN OTRAS, LA GRAVEDAD DE LA ANGINA DISMINUYE POR PE-- RIODOS, DEPENDIENDO DEL EQUILIBRIO ENTRE EL CRECIMIENTO DE RAMAS COLATERALES Y LA PROGRESIÓN DE LAS LESIONES OBSTRUC- TIVAS.

LA ANGINA PUEDE DESAPARECER DESPUÉS DE UN INFARTO. O FRECUENTEMENTE, SE VUELVE MÁS GRAVE QUE ANTES. ES IMPORTANTE RECORDAR QUE, AÚN EN LOS PACIENTES CON ATAQUE CON ANGOR MODERADO Y POCO FRECUENTE, LA MUERTE SÚBITA ES SIEMPRE UNA POSIBILIDAD.

EL EXTREMO OPUESTO ES UN PACIENTE AL QUE HEMOS OBSERVADO PERSONALMENTE, QUIEN SOBREVIVIÓ POR 48 AÑOS DESPUÉS - QUE OSLER HIZO EL DIAGNÓSTICO.

EXISTE LA CREENCIA MUY GENERALIZADA DE QUE LA ANGINA DESAPARECE AL PRINCIPIAR LA INSUFICIENCIA CONGESTIVA. ESTO INDUDABLEMENTE, NO SIEMPRE ES VERDAD Y CUANDO ASÍ SUCEDE, - PROBABLEMENTE SE DEBE A LA RESTRICCIÓN OBLIGADA DE ACTIVIDAD Y NO A UNA INCOMPATIBILIDAD INHERENTE ENTRE EL MECANISMO DE LA INSUFICIENCIA CONGESTIVA Y EL DOLOR ANGINOSO.

TRATAMIENTO.- APARTE DEL ALIVIO SINTOMÁTICO, LA TERAPÉUTICA ESTÁ ENCAMINADA A PROMOVER LA CIRCULACIÓN COLATERAL Y LA PREVENCIÓN DE ULTERIORES DEPÓSITOS ATEROMATOSOS Y DE LAS COMPLICACIONES COMUNES, COMO EL DEL INFARTO AL MIOCARDIO, LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA, Y LA MUERTE-REPENTINA.

OTRO OBJETIVO MÁS ES EL DESCUBRIMIENTO Y ATENCIÓN DE - TRASTORNOS FRECUENTEMENTE ASOCIADOS Y CAPACES DE AGRAVAR -

LA ANGINA.

ENTRE ÉSTOS, LA OBESIDAD, LA DIABETES, LA HIPERTEN---
SIÓN, LOS RITMOS ECTÓPICOS, LA ANEMIA Y LA TIROTOXICOSIS.

STRESS EMOCIONAL.- NO DEBERÁ ESCATIMARSE NINGÚN ES---
FUERZO PARA ELIMINAR LA ANSIEDAD Y LOS TEMORES.

CUANDO NO ES POSIBLE LOGRAR ESTO, LO CUAL SUCEDE CON-
FRECUENCIA, ESTÁN INDICADAS LAS DROGAS TRANQUILIZADORAS.
EL VALOR RESPECTIVO DEL MEPROMAMATO, DE LA RAUWOLFIA (CON
DEBIDA CONSIDERACIÓN A SU TENDENCIA A PROVOCAR DEPRESIÓN--
EN LAS PERSONAS PREDISPUESAS) Y DE LOS BARBITÚRICOS, ES -
VARIABLE DE UNO A OTRO PACIENTE.

LA ANSIEDAD CON RESPECTO A LA CARDIOPATÍA MISMA, QUE-
FRECUENTEMENTE CONSTITUYE UNA CAUSA IMPORTANTE DE STRESS -
EMOCIONAL, PUEDE SER ELIMINADA PARCIALMENTE MEDIANTE EL --
SENTIMIENTO DE CONFIANZA.

EL TRATAMIENTO DE LA ANGINA DE PECHO EN EL CONSULTORIO DEN
TAL CONSISTE EN:

- 1.- RECONOCIMIENTO DEL TIPO DE DOLOR CARACTERÍSTICO -
DE ESTE PADECIMIENTO.
- 2.- SUSPENDER TODO TIPO DE TRATAMIENTO DENTAL EN PRO-
GRESO.

- 3.- SUMINISTRAR OXÍGENO MEDIANTE MÁSCARA.
- 4.- ADMINISTRAR NITROGLICERINA POR VÍA SUBLINGUAL.
- 5.- DAR DE ALTA AL PACIENTE CUANDO HAYA CESADO EL DOLOR Y PROGRAMARLO PARA OTRO TIEMPO.

SI SE SABE QUE UN PACIENTE SUFRE DE ANGINA DE PECHO, DEBERÁN TOMARSE CIERTAS MEDIDAS ANTES DE SOMETERLO A TRATAMIENTO DENTAL:

- 1.- PRESCRIBIR UN TRANQUILIZADOR ANTES DE LA CITA.
- 2.- PROHIBIRLE FUMAR LAS 48 HORAS PREVIAS A LA CITA, YA QUE EL TABAQUISMO DIFICULTA LA OXIGENACIÓN ADECUADA DE LA SANGRE.
- 3.- PROGRAMAR LA CITA A MEDIA MAÑANA O A MEDIA TARDE, PUES LOS ALIMENTOS ABUNDANTES PUEDEN PRODUCIR UN ATAQUE DE ANGINA DE PECHO.
- 4.- ADMINISTRAR NITROGLICERINA POCO ANTES DE INICIAR LA INTERVENCIÓN.

CAPÍTULO V

INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

OCCLUSIÓN CORONARIA, TROMBOSIS CORONARIA E INFARTO DEL MIOCARDIO, SON TÉRMINOS QUE SE USAN FRECUENTEMENTE COMO SINÓNIMOS, AUNQUE EL ÚLTIMO DE ELLOS ES LA DESIGNACIÓN CLÍNICA APROPIADA PARA EL TRASTORNO QUE VAMOS A DESCRIBIR.

EL INFARTO DEL MIOCARDIO ES SIEMPRE CONSECUENCIA DE UNA GRAN DISCREPANCIA ENTRE SUMINISTRO SANGUÍNEO Y LAS NECESIDADES DEL MIOCARDIO. GENERALMENTE, LA INSTALACIÓN DE TAL DESEQUILIBRIO ES TAN RÁPIDA QUE EL FLUJO COMPENSADOR-- A TRAVÉS DE LOS VASOS COLATERALES ES INADECUADO PARA NUTRIR EL ÁREA MIOCÁRDICA ISQUÉMICA.

ESTE TRASTORNO ES EL RESULTADO DEL ESTRECHAMIENTO ATÉROESCLEROSO PROGRESIVO (CON O SIN TROMBOSIS O HEMORRAGIA-- EN EL SITIO DE LA PLACA DE ESCLEROSIS), O CUALESQUIERA QUE LAS CIRCUNSTANCIAS RESPONSABLES QUE SOBRECARGAN EL CORAZÓN O DISMINUYEN EL FLUJO CORONARIO, SIEMPRE QUE SEAN SUFICIENTEMENTE IMPORTANTES Y PROLONGADAS.

ENTRE LAS CAUSAS MÁS RARAS ESTÁN LA EMBOLIA CORONARIA LA OCCLUSIÓN DE UN ÓSTIUM CORONARIO POR SORTITIS LUÉTICA,-- EL ANEURISMA DISECANTE Y LA POLIARTRITIS.

EL INFARTO DEL VENTRÍCULO DERECHO ES BASTANTE MÁS RARO (ALREDEDOR DEL 3%); LA INMUNIDAD DEL VENTRÍCULO DERECHO

SE DEBE AL MENOR TRABAJO QUE DESARROLLA Y A LA RESERVA CORONARIA PROPORCIONALMENTE MAYOR.

CUADRO CLÍNICO CLÁSICO.- EN LOS CASOS TÍPICOS, EL PACIENTE ES PRESA DE UN ATAQUE ANÁLOGO AL DE ANGINA, PERO -- SIN RELACIÓN CON EL ESFUERZO. ES DE MAYOR INTENSIDAD Y -- MÁS PROLONGADO; TIENDE A IRRADIARSE MÁS AMPLIAMENTE, Y GENERALMENTE, NO SE MODIFICA MEDIANTE LA NITROGLICERINA.

SE LE DESCRIBE GENERALMENTE COMO DE CARÁCTER CONSTRICTIVO; ALCANZA SU ACME CON MAYOR RAPIDEZ Y PERMANECE A ESTE NIVEL SIN EXPERIMENTAR VARIACIONES; EN OTRAS PALABRAS, ES UN DOLOR CONSTANTE, NO SE MODIFICA POR LOS MOVIMIENTOS DEL CUERPO NI POR LA RESPIRACIÓN O DEGLUSIÓN, HECHO DE GRAN IMPORTANCIA DIAGNÓSTICA.

POCO DESPUÉS DE INICIARSE EL PACIENTE SUDA PROFUSAMENTE, LA PIEL SE VUELVE PÁLIDA, FRÍA Y HÚMEDA, Y HAY UNA CAÍDA MODERADA EN LA PRESIÓN SANGUÍNEA.

AL MISMO TIEMPO, SE OBSERVAN DISNEA, DEBILIDAD Y LANGUIDEZ; LA NÁUSEA Y EL VÓMITO SON FRECUENTES.

LA FRECUENCIA CARDÍACA AUMENTA LIGERAMENTE, AUNQUE A= VECES SE MANTIENE EN 70 u 80 POR MINUTO; ES FRECUENTE AUSCULTAR UN RITMO DE GALOPE PROTODIASTÓLICO Y ESTERORES HÚME

DOS MEDIOS Y FINOS EN LAS BASES DE LOS PULMONES. TRANSCURRIDOS UN LAPSO VARIABLE, DESAPARECEN LOS SIGNOS DEL CHOCQUE, Y EL DOLOR SORDO DURANTE ALGUNAS HORAS O UNO O MÁS DÍAS.

TRANSCURRIDAS ESCASAS HORAS DE HABERSE INSTALADO EL DOLOR SE OBSERVA LEUCOSITOSIS SEGUIDAS DE FIEBRE, POSTERIORMENTE, POR LO REGULAR 24 a 48 HORAS DESPUÉS, SE ACELERA LA VELOCIDAD DE LA SEDIMENTACIÓN GLOBULAR.

EN LOS CASOS MÁS GRAVES, LOS LEUCOCITOS ALCANZAN LA CIFRA DE 12 a 20,000 ELEMENTOS, PERMANECIENDO ELEVADOS POR ESPACIO DE 10 a 14 DÍAS; LA FIEBRE ALCANZA CIFRAS DE 37.7- a 39.5 C. DESAPARECIENDO EN EL CURSO DE 10 DÍAS; LA ERITROSEDIMENTACIÓN SE CONSERVA ACELERADA DURANTE 3 a 4 SEMANAS.

LA TRANSAMINASA DEL SUERO, HABITUALMENTE COMIENZA A ELEVARSE EN LAS 6 ó 12 HORAS SIGUIENTES, Y ALCANZA SU MÁXIMA ELEVACIÓN AL CABO DE 24 a 48 HORAS PARA DECLINAR A NIVELES NORMALES DESPUÉS DE 4 a 7 DÍAS.

APROXIMADAMENTE EN EL 80% DE LOS CASOS SE NOTAN ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS CARACTERÍSTICAS: ELEVACIÓN DE S-T SEGUIDA DE INVERSIÓN DE LAS ONDAS T Y DESAPARICIÓN DE ONDAS Q. EN LOS RESTANTES CASOS, LAS ANOMALÍAS ELECTROCARDIOGRÁFICAS, AUSENTES LOS PRIMEROS UNO O DOS DÍAS,--

SE OBSERVAN EN EL CURSO DE 7 a 10 DÍAS CUANDO SE RECURRE A LA PRÁCTICA DE TOMAR REGISTROS DIARIAMENTE, Y EN UNA REDUCIDA MINORÍA NO SE APRECIAN ANORMALIDADES O SOLO MODIFICACIONES MÍNIMAS E INESPECÍFICAS. INCLUSO EN PRESENCIA DE UN CUADRO CLÁSICO.

TRANSCURRIDOS UNO O DOS DÍAS CUANDO EL DOLOR GENERALMENTE HA DESAPARECIDO, EL PACIENTE SE ENCUENTRA A VECES -- TAN LIBRE DE SÍNTOMAS QUE RESULTA DIFÍCIL PERSUADIRLO DE LA GRAVEDAD DEL ATAQUE Y DE LA NECESIDAD DE INTENSIFICAR UN TRATAMIENTO MINUCIOSO DURANTE VARIAS SEMANAS.

EL RITMO DE GALOPE Y LOS ESTERTORES DE LAS BASES PUEDEN PERSISTIR POR 2 o 3 SEMANAS.

ALGÚN TIEMPO DESPUÉS DEL ATAQUE, GENERALMENTE ENTRE -- EL PRIMERO Y EL SÉPTIMO DÍA, SE OCULTA UN FROTE PERICÁRDICO EN UN 10 ó 15% DE LOS CASOS, APROXIMADAMENTE.

LA PERICARDITIS ES, POR LO REGULAR, ASINTOMÁTICA, PERO A VECES PUEDE ACOMPAÑARSE DE UN DOLOR MODERADO QUE SE -- AGRAVA CON LOS MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS.

LA DESCRIPCIÓN ANTERIOR CORRESPONDE A LOS PACIENTES -- QUE SUFREN UN ATAQUE MODERADAMENTE GRAVE. EN LOS CASOS-- MÁS BENIGNOS, TODAS LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS SE REDU-- CEN CONCOMITANTEMENTE; ALGUNAS INCLUSO, FALTAN Y LOS SIG--

NOS DE NECROSIS MIOCÁRDICA (FIEBRE, SEDIMENTACIÓN ACELERADA Y LEUCOCITOSIS) SON MÍNIMOS O NO EXISTEN.

SIN EMBARGO, CASI INVARIABLEMENTE, LA TRANSAMINASA SÉ RICA SE ENCUENTRA LIGERAMENTE ELEVADA O MUESTRA VARIACIONES DE UN ORDEN MAYOR DE 12 a 15 UNIDADES, AUNQUE LA CIFRA MÁS ALTA PUEDE SER MENOR DE 40.

POR OTRA PARTE EN LOS CASOS MÁS GRAVES, EL CHOQUE ES PROFUNDO Y PUEDE DURAR HORAS Y AÚN DÍAS; LA MUERTE SOLO SE EVITA MEDIANTE UN TRATAMIENTO ENÉRGICO.

EL EDEMA PULMONAR Y POSTERIORMENTE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA, SON MÁS ACENTUADAS, EL GASTO CARDÍACO RESULTA -- TAN REDUCIDO, Y EL FLUJO SANGUÍNEO PERIFÉRICO TAN COMPROMETIDO, QUE PUEDE SOBREVENIR UN INFARTO CEREBRAL, GANGRENA -- DE LAS EXTREMIDADES O DE LOS INTESTINOS O NECROSIS TUBULAR AGUDA DE LOS RIÑONES.

LA GRAVEDAD DE UN ATAQUE, QUE CONSTITUYE UNA IMPORTANTE GUÍA PARA EL PRONÓSTICO INMEDIATO Y TARDÍO, PUEDE JUSGARSE POR LA EXTENSIÓN DE LAS ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS, SINO POR EL CUADRO CLÍNICO EN SU CONJUNTO, Y LA MAGNITUD DE AQUELLAS MANIFESTACIONES POR LAS QUE SE TRADUCE LA NECROSIS DEL MIOCARDIO.

CUANTO MÁS GRAVES LOS SIGNOS DE INSUFICIENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA (DEPENDIENTE, ADEMÁS DE LA CONDICIÓN PREVIA DEL MIOCARDIO), CUANTO MÁS PROFUNDO EL ESTADO DE CHOQUE, MÁS ALTA Y PROLONGADA LA FIEBRE Y MÁS ELEVADAS LAS TRANSAMINASAS SÉRICAS, LA LEUCOCITOSIS Y LA VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN, MÁS EXTENSO HA SIDO EL DAÑO DEL MIOCARDIO, SEA CUAL FUERE EL TRAZO DEL ELECTROCARDIOGRAMA.

LO CONTRARIO TAMBIÉN ES CIERTO; CUANDO TODOS LOS FENÓMENOS ANTES MENCIONADOS SON MÍNIMOS, ELLO SIGNIFICA QUE LA LESIÓN DEL MIOCARDIO PEQUEÑA, AÚN FRENTE A UN ELECTROCARDIOGRAMA QUE PUEDE SER INTERPRETADO COMO CORRESPONDIENTE A UN INFARTO EXTENSO.

EL ELECTROCARDIOGRAMA ES INAPRECIABLE PARA CONFIRMAR LA IMPRESIÓN CLÍNICA DE UN INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO, PERO ES DE POCO VALOR PARA INFORMARNOS SOBRE LA GRAVEDAD DEL ATAQUE.

DE TODAS LAS PRUEBAS DE LABORATORIO, EL NIVEL DE TRANSAMINASA ES LA ÚNICA QUE RETRATA FIELMENTE LA GRAVEDAD REAL DEL INFARTO. CIFRAS DE 300 O MÁS UNIDADES SIEMPRE, INDICAN UN INFARTO DE GRAN TAMAÑO, Y PROBABLEMENTE FATAL.

SE DEBE TENER PRESENTE, SIN EMBARGO, QUE UN NIVEL EXCESIVAMENTE ALTO DE TRANSAMINASA DEL TODO INCOMPATIBLE CON

LA MODERACIÓN DE LOS OTROS SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS, PUEDEN SER RESULTADO DE NECROSIS CENTRAL DE LOS LOBULILLOS HEPÁTICOS, PARTICULARMENTE PROPENSA A OCURRIR SI LA CAÍDA -- INICIAL DE LA PRESIÓN SANGUÍNEA ES GRAVE Y PROLONGADA.

EXISTEN ALGUNAS PRUEBAS DE QUE LA MEDIDA DE LA ACTIVIDAD DE LA DESHIDROGENASA LÁCTICA DEL SUERO PUEDE PROPORCIONAR INFORMES MÁS EXACTOS QUE LA TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA, QUE ACTUALMENTE SE EMPLEA CASI UNIVERSALMENTE.

EL ODONTÓLOGO FRENTE AL PACIENTE CON INFARTO AGUJO AL MIOCARDIO.

SI ESTA URGENCIA OCURRE EN EL CONSUTORIO DENTAL, DEBERÁN DE TOMARSE LAS SIGUIENTES MEDIDAS:

- 1.- SE COLOCARÁ AL PACIENTE EN POSICIÓN DE TRENDELENBURG (CON LA CABEZA A UN NIVEL MAS BAJO QUE LOS PIES) SI SE ENCUENTRA EN ESTADO DE CHOQUE.
- 2.- SE LE ADMINISTRA OXÍGENO.
- 3.- SE LE TOMARÁ SU PRESIÓN ARTERIAL.
- 4.- SE COMENZARÁ A ADMINISTRAR LÍQUIDO POR VÍA INTRAVENOSA.

5.- PARA EL ALIVIO DEL DOLOR SE LE ADMINISTRARÁ DEMEROL 75 a 125mg. INTRAMUSCULAR. LOS NITRATOS NO ALIVIAN EL DOLOR, EL CUAL SE PROLONGA DURANTE MÁS DE 5 MINUTOS.

6.- SE LE MANTENDRÁ EL CALOR AL PACIENTE Y SE LE REAFIRMARÁ QUE SE ESTÁ CONTROLANDO LA SITUACIÓN.

7.- SE LLAMARÁ A UN MÉDICO Y A UNA AMBULANCIA. ESTA ES UNA URGENCIA MÉDICA QUE REQUIERE DE HOSPITALIZACIÓN.

¿QUE OCURRE CUANDO ESTOS PACIENTES SE PRESENTAN AL -- CONSULTORIO DENTAL PARA TRATAMIENTO, YA SEA POR UN RASPADO O UNA EXTRACCIÓN?

SI EL PACIENTE NO ESTÁ TOMANDO SUS ANTICOAGULANTES. - SE PUEDE CORRER EL RIESGO DE FORMACIÓN DE TROMBOS; MIEN---TRAS QUE SI EL PACIENTE ESTÁ TOMANDO ANTICOAGULANTES, SE - CORRE EL RIESGO DE QUE SANGRE EN FORMA EXCESIVA POR UN PRO- CEDIMIENTO QUIRÚRGICO.

EN LA ACTUALIDAD EL TRATAMIENTO CONSISTE NO EN SUSPEN- DERLE LOS ANTICOAGULANTES AL PACIENTE, O SEA, CON UN TIEM- PO DE PROTOMBINA 11/2 a 21/2 VECES MAYOR DEL NORMAL.

DEBE ESTABLECERSE UN CONTACTO CON EL MÉDICO PARA QUE VALORE EL TIEMPO DE PROTOMBINA DEL PACIENTE Y NOS ACLARE SU ESTADO DE SALUD PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO NECESARIO. MIENTRAS EL TIEMPO DE PROTOMBINA SE MANTENGA EN VALORES TERAPÉUTICOS, EL SANGRADO SUELE PODERSE CONTROLAR MEDIANTE MEDIDAS LOCALES ADECUADAS EN LA ZONA OPERADA.

SI SE EFECTÚA UNA EXTRACCIÓN DENTAL, SE MEZCLA TROMBINA, UNO DE LOS FACTORES DE LA COAGULACIÓN, CON AGUA ESTÉRIL Y LUEGO SE APLICA UNA PORCIÓN DE GELFOAM.

DESPUÉS DE ESTO SE COLOCA EN EL ALVÉOLO, EL CUAL SE SUTURA FIRMEMENTE. SI DEBE HACERSE UN LEGRADO, ENTONCES EL PROCEDIMIENTO DEBE LIMITARSE PRIMERO A UN CUADRANTE Y LUEGO A OTRO; LA TROMBINA DE ACCIÓN LOCAL PUEDE SER COLOCADA EN LA REGIÓN MEDIANTE EL USO DE UNA GASA.

CADA VEZ MAYOR NÚMERO DE PACIENTES SOMETIDOS A TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE SE PRESENTARON AL ODONTÓLOGO Y SU EQUIPO DENTAL, YA QUE CON TODOS LOS ADELANTOS DE LA MEDICINA, UN NÚMERO MAYOR DE ELLOS SOBREVIVEN A LOS INFARTOS AGUDOS AL MIOCARDIO.

NO DEBE TENERSE TEMOR, SINO QUE DEBE HABER UNA COMPRENSIÓN INTEGRAL DEL ESTADO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE ENTRE EL MÉDICO, EL ODONTÓLOGO Y EL HIGIENISTA.

CAPÍTULO VI

E P I L E P S I A.

LA EPILEPSIA ES UN TRASTORNO INTERMITENTE Y CRÓNICO - DEL SISTEMA NERVIOSO CARACTERIZADO POR UNA DESCARGA EXCESIVA DE ALGUNAS NEURONAS DEL CEREBRO, ASÍ COMO POR ATAQUES - REPENTINOS DE INCONCIENCIA CON CONVULSIONES O SIN ELLAS.

EN RELACIÓN A SU CAUSA, LA EPILEPSIA PUEDE SER CONGÉNITA O ADQUIRIDA. LA HERENCIA ES UN FACTOR IMPORTANTE, - YA QUE ES TRES VECES MÁS FRECUENTE EN FAMILIAS CON ANTECEDENTES DE EPILEPSIA, SI SE COMPARA CON LA POBLACIÓN GENERAL.

LAS CAUSAS DE LA EPILEPSIA ADQUIRIDA INCLUYEN:

- 1.- CAMBIOS ANORMALES EN EL ENCÉFALO ORIGINADOS POR ALTERACIONES TALES COMO ENCEFALITIS, MENINGITIS, TUMORES, HE MORRAGIAS Y TRAUMATISMOS.
- 2.- TRASTORNOS GENERALES TALES COMO TOXEMIA GRAVÍDICA, INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA Y ANEMIA PERNICIOSA.

HAY DOS TIPOS DE EPILEPSIA, LA EPILEPSIA MAYOR (GRANMAL) Y LA EPILEPSIA MENOR (PEQUEÑO MAL).

EPILEPSIA MAYOR.- EL PACIENTE PUEDE PRESENTAR UNA AURA O - AVISO VARIAS HORAS ANTES DE SUFRIR UN ATAQUE DE EPILEPSIA-MAYOR.

ESTA AURA ES VARIABLE EN LOS EPILEPTICOS. PUEDE SER UNA SENSACIÓN GÁSTRICA DE OPRESIÓN O NÁUSEA, PALPITACIONES, UNA SENSACIÓN DE EXTÁSIS, HORMIGUEO EN LOS LABIOS Y DEDOS-DE LAS MANOS, SABOR U OLOR DESAGRADABLE, SENSACIÓN DE LUZ-DESLUMBRANTE, O ESPASMOS LEVES DE MUSCULATURA.

AL INICIARSE EL ATAQUE EPILEPTICO, EL PACIENTE, POR - LO GENERAL, SE CAERÁ BRUSCAMENTE, EN OCASIONES EMITIENDO - UN GEMIDO O UN CHILLIDO AGUDO, TODA LA MUSCULATURA SUFRE - ESPASMO; LAS MANOS SE CIERRAN, LOS CODOS SE FLEXIONAN Y -- LAS PIERNAS SE EXTIENDEN Y SE PONEN RÍGIDAS.

LA CABEZA Y LOS OJOS, CON LAS PUPILAS DILATADAS, SE--VOLTEAN AL LADO EN QUE LAS CONVULSIONES SON MÁZ INTENSAS. EN VISTA DE QUE LOS MÚSCULOS DE LA RESPIRACIÓN ESTÁN EN ES-PASMO O CONTRAÍDOS, HAY DIFICULTAD PARA RESPIRAR Y EL PA--CIENTE PUEDE TORNARSE CIANÓTICO.

HAY CONVULSIONES GENERALIZADAS DE TODOS LOS MÚSCULOS-

DEL CUERPO, LA LENGUA PUEDE PROTUIR ENTRE LOS DIENTES Y --
SER MORDIDA, DE MANERA QUE EL PACIENTE PUEDE EXPULSAR UNA-
ESPUMA DE COLOR ROJO, LA CUAL NO ES MÁ S QUE UNA MEZCLA DE-
SALIVA Y SANGRE.

TAMBIÉN PUEDE HABER INCONTINENCIA URINARIA O FECAL.

EL ATAQUE EPILÉPTICO COMPLETO PUEDE DURAR DE 3 a 5 MI-
NUTOS O MÁ S.

LAS CONVULSIONES EN FORMA GRADUAL COMIENZAN A DESAPA-
RECER; LA RESPIRACIÓN GRADUALMENTE SE VUELVE MÁ S FÁCIL, EL
PACIENTE PUEDE RECOBRAR DE MANERA RÁPIDA LA CONCIENCIA O -
PUEDE DORMIRSE Y DESPERTAR MÁ S TARDE CON UNA SENSACIÓN DE-
AGOTAMIENTO Y A MENUDO CON DOLOR DE CABEZA.

NO SE CONOCE CON PRECISIÓN LA CAUSA QUE DESENCADENA--
ÉSTOS ATAQUES DE EPILEPSIA MAYOR, PERO SABEMOS QUE LA TEN-
SIÓN EMOCIONAL (CONO LA QUE OCURRE EN ALGUNAS PERSONAS ---
CUANDO ACUDEN AL DENTISTA) PUEDE CONTRIBUIR A QUE SE PRE--
SENTEN.

CUANDO LA PERSONA CAE DURANTE LOS ATAQUES DE EPILEP--
SIA MAYOR, SUELE LESIONARSE, EN ESPECIAL EL HUESO MALAR,-
EL CUAL, DEBIDO A SU PROMINENCIA, PUEDE GOLPEARSE Y FRAC-
TURARSE.

EL TRATAMIENTO DE LOS ATAQUES DE EPILEPSIA MAYOR CONSISTE EN LO SIGUIENTE:

- 1.- PÓNGASE DE LADO AL PACIENTE, DE PREFERENCIA AL LADO DE RECHO, PARA EVITAR QUE ASPIRE SALIVA HACIA LOS PULMONES.
- 2.- APLIQUE UNA CÁNULA ENTRE LOS DIENTES O VARIOS ABATELEN GUAS UNIDOS O, SI NO SE CUENTA CON ESTOS, ALGÚN MATERIAL BLANDO PARA EVITAR QUE EL PACIENTE SE MUERDA LA LENGUA.
- 3.- ADMINISTRAR OXÍGENO AL PACIENTE Y AFLOJE SU ROPA APRETADA.
- 4.- PROTEJA AL PACIENTE PARA QUE NO SE LESIONE DURANTE LAS CONVULSIONES.
- 5.- ADMINISTRE NEMBUTAL, 25 mg. POR VÍA INTRAVENOSA LENTA-HASTA QUE DESAPAREZCAN LAS CONVULSIONES. HAY CIERTA-CONTROVERSIA EN CUANTO A EJECUTAR O NO ESTE ÚLTIMO PASO, YA QUE EL ATAQUE SUELE TERMINAR A LOS POCOS MINUTOS. SIN EMBARGO, SI SE PROLONGA COMO OCURRE EN OCASIONES, O SI ES DIFÍCIL CONTENER AL PACIENTE FÍSICAMENTE.

EPILEPSIA MENOR. - ÉSTOS ATAQUES CONSISTEN EN UNA BREVE INTERRUPCIÓN DE LA CONCIENCIA EN LA CUAL EL PACIENTE PUEDE - SUSPENDER LO QUE ESTÁ HACIENDO O DICIENDO, Y DESPUES DE 2- a 15 SEGUNDOS, REANUDAR SU ACCIÓN PREVIA.

EN OCASIONES PUEDE CAER AL PISO, PERO SE LEVANTA INMEDIATAMENTE. LOS ATAQUES DE EPILEPSIA MENOR SE PRESENTAN EN FORMA REPENTINA, SIN AVISO, Y PUEDEN OCURRIR EN SERIES- QUE PUEDEN DURAR VARIAS HORAS.

EL PACIENTE AL QUE SE LE HA HECHO UN DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA, POR LO GENERAL, ESTÁ RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO PARA CONTROLAR SUS ATAQUES.

EL MEDICAMENTO MÁS IMPORTANTE, Y AÚN EL MÁS EFICAZ, - ES EL DILANTIN SÓDICO, EL CUAL ES UN ANTICONVULSIONANTE CUYO UNO DE SUS EFECTOS SECUNDARIOS ES EL CRECIMIENTO DE LAS ENCÍAS (HIPERPLASIA GINGIVAL).

EL PACIENTE, POR LO GENERAL ESTARÁ TOMANDO ESTE MEDICAMENTO 3 o 4 VECES AL DÍA. EL SEGUNDO MEDICAMENTO MÁS EFICAZ ES EL MESANTOIN, QUE TIENE LA VENTAJA DE NO PRODUCIR HIPERPLASIA GINGIVAL. ALGUNOS PACIENTES PUEDEN TAMBIÉN ESTAR TOMANDO FENOBARBITAL EN DOSIS PEQUEÑAS, EL CUAL TAMBIÉN AYUDA A CONTROLAR LAS CONVULSIONES.

NO SE DEBE DE TEMER AL EPILÉPTICO BIEN CONTROLADO EN EL

CONSULTORIO DENTAL, Y DEBE HACERSE TODO ESFUERZO PARA EVITARLE UNA TENSION EMOCIONAL INDEBIDA.

MUCHOS PACIENTES EPILÉPTICOS SE VUELVEN APÁTICOS PARA INGERIR LOS MEDICAMENTOS QUE LES PRESCRIBEN Y ESTO OBEDECE A QUE MIENTRAS SE ENCUENTRAN BAJO EL EFECTO DE LOS MISMOS-NO PRESENTAN SIGNOS O SÍNTOMAS DE EPILEPSIA.

EL PACIENTE, PUES, POR SÍ MISMO A MENUDO PUEDE COMENZAR A OMITIR PAULATINAMENTE EL NÚMERO DE TABLETAS QUE INGERE AL DÍA HASTA SUSPENDER POR COMPLETO SUS MEDICAMENTOS. EL RESULTADO DE ESTO A MENUDO ES OBSERVADO POR EL CIRUJANO DENTISTA CUANDO EL PACIENTE, QUE HA SUSPENDIDO LA INGESTIÓN DE LOS MEDICAMENTOS POR SU PROPIA VOLUNTAD, PRESENTA UN ATAQUE DE EPILEPSIA MAYOR Y SUFRIR UNA FRACTURA DEL ARCO SIGOMÁTICO ACUDE AQUEL PARA TRATAMIENTO.

POR LO GENERAL SE ACEPTA QUE LA VÍA BUCAL ES LA QUE OFRECE MENOS POSIBILIDAD DE UNA REACCIÓN ALÉRGICA INMEDIATA, MIENTRAS QUE LA VÍA PARENTERAL AUMENTA ESTA POSIBILIDAD.

SIN EMBARGO, NO DEBE PENSARSE QUE LA VÍA BUCAL ES POR COMPLETO SEGURA, YA QUE SE HAN COMUNICADO REACCIONES ANAFILÁCTICAS GRAVES, INCLUSIVE FALLECIMIENTOS CON EL USO DE PENICILINA BUCAL.

SI SURGIERA ALGUNA DUDA EN RELACION A QUE SI EL PA---
CIENTE PUEDE PRESENTAR ALGUNA REACCIÓN AL MEDICAMENTO DEBE
RA PRACTICARSE UNA PRUEBA CUTÁNEA PARA DESCARTAR ALERGIA--
AL MEDICAMENTO. ESTA CONSISTE EN UNA ESCARIFICACIÓN CUTÁ
NEA O INYECCIÓN INTRADÉRMICA DE UNA SOLUCIÓN DILUÍDA DEL -
MEDICAMENTO EN DUDA Y LA OBSERVACIÓN DE LA REACCIÓN LOCALI
ZADA.

PUESTO QUE ÉSTAS PRUEBAS SON DIFÍCILES DE INTERPRETAR
NO SON POR COMPLETO CONFIABLES Y SON UNA CAUSA POTENCIAL -
DE ALGUNA REACCIÓN ANFILÁCTICA AGUDA, DEBERÁN SER PRACTICA
DAS POR UN ESPECIALISTA EN EL CAMPO DE LAS ALERGIAS.

SI EN EL CONSULTORIO DENTAL SE PRESENTA UNA REACCIÓN-
ANAFILÁCTICA AGUDA, EL TRATAMIENTO ORIGINAL CONSISTIRÁ EN:

- 1.- MANTENIMIENTO DE VÍAS AÉREAS PERMEABLES.
- 2.- SOSTENIMIENTO DE LA CIRCULACIÓN.
- 3.- TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO PARA NEUTRALIZAR EL ---
ALÉRGENO.

MANTENIMIENTO DE VÍAS AÉREAS PERMEABLES.- ES ESENCIAL
DETERMINAR EL NIVEL DE LA OBSTRUCCIÓN, SI SE QUIERE LOGRAR
LA VENTILACIÓN APROPIADA DE LOS PULMONES. EL EDEMA EN LA
FARINGE O LA EPIGLOTIS, EN EL CASO DEL EDEMA ANGIOEURÓTI-

CO, PUEDE REQUERIR INTUBACIÓN, TRAQUEOSTOMÍA O CIANOTOMÍA--
SI NO PUEDE PASARSE OXÍGENO A TRAVÉS DE LA OBSTRUCCIÓN ME--
DIANTE EL USO DE UNA MÁSCARA COMPLETA PARA LA CARA Y PRE--
SIÓN POSITIVO.

LA OBSTRUCCIÓN EN LOS BRONQUIOS DEBIDO A BRONCOESPAS--
MOS REQUERIRÁN LA ADMINISTRACIÓN DE UN MEDICAMENTO BRONCO--
DILATADOR COMO LA EPINEFRINA O LA AMINOFILINA PARA PERMI--
TIR LA VENTILACIÓN ADECUADA DE LOS PULMONES.

SOSTENIMIENTO DE LA CIRCULACIÓN.- DEBERÁ INICIARSE LA
VIGILANCIA CONSTANTE DEL PULSO Y LA PRESIÓN ARTERIAL AL --
PRIMER SIGNO DE UNA REACCIÓN ALÉRGICA. DE ESTA MANERA --
PUEDEN REGISTRARSE SIGNOS DE COLAPSO VASCULAR Y APLICARSE--
TEMPRANO EL TRATAMIENTO CORRECTIVO.

EL PACIENTE DEBE SER COLOCADO EN POSICIÓN DE TRENDE--
LENBURG.

SI LA POSICIÓN DEL PACIENTE NO ALIVIA EL PROBLEMA DE--
HIPOTENSIÓN, PUEDE SER NECESARIO ADMINISTRAR MEDICAMENTOS--
ESPECÍFICOS PARA ELEVARLA, EN GENERAL SE ESTÁ DE ACUERDO--
EN QUE EL MEDICAMENTO DE ELECCIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL --
CHOQUE (HIPOTENSIÓN ARTERIAL PERSISTENTE) ES LA EPINEFRINA
(ADRENALINA).

ESTE MEDICAMENTO TIENE 3 EFECTOS BENÉFICOS EN EL TRATAMIENTO DE CHOQUE ALÉRGICO.

ES UN AGENTE ANTIHISTÁMINICO QUE NEUTRALIZA A LA HISTAMINA LIBERADA EN LAS REACCIONES ALÉRGICAS, UN BRONCODILADOR Y UN VASOCONSTRUCTOR POTENTE (CONSTRINIE LOS VASOS SANGUÍNEOS PARA AUMENTAR LA PRESIÓN ARTERIAL).

ESTE ES UN MEDICAMENTO QUE PUEDE SALVAR LA VIDA DE UN PACIENTE Y DEBE CONTARSE CON EL MISMO EN TODO CONSULTORIO-DENTAL COMO PARTE DEL EQUIPO DE URGENCIAS.

LA EPINEFRINA SUELE ADMINISTRARSE POR VÍA INTRAMUSCULAR O SUBCUTÁNEA. EL TRATAMIENTO ULTERIOR DEL CHOQUE DESPUÉS DE ÉSTA ETAPA INICIAL DEBERÁ SER COORDINADO CON UN MÉDICO.

TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO.- ADEMÁS DEL USO DE LA EPINEFRINA PARA EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y LA BRONCO DILATACIÓN, PUEDEN ADMINISTRARSE OTROS MEDICAMENTOS PARA-- CONTRARRESTAR LOS EFECTOS INMEDIATOS Y A LARGO PLAZO DE -- UNA REACCIÓN ALÉRGICA ES LA LIBERACIÓN DE HISTAMINA POR -- LAS CÉLULAS DAÑADAS.

LOS MEDICAMENTOS ANTIHISTÁMINICOS COMO EL BENADRYL, - EL CLOROTRIMETÓN Y EL DIMETANE ANTAGONIZAN LA ACCIÓN DE LA HISTAMINA DURANTE LA REACCIÓN ALÉRGICA.

LOS ANTIHISTAMÍNICOS NO IMPIDEN LA LIBERACIÓN DE HISTAMINA SINO MÁS BIEN BLOQUEAN SU ACCIÓN SOBRE LOS TEJIDOS-- AL OCUPAR LOS SITIOS RECEPTORES EN LAS CÉLULAS BLANCO DE-- LOS ÓRGANOS SUSCEPTIBLES COMO LOS PULMONES Y LOS VASOS SAN GUÍNEOS.

POR LO TANTO, EL USO DE ANTIHISTAMÍNICOS DURANTE UNA REACCIÓN ALÉRGICA NO ES PARA REVERTIR LA ACCIÓN DE LA HISTAMINA YA LIBERADA, SINO PARA EVITAR LA CONTINUACIÓN DE LA REACCIÓN POR LA LIBERACIÓN DE MAYOR HISTAMINA.

ESTOS MEDICAMENTOS PUEDEN ADMINISTRARSE POR VÍA VENOSA O INTRAMUSCULAR, SEGÚN LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO.

LOS CORTICOESTEROIDES SE UTILIZAN A MENUDO EN EL TRATAMIENTO DE REACCIONES ALÉRGICAS, EN VIRTUD DE QUE TIENEN EFECTOS BENÉFICOS A LARGO PLAZO.

LA CORTISONA ES UNA SUBSTANCIA QUÍMICA LIBERADA A LA SANGRE POR LA CORTEZA SUPRARRENAL. DESEMPEÑA UNA PARTE IMPORTANTE EN MUCHAS FUNCIONES DEL CUERPO. SU VALOR ES UNA REACCIÓN ALÉRGICA, RADICA EN SU EFECTO SOBRE EL SISTEMA VASCULAR.

UNA DOSIS INTRAMUSCULAR O INTRAVENOSA DE CORTISONA -- SINTÉTICA REFORZARÁ LA CONCENTRACIÓN NORMAL DE CORTISONA --

SECRETADA POR LA GLÁNDULA SUPRARRENAL Y AYUDARÁ A MANTENER LA ESTABILIDAD DURANTE LAS SIGUIENTES 12 a 20 HORAS.

DEBE RECORDARSE QUE LAS REACCIONES ALÉRGICAS AGUDAS - PUEDEN OCASIONAR PARO CARDÍACO Y HACER NECESARIO INICIAR - RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR.

TODA REACCIÓN ALÉRGICA, YA SEA QUE OCURRA EN LA FORMA LEVE DE UNA ERUPCIÓN CUTÁNEA O BIEN UN COLAPSO VASCULAR -- AGUDO, DEBE SER TRATADA COMO UNA URGENCIA GRAVE O POTEN--- CIALMENTE GRAVE.

CAPÍTULO VII

REACCIONES ALÉRGICAS.

SE HA VUELTO MÁS FRECUENTE EN LA PRÁCTICA MODERNA DE LA ODONTOLOGÍA USAR TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO COMO UNA AYUDA AL TRATAMIENTO DENTAL. ANALGÉSICO, ANTIBIÓTICOS, SEDANTES Y ANESTÉSICOS LOCALES DESEMPEÑAN UNA PARTE IMPORTANTE EN HACER EL TRATAMIENTO DENTAL LO MÁS INDOLORO Y CÓMODO POSIBLE.

SIN EMBARGO, EL USO DE CUALQUIER MEDICAMENTO IMPLICA EL RIESGO DE PRODUCIR UNA ALERGIA MEDICAMENTOSA, LA CUAL PUEDE SER DE RIESGO MÍNIMO O PONER EN PELIGRO LA VIDA DEL PACIENTE POR CHOQUE. LA PENICILINA ES EL MEDICAMENTO QUE MÁS A MENUDO PRODUCE REACCIONES ALÉRGICAS.

SE CITA COMO LA CAUSA DEL 80% DE TODAS LAS REACCIONES PRODUCIDAS POR ANTIBIÓTICOS QUE PONEN EN PELIGRO LA VIDA.

LA ALERGIA MEDICAMENTOSA PUEDE SER DEFINIDA COMO UN TRASTORNO QUE OCURRE CUANDO UN PACIENTE SE HA VUELTO HIPERSENSIBLE A UN MEDICAMENTO AL QUE HA TENIDO EXPOSICIÓN PREVIA. A LA EXPOSICIÓN REPETIDA A UN MEDICAMENTO OCURRE --

UNA REACCIÓN ANTÍGENO-ANTICUERPO.

EN UNA REACCIÓN ALÉRGICA, EL MEDICAMENTO ACTÚA COMO ANTÍGENO Y PREPARA A LAS CÉLULAS ESPECÍFICAS DEL CUERPO PARA UNA REACCIÓN FUTURA. ÉSTAS CÉLULAS PUEDEN ESTAR LOCALIZADAS EN VARIAS ZONAS, PERO SUELEN SER CÉLULAS DE LA PIEL, DEL SISTEMA RESPIRATORIO, DEL RIÑÓN Y DEL APÉNDICE.

ÉSTAS SE LLAMAN CÉLULAS BLANCO.

EL ANTÍGENO TAMBIÉN ESTIMULA LA PRODUCCIÓN DE SUBSTANCIAS CONOCIDAS COMO ANTICUERPOS. LOS ANTICUERPOS PUEDEN COMBINARSE CON LOS ANTÍGENOS EN LAS CÉLULAS BLANCO. ESTA REACCIÓN ENTRE ANTÍGENO Y ANTICUERPO PRODUCE DESTRUCCIÓN DE LAS CÉLULAS BLANCO CON LIBERACIÓN DE SUBSTANCIAS QUÍMICAS ESPECÍFICAS.

LAS MÁS IMPORTANTES DE ÉSTAS SON LA HISTAMINA Y LA BRADICININA. LA HISTAMINA PRODUCE EL EDEMA HÍSTICO Y EL PRURITO QUE SE OBSERVAN EN ALGUNAS REACCIONES DE LA PIEL, CUANDO LAS CÉLULAS BLANCO ESTÁN SITUADAS EN LOS PULMONES, LA HISTAMINA PROVOCA UN ESPASMO INTENSO DE LOS PEQUEÑOS BRONQUIOLOS (BRONCOESPASMO). POR OTRA PARTE LA BRADICININA AFECTA A LOS VASOS SANGUÍNEOS, LO CUAL DÁ LUGAR A PÉRDIDA DEL TONO VASCULAR Y CHOQUE.

LAS REACCIONES ALÉRGICAS SE CLASIFICAN DE ACUERDO A LA SECUENCIA DE TIEMPO EN EL CUAL OCURREN. LAS REACCIO-

NES INMEDIATAS SE PRESENTAN MINUTOS O POCAS HORAS DESPUÉS-
DE LA EXPOSICIÓN AL MEDICAMENTO. LAS REACCIONES RETARDA-
DAS OCURREN 36 a 48 HORAS DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN ME-
DICAMENTOSA.

LA REACCIÓN INMEDIATA SE DENOMINA ANOFILAXIA Y PUEDE-
DIVIDIRSE EN 3 FORMAS; RESPIRATORIA, LA CUAL OCASIONA BRON
COESPASMO, AUTÓNICA, LA CUAL PRODUCE PRURITO Y EDEMA ANGIO
NEURÓTICO DE LA PIEL, Y VASCULAR, EN LA QUE SE PRODUCE CO-
LAPSO VASCULAR Y CHOQUE IRREVERSIBLE.

LA REACCIÓN RETARDADA SE OBSERVA MÁS COMUNMENTE COMO-
UN EXANTEMA CUTÁNEO.

LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE UNA REACCIÓN ALÉRGICA INME--
DIATA SON NUMEROSOS Y DIVERSOS. LA FORMA MÁS GRAVE ES LA
REACCIÓN ANAFILÁCTICA. ESTA REACCIÓN OCURRE CON MUCHA RA
PIDEZ (EN CUESTIÓN DE MINUTOS) DESPUÉS DE LA ADMINISTRA---
CIÓN DEL MEDICAMENTO Y PROVOCA NÁUSEA, SUDACIÓN Y DESMAYO.

ESTO PUEDE IR SEGUIDO POR UNA REACCIÓN CUTÁNEA QUE--
CONSISTE EN URTICARIA, PRURITO INTENSO E HINCHAZÓN. EL--
EDEMA AGUDO CAUSADO POR UNA REACCIÓN ALÉRGICA PUEDE PRESEN
TARSE EN EL SITIO DE LA INYECCIÓN O ALREDEDOR DE LA CARA,-
LA GARGANTA O LA LARINGE, Y SE DENOMINA EDEMA ANGIONEURÓTI
CO.

EL PROGRESO DE LA REACCIÓN ANOFILÁCTICA DÁ ORIGEN A --
DIFICULTAD PARA RESPIRAR (DISNEA), ESTRIDOR LARÍNGEO (UN --
RUIDO COQUELUCHOIDE AL RESPIRAR) Y CIANOSIS (COLOR AZULADO
DE LOS LÓBULOS Y LA PIEL DEBIDOS A LA FALTA DE OXÍGENO).
ESTA DIFICULTAD RESPIRATORIA PUEDE OBEDECER A QUE LA HIN--
CHAZÓN DE LA FARINGE O LA LARINGE PRODUCE UN BLOQUEO PAR--
CIAL DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS.

SE PRESENTA TAQUICARDIA (FRECUENCIA CARDÍACA AUMENTA--
DA) Y EL PACIENTE PUEDE MOSTRAR SIGNOS DE INSUFICIENCIA --
VASCULAR QUE PUEDEN VARIAR DESDE LA HIPOTENSIÓN LEVE HASTA
CHOQUE DEFINIDO (HIPOTENSIÓN ARTERIAL INTENSA Y PERSISTEN--
TE).

EL TRATAMIENTO DE LAS REACCIONES ALÉRGICAS DEBE IN--
CLUIR LA PREVENCIÓN. UNA REACCIÓN ALÉRGICA A ALGÚN MEDI--
CAMENTO PUEDE PRESENTARSE EN FORMA COMPLETAMENTE INESPERA--
DA. SIN EMBARGO, EN LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES HAY CIER--
TOS INDICIOS QUE DEBEN PREVENIR AL DENTISTA SOBRE LA POSI--
BILIDAD DE UNA REACCIÓN ALÉRGICA.

PUEDE HABER ANTECEDENTES DE ALERGIA MEDICAMENTOSA, DE
ALGÚN TRASTORNO ALÉRGICO COMO ASMA O FIEBRE DE HENO, O UN--
ANTECEDENTE FAMILIAR DE ALERGIA. CUALQUIERA DE ÉSTOS FAC--
TORES DEBE PONER EN SOBREAviso AL EQUIPO DENTAL EN CUANTO--
A LA POSIBILIDAD DE UNA REACCIÓN ALÉRGICA.

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

LA ASPIRINA, AUNQUE ALÉRGICA, POCAS VECES PRODUCE --- ALERGIA. PUEDEN PRESENTARSE REACCIONES ALÉRGICAS MORTALES INDEPENDIENTEMENTE DE LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN QUE SE ESCOJA PARA DAR UN MEDICAMENTO.

CAPÍTULO VIII

REACCIONES DIABÉTICAS.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

EL PÁNCREAS ESTÁ SITUADO EN LA PARED POSTERIOR DE LA CAVIDAD ABDOMINAL, ATRÁS DEL ESTÓMAGO.

PRODUCE SECRECIONES EXTERNAS, LOS JUGOS PANCREÁTICOS, LOS CUALES A TRAVÉS DEL CONDUCTO PANCREÁTICO SON VERTIDOS EN EL DUODENO PARA AYUDAR A LA DIGESTIÓN. ESTE ÓRGANO -- TAMBIÉN PRODUCE CUANDO MENOS DOS SECRECIONES INTERNAS, UNA DE LAS CUALES, INSULINA, ES SECRETADA POR LOS ISLOTES DE LANGERHANS QUE ESTÁN LOCALIZADOS EN TODO EL PÁNCREAS.

LA INSULINA, RELACIONADA CON LA PORCIÓN ENDÓCRINA DEL PÁNCREAS, PASA DIRECTAMENTE A LA SANGRE Y ES UTILIZADA PARA EL METABOLISMO DEL AZÚCAR. ESTE, EN FORMA DE GLUCOSA, ES UTILIZADO POR LOS TEJIDOS DEL CUERPO PARA PRODUCIR ENERGÍA.

LA CANTIDAD DE AZÚCAR QUE NORMALMENTE SE ENCUENTRA EN LA SANGRE SE MANTIENE CONSTANTE Y CUALQUIER EXCESO DE LA MISMA ES CONVERTIDA EN GLUCÓGENO MEDIANTE LA ACCIÓN DE LA INSULINA, LA CUAL PERMITE QUE LA GLUCOSA PENETRE LAS PARE-

DES DE LAS CÉLULAS, DONDE ES UTILIZADA PARA GENERAR ENERGÍA Y EL EXCESO NO REQUERIDO DE LA MISMA ES CONVERTIDA EN GLUCÓGENO.

ESTO NEUTRALIZA LA ACCIÓN DE LA ADRENALINA, LA CUAL EJERCE EL EFECTO OPUESTO DE CONVERTIR GLUCÓGENO EN GLUCOSA.

POR LO TANTO, MEDIANTE LA ACCIÓN DE LA INSULINA Y LA ADRENALINA, SE MANTIENE UNA CONCENTRACIÓN CONSTANTE DE GLUCOSA SANGUÍNEA ENTRE 80 a 120 mg. LOS VALORES DE CONCENTRACIÓN DE GLUCOSA SANGUÍNEA SE EXPRESAN EN NÚMERO DE MILÍGRAMOS POR 100 ml. DE SANGRE.

LA CONCENTRACIÓN DE INSULINA ES CONTROLADA POR LA HORMONA PANCREATRÓFICA SECRETADA POR EL LÓBULO ANTERIOR DE LA HIPOFÍISIS. LA CONCENTRACIÓN DE ESTA HORMONA A SU VEZ, ES CONTROLADA POR LA CONCENTRACIÓN SANGUÍNEA DE GLUCOSA.

LOS CARBOHIDRATOS CONSTITUYEN MÁS DE 70% DE LA ALIMENTACIÓN ORDINARIA. DURANTE LA DIGESTIÓN, SON DESDOBLADOS A MONOSACÁRIDOS EN LA SANGRE PRINCIPALMENTE EN FORMA DE GLUCOSA. LA ENERGÍA Y ACCIÓN MUSCULAR, ALGUNAS SERÁN CONVERTIDAS EN GLUCÓGENO Y SE ALMACENARÁN EN EL HÍGADO Y LOS MÚSCULOS; Y OTROS SERÁN CONVERTIDOS EN GRASAS Y ALMACENADOS EN DEPÓSITOS GRASOS DEL CUERPO.

DESPUÉS DE UNA INGESTIÓN DE CARBOHIDRATOS Y LA ELEVACIÓN SUBSIGUIENTE DE LA GLUCOSA, LA HORMONA PANCREATRÓFICA ES SECRETADA POR LA HIPOFÍISIS Y ESTIMULARÁ MAYOR PRODUCCIÓN DE INSULINA POR LOS ISLOTES DE LANGERHORS.

CUANDO UNA DEFICIENCIA DE INSULINA DEBIDO A ENFERMEDAD DE ÉSTOS ISLOTES, SE ALTERA EN METABOLISMO DE LOS CARBOHIDRATOS, SE ELEVA LA CONCENTRACIÓN SANGUÍNEA DE GLUCOSA Y ÉSTA ES EXCRETADA A TRAVÉS DE LOS RIÑONES EN LA ORINA.

ESTO DÁ LUGAR A LA ENFERMEDAD CONOCIDA COMO DIABETES MELLITUS. SE OBSERVARÁ QUE UN POCO MÁS DEL 10% DE LOS PACIENTES QUE EXCRETAN AZÚCAR EN LA ORINA NO SON DIABÉTICOS. ESTE PUEDE SER EL CASO TRÁS LA INGESTIÓN DE CIERTAS FRUTAS, EN OCASIONES DESPUÉS DE INGERIR ALIMENTOS ABUNDANTES QUE CONTENGAN GLUCOSA, ASÍ COMO EN MADRES EN PERÍODO DE LACTANCIA.

DIABETES MELLITUS.- ESTA ES UNA ENFERMEDAD QUE APARECE EN LOS ISLOTES DE LANGERHANS PRODUCEN MUY Poca INSULINA, PERMITIENDO ENTONCES UNA ACUMULACIÓN EXCESIVA DE AZÚCAR EN LA SANGRE.

AUNQUE LOS VALORES DE GLUCOSA SANGUÍNEA SON DE 80 a 120 mg. POR 100 ml. DE SANGRE, EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS PUEDEN ELEVARSE A 200, 300 O HASTA MÁS DE ---

1000 mg. POR 100 ml. DE SANGRE. LA HERENCIA ES UN FACTOR IMPORTANTE EN LA DIABETES, YA QUE PREDOMINA MÁS EN PARIENTES DIABÉTICOS.

LA DIABETES PUEDE PRESENTARSE A CUALQUIER EDAD, PERO SUELE SER MÁS COMÚN ENTRE LOS 40 Y 60 AÑOS DE EDAD. UN INDIVIDUO QUE CONTRAE DIABETES ANTES DE LOS 15 AÑOS DE EDAD SE DESIGNA COMO DIABÉTICO JUVENIL.

POR REGLA EN EL DIABÉTICO JUVENIL LA ENFERMEDAD ES MUCHO MÁS GRAVE QUE EN LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS ADULTOS. EN CASOS MÁS GRAVES, LA DIABETES MELLITUS TAMBIÉN PUEDE AFECTAR EL METABOLISMO DE LAS GRASAS Y LAS PROTEÍNAS INGERIDAS.

LA GRAN CANTIDAD DE AZÚCAR QUE EL DIABÉTICO EXCRETA EN LA ORINA PRODUCE MAYOR PÉRDIDA DE LÍQUIDOS POR LOS TEJIDOS, DE MANERA QUE LA GLUCOSA PUEDE SER EXCRETADA EN SOLUCIÓN.

ESTA ELIMINACIÓN DE LÍQUIDOS POR LOS TEJIDOS DÁ LUGAR A UNA SED EXCESIVA, QUE EL DIABÉTICO ALIVIA SOLO BEBIENDO GRAN VOLUMEN DE LÍQUIDOS.

LA DIABETES PUEDE CLASIFICARSE EN LEVE, MODERADA O GRAVE, DE ACUERDO AL TIPO DE TRATAMIENTO CON EL QUE SE CONTROLA. EL DIABÉTICO LEVE ES EL QUE PUEDE CONTROLARSE SO-

LO MEDIANTE DIETA.

ESTE TIPO DE DIABETES, POR LO GENERAL, SE INICIA EN LA EDAD ADULTA Y SE OBSERVA EN LA PERSONA OBESA, QUIEN HABITUALMENTE PRESENTA UNOS CUANTOS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD. MEDIANTE EL CONTROL DE LA INGESTIÓN DE CALORÍAS Y CARBOHIDRATOS SE LOGRA QUE EL PÁNCREAS PRODUZCA SUFICIENTE INSULINA PARA ESTABILIZAR LA CONCENTRACIÓN DE AZÚCAR EN LA SANGRE.

EL DIABÉTICO MODERADO PUEDE SER CONTROLADO MEDIANTE DIETA E HIPOGLUCEMIANTES BUCALES (MEDICAMENTOS QUE REDUCEN EL AZÚCAR DE LA SANGRE). ÉSTAS SON PÍLDORAS, NO INSULINA TOMADAS POR EL PACIENTE EN CIERTAS DOSIS PRESCRITAS.

SE DESCONOCE EL MECANISMO DE ACCIÓN PRECISO DE ÉSTOS AGENTES HIPOGLUCEMIANTES. SE PIENSA QUE EL DIABÉTICO MODERADO ALGUNOS DE LOS ISLOTES DE LANGERHANS NO SON FUNCIONALES, Y SE POSTULA QUE LOS HIPOGLUCEMIANTES ESTIMULAN A LOS ISLOTES RESTANTES PARA QUE SECRETEN MÁS INSULINA DE LA QUE PRODUCEN NORMALMENTE.

EL RESULTADO DE ESTE EFECTO ES EL CONTROL DE LA CONCENTRACIÓN SANGUÍNEA DE AZÚCAR. ALGUNOS MÉDICOS DUDAN DE LA EFICACIA DE ÉSTOS MEDICAMENTOS, PERO UN GRAN NÚMERO DE PACIENTES LO INGIEREN.

EL DIABÉTICO GRAVE ES AQUEL QUE NO ES CONTROLADO MEDIANTE DIETA, HIPOGLUCEMIANTES, O AMBOS, SINO QUE REQUIERE DE INSULINA. ESTE GRUPO DE PACIENTES REPRESENTA 30 a 35% DE LOS DIABÉTICOS ADULTOS CON VALORES VARIABLES DE GLICEMIA. LA INSULINA DEBE ADMINISTRARSE INYECTADA POR ABAJO DE LA PIEL (VÍA SUBCUTÁNEA), YA SEA EN EL BRAZO O EN LOS MUSLOS, YA QUE SE INACTIVA SI ES ADMINISTRADA POR VÍA BUCCAL.

A MENUDO LOS PACIENTES SON ADIESTRADOS PARA QUE SE APLIQUEN LA INSULINA POR SÍ MISMOS.

HAY DIFERENTES TIPOS DE INSULINA, CADA UNA CON DIFERENTE DURACIÓN DE ACCIÓN Y TIEMPO DE EFECTO MÁXIMO. CADA PERSONA DEBE SER VALORADA EN FORMA INDIVIDUAL RESPECTO A SUS REQUERIMIENTOS ESPECÍFICOS.

UN TRATAMIENTO SATISFACTORIO PARA UNA PERSONA, PUEDE NO SER SUFICIENTE PARA OTRA. LA EFICACIA DE LA INSULINA APLICADA SE DETERMINA POR LA CANTIDAD DE GLUCOSA EN LA SANGRE Y POR SU PRESENCIA EN LA ORINA.

POR LO TANTO, LOS INDIVIDUOS NORMALES NO SECRETARÁN INSULINA EN CANTIDADES APRECIABLES, HASTA QUE HAYAN INGERIDO AZÚCAR. EN ESTE MOMENTO LA INSULINA ES SECRETADA PARA PERMITIR QUE LA GLUCOSA SEA ABSORVIDA POR LA CÉLULA Y EL -

EXCESO ES CONVERTIDO EN GLUCÓGENO.

EN EL DIABÉTICO QUE ESTÁ RECIBIENDO INSULINA INYECTADA, LA SANGRE CONTIENE ESTA HORMONA SUMINISTRADA ARTIFICIALMENTE.

ES MUY COMPENSIBLE QUE DEBE HABER AZÚCAR PARA QUE ACTÚE LA INSULINA, PUES DE LO CONTRARIO PUEDEN PRESENTARSE - CONSECUENCIAS LAMENTABLES. POR LO TANTO, ES IMPORTANTE - QUE SE CONTROLE LA ALIMENTACIÓN DEL DIABÉTICO DE MANERA -- QUE ÉSTE, DESPUÉS DE UNA INYECCIÓN DE INSULINA, TENGA CIERTOS ALIMENTOS EN SU CUERPO PARA QUE DICHO MEDICAMENTO PUEDA ACTUAR.

SI ESTE TIPO DE DIABÉTICOS NO RECIBE ALIMENTOS Y TOMA INSULINA, ENTONCES PUEDE LLEGAR A PRESENTAR CHOQUE INSULÍNICO.

TRATAMIENTO Y VALORACIÓN DEL PACIENTE DIABÉTICO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

HAY CIERTOS PASOS QUE DEBEN SEGUIRSE PARA VALORAR AL DIABÉTICO CUANDO ACUDE AL CONSULTORIO DENTAL A TRATAMIENTO. SI NO SE ADQUIEREN COMPROMISOS EN ESTA EVALUACIÓN, - ENTONCES EL PACIENTE DEBE TOLERAR LA CONSULTA DENTAL SIN-- PROBLEMAS.

LA MAYORÍA DE LOS DIABÉTICOS RECIBEN INSTRUCCIONES DE SUS MÉDICOS PARA QUE VERIFIQUEN DIARIAMENTE SI SU ORINA -- CONTIENE ALGO DE AZÚCAR. HAY CIERTOS MÉTODOS SENCILLOS -- PARA HACERLO Y PUEDEN CONSISTIR EN SUMERGIR UNA TIRA DE PAPEL O INDICADOR EN LA ORINA DE UN INDIVIDUO, EL CUAL ADOP-- TARÁ CIERTOS COLORES, DEPENDIENDO DE SI LA ORINA NO TIENE-- AZÚCAR O SI LA TIENE EN CANTIDAD LEVE, MODERADA O ABUNDAN-- TE.

TAMBIÉN PUEDEN APLICARSE TABLETAS A LA ORINA, LA CUAL AL REACCIONAR, PRODUCIRÁ CIERTOS COLORES. QUE TAMBIÉN DE-- PENDERÁN DE LA PRESENCIA Y CANTIDAD DE AZÚCAR EN LA ORINA.

LOS DIABÉTICOS SE VUELVEN APÁTICOS A VECES PARA VERI-- FICAR DIARIAMENTE SU ORINA DEBIDO A QUE HAN SEGUIDO LAS -- INSTRUCCIONES POR LARGO TIEMPO Y HAN ENCONTRADO QUE HA SI-- DO NORMAL; LUEGO COMIENZAN A OMITIR ÉSTA INDICACIÓN UN DÍA DESPUÉS 2 DÍAS Y LUEGO QUIZÁ UNA SEMANA.

SI EL INDIVIDUO NO HA VERIFICADO SU ORINA O SI ÉSTA -- HA SIDO ANORMAL, NO SE LE DÉ ALGÚN TRATAMIENTO. EN MU--- CHOS CONSULTORIOS DENTALES SE CUENTA CON INDICADORES PARA-- PRUEBA, DE MANERA QUE EL PACIENTE PUEDE HACERSE LA PRUEBA-- EN EL CONSULTORIO.

SI DESPUÉS DE PRACTICAR ÉSTA LA ORINA ES NORMAL, EN-- TONCES SE PROSIGUE CON EL INTERROGATORIO.

SI EL PACIENTE ENCONTRÓ SU ORINA NORMAL, ENTONCES SE LE INTERROGA EN QUE FORMA SE LE ESTÁ CONTROLANDO SU PADECIMIENTO.

SI ESTÁ CONTROLADO SOLO CON DIETA, ENTONCES SE PUEDE PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO DENTAL. SI ESTÁ SIENDO CONTROLADO MEDIANTE AGENTES HIPOGLUCEMIANTES BUCALES O INSULINA, HAY QUE PREGUNTARLE SI HA TOMADO SU MEDICACIÓN HABITUAL PARA ESE DÍA.

SI NO LO HA HECHO, NO SE LE DARÁ EL TRATAMIENTO. SABEMOS QUE SU DIABETES ES PROBABLE QUE ESTÉ CONTROLADA, YA QUE HASTA AHORA PUDO SER CAPAZ DE ACUDIR AL CONSULTORIO DENTAL Y SU ORINA NO CONTIENE AZÚCAR.

PERO TAMBIÉN SE SABE, QUE PARA LA GENTE, UNA VISITA AL DENTISTA ES UNA SITUACIÓN QUE PROVOCA TENSIÓN, Y DURANTE ÉSTA, LA MÉDULA SUPRARRENAL LIBERA OPINEFRINA A LA SANGRE. ADEMÁS MUCHOS DE LOS ANESTÉSICOS UTILIZADOS EN EL CONSULTORIO DENTAL TAMBIÉN CONTIENEN EPINEFRINA O ADRENALINA EN DIVERSAS CONCENTRACIONES.

UNA DE LAS PROPIEDADES DE LA ADRENALINA EN DIVERSAS CONCENTRACIONES, ES PRODUCIR DESCOMPOSICIÓN DEL GLUCÓGENO EN GLUCOSA. ES BÁSICAMENTE UN ANTAGONISTA DE LA INSULINA YA QUE ÉSTA ACTÚA DE MANERA OPUESTA.

POR LO TANTO, EN EL INDIVIDUO QUE ACUDE AL CONSULTORIO DENTAL Y NO ESTÁ TOMANDO SU MEDICACIÓN, LA CANTIDAD DE ADRENALINA CIRCULANTE PUEDE SER SUFICIENTE PARA PRODUCIR UNA -- ELEVACIÓN EN LA CONCENTRACIÓN SANGUÍNEA DE GLUCOSA.

ÉSTA ES UNA CANTIDAD MENOR A LA REQUERIDA POR EL CUERPO PARA REALIZAR SUS FUNCIONES EN FORMA EFICAZ. PUEDE OCURRIR CHOQUE INSULÍNICO CUANDO SE ADMINISTRA DEMASIADA INSULINA; CUANDO SE HA INGERIDO POCA COMIDA O HA TRANSCURRIDO UN LAPSO LARGO DE TIEMPO ENTRE LA ADMINISTRACIÓN DE LA INSULINA Y LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS; CUANDO HA OCURRIDO VÓMITO O DIARREA POR UNA CAUSA QUE NO SEA DIABETES, LO CUAL ENTONCES DÁ LUGAR A UNA MENOR ABSORCIÓN DEL ALIMENTO QUE LA PERSONA HA INGERIDO, Y POR LO TANTO, HABRÁ MUCHA INSULINA E INSUFICIENTES ALIMENTOS EN EL CUERPO DEL INDIVIDUO, Y POR ÚLTIMO A VECES PUEDE OCURRIR CHOQUE INSULÍNICO CUANDO SE HACE EJERCICIO EXTRAORDINARIO, PUES ESTO HACE QUE SE CONSUMA --- GRAN PARTE DEL AZÚCAR DISPONIBLE DE LA SANGRE.

PARA TRATAR EL CHOQUE INSULÍNICO CUANDO EL PACIENTE ESTÁ CONCIENTE, SE DEBE DAR A ÉSTE UNA CANTIDAD CONSIDERABLE DE AZÚCAR, BIEN SEA TERRONES DE AZÚCAR O JUGO DE NARANJA.

SI EL PACIENTE ESTÁ INCONCIENTE, EL DENTISTA PUEDE TENERLE QUE INYECTAR GLUCOSA O EPINEFRINA POR VÍA INTRAVENOSA PARA ESTIMULAR LA DESCOMPOSICIÓN DEL GLUCÓGENO EN GLUCOSA.

EL PACIENTE QUE VA A CAER EN CHOQUE INSULÍNICO, POR LO GENERAL, DIRÁ QUE SE SIENTE MAL, Y ES SUMAMENTE IMPORTANTE-QUE SE ENTIENDA QUE AL ADMINISTRARLE AZÚCAR DURANTE ÉSTAS -PRIMERAS ETAPAS, SE PUEDEN EVITAR GRAVES COMPLICACIONES.

EJEMPLO: EN LA SALA DE ESPERA DE UN CONSULTORIO ENTRA-UNA AMA DE CASA APURADA, QUIEN RECORDÓ HACER ANTES DE SU CI-TA DENTAL A LAS 9:00 HRS., TAREAS TALES COMO LLEVAR A LOS -NIÑOS A LA ESCUELA, AL ESPOSO AL TRABAJO, VERIFICAR EL ESTA-DO DE SU ORINA Y TOMAR SU INSULINA, PERO OLVIDÓ COMER. ASÍ PUES, ESTO BIEN PUEDE OCURRIR ANTES QUE EL PACIENTE SEA ---ATENDIDO EN UNA SALA DE OPERACIONES, Y SE DEBE SABER COMO--TRATARLO CUANDO ESTO OCURRA EN EL CONSULTORIO DENTAL.

MANIFESTACIONES BUCALES DE LA DIABETES.

LAS MANIFESTACIONES BUCALES DE LA DIABETES PUEDEN VA--RIAR DESDE RELATIVAMENTE SIMPLES EN EL DIABÉTICO BIEN CON--TROLADO HASTA GRAVES EN EL CONTROLADO.

PUEDEN CONSISTIR EN:

- 1.- GINGIVITIS, Y DOLOR DE ENCÍAS.
- 2.- DESTRUCCIÓN NOTABLE DEL HUESO QUE SOSTIENE LOS DIENTES, LO CUAL CONDUCE AL RELAJAMIENTO Y PÉRDIDA DE ÉSTOS.
- 3.- XEROSTOMÍA (SEQUEZAD DE LA BOCA).
- 4.- ULCERACIONES DE LA MUCOSA BUCAL.

- 5.- PULPITIS (INFLAMACIÓN DE LA PULPA DENTAL), EN LA CUAL - EL DIENTE AFECTADO PARECE NO TENER CARIES (SE PIENSA -- QUE ES DEBIDO A INFLAMACIÓN DE LA ARTERIA QUE IRRIGA AL DIENTE).
- 6.- CURACIÓN RETARDADA DESPUÉS DE OPERACIONES, YA QUE HAY - UN MAYOR GRADO DE ESCLEROSIS ARTERIAL EN EL DIABÉTICO Y POR CONSIGUIENTE LA CIRCULACIÓN SANGUÍNEA MÁS DEFICIENTE.
- 7.- ALIENTO OLOR A ACETONA (O PARECIDO AL OLOR DE FRUTAS) - EN EL DIABÉTICO NO CONTROLADO. SIN EMBARGO, ESTO ÚLTIMO NO ES DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS. MUCHOS DE ÉSTOS SIGNOS, ESPECIALMENTE LOS DE LAS ENCÍAS, SON MUY-SEMEJANTES A LOS QUE SE ENCUENTRAN EN OTRAS ENFERMEDADES GENERALES Y POR ESO ES DIFÍCIL DIFERENCIARLOS.

EL DIAGNÓSTICO FINAL DE DIABETES MELLITUS SE HACE MEDIANTE PRUEBAS DE SANGRE Y ORINA.

ES MUY IMPORTANTE QUE EL DENTISTA TENGA CUIDADO DE OBSERVAR ÉSTOS SIGNOS, YA QUE HAY MUCHAS PERSONAS DIABÉTICAS QUE NO HAN SIDO DIAGNOSTICADAS.

BIEN PUEDE SER EL DENTISTA QUIEN NOTE ALGUNA DE ÉSTAS-MANIFESTACIONES BUCALES Y REMITA AL PACIENTE A ALGÚN MÉDICO PARA QUE CONFIRME EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES.

CUIDADOS QUIRÚRGICOS Y POSTOPERATORIOS DEL PACIENTE DIABÉTICO.

DESPUÉS DE HABER VALORADO AL PACIENTE ANTES DE OPERARLO Y TRÁS HABER CONFIRMADO QUE SU DIABETES ESTÁ BAJO CONTROL--SUFICIENTE Y QUE PUEDE INICIARSE EL TRATAMIENTO DENTAL, SE--SEGUIRÁN UNOS CUANTOS LINEAMIENTOS.

SI SE VA A UTILIZAR UN ANESTÉSICO LOCAL, NO DEBE LLE--VAR EPINEFRINA, O SI LA CONTIENE, NO SERÁ EN UNA CONCENTRA--CIÓN MAYOR DE 1:100,000 PUES ÉSTA ESTIMULA LA DESCOMPOSI---CIÓN DE GLUCÓGENO EN GLUCOSA Y, POR LO TANTO, JUNTO CON LA--TENSIÓN DE LA INTERVENCIÓN DENTAL, PUEDE ELEVAR LA GLICEMIA.

PUEDE UTILIZARSE UN ANESTÉSICO LOCAL QUE CONTENGA UN -VASOCONSTRICTOR DIFERENTE COMO LA NEOCOBEFRINA, LA CUAL SE--ENCUENTRA EN LA CARBOCAINA. SI SE VA A PRACTICAR UNA OPE--RACIÓN, ES NECESARIO ASEGURARSE DE QUE EL PACIENTE ES FÍSI--CAMENTE CAPAZ DE SOPORTAR LA INTERVENCIÓN PLANEADA.

Y DESPUÉS TOMAR TODAS LAS MEDIDAS PARA CONTROLAR EL --SANGRADO POSTOPERATORIO MEDIANTE SUTURAS SUFICIENTES Y CUAL--ESQUIERA OTROS AUXILIARES HEMOSTÁTICOS CONVENIENTES, DE MA--NERA QUE EL PACIENTE PUEDA COMER INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE--SER OPERADO.

SE SABE POR EXPERIENCIA QUE SI UN PACIENTE SANGRA POR--

LA BOCA, NO COMERÁ NI BEBERÁ, Y ES EN EXTREMO IMPORTANTE --
QUE EL DIABÉTICO QUE HA ESTADO TOMANDO INSULINA, INGIERA --
AZÚCAR PARA QUE ACTÚE ÉSTA.

ALGUNOS PACIENTES, DEPENDIENDO DEL GRADO DE INFECCIÓN-
Y DE LA GRAVEDAD DE SU DIABETES, PUEDEN SER PROTEGIDOS CON-
ANTIBIOTEOTERAPIA, YA SEA DESPUÉS DE LA OPERACIÓN SOLAMENTE
O ANTES Y DESPUÉS DE LA MISMA, PUES SE SABE QUE EN EL DIABÉ-
TICO HAY UNA DISMINUCIÓN EN LA RESISTENCIA DE LOS TEJIDOS,-
QUE DÁ ORIGEN A UNA CURACIÓN RETARDADA.

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

EL PRINCIPAL OBJETIVO DE ESTA TESIS ES PROPORCIONAR --
INFORMACIÓN QUE PERMITA AL ODONTÓLOGO, VALORAR LOS ASPEC--
TOS DE MEDICINA INTERNA RELACIONADO CON EL PACIENTE DEN---
TAL.

OTRO OBJETIVO ES CONCIENTIZAR AL PROFESIONISTA Y ESTU
DIANTE DE ODONTOLOGÍA DE LA IMPORTANCIA DE ELABORAR UNA --
HISTORIA CLÍNICA ADECUADA, ASÍ COMO DE CONTAR CON UN CARRO
DE URGENCIAS, QUE CONTENGA LOS MEDICAMENTOS Y EL INSTRUMEN
TAL REQUERIDO PARA QUE EN CASO DE PRESENTARSE ALGUNA EMER-
GENCIA, PODEMOS ACTUAR CON SEGURIDAD Y LA RAPIDEZ NECESA--
RIA QUE PUEDA SALVAR LA VIDA DE NUESTRO PACIENTE.

OTRA URGENCIA ES LA DE CAPACITAR A NUESTRO ASISTENTE-
YA QUE PUEDE SERNOS DE GRAN UTILIDAD EN CASO DE UNA URGEN-
CIA.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- ALLEN, G.D.
ANESTHETIC EMERGENCIES IN DENTAL ANESTHESIA
AND ANALGESIA
WILLIAMS B. WILKINS CO.,
BALTIMORE 1972
- 2.- BIERMAN, C.W. AND PIERSON, W.E.
ADVERSE REACTIONS TO DRUGS IN CURRENT THERAPY 1972
W.B.SAUNDERS CO;
PHILADELPHIA 1972
- 3.- BOOTH, D.F.
ACUTE ANAPHYLAXIS FROM ORALLY ADMINISTERED
PENICILINA G. REPORT OF A CASE.
J.A.M. DENT. ASSOC. 85 1367 1972
- 4.- IRBY. W.B. AND BALDWIN K.H.
EMERGENCIAS AND URGENT COMPLICATIONS IN DENTISTRY C.V.
MOSBY CO. ST. LUIS, 1965
- 5.- MC. CARTY, F.M.
EMERGENCIES IN DENTAL PRACTICE: PREVENTION AND TREATMENT.
2a. EDICIÓN W.B. SAUNDERS CO.
PHILADELPHIA, 1972

6.- MILLICHAP, J.G.

DRUG TREATMENT OF CONVULSIVE DISORDERS.

N. ENGL. J. MED. 1972

7.- MOSER, R.H.

DISEASES OF MEDICAL PROGRESS, ED. 3 CHARLES C. THOMAS,

PUBLISHER, SPRINGFIELD, III, 1969

8.- STANDARDS FOR CARDIOPULMONARY, RESUCITATION (CPR)

AND EMERGENCY CARDIAC CARE (ECC)

JAMA 227 (No.7 SUPPLE); 1974

9.- BINDER, M.J.

THE MECHANISM AN TREATMENT OF SHUCK IN ACUTE

MYOCARDIAL INFRACTION, PROGR. CARDIOVASCULAR DISEASES,

1:206 1958.

10.-JOSLIN, E.P. H.F. ROOT; A.

MARBLE P. WHITE TREATMENT OF DIABETES MELLITUS,

FILADELFIA LEA FEBIGER, 1958.