CAPITULO I
EMERGENCIAS

CAPITULO I

I.- EMERGENCIAS

La mayoría de las emergencias endodónticas son por DOLOR pulpar. En segundo lugar el paciente consulta por edema y en menor proporción por sangramiento o hemorragia.

Durante el tratamiento endodóntico pueden presentarse alteraciones en la biología apical que provoquen igualmente dolor o edema pero con características particulares. en todos los casos de emergencia lo primero, y más importante, es establecer un diagnóstico correcto para poder realizar un tratamiento adecuado y en corto tiempo.

Es posible que se presenten pacientes en situaciones críticas de angustia, depresión, stress o decaimiento general que inducen al odontólogo a cometer errores e inclusive a realizar emergencias innecesarias o tratamientos que no estén tipificados como emergencias.

Se consideraran emergencias solo aquellos casos de DOLOR, EDEMA, SANGRAMIENTO (hemorragia) o TRAUMATISMOS, y no aquellos casos, donde el paciente, por estética, por descuido u otras razones, simulan tales urgencias.

El diagnóstico previo a la emergencia es igualmente importante en aquellos pacientes que vienen, sin saberlo, con dolores de origen no PULPAR o NO DENTAL, como la sinusitis, neuralgias del trigémino, parotiditis o infartos del miocardio que eventualmente producen dolor referido hacia algún diente o determinada zona de los maxilares.

I.1.- DOLOR

Las emergencias por dolor pulpar representan el 80% de las emergencias endodónticas. El odontólogo, de acuerdo con los años de experiencia y el nivel de conocimiento, administra cada situación de una manera más o menos rápida y/o eficiente. Es bueno recordar y no olvidar que el paciente puede manifestar dolor en un determinado diente diferente al verdadero causante del problema. Tener presente los conceptos de dolor; referido, fantasma, difuso, localizado, irradiado, psicógeno,

lancinante, gatillo, etc. Un paciente, en la etapa inicial de un infarto al miocardio, puede manifestar dolor en el ángulo izquierdo del maxilar inferior y creer que se trata de algún diente que lo está provocando.

Si en vez de buscar la ayuda de un Cardiólogo, recurre al odontólogo y éste no descubre a tiempo que se trata de un dolor referido del corazón hacia la boca, el paciente puede morir en pocos minutos en el consultorio dental.

I.1.1.- DOLOR REFERIDO

El dolor referido puede tener también origen en otro diente vecino o antagonista. Es frecuente encontrar pacientes, con edades comprendidas entre 20 y 30 años, con cordales incluidas que producen dolor referido hacia algún diente con caries, muchas veces incipiente.

Estos dientes, a veces, son condenados inocentemente a la pulpectomía de emergencia. Igualmente, puede originarse en tejidos u órganos vecinos; seno maxilar (sinusitis), nariz (rinitis), ojos (conjuntivitis) ganglio de Gasser (neuritis, Neuralgias del trigémino), oído (otitis), amígdalas (amigdalitis), mucosa bucal (estomatitis-aftas-herpes), cabeza (cefalalgias), músculos (miositis); Cóndilo del maxilar inferior.

I.1.2.- DOLOR FANTASMA

El dolor fantasma se presenta cuando el paciente manifiesta síntomas pulpares o dentario en un espacio edéntulo. A veces el paciente refiere dolor al frío en un diente con tratamiento endodóntico, con una imagen radiolúcida en apical o al cual ya se extirpo la pulpa.

I.1.3.- DOLOR DIFUSO

El dolor difuso, por lo general, tienen origen en un solo diente pero el paciente manifiesta tener dolor en varios o en zonas vecinas. Toda la zona le duele por igual y no sabe cual es el diente que lo origina. El odontólogo si tiene recursos para descubrirlo, la prueba anestésica es uno de ellos.

I.1.4.- DOLOR IRRADIADO

El dolor irradiado es muy parecido al difuso pero en este caso el paciente ubica el diente que lo origina. se irradia, imaginemos los radios de una rueda de bicicleta

donde el eje es el diente que origina el dolor y los radios las diferentes direcciones hacia donde se irradia el dolor.

I.1.5.- DOLOR PSICOGENO

El dolor psicógeno es una molestia creada o imaginada por el paciente, lo inventa y lo siente de verdad. A veces es una excusa para ser atendido primero que los demás, para salir del trabajo o de su casa, unas horas. Está asociado con pacientes hipocondríacos, o con cierto grado de masoquismo; personas que simulan tener enfermedades pulpares que no las padecen. El dolor psicógeno también puede tener relación con pacientes que manifiestan tener dolor leve, sin embargo, al eliminar la caries se observa que hay exposición pulpar y salida de exudado sanguinolento. En estos casos el paciente minimiza el dolor o le da poca importancia. Su umbral de respuesta dolorosa puede estar muy alto y el paciente resiste mucho dolor.

I.1.6.- DOLOR LANCINANTE

El término lancinante es una característica que tienen ciertos tipos de dolor en los cuales el paciente manifiesta sentir como si un clavo o una lanza penetrara hacia el interior del diente.

I.1.7.- ZONA DE GATILLO

El dolor en zona de gatillo se presenta en ciertas regiones del cuerpo cuya excitación despierta una reacción brusca. El dolor de las neuralgias del trigémino o de las neuritis faciales producen reacciones rápidas de los músculos cercanos a los dientes. El paciente rápidamente se lleva la mano a la cara, contrae los músculos y permanece en ésta actitud por unos minutos hasta que cede el dolor espontáneamente.

Esta variada gama de tipos de dolor obliga al odontólogo a realizar todas las pruebas y exámenes necesarios para minimizar los errores que puedan producirse durante el tratamiento de un paciente de emergencia dada la premura en que se presenta y por lo general es atendido el caso.

Durante el tratamiento de las pulpas vivas es necesario colocar anestesia al paciente. En estos casos el dolor a veces cobra dimensiones inesperadas. Es bueno recordar que en condiciones normales el dolor tienen un 50% de componente

psicológico y un 60% de componente fisiológico, que la anestesia actúa sobre todo en el aspecto fisiológico del dolor pero muy poco en lo psicológico. El componente psicológico se controla con prácticas de relajamiento, respiración, ambiente musical, paredes con colores fríos, aire acondicionado, mensajes positivos, etc. Evitar mensajes negativos; ¡no te va doler!, ¡no vas ha sentir nada!, ¿sientes?. Cuando fracasa el control del componente psicológico o éste no es tomado en cuenta, se culpa al anestésico o a la técnica empleada y se repiten tubos y más carpules de anestésico, sin éxito alguno.

I.2.- EDEMA

El segundo motivo por el cual acude una persona al odontólogo es por una cara hinchada o inflamada, si bien es cierto que el dolor es desagradable al punto que muchas veces convierte un viaje de placer, una fiesta o un encuentro de negocios, en una verdadera desgracia, el edema resulta más repugnante. Deforma la cara de la persona, la vuelve irreconocible. a veces se acompaña de dolor pero en otras cursa en forma asintomática. Puede ser originada por una cordal incluida, un obseso periodontal o también por algún problema de origen endodóntico. Las pruebas de vitalidad pulpar, la radiografía y el conocimiento de la patología bucal van a ser determinantes en el diagnóstico.

I.3.- SANGRAMIENTO O HEMORRAGIA

Las emergencias por hemorragia son más frecuentes por razones quirúrgicas o periodontales que por causas endodónticas. Sin embargo, es posible que un paciente acuda de emergencia por sangramiento de un tejido que emerge del interior de la cámara pulpar y llena la cavidad caries y el cual es constantemente traumatizado por los dientes antagonista cada vez que el paciente come.

Se confunde con una hiperplasia gingival. Se presenta en pulpas jóvenes y caries rampante, en pacientes con edades que oscilan entre los 7 y los 17 años, la caries rompe el techo de la cámara pulpar con mayor rapidez que los mecanismos de defensa que la pulpa posee para formar dentina repadora o secundaria, la pulpa crece a manera de un coliflor alcanzando tamaños que sobrepasan la cara oclusal del diente.

Esta hiperplasia o hipertrofia de la pulpa recibe el nombre de **pólipo pulpar** . La mayoría de las veces cursa asintomática.

Otro motivo que trae el paciente de emergencia por sangramiento, es la fractura coronaria por algún traumatismo.

I.4.- TRAUMATISMOS

Otro motivo de emergencias, sobre todo en niños y jóvenes que practican deportes, son los traumatismos. existen varias clasificaciones para los traumatismos, de acuerdo con el impacto o daño que ocasionan sobre el diente, tejidos blando de la boca, de la cara o del cráneo. Los golpes sobre la cara pueden producir inclusive fracturas y desplazamiento de los maxilares.

Estos pueden ser remitidos al cirujano bucal o bucomaxilofacial para el tratamiento de emergencia.

Sin embargo, existe una clasificación que agrupa una serie de lesiones traumáticas que están al alcance del odontólogo general. La clasificación de ELLIS y la organización mundial de la salud, describe, de lo más sencillo a lo más complejo, las lesiones que el odontólogo puede diagnosticar y tratar en su actividad diaria.

I.4.1.- CLASIFICACION DE ELLIS-OMS

CLASE I DIENTE TRAUMATIZADO: CORONA Y RAIZ INTACTAS

1.- La pulpa puede desvitalizarse

2.- Puede originarse resorciones internas

3.- Puede originarse resorciones externas

CLASE II FRACTURA CORONARIA: SIN EXPOSICION PULPAR

CLASE III FRACTURA CORONARIA: CON EXPOSICION PULPAR

CLASE IV FRACTURA CORONARIA: QUE SE EXTIENDE SUBGINGIVALMENTE

CLASE V FRACTURA RADICULAR DON PERDIDA DE ESTRUCTURA CORONARIA O SIN ELLA

DIVISION 1 FRACTURAS HORIZONTALES

DIVISION 2 FRACTURAS VERTICALES

CLASE VI DESPLAZAMIENTO DE DIENTES CON FRACTURA O SI ELLA

DIVISION 1 DESPLAZAMIENTO PARCIAL

1.- DESPLAZAMIENTO VESTIBULAR O LINGUAL

2.- EXTRUSION

3.- INTRUSION

DIVISION 2 LUXACION TOTAL- (AVULSION)

CLASE VII LESIONES DE LOS DIENTES TEMPORALES

CAPITULO II
FICHA DE EMERGENCIAS Y DIAGNOSTICO

CAPITULO II

II.- FICHA DE EMERGENCIA Y DIAGNOSTICO

UNIVERSIDAD AUTONOMA JUAN MISAEL SARACHO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
Tarija - Bolivia

Fecha : .....

FICHA PARA EMERGENCIA

PACIENTE.....EDAD.....
DIRECCION.....TELEFONO.....
DIENTE A TRATAR.....CATEDRATICO.....
ESTUDIANTE.....CURSO.....GRUPO.....
MOTIVO DE LA CONSULTA.....
SIGNOS Y SINTOMAS.....
.....
INFORMACION RADIOGRAFICA.....
.....
PRUEBAS DE VITALIDAD.....
HISTORIA GENERAL (INFORMACION UTIL SOBRE EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE).....
.....
.....
DIAGNOSTICO.....
TRATAMIENTO (PROCEDIMIENTO DE EMERGENCIA).....
.....
OBSERVACIONES.....
REMITIDO A : .....
CALIFICACION : .....TOTAL CANCELADO.....

FIRMA DEL CATEDRATICO **FIRMA DEL ESTUDIANTE**

Antes de iniciar la emergencia endodóntica es indispensable seleccionar el caso. Saber si el determinado diente es para el tratamiento conservador o para la exodoncia. si es para la exodoncia, aunque el paciente tenga dolor, el tratamiento de emergencia indicado es la extracción.

Pueden haber impedimentos en la salud general del paciente que de una manera u otra limiten, contraindiquen u obliguen a tomar ciertas precauciones en el momento de realizar una emergencia endodóntica en condiciones ambulatorias.

Estas son; hemofilia, infarto inminente del miocardio, cáncer terminal, leucemia, tratamiento con anticoagulantes, sífilis, SIDA, hepatitis viral, tuberculosis y otras enfermedades de alto riesgo para el paciente, las cuales éste, a veces desconoce y el profesional también. Algunos de estos casos, como la hemofilia, deberán atenderse solamente en ambientes hospitalarios por que el paciente se puede desangrar.

Los marcapasos de ciertos pacientes se pueden detener con los probadores eléctricos o pulpómetros, los pacientes hemofilicos se pueden desangrar con el simple pinchazo de una aguja para anestesia y los pacientes con enfermedades contagiosas son más frecuentes de lo que muestran las estadísticas. La radiografía y el examen clínico, previo determinaran la conducta a seguir.

Una vez seleccionado el caso y ubicado al diente se llena la ficha de emergencia endodóntica.

La ficha de emergencia endodóntica, comienza con la FECHA; en que se presente el paciente de emergencia y los datos personales de éste; NOMBRE, EDAD, DIRECCION Y TELEFONO.

II.1.- DIENTE A TRATAR : Por lo general es un solo diente el que trae al paciente de emergencia, aunque manifieste dolor en varios dientes o al abrir la boca exista caries en todo el cuadrante o presente edema en un lado de la cara. Las pruebas clínicas determinarán el diente a tratar. Si después realizadas las pruebas se encuentran dos o más dientes para emergencia, se llenará una ficha para cada uno. El diagnóstico puede ser diferente y el tratamiento también.

II.2.- CATEDRATICO : Se anota el nombre claro y completo del docente, dirección, teléfono que supervisará la emergencia.

II.3.- ESTUDIANTE

Nombre completo del operador, dirección, teléfono, GRUPO - CURSO.

II.4.- MOTIVO DE LA CONSULTA : En toda la historia clínica, es la RAZON QUE EXPRESA EL PACIENTE por lo cual viene a consultar. Dolor dentario sangramiento o hemorragia, edema, molestias al comer, dolor de cabeza, pesadez en un lado de la cara, latidos en un diente, lagrimeo, etc.

Cuando se trata de dolor es importante observar la forma como señala el sitio donde origina; con un dedo, con la mano abierta, cerrando los ojos o frunciendo el cejo, con una sonrisa en los labios, etc.

II.5.- SIGNOS Y SINTOMAS :

a) Signos.- Es todo lo observable a simple vista por el odontólogo; edema, hinchazón, fistula, mucosa de superficie lisa y brillante, cambios de color en el diente y encía, colección purulenta, perdida de sustancia calcificada, material de obturación defectuoso, sangramiento de las encias o de tejido blando que se encuentra dentro de la cavidad de caries, crecimiento de tejido desde el interior de la cámara pulpar, retracción gingival, abrasión , erosión o desgaste del esmalte y dentina, sensible a la palpación sobre apical, diente fuera del alvéolo, movilidad dentaria, diente extruído, etc.

b) Síntomas : Todo lo que manifieste el "paciente" : molestias, ardor, sensibilidad, dolor al frío y/o al calor, dulce, ácido, masticación, roce con la lengua con los dedos, o con los cubiertos, al acostarse, al bajar la cabeza, espontáneamente, al presionar la mejilla, etc. ¿desde cuándo empezó a doler? desde hace meses, semanas, horas, minutos, ¿tiempo que dura el dolor? mientras dura el estímulo que lo desencadena, segundos, minutos o permanece. Si el dolor es permanente puede considerarse continuo. Es decir si el paciente se presenta a consultar con dolor y manifiesta que lo viene padeciendo desde hace algún tiempo, que ha tomado calmantes

y no se le quita con nada. si el paciente no tiene dolor, en el momento de la consulta, o éste aparece durante unos minutos, segundos o solamente mientras dura el estímulo, lógicamente será dolor intermitente. El dolor continuo o intermitente puede ser también en forma de latidos si el paciente expresa la sensación de tener un corazón que late dentro del diente.

Puede ser también, agudo o lancinante; si el paciente manifiesta que siente como si un clavo, o una aguja penetrara hacia el interior del diente. Localizado en el diente o difuso hacia otros dientes o zonas anatómicas vecinas.

Puede ser referido de un diente ubicado en un maxilar hacia otra región anatómica del mismo maxilar. Las cordales incluidas pueden producir dolor referido hacia otros dientes vecinos. Es importante observar la edad del paciente; es posible que se encuentre en estas condiciones. Igualmente puede haber dolor referido de otra región anatómica vecina; oídos, nariz, garganta, ojos, etc.

II.6.- INFORMACION RADIOGRAFICA : Se describirán las zonas radiolúcidas o radiopacas correspondientes a áreas patológicas, pérdida de sustancia calcificada en esmalte y dentina y cámara pulpar, espacio periodóntico apical ensanchado, imágenes laterales, apicales, marginales, hueso alveolar periapical, raíz, cemento en tercio apical, conductos cámara pulpar, etc.

II.7.- PRUEBAS DE VITALIDAD PULPAR :

Estas pruebas deben realizarse en todos los casos pero en forma racional. No en forma sistemática, a todos los pacientes o dientes, tampoco debe confiarse en las expresiones del paciente; ¡este diente me duele con el frío! ¡ya me hicieron la pulpectomía!. Si el diente presenta cambios de coloración, tienen la cámara pulpar abierta, existe una fistula en vestibular y además radiográficamente se observa una zona radiolúcida periapical o el conducto está parcialmente obturado no existe ninguna razón para realizar la prueba al frío, la cavitaria o tomar el probador de vitalidad eléctrico. Estos signos son más que suficientes para saber que la pulpa se encuentra necrótica.

II.7.1.- PRUEBA AL FRIO :

Figura 1

La prueba al frío consiste en aplicar una barrita de hielo, del grosor de un lápiz (tubo de anestesia plástica), en el tercio medio de la cara vestibular del diente a lo más cercano posible a la cámara pulpar. Es recomendable comenzar las pruebas de los dientes vecinos, sanos, a objeto de; en primer lugar educar al paciente sobre cual será la sensación que él va tener, y en segundo lugar comparar los resultados del diente afectado con el normal pueden haber sorpresas en estas pruebas.

Aún en los dientes sanos hay sensibilidad al frío, sobre todo, con helados o bebidas muy frías; por lo que ésta molestia no siempre es un síntoma de una patología pulpar. cuando el paciente ingiere alguna bebida fría ésta pasa por todos los dientes, desde los incisivos hasta los terceros molares. Si en el trayecto existe algún diente con el cuello descubierto y con acumulación de placa bacteriana, es posible que la sensibilidad sea mayor que los dientes sanos. si se presenta alguna fistula en la mucosa vestibular de un diente vecino, es probable que el paciente señale ése diente como el responsable de la sensibilidad y no sepa que la presencia de placa bacteriana, la cual

puede ser eliminada con un cepillo de dientes y una buena técnica de higiene bucal, es la única responsable de sus molestias.

Si existe algún diente con caries, incipiente puede haber sensibilidad al frío, localizada en ése diente. Si se trata de un dolor leve que dura mientras está colocado al hielo e inmediatamente desaparece será compatible, con un aumento de flujo sanguíneo dentro de la cavidad pulpar, conocido también como hiperemia, o puede deberse también a un estado de patología reversible; pulpitis reversible, dentina hipersensible, hiperreactividad dentinaria, etc.

Si el dolor es de moderado a severo y persiste después de retirado el estímulo por unos segundos o minutos, entonces se considera que la pulpa esta vital pero con problemas inflamatorios irreversibles.

En algunos casos (muy raros por cierto), el paciente vienen a su consulta con dolor fuerte, presente, y con un vaso de agua fría o hielo en la mano. Al realizar la prueba al frío el dolor disminuye o cede por algún tiempo. En este caso la pulpa se encuentra vital pero con microabscesos en su interior por lo que la temperatura del paciente es suficiente calor como para ocasionarle el dolor mas terrible que pueda producirse en el cuerpo humano. El hielo contrarresta el calor interno de la pulpa, disminuye la presión generada por la inflamación y alivia el dolor.

Existen casos de sinusitis maxilar que producen dolor al ingerir bebidas frías pero este es referido, sobre todo, a los premolares y molares superiores del lado afectado. El paciente parece clavar las uñas de los dedos índice y medio por debajo de la apófisis piramidal y expresa; ¡cuando tomo algo frío me duele aquí!.

II.7.2.- PRUEBA AL CALOR :

La prueba al calor se realiza con una barra de gutapercha calentada en la llama del mechero, hasta una temperatura tolerable por la piel del operador y colocada en el tercio medio de la cara vestibular del diente. El calor no debe ser excesivo a fin de evitar quemaduras y daños irreparables a la pulpa. Seguir las mismas recomendaciones hechas para la prueba al frío, comenzar por los dientes sanos.

Figura 2

Los dientes sanos o con estados pulpares reversibles, al contrario de los anteriores, no duelen con el calor. Cuando un paciente manifiesta dolor al ingerir alimentos calientes es porque existe alguna pulpa inflamada irreversiblemente o existe necrosis pulpar con gases encerrados en la cavidad pulpar de los cuales se expanden y hacen doler el ligamento periodontal apical.

En el caso de pulpas vivas, el calor hace que aumente la presión del edema ocasionado por inflamación pulpar y lógicamente aumenta el calor.

II.7.3.- PRUEBAS AL DULCE Y AL ACIDO :

Ante una caries incipiente o de fisura, un cuello descubierto o una fractura coronaria de esmalte y dentina, el paciente puede quejarse de molestias con alimentos dulces y ácidos. Estas pruebas no se realizan de rutina, sin embargo, si fuera necesario, se puede realizar con jarabe del utilizado por los laboratorios clínicos en los exámenes de glicemia y con ácido cítrico al 5% preparado para irrigar conductos radiculares, o ácido acético glacial (vinagre) y aplicarlos con torundas de algodón.

Figura 3

sobre los supuestos dientes afectados. El resultado positivo de estas pruebas siempre conduce al diagnóstico de una pulpa con un estado pulpar reversible.

II.7.4.- PRUEBA ELECTRICA :

Antes de realizar esta prueba con el probador eléctrico o pulpómetro es importante colocar un pedazo de goma dique de 3 x 3 cm. a fin de aislar el diente de cualquier contacto de saliva con la encia u otros dientes vecinos. Humedecer la punta del electrodo antes de hacer contacto con el diente y no percutir para evitar falsas respuestas. Comenzar siempre con un diente vecino o sano para que el paciente conozca la sensación que va a percibir en el diente lesionado. No es un corrientazo; es una sensación de hormigueo y que el debe avisar levantando la mano cuando lo comience a percibir. No preguntar insistentemente al paciente ¿siente? esto induce a respuestas equivocas.

La prueba eléctrica es determinante en dientes que presentan fistulas o edemas a nivel de la mucosa vestibular o no tienen caries u otros signos que indiquen alguna patología pulpar, que los haya originado, para que exista una fistula o un edema, de

origen pulpar, debe haber previamente necrosis pulpar. Si el diente responde a la prueba eléctrica es porque los signos clínicos que presenta el paciente son ocasionados por un absceso periodontal. Por lo tanto no esta indicado abrir la cámara pulpar ni será necesario un tratamiento endodóntico.

La prueba eléctrica es igualmente importante en los casos de traumatismos sobre los dientes y en caso de hallazgos de imágenes radiolúcidas periapicales de dientes aparentemente sanos.

En el caso de los traumatismos, puede ser, que la pulpa no responda a la prueba eléctrica en las primeras horas o en los primeros días. Esto no es señal de necrosis pulpar. También es bueno recordar que la recuperación de la respuesta pulpar en estos casos, no es indicativo de la recuperación de la vitalidad o regreso a la normalidad pulpar. Sencillamente puede haber fibras nerviosas que en virtud del trauma quirúrgico o accidental, o por isquemia temporal se despolarizan eléctricamente y posteriormente recobran su estado normal más no así el resto del tejido conjuntivo. Este tejido, a pesar de la respuesta eléctrica puede permanecer inflamado, sufrir diferentes degeneraciones (calcica, hialina, fibrosa, adiposa), o seguir irremediablemente el curso normal hacia la necrosis definitiva.

En el caso de los hallazgos radiográficos, pueden producirse; quistes dentígeros, residuales, hemorrágicas, nasopalatinos, absceso periodontales e inclusive, tumores, muy cerca de los ápices de los dientes y confundir el origen y diagnóstico de los mismo. La prueba eléctrica determinará si la pulpa está involucrada o no en el problema.

II.7.5.- PRUEBA CAVITARIA :

La prueba cavitaria más sencilla se efectúa con un explorador pasándolo suavemente en el fondo de la cavidad cariosa tratando de encontrar alguna comunicación con la cámara pulpar o también eliminando la caries con una fresa accionada por una turbina y refrigerada con agua. También se puede eliminar material de obturación, sin anestesia. En última instancia se intenta abrir la cámara de acceso,

según la forma de conveniencia para el diente, en la cara oclusal, lingual o palatina. En lo posible evitar el tallado de cavidades clase V en dientes aparentemente sanos.

Figura 4

II.7.6.- PRUEBA ANESTESICA :

Figura 5

Las pruebas anteriores, con excepción de la prueba al calor sirven para determinar si la pulpa está viva o necrótica; en cambio la prueba anestésica sirve para cual es el diente que le duele.

Cuando el dolor es muy fuerte, y está presente puede aplicarse anestesia en el ápice del diente sospechoso o en el nervio dentario inferior del lado afectado y esperar unos minutos. Si desaparece el dolor es por que la anestesia fue colocada en el diente o cuadrante enfermo. Si no sigue buscando el origen del dolor. Esta prueba es importante cuando existe dolor referido de un maxilar a otro o de una zona a otra del arco dentario.

II.7.7.- PRUEBA A LA PALPACION :

Figura 6

La palpación sobre la mucosa apical es una prueba para determinar la presencia o no de una inflamación del perióstio que rodea al diente afectado o en el hueso alveolar adyacente. Si está prueba es positiva posiblemente la pulpa está necrótica y comienza a formarse un absceso ó inflamación en el hueso alveolar.

II.7.8.- PERCUSION :

Figura 7

Esta prueba tampoco es determinante para saber si la pulpa está vital o no, pero si es positiva indica que el ligamento periodontal, sobre todo las fibras radiales apicales, está inflamado a consecuencia de; una patología pulpar irreversible, por necrosis pulpar, por trauma oclusal o por trastornos avanzados del periodonto marginal. Las toxinas bacterianas o las producidas por la lisis celular atraviesan el conducto, pasan la constricción apical e irritan el ligamento periodontal, produciendo su inflamación y dolor a la percusión. Si un paciente viene a la consulta con un dolor tan fuerte que no puede ni tocarse el diente con la lengua ni pensar siquiera en efectuar esta prueba. Jamás lo perdonará.

II.8.- HISTORIA GENERAL (Información útil sobre el estado general del paciente)

Se notan datos importantes sobre la salud del paciente; fiebre, malestar general, gripe y otras enfermedades controladas o no por el médico.

Se requiere de un criterio clínico claro y minucioso para obtener la respuesta satisfactoria y adecuada para elaborar la historia clínica general del paciente. Más del 60% de la población ha estado en contacto con el bacilo de Koch.

Si varios pacientes, de emergencia, deliberadamente, ocultan enfermedades tan peligrosas como el SIDA, HEPATITIS VIRAL, etc.; el peligro para la seguridad de la profesión y de la humanidad sería de magnitudes incalculables.

II.9.- DIAGNOSTICO : El éxito del tratamiento, al igual que otras ciencias, depende del diagnóstico. Si existe un buen diagnóstico habrá un buen tratamiento.

Los textos de endodoncia presentan diferentes nomenclaturas y clasificaciones de la patología pulpar o periapical. Si embargo lo más importante no es conocer que nombre se le va a poner sino qué patología trae el paciente de emergencia.

La clasificación actual que se aplica en la cátedra de endodoncia de ciertas facultades es el de estados pulpares Tipo I, II, III, IV y V. Es la clasificación de Baume y Fiore con ciertas modificaciones introducidas por la cátedra de endodoncia de la facultad de odontología de la "U" de Venezuela. El paciente por lo general viene de emergencia con estados pulpares Tipo III, IV y V.

Los estados pulpares Tipo I corresponden a pulpas normales de dientes sanos que no han tenido caries o que jamás han sido obturados ni presentan muestras de daño en la pulpa.

Sin embargo, pueden encontrarse en posición ectópica en el arco dentario y si van a ser pilares de prótesis fijas puede ser necesario el tratamiento endodóntico antes de tallar los muñones.

Los estado pulpares Tipo II corresponden a dolores leves, al frío, dulce o ácido, en forma transitoria los cuales desaparecen al eliminar los estímulos que provocan tales dolores. Es una patología reversible porque al eliminar el agente etiológico y proteger la pulpa con un recubrimiento desaparecen las molestias. El dolor es tan leve que el paciente rara vez acude de emergencia con un estado pulpar

Tipo II. En esta clasificación se incluyen; la hiperemia, la dentina hipersensible, la hiperreactividad dentaria y la pulpitis reversible o incipiente.

Los estado pulpares Tipo III incluyen todas las patologías irreversibles de las pulpas vivas. Agrupan a las llamadas agudas serosa y abscedosa y a las pulpitis crónicas ulcerosa e hiperplásica. Desde el punto de vista de la emergencia, se establecerá un tratamiento diferente según las características del dolor que presente el paciente. Las patologías pulpares Tipo IV incluyen todos aquellos casos donde la pulpa se encuentra necrótica pero no existen imágenes radiolúcidas periapicales. Corresponde a la periodontitis apical aguda y al absceso alveolar agudo, la necrosis o gangrena no presenta síntomas ni signos que obliguen al paciente a buscar ayuda. Incluye también, los tratamientos de conducto previo que no tengan imágenes radiolúcidas periapicales y las emergencias durante el tratamiento endodóntico, después de haber realizado la pulpectomía.

Dependiendo del origen del dolor (medicamento, trauma, infección) estará indicado el tratamiento correspondiente.

Las patologías pulpares Tipo V, agrupan a todos los casos con imágenes radiolúcidas, periapicales compatibles con, sugeridas de, o imágenes de; granulomas, abscesos alveolares crónicos y/o quistes apicales.

II.10.- OBSERVACIONES : Anotar en este espacio todas las observaciones o hallazgos poco comunes; el diente tenía cámara abierta pero se había tapado con alimentos, el paciente no pudo retirar el algodón, se le fracturó una aguja en el conducto, el paciente es poco colaborador, prefiere sacarse el diente antes de hacerse el tratamiento endodóntico, aparecieron erupciones en la piel después de la anestesia, se perforó el piso abriendo cámara pulpar, lloró mucho, etc.

II.11.- REMITIDO A : Una vez terminado el tratamiento de emergencia y dadas las condiciones en las cuales ingresa el paciente, este debe ser orientado hacia los siguientes pasos: al servicio de triaje para asignación del estudiante correspondiente, a la clínica de endodoncia para tratamiento endodóntico, a

periodoncia para evaluación, a cirugía para exodoncia, a esta misma clínica dentro de dos días para remover el dren, etc.

A continuación hay un espacio para su calificación, otro para anotar el número del recibo y el monto total cancelado, la firma del docente y la del estudiante.

CAPITULO III
TRATAMIENTO TERAPEUTICO LOCAL

CAPITULO III

III.- TRATAMIENTO TERAPEUTICO LOCAL (Procedimiento de emergencia)

III.1.- DOLOR

III.1.1.- ESTADOS PULPARES TIPO I

Como observación, nunca se presentan pacientes de emergencia con un estado pulpar **Tipo I** o pulpa sana. La excepción de la regla quizás sea en el caso de un traumatismo en el cual un diente se encuentre involucrado.

III.1.2.- ESTADOS PULPARES TIPO II

Para los estados pulpares Tipo II, el tratamiento de emergencia consiste en; eliminar la caries o las obturaciones defectuosas y colocar un recubrimiento pulpar indirecto o directo. El recubrimiento indirecto puede ser con zinquenol, bien espeso, sin mucho eugenol libre en la mezcla. El recubrimiento directo se realiza con hidróxido de calcio pasta-pasta, sobre la exposición pulpar y luego zinquenol. (procedimiento de emergencia) Ej. Anestesia, eliminación de caries, eliminación de obturación defectuosa, colocación de zinquenol

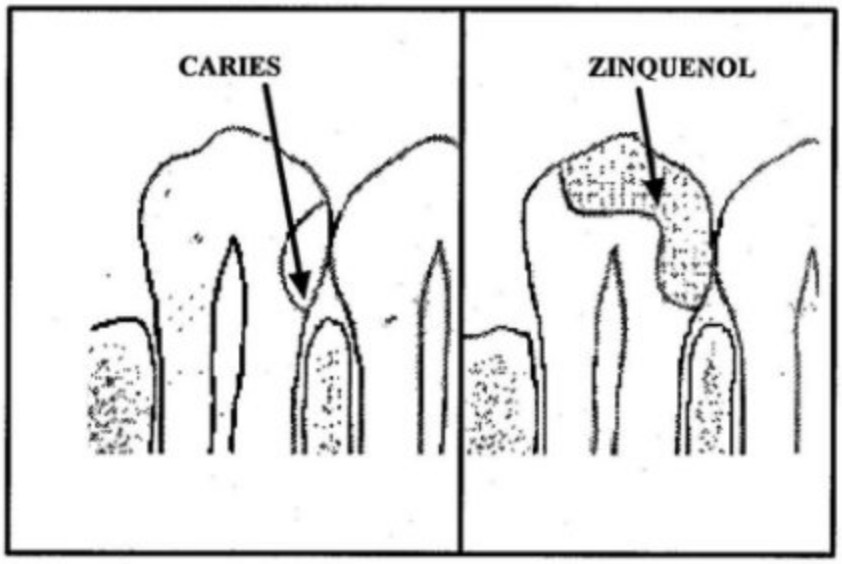

***Figura 8** Eliminación de caries y colocación de zinquenol.*
Tratamiento para tipo II y III sin exposición pulpar amplia

III.1.3.- ESTADOS PULPARES TIPO III

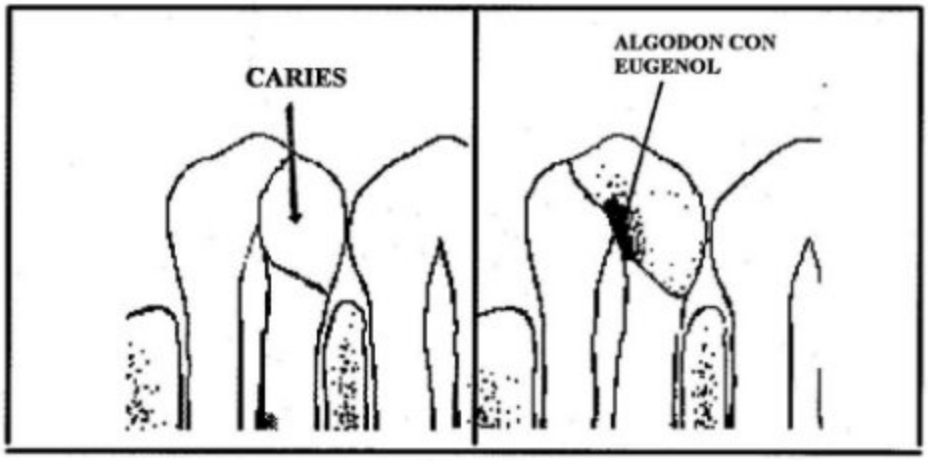

Figura 9 *Eliminación de caries y colocación de algodón con eugenol y zinquenol. Tratamiento para patologías Tipo III, crónicas, con exposición pulpar amplia.*

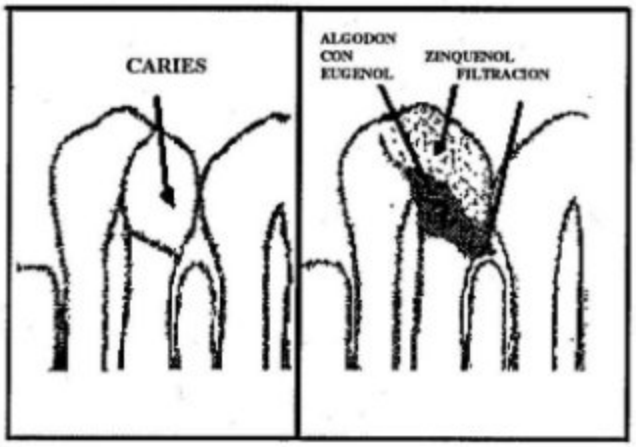

Figura 10 *Los hilos de algodón en las cavidades proximales impiden un sellado hermético con zinquenol.*

En las patologías Tipo III el tratamiento de emergencia dependerá de la severidad del dolor. Si es un dolor leve a moderado, que cursa desde hace meses, es

compatible con pulpitis crónica. De primera intención, se elimina caries y se coloca zinquenol.

Si existe exposición tan amplia que puede ser observada a simple vista o que al colocar el zinquenol este pueda fluir hacia la cámara pulpar y obstruir los conductos, se colocará un tapón de algodón para evitar este accidente. El algodón debe ser tan pequeño coma para facilitar que el cemento sea colocado solamente sobre la dentina y no sobre los hilos del algodón, y lo suficientemente amplio como para formar una traba mecánica que impida al zinquenol que fluya hacia el conducto. La función del algodón es simplemente mecánica. No tienen acción medicamentosa por lo que debe evitarse en todo momento. A veces sirve de vehículo cuando va impregnado en eugenol. No debe tocarse con los dedos, ni guantes contaminados para no introducir microorganismos donde posiblemente no existan.

(procedimiento de emergencia) Anestesia, eliminación de caries, colocación de algodón con eugenol y zinquenol.

Dentro las patologías Tipo III se encuentra la conocida pulpitis crónica hiperplásica, caracterizada por el pólipo pulpar, muy frecuente en dientes jóvenes sobre todo en los primeros y segundos molares de los niños. El paciente viene por lo general, por sangramiento de la carnosidad que sobresale de la cara oclusal del molar la cual es constantemente traumatizada por las cúspides de los dientes antagonistas o por alimentos. Se coloca anestesia, se elimina tejido blando con una cuchareta de dentina o con una cureta de periodoncia hasta el fondo de la cavidad de caries, se cohibe la hemorragia con una torunda de algodón pero ésta vez más pequeño y ligeramente impregnado en eugenol (solamente los vapores) y se sella con zinquenol. En principio, no es necesario eliminar todo el techo de la cámara pulpar ni realizar la **pulpectomía.**

(Procedimiento de emergencia) Anestesia, eliminación del pólipo pulpar, eliminación de caries, algodón con eugenol y zinquenol.

En la misma clasificación de las patologías Tipo II existe una entidad poco frecuente pero muy dolorosa e insoportable, es la pulpitis o pulpagia aguda. El dolor

es severo, está presente, es continuo, de aparición reciente (pocas horas o desde anoche) el paciente toma analgésicos pero no alivian las molestias, a veces duele con

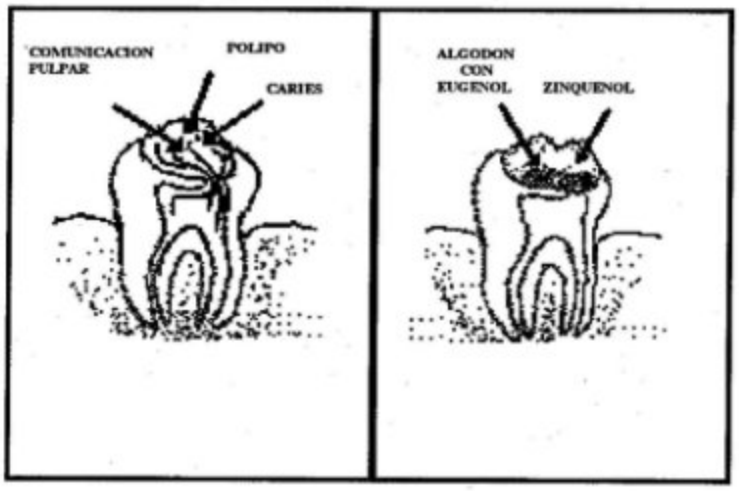

Figura 11 *Eliminación del pólipo pulpar y colocación de algodón con eugenol en la comunicación cameral.*

el frío (pulpitis aguda serosa), a veces el frio es lo único que lo alivia (pulpitis aguda abscedosa). en estos casos no sirven el algodón con eugenol y el zinquenol.

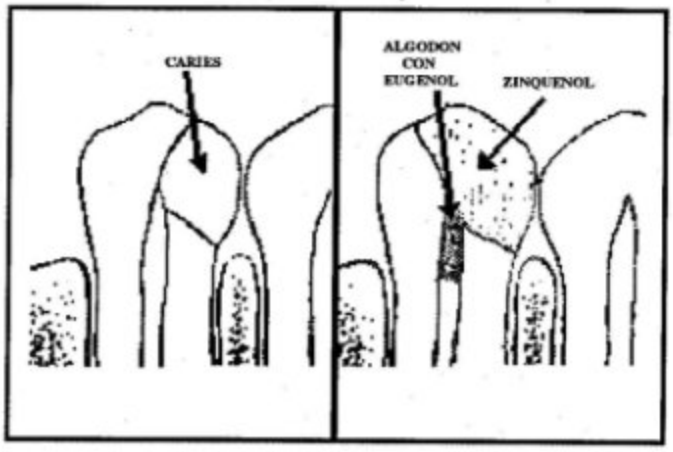

Figura 12 *Tratamiento para las pulpitis agudas. Extirpación pulpar y colocación de algodón en eugenol y zinquenol.*

El procedimiento de emergencia será, anestesia, aislamiento con dique de goma, apertura de la cámara pulpar, extirpación de la pulpa con sondas barbadas, lavado con solución fisiológica o con agua destilada estéril, secado, algodón con eugenol y sellado con zinquenol. sin embargo si quedan restos de pulpa en el tercio apical del conducto, el dolor puede continuar y volver a traer al paciente.

(Procedimiento de emergencia) Anestesia, aislamiento con dique de goma, extirpación pulpar, algodón con eugenol y zinquenol.

III.1.4.- ESTADOS PULPARES TIPO IV

Entre las patologías Tipo IV se encuentra el absceso alveolar agudo. En estos casos, siempre, lo primero es abrir la cámara pulpar y dejar abierto para drenar. Si no se observa salida de exudado o el paciente no siente alivio del dolor o sensación de descompresión inmediatamente, se indicará antibióticos.

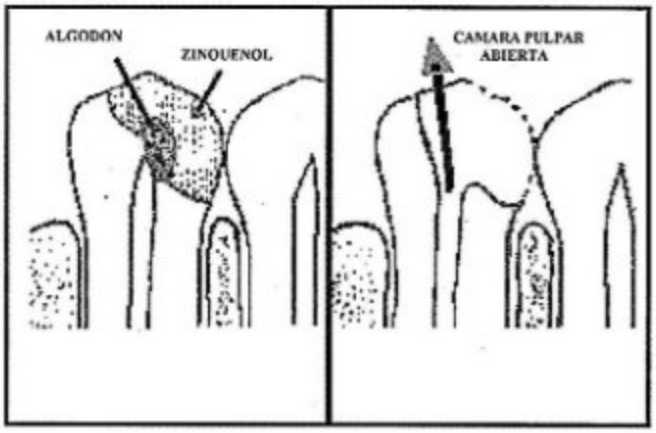

Figura 13 *Clase IV Eliminación de algodón, de zinquenol o de obturaciones viejas. Apertura de la cámara pulpar para drenar gases o exudado.*

Jamás intente drenar un proceso AGUDO por vía mucosa. Es un principio básico de la cirugía "no hacer incisiones en estados patológicos agudos". Después de 48 horas de tratamiento con antibióticos, si el proceso aún se encuentra edematoso, pero es fluctuante, entonces se realiza una incisión en la base del proceso, se coloca un

dren de goma dique y un punto de sutura para que este no se salga. Se evalúa el edema diariamente durante 7 días. Si desaparece, se retira el punto de sutura y el dren, se suspende los antibióticos y se remite al paciente para el tratamiento endodóntico.

(Procedimiento de emergencia) Apertura de la cámara pulpar, se dejó abierto para drenar, antibiótico terapia por siete días.

Agrupadas en las patologías Tipo IV se encuentran las conocidas periodontitis apicales agudas. Estas patologías pueden presentarse a<ntes de iniciar o después de comenzar el tratamiento endodóntico.

III.1.4.1.- PERIODONTITIS MEDICAMENTOSA

Los medicamentos que se emplean durante el tratamiento endodóntico pueden inflamar las fibras radiales del ligamento periodontal. Aún la solución fisiológica o anestésica pueden irritar los tejidos blandos apicales. Otros medicamentos o soluciones más agresivos son; agua destilada, hipoclorito de sodio paramonoclorofenol, eugenol, creosota, formocresol y otros. La respuesta puede ser alergia, idiosincrasia, hipersensibilidad, inmunosupresión, factores psicológicos u otros. El tratamiento de emergencia de la periodontitis medicamentosa puede ser; aislamiento con dique de goma, remover el algodón con exceso de medicamento, lavar sutilmente el conducto con solución fisiológica o agua destilada estéril, secar con puntas de papel absorbente, colocar torunda de algodón seco, o ligeramente impregnado en eugenol, o también colocar hidróxido de calcio polvo y luego sellar con zinquenol.

Este no es un tratamiento mágico o milagroso que produzca alivio instantáneo al paciente por lo que podrá ser necesario indicar analgésicos como complemento.

Es importante recordar y no olvidar que el algodón que queda encerrado en el conducto no debe ser manipulado con los dedos ni con los guantes que han tocado, lámparas, cajas, mesas o cualquier otra superficie contaminada, porque de una periodontitis medicamentosa puede surgir una periodontitis infecciosa.

Si la periodontitis medicamentosa es por la inyección de hipoclorito de sodio más allá de la constricción apical o por otros irrigantes tóxicos o irritantes lo más conveniente es no tocar el diente ni abrir el conducto hasta que no hayan cedido los síntomas a base de analgésicos.

(Procedimiento de emergencia) Aislamiento con dique de goma, lavado con agua destilada, algodón seco., y zinquenol.

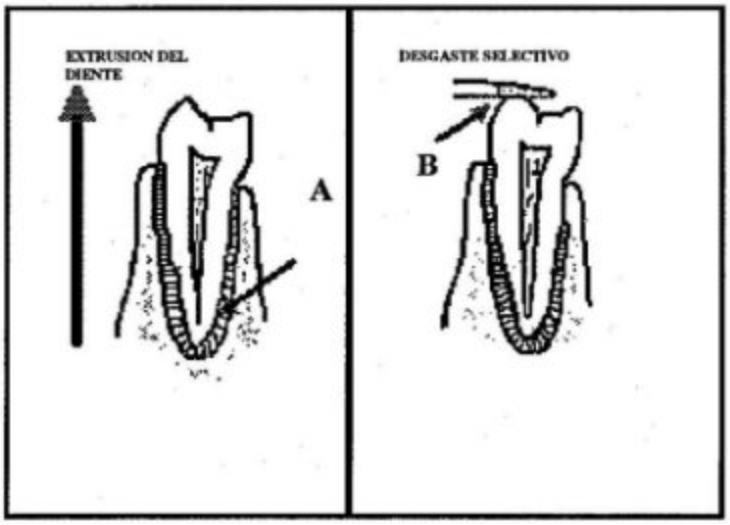

Figura 14 *A. Ensanchamiento del ligamento periodontal por el edema. Extrusión del diente. B. Desgaste selectivo para compensar la extrusión dentaria.*

III.1.4.2.- PERIODONTITIS TRAUMATICA

Si la periodontitis apical es de origen traumático por; desgarramiento de la pulpa a nivel de la constricción apical o por instrumentos o puntas de papel que sobrepasaron el ápice o por un sellado temporal demasiado alto y con contactos prematuros, por inflamación del periodonto apical que extruye el diente y este entra en contacto prematura, porque quedaron restos de pulpa dentro el conducto, o por que se hizo demasiada presión sobre los condensadores mientras se obturaba.

El tratamiento de emergencia de la periodontitis traumática puede ser; rebajar el material de obturación temporal, realizar un desgaste selectivo del diente, quitar el diente de oclusión, suspender la prótesis temporalmente o sencillamente indicar analgésicos. En estos casos no se retira el sellado temporal porque menos se toque el interior del conducto, mejor. El dolor en estos casos es transitorio y muchas veces desaparece espontáneamente dos o tres días después del acto operatorio.

(Procedimiento de emergencia) Control de oclusión, analgésicos mientras sea necesario.

III.1.4.3.- PERIODONTITIS BACTERIANA

Si la periodontitis es de origen bacteriano o infeccioso y ocurre antes de iniciar o durante el tratamiento endodóntico por introducción o contaminación del conducto con bacterias, hongos, virus o protozoarios. Muchas veces entran al sistema de conductos radiculares, aunque este colocado el dique de goma, o entre una sesión y otra del tratamiento endodóntico. Los microorganismos entran por descuido, negligencia o ignorancia de los conceptos de cadena aséptica infección, desinfección, esterilización y antisepsia.

Necesariamente habrá que abrir la cámara pulpar y dejar abierto para que escapen los gases que originan el dolor en el ligamento apical. Si el conducto está infectado lo más conveniente es dejarlo abierto por lo menos durante dos días antes de comenzar o de continuar con el tratamiento endodóntico y volver a cerrar la cámara pulpar. No es necesario colocar dique de goma para abrir la cámara pulpar y dejarla abierta para drenar.

La hipótesis de dejar la cámara pulpar abierta significa más contaminación con las bacterias de la saliva no se justifica ante el beneficio que se le proporciona al paciente al aliviarle su dolor.

Dar indicaciones al paciente en el sentido de colocar algodón antes de comer, retirarlo inmediatamente después del mismo y mantener la cámara siempre libre de alimentos hasta que se reinicie el tratamiento de conducto.

No es conveniente iniciar ni continuar el tratamiento endodóntico de estos dientes los fines de semana ni en días previos a períodos largos de vacaciones en virtud e la tendencia a la recidiva y a la dificultad que pueda tener el paciente para encontrar la ayuda de un odontólogo que nuevamente le retire el sellado de la cámara de acceso. La posible contaminación de bacterias, que se encuentran en la saliva, nunca será peor que las del conducto en su interior y muy pocos microorganismos aeróbios sobreviven en medios anaeróbios.

(Procedimiento de emergencia) Apertura de la cámara pulpar, se deja abierto para drenar, colocar algodón antes de comer y retirarlo inmediatamente después, previo enjuagatorio bucal

III.1.5.- ESTADOS PULPARES TIPO V

En las patologías Tipo V es poco frecuente la emergencia debido a que son en su mayoría procesos crónicos con fístulas por donde se descomprime el exudado. cuando no existe la fístula y se produce edema extraoral el procedimiento de emergencia será; abrir la cámara pulpar y dejar abierto para drenar, si el paciente tiene fiebre o decaimiento general indicar antibióticos. Se siguen los mismos principios y procedimientos de la patologías Tipo IV. si después de las 48 horas no ha cedido el edema, realizar el drenaje quirúrgico o fistulización quirúrgica con un bisturí por vía mucosa. si tiene fístula y el paciente solamente tiene dolor, no es conveniente dejar abierto ya que la descompresión que se logra con la salida de pus o de gases se esta realizando por vía natural.

III.2.- EDEMA :

TRATAMIENTO (Procedimiento de emergencia)

El primer paso para realizar un tratamiento de emergencia en un diente que está originando un edema extraoral es el drenaje cameral. No existe contraindicaciones para efectuar este procedimiento. tanto en procesos agudos como crónicos, sin anestesia y sin dique de goma, se abre una cámara de acceso de acuerdo con el diseño conveniente para el diente, con instrumentos de alta velocidad (turbina) y se observan dos cosas; el alivio del dolor, si existe, el cual es inmediatamente sentido

por el paciente con la salida de exudado o escape de gases a través de la cámara pulpar. si el absceso es agudo, de aparición reciente (pocas horas), no habrá salida de exudado purulento ni sanguinolento; solo escape de gases.

El segundo paso será observar si el paciente no siente alivio o no hay salida de exudado. En este caso se indica antibióticos de acuerdo con la gravedad del caso; vía oral o inyectados.

El tercer paso citar a las 48 horas para evaluar la disminución del edema. Si éste no ha reducido de tamaño se produce con el drenaje por vía mucosa. Con un bisturí, hoja número 15, previamente anestesiado localmente, a cierta distancia de la colección purulenta, se procede a realizar una incisión semilunar en la base del proceso fluctuante. Nunca en el centro de la masa purulenta aunque se observa una fina mucosa donde el pus tentadoramente espera que lo saquen de alli. si el exudado rompe expontáneamente la mucosa, no tienen mucha importancia, pero si se corta con un bisturí; la cicatrización será deficiente, no se podrá colocar un dren de goma y mucho menos suturado, se cerrará el drenaje en pocas horas y todos días habrá que repetir el mismo procedimiento hasta que el edema ceda .

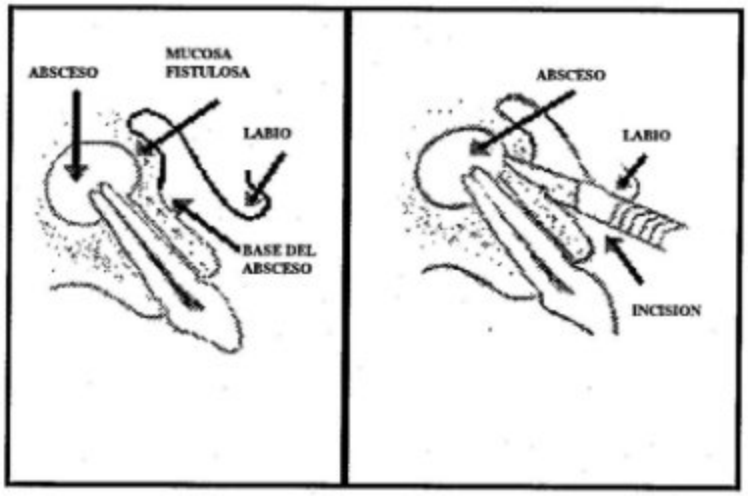

Figura 15 *Incisión en la base del absceso. Nunca incidir sobre la mucosa fistulosa donde se transparenta el pus.*

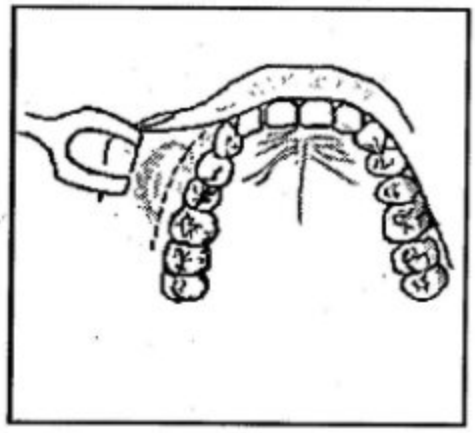

***Figura 16** Incisión para evacuar un absceso submucoso.*

III.2.1.- ABSCESO PALATINO

TRATAMIENTO (Procedimiento de Emergencia)

Los abscesos palatinos tienen su origen en las infecciones apicales de los incisivos laterales y en las raíces palatinas de los molares. al comienzo de la enfermedad, se observa un enrojecimiento y levantamiento difuso que rápidamente se circunscribe, para formar una tumefacción en forma de cúpula. Como quiera que la capa mucoperióstica palatina presenta una recia consistencia, el absceso presiona con fuerza, desarrollando intensos dolores. La superficie de la mucosa se hace eritematosa pudiendo presentar un color amorotado.

El tratamiento de emergencia en un diente que está originando un absceso palatino es el drenaje camaral, antibióticos de acuerdo al caso, luego citar a las 48 horas para evaluar la disminución del absceso, si no ha reducido de tamaño se procede al drenaje por vía mucosa. Al hacer la incisión de estos abscesos se debe tener en cuenta el recorrido de la arteria palatina. El mejor sitio para efectúa el corte es una línea paralela a 3 mm de distancia del borde gingival o a nivel del refe medio. El bisturí (hoja número 15) debe llegar hasta el plano óseo debiéndose ensanchar la herida con una legra, hasta un buen drenaje. La herida se taponea a continuación con una tira de gasa.

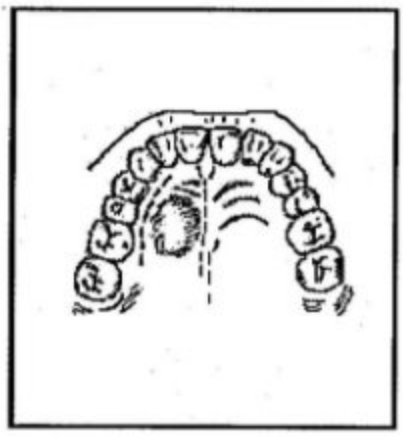

Figura 17 *Sitios de incisión para efectuar el drenaje de un absceso palatino.*

III.3.- SANGRAMIENTO O HEMORRAGIAS

III.3.1.- TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA O HIPERTROFIA DE LA PULPA (POLIPO PULPAR)

El tratamiento de emergencia consiste en eliminar el tejido hiperplásico, colocar torunda de algodón con eugenol y zinquenol. Este procedimiento es suficiente para cohibir la hemorragia que trajo al paciente de emergencia.

Posteriormente la pulpectomía como parte del tratamiento de conducto debe ser razonada en forma lógica. Si el paciente es un niño de 12 años y tienen un pólipo pulpar en un segundo molar inferior que recién acaba de hacer erupción es posible que los ápices no haya terminado de formarse o los forámenes apicales estén abiertos y no exista una constricción apical que permita obturar el conducto en forma satisfactoria. Habrá que inducir el cierre apical y esperar que esto suceda para hacer la pulpectomía. si por error se realiza la pulpectomía en la emergencia posteriormente habrá que inducir la formación de un tope apical mediante la técnica para dientes con pulpas necróticas aplicando hidróxido de calcio hasta formar tejido duro osteo cemento que impida que el material de obturación, gutapercha y cemento sobrepasen ese límite.

III.3.2.- TRATAMIENTO LOCAL DE LOS SANGRAMIENTOS POSTEXODONCIA

Al producirse un sangramiento después de efectuada una exodoncia, lo primero que hay que determinar es si se trata una hemorragia parenquimatosa o si solo es la consecuencia de un vaso sanguíneo abierto. Para ello se revisa con cuidado el borde gingival del alveolo vacío y el coágulo sanguíneo se extrae cuidadosamente por medio de una cureta. Si la anestesia administrada para la exodoncia ya perdió su efecto, convienen volverla aplicar, debiéndose en estos casos usar un anestésico sin vaso constrictor, para evitar que este medicamento detenga la hemorragia y oculte su verdadera causa. Produciéndose de nuevo el sangramiento al pasar su efecto y presentarse la contraregulación. Si durante la revisión del alveolo se encuentra un vaso sangrante, se tomará éste con una pinza hemostática para coagularlo mediante un electrocauterio, o bien se le aplica una sutura transfixional por medio de un punto de sutura. Si el vaso sangrante está en el tejido óseo, se aplicará sobre él la punta del electrocauterio o se tritura con cuidado con un instrumento romo o eventualmente se comprime el tejido óseo vecino, aplastándolo ligeramente a nivel de vaso sangrante, también se puede usar en estos casos "cera para hueso" para ser colocada en el sitio de sangramiento (no taponando todo el alveolo).

Si el sangramiento es parenquimatoso, se puede detener mediante la compresión, al morder el paciente fuertemente sobre un paquete de gasa. Si el sangramiento se detienen en un lapso de 30 minutos, tiempo en el cual el paciente no debe dejar de presionar sobre el alveolo, se puede considerar el caso resuelto, el paciente puede abandonar la consulta, mordiendo por otros 30 minutos un nuevo rollo de gasa. Si transcurrido este lapso de tiempo el sangramiento no se ha detenido, se debe proceder a aplicar otras medidas.

Para el taponamiento de un alveolo con gasa no reabsorvible, se usa una tira de gasa, previamente se aspira toda la sangre del alveolo y se aísla el campo con rollos de gasa. La gasa se coloca bien comprimida desde su fondo hasta quedar a la altura de la gingiva cuyos bordes se suturan fuertemente con material de sutura grueso. Este

taponaje permite una fuerte compresión, lo que la gasa reabsorvible no acepta. La única desventaja de este método es que hay que retirarla en unos días, lo que puede provocar una nueva hemorragia. Al efectuar un taponaje del alveolo con gasa reabsorvible, no se logra una compresión suficientemente efectiva.

Colocándola inmediatamente, ya que pasado unos minutos se ablanda, impidiendo que se ejerza fuerza sobre ella. En este caso también se pueden suturar los bordes del alveolo para mantener el taponamiento en su sitio. La ventaja de este taponaje reside en que no requiere un retiro posterior.

Después de efectuado el taponamiento según se describió, convienen aplicarle un vendaje de compresión. este se aplica si están presentes los dos dientes vecinos, a los cuales se fija una ligadura de alambre en forma de "8" colocada la gasa sobre el alveolo, se fijan los alambres cuyos extremos se entorchan sobre el alveolo en forma tal que presionen el empaque dentro la cavidad ósea.

Para darle mayor fortaleza a este empaque se puede cubrir con acrílico autopolimerizable; el cual se adapta bien a los dientes vecinos y al contorno del proceso alveolar.

Si los dientes vecinos están ausentes no se puede colocar este tipo de compresión. En estos casos es necesario que el paciente muerda por algunas horas sobre un rollo de gasa para mantener el taponaje firmemente en el alveolo. este rollo de gasa debe ser cambiado cada hora; si durante un cambio se encuentra la gasa seca, se da por detenido el sangramiento.

La mejor manera de mantener una compresión continua sobre un alveolo sangrante, es por medio de una placa de compresión de acrílico. La confección de estas placas a través de un laboratorio protésico, previa toma de impresiones, significa por regla general la pérdida de uno o varios días, por lo que es conveniente que este aparato sea elaborado ante el mismo paciente, con acrílico autopolimerizable. Para ello se puede tomar previamente una impresión; aunque es posible construirla directamente en la boca del paciente. Esta placa se elabora según el principio de las coronas provisionales de acrílico.

A nivel del alveolo a cubrir, se extiende el material de acrílico en forma de una silla de montar, hacia vestibular y lingual. Elaborado el aparato y colocado el taponaje se fija a los dientes vecinos por medio de ligaduras individuales que se sacan hacia sitios correspondientes a los espacios interdentales. Es importante que la placa no interfiera en la oclusión para evitar vibraciones traumáticas.

En dentaduras caducas se fija la placa por medio de acrílico muy fluido a manera de cementación.

Cuando hay pocos dientes en la arcada y el paciente es portador de prótesis removible, se pueden usar estos aparatos, agregándole con acrílico autopolimerizable a la porción que va a presionar sobre el alveolo sangrante. En casos extremos, siendo el paciente casi edéntulo y existiendo una hemorragia peligrosa e incontrolada, se tendrán que aplicar placas de sujeción por transfijación el arco cigomàtico. Este procedimiento requiere la intervención de un cirujano maxilofacial.

Una placa mal fijada, con marcada movilidad irrita la herida, empeorando la tendencia al sangramiento, por lo que hace más daño que un simple empaque de gasa.

Tanto los taponamientos sujetos con ligadura, como los sostenidos por placas deben permanecer en su sitio por un tiempo de 5-7 días.

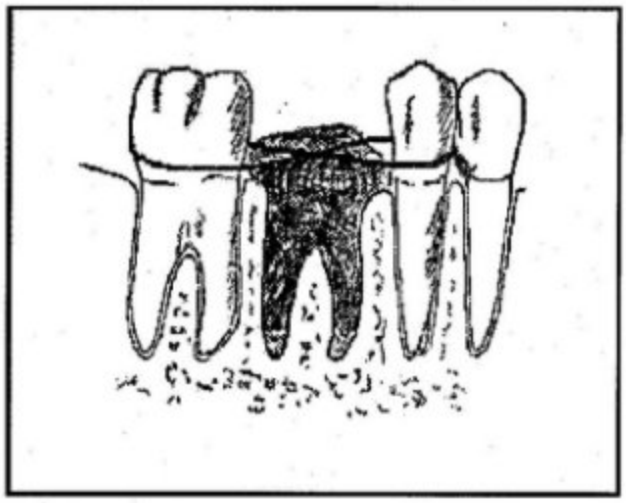

Figura 18 *Taponamiento de un alveolo, fijado por medio de una ligadura en 8.*

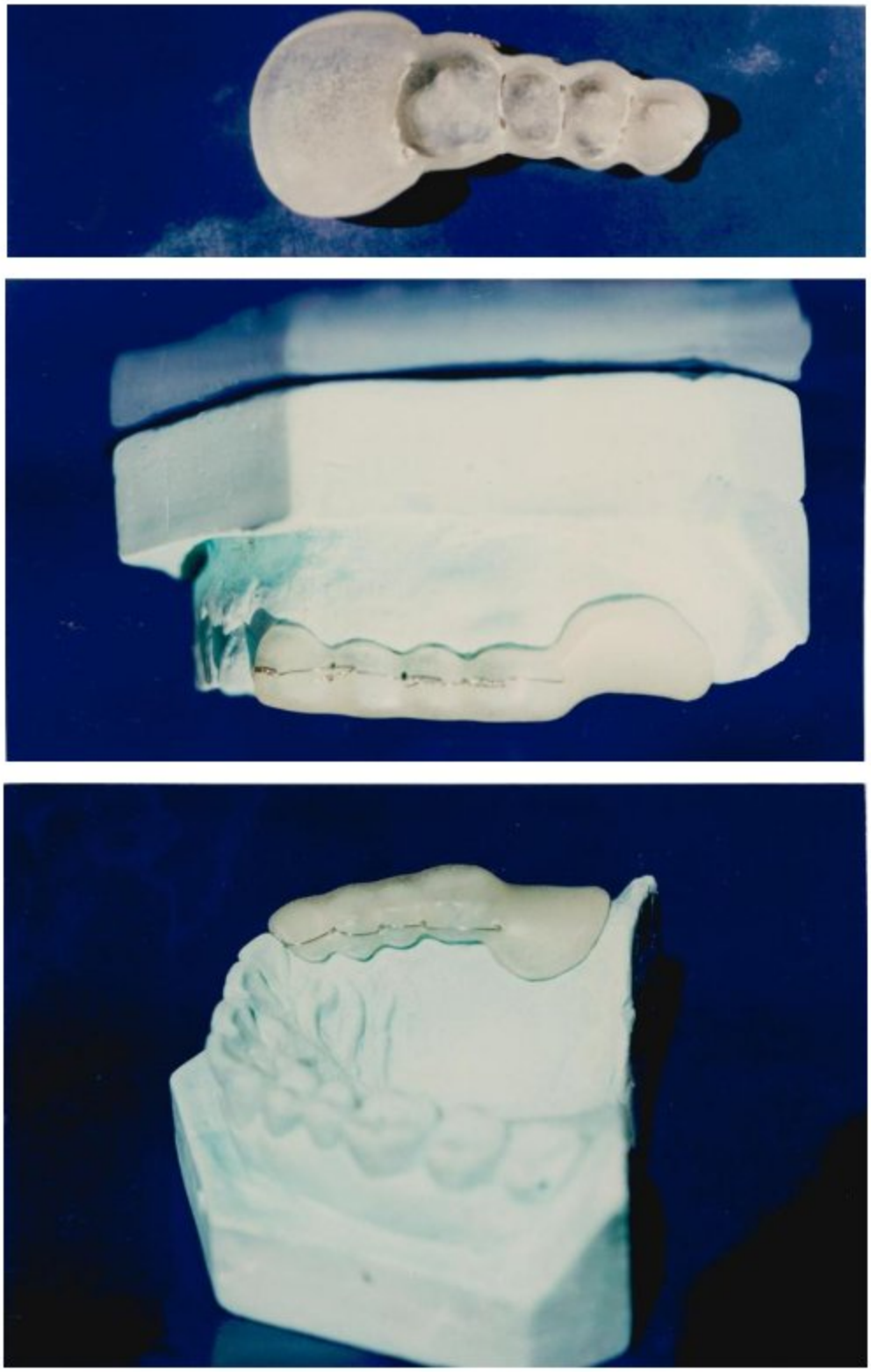

Figura 19 *Placa de compresión de acrílico. Esta placa se puede confeccionar directamente en la boca o sobre modelos dentales*

III.4.- TRATAMIENTO DE LOS TRAUMATISMOS (Procedimiento de emergencia)

III.4.1 CLASE I. DIENTE TRAUMATIZADO : CORONA Y RAIZ INTACTAS

Está caracterizada por una contusión o golpe sobre el tejido duro del diente que no produce lesión aparente. Aveces sólo ligera fractura del esmalte.

TRATAMIENTO. La característica más resultante de tratamiento de la Clase I de Ellis es la espera, la evaluación. Se toman las radiografías necesarias. Se realizan las pruebas de vitalidad eléctricas y térmicas, se alisa el esmalte, si fuese necesario, y se evalúa periódicamente cada 4 a 6 semanas. Aunque las pruebas eléctricas no respondan, esto no es indicativo de que la pulpa esta necrótica. Muchas veces, después de un periodo de 4 a 6 semanas, la pulpa vuelve a responder a la prueba eléctrica. En este caso no es necesario el tratamiento endodóntico y se da por concluido el caso. Si después de esta evaluación la pulpa aún no responde, es posible que esté necrótica y hay necesidad de realizar el tratamiento correspondiente.

Algunas veces hay cambios de coloración en la corona del diente que indican que la pulpa ha sido afectada irreversiblemente. Después de la obturación del conducto radicular podrá realizarse algún procedimiento para recuperar el color del diente.

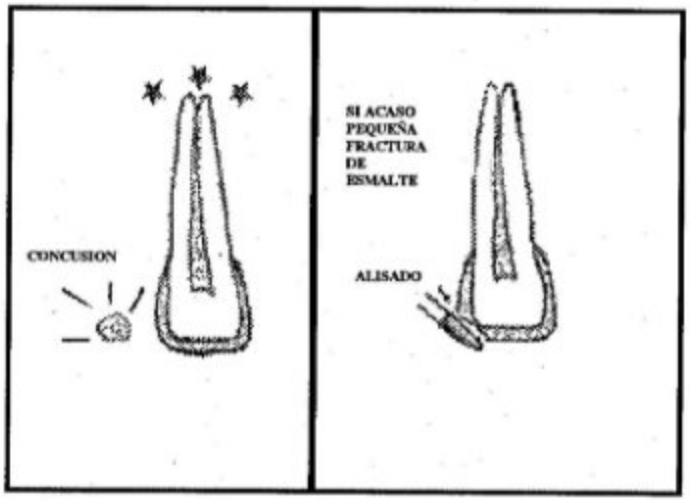

Figura 20 *Clase I Concusión sobre la corona del diente. Tratamiento, alisado del borde de esmalte fracturado.*

Aunque aparentemente, la clase I de ellis es el tipo de lesión benigna, a largo plazo resulta ser una de las más agresivas, si el paciente no le da la importancia necesaria, ni el odontólogo, se pueden producir procesos periapicales, resorción ósea, cementaria y dentinaria tanto interna como externa, calcificaciones de los conductos, detención en el desarrollo normal del diente, formación de grandes quistes etc. los cuales aparecen como hallazgos radiograficos después de varios años del accidente.

III.4.2.- Clase II: FRACTURA CORONARIA: SIN EXPOSICIÓN PULPAR:

Caracterizada por fractura de esmalte o esmalte y dentina pero donde la pulpa cameral no está involucrada.

TRATAMIENTO En este caso el traumatismo es más severo y produce un daño visible que afecta la estética del paciente y lo obliga a buscar la ayuda del odontólogo.

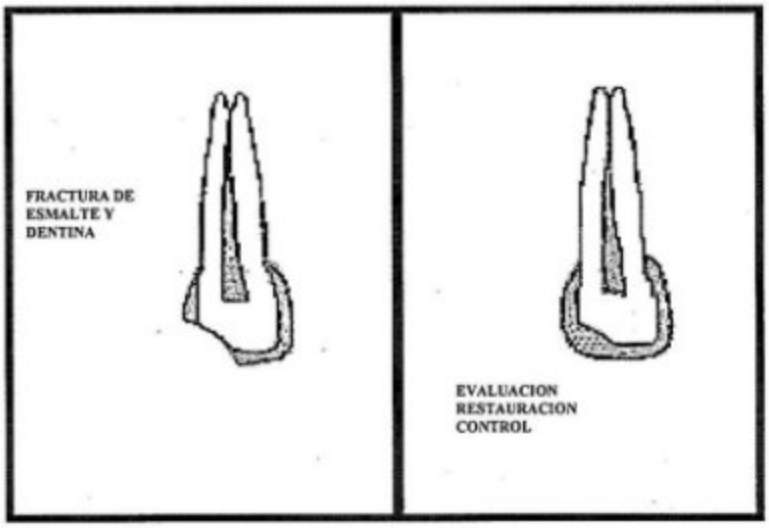

Figura 21 *Clase II. Fractura de esmalte y dentina.*

Se minimiza la formación de problemas a largo plazo mientras el paciente esté bajo control. Desde el punto de vista pulpar, nuevamente es necesario realizar las pruebas de rutina para conocer el grado de compromiso en el trauma. En el caso de la pulpa se siguen los mismos criterios descritos anteriormente para los traumatismos Clase I, la posibilidad de formar lesiones a larga data queda latente.

Para el problema estético; se cementa el pedacito de diente, con agente de enlace Fotocurable, si el paciente lo trajo a la consulta, o se reconstruye el tejido Fracturado con resinas compuestas.

III.4.3.- Clase III: FRACTURA CORONARIA CON EXPOSICION PULPAR:

Es evidente la fractura de esmalte y dentina que abarca hasta la pulpa.

TRATAMIENTO. En principio se seguirán los mismos conceptos conservadores que en los casos anteriores. Si la exposición pulpar es pequeña, y la pulpa es joven, podrá esperarse una reparación favorable del problema. Si la pulpa es adulta y la fractura de la corona clínica es tan grande que necesita la restauración de una prótesis es preferible realizar la pulpectomía de emergencia a fin de obtener un espacio para el algodón y el sellado con zinquenol.

Si la pulpa es joven y el ápice no está completamente formado, es preferible realizar una pulpotomía, colocar Hidróxido de Calcio preparado con polvo-agua destilada y restaurar el pedazo de diente fracturado.

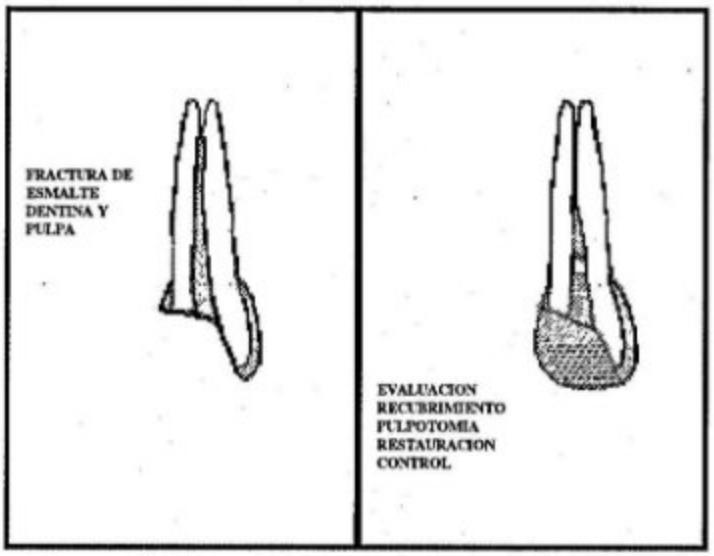

Figura 22 *Clase III. Fractura de esmalte y dentina que abarca hasta la pulpa.*

III.4.4.- Clase IV: FRACTURA CORONARIA: QUE SE EXTIENDE SUBGINGIVALMENTE.

Es una fractura del diente a nivel del cuello.

TRATAMIENTO: El tratamiento dependerá del pronóstico y éste será, bueno, reservado o malo, dependiendo del nivel del cuello de la fractura y su relación con la cresta ósea. También dependerá de las posibilidades de; primero, extruir el diente forzadamente hasta un máximo de 2 milímetros hasta dejar suficiente tejido dentario fuera de la encía como para confeccionar un muñón y su corona y, segundo, la posibilidad de realizar una osteotomía hasta lograr el mismo objetivo (2 mm de diente fuera de la encía) pero sin desmejorar la estética de la futura corona.

El tratamiento de emergencia para el primer caso consiste en; eliminar la corona fracturada, si a un se encuentra adherida a la encía, aislamiento con dique goma a los dientes vecinos, pulpectomía, obturación con gutapercha (tratamiento endodóntico provisional) y extrusión forzada del diente con técnicas de ortodoncia. Una vez obtenidos los resultados esperados de la extrusión se evalúa el tratamiento endodóntico y si fuera necesario se repite la obturación con gutapercha.

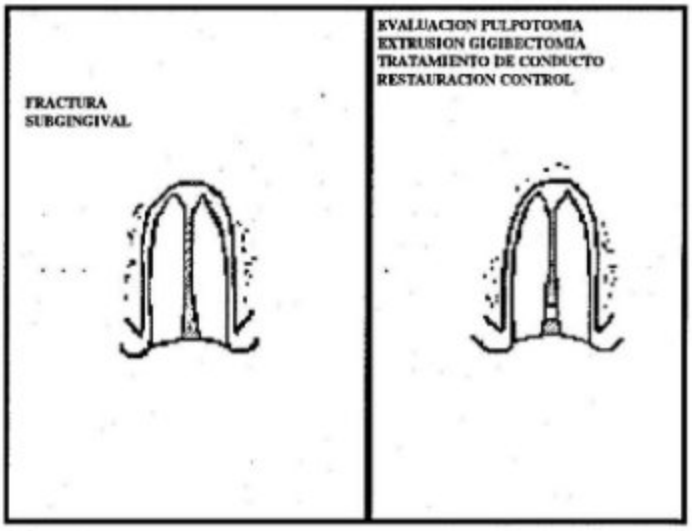

Figura 23 *Clase IV. Fractura subgingival en dientes con ápices inmaduras.*

En el segundo caso se realiza, eliminación de la corona fracturada, osteotomía, aislamiento, pulpectomía y obturación del conducto radicular, preferiblemente en una sola sesión.

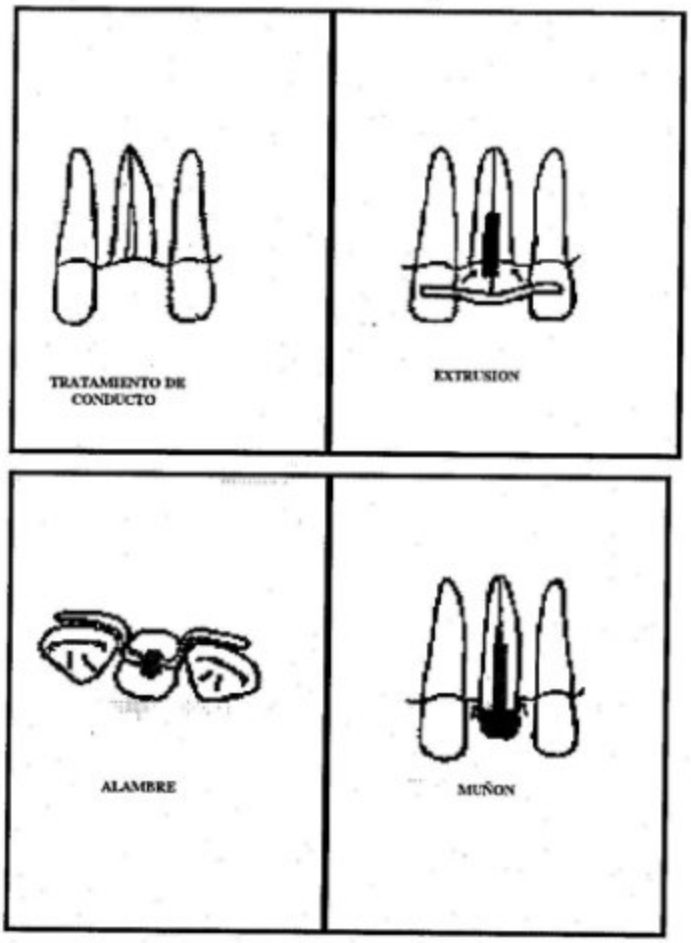

Figura 24 *Clase IV. Extrusión forzada en un diente con ápice completamente formado.*

III.4.5.- Clase V: FRACTURA RADICULAR CON PERDIDA DE ESTRUCTURA CORONARIA O SIN ELLA

DIVISION I FRACTURAS HORIZONTALES

DIVISION II FRACTURAS VERTICALES

Las fracturas radiculares tendrán mejor o peor pronóstico dependiendo de la forma en que se produzcan; longitudinal, transversal y a nivel de los tercios cervical, medio y apical.

III.4.5.1.- DIVISION I FRACTURAS HORIZONTALES

TRATAMIENTO DE FRACTURAS: TERCIO CERVICAL

Las fracturas horizontales o transversales en el tercio cervical de la raíz; por lo general tienen mal pronóstico. El segmento coronal puede presentar excesiva movilidad, con pocas posibilidades de éxito en la ferulización y la porción radicular puede ser tan corta que resulta imposible construir una corona, la cual por razones obvias, será mas larga de lo normal.

TRATAMIENTO DE FRACTURAS: TERCIO MEDIO

Las fracturas del tercio medio se presenta con movilidad dentaria tipo III o IV. El tratamiento de emergencia será de tipo paliativo, reposición del segmento coronal en su sitio y posición correcta y ferulización con resina fotocurada. Posteriormente se

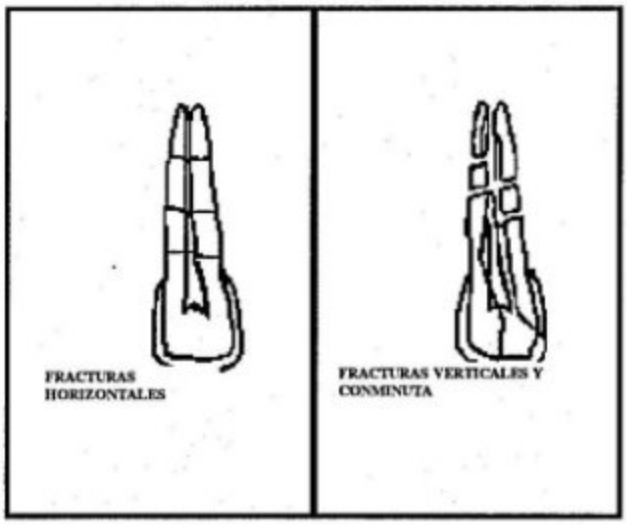

Figura 25 *Clase V. Fracturas horizontales, verticales y conminuta.*

evalúa rediográficamente. Es posible que se forme osteo cemente entre ambos segmentos, se mantenga la vitalidad y no será necesario el tratamiento endodóntico.

De ser necesario se puede obturar con un material rígido; (perno intracanalicular) agujas o conos de plata o perno colado, calibrada según los ensanchadores a objeto de lograr la Ferulización y al mismo tiempo la obturación

correspondiente, siempre cuando éste esté firmemente colocado en su alveolo y este libre de signos inflamatorios.

Si hay signos inflamatorios y movilidad se debe extraer el diente con su raíz fracturada..

TRATAMIENTO DE FRACTURAS: TERCIO APICAL

Las fracturas del tercio apical no requieren de mayor tratamiento de emergencia, a no ser por presencia de dolor concomitante. Su tratamiento posterior es quirúrgico para eliminar el ápice fracturado (apicectomía) con relleno canalicular inmediato de los tercios medio y cervical.

III.4.5.2.- DIVISION II: FRACTURAS VERTICALES

TRATAMIENTO: Las fracturas radiculares, con peor pronóstico son las verticales o longitudinales y en peores situaciones las fracturas con minuta, el tratamiento de emergencia en estos caos es la exodoncia.

III.4.6.- TRATAMIENTO DE FRACTURAS RADICULARES EN DIENTES DESVITALIZADOS.

Si el accidente sobrevino sobre un diente desvitalizado anteriormente se procede de la misma manera, a menos que existan signos de infección periapical. Las fracturas a nivel del cuello o del ápice de un diente con previo tratamiento endodóntico, requieren de una decisión según cada caso, o sea, habrá que determinar si se remueve la obturación canalicular, colocando, una aguja de plata, o perno colado siempre y cuando no haya signos de infección marginal o periapical. Dientes fracturados en estas condiciones no van a sanar, siendo más lógico practicar su exodoncia inmediatamente después de su accidente.

III.4.7.- Clase VI: DESPLAZAMIENTO DE DIENTES CON O SIN FRACTURA

DIVISION I DESPLAZAMIENTO PARCIAL

DIVISION II DESPLAZAMIENTO TOTAL O AVULSION

DESPLAZAMIENTO PARCIAL.-

El desplazamiento parcial de los dientes también recibe el nombre de subluxación. Es una posición ectópica del diente, por lo general con movilidad tipo IV. La posición que adquiere el diente puede ser hacia; palatino, vestibular, mesial, distal, intrusión o extrusión. En cualquiera de los casos el traumatismo supone una ruptura del paquete vasculo-nervioso de la pulpa; a nivel de la constricción apical, llevándola a un estado de patología irreversible o de pulpa estrechada.

TRATAMIENTO: El tratamiento de emergencia consiste en; anestesia, reubicar el diente en su posición normal; ferulizar preferentemente con resina fotocurable (alambre de ortodoncia - brakets).

La ferulización no debe permanecer por mas de 6 semanas. En la mayoría de los casos a los 3-4 semanas desaparece la movilidad y las condiciones son favorables para que el diente funcione solo, realizar las pruebas de vitalidad y proceder con el tratamiento endodóntico cuanto antes, de las piezas dentarias que no responden a la prueba pulpar.

Los casos que se han dejado sin tratamiento endodóntico han evolucionado de diferentes maneras, responden a la vitalidad, califican la cámara pulpar y el conducto, impidiendo su tratamiento posterior, produce lesiones periapicales, áreas de resorción externa o sencillamente no pasa nada.

DESPLAZAMIENTO TOTAL.-

La luxación, avulsión o expulsión total del diente del alvéolo. Esta es una de las emergencias más impactantes tanto para el paciente como para sus familiares. El paciente acude a consulta con el diente en la mano. A veces han transcurrido varios días. La conducta siempre será, independiente del tiempo transcurrido y de las condiciones adversas del accidente, asumir la posición de colocar el diente en la boca.

TRATAMIENTO. Solo deben ser reimplantados aquellos dientes que no hayan permanecido por mucho tiempo fuera de su alvéolo, o los que hayan sido mantenidos en el vestíbulo bucal o en piso bucal del mismo paciente.

Los dientes avulsionados de su alvéolo que han permanecido fuera de la boca por mucho tiempo habrán sufrido la necrosis de su periodonto por lo que no tendrán una gran posibilidad sobrevivir una vez reimplantados; de esto se desprende que no se debe efectuar esta operación con dientes en estas condiciones, ya que la posibilidad de sobrevida no supera un tiempo mayor de 1 a 1 y ½ años, excepcionalmente se podrá contar con tres años, antes que se haya reabsorbido completamente su raíz.

Los dientes que han caído fuera de la boca, estarán contaminados de suciedades y microorganismos, por ello antes de intentar un reimplante, deberán ser colocados, durante 15 minutos, en una solución de Ringer con un antibiótico.

De ninguna manera deben ser sometidos a una limpieza mecánica, la cual en vez de favorecer perjudica la evolución posterior la protección antibiótica es de gran importancia, pero si a pesar de ello se produce una supuración, el diente debe ser extraído inmediatamente. Además de la protección antibiótica, si el diente se ha contaminado con las suciedades del suelo, se indicará una profiláxia antitetánica consiste en la aplicación parenteral de 1500 U.I. de antitoxina tetánica (suero antitetánico de origen equino) por vía intramuscular o subcutánea, seguido de una inyección de 0,5 ml. de toxoide tetánico por vía intramuscular o subcutánea, tratamiento que se repite entre tres a cinco semanas.

El tratamiento de emergencia consiste en una radiografía y anestesia, mientras se espera el efecto de la anestesia, se coloca el diente en una gasa humedecida en solución fisiológica.

Se abre cámara de acceso se introduce una lima N° 15 hasta observar la punta en el ápice (no es necesario radiografía de conductometría).

Se instrumenta irrigando con solución fisiológica, se seca, se adapta un cono de gutapercha por transparencia del material en apical, se cementa, se condensa, se corta el penacho y se sella.

Se limpia el coágulo de sangre del alvéolo, se coloca el diente en su sitio y se feruliza, preferiblemente con resina compuesta fotocurada a los dientes vecinos. Se toma radiografía final con el diente en boca y se retira a las 4 semanas.

Se recomienda tener en los botiquines de primeros auxilios de los colegios, canchas deportivas piscinas y balnearios a fin de introducir y trasladar los dientes que se salen de la boca a consecuencia de un traumatismo; solución de Ringer, solución fisiológica normal estéril, leche pasteurizada, aunque el mejor medio es el propio alvéolo con la sangre del paciente.

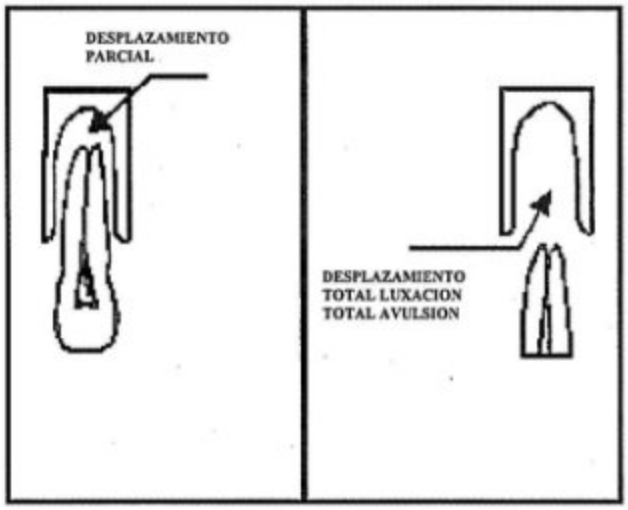

Figura 26 *Clase VI. Desplazamiento parcial o subluxación y desplazamiento total, luxación o avulsión*

III.4.8.- Clase VII: LESIONES DE LOS DIENTES TEMPORALES

La mayoría de los traumatismos suceden en niños que aún tienen dentición mixta.

TRATAMIENTO. Deben de lo posible, tratar de mantener el diente temporal en boca hasta que llegue su período de exfoliación. De no ser así, construir un mantedor de espacio para proteger la correcta posición del diente permanente.

Figura 27 *Clase VII.*
Lesiones de los dientes temporales y en desarrollo.

CAPITULO IV
TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO SISTEMICO

CAPITULO IV

IV.- TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO SISTEMICO

El tema de farmacología es tan amplio que un texto como éste resultará insuficiente para abarcar todos los aspectos indispensables. Sin embargo antes de hacer referencia a los analgésicos antibióticos, antiinflamatorios, antisépticos y otros medicamentos, citaremos algunas palabras sabias del doctor Faud Lechín. En su libro "El segundo viaje de Noé" hace el siguiente comentario, "En nuestra opinión, existe una relación entre el uso y abuso de bensodiazepinas y la aparición de deficiencias del sistema inmunológico, lo cual favorece las infecciones vírales, bacterianas y parasitarias, así como el crecimiento de los tumores. Más adelante continúa con afirmaciones más sorprendentes" los antibióticos, actúa en el cerebro y frenan el sistema GABA, pudiendo provocar insomnio y alteraciones por excitabilidad nerviosa, las drogas antihipertensivas bajan la producción de noradrenalina central, favoreciendo la desadaptación al stress. los tranquilizantes, analgésicos, antiinflamatorios, las hormonas y otras drogas, DEPRIMEN EL SISTEMA INMUNOLOGICO Y GENERAN INMUNOSUPRESION, bajando las defensas del individuo contra las infecciones y tumores.

Como un ejemplo muy gráfico y patético el doctor Lechín narra la historia "Un paciente ha sido operado de cáncer ahora presenta dolores tipo reumáticos".

El médico tratante le indica drogas antirreumáticos todas las cuales son inhibidoras de unas sustancias llamadas prostaglandinas, que son necesarias para un adecuado funcionamiento del sistema inmunológico.

Todos los analgésicos, incluyendo la aspirina, producen inmunosupresión y favorecen el crecimiento de tumores. Cuando el paciente comienza a presentar reproducción del tumor que había sido extirpado quirúrgicamente, muy pocos médicos saben que las metástasis cancerosas fueron favorecidas por los medicamentos antirreumáticos que se administró al paciente.

Igual complicación ocurre con los tranquilizantes las hormonas etc. Otro profesional muy destacado el Dr. Simón Lopez, en repetidas oportunidades resumió lo que pudiera llamarse el uso y abuso de los medicamentos en odontología "EL MEJOR MEDICAMENTO ES EL QUE NO SE ADMINISTRA".

Sin embargo los medicamentos fueron hechos para que, de alguna manera, el odontólogo ayude al paciente y al organismo a liberarse de sus enfermedades, y como tales deben ser indicados, como recurso terapéutico, tan solo cuando sean indispensables.

Entre los efectos indeseables más frecuentes de los AINE destacan las alteraciones y lesiones gastrointestinales, siendo más comunes los síntomas menores, como pirosis, dispepsia, dolor, diarrea o estreñimiento. Los síntomas más graves son las erosiones de las mucosas gástrica y duodenal, si bien las erosiones gástricas parecen ser más frecuentes, estas lesiones pueden acompañarse de ciertas complicaciones como hemorragias y perforaciones.

Entre las reacciones hematológicas se incluyen las hemorragias por su actividad antiagregante plaquetaria y los episodios hemolíticos en pacientes con deficiencia de G-6-PD otras más infrecuentes son agranulocitosis, trombocitopenia y anemia aplástica, esta ultima parece estar relacionada con las pirazolonas, la indometacina, y el diclofenac.

IV.1.- ANALGESICOS - ANTI INFLAMATORIOS

El dolor es una sensación desagradable debida a una exitación violenta de terminaciones nerviosas sensitivas, los fármacos que suprimen dicha sensación son los analgésicos, que pueden clasificarse según el principal lugar de su acción: así los analgésicos menores o moderados, pero este término no es totalmente afortunado, puesto que por ejemplo en algunas formas de dolor postoperatorio, estos fármacos pueden ser más eficaces que los analgésicos opiáceos al actuar en el lugar en el que la inflamación ha causado sensibilización de los receptores del dolor por estímulos mecánicos o químicos. El prototipo es el ácido acetilsalícílico (AAS). A estos fármacos a menudo se los denomina antinflamatorios no esteroideos (AINE).

El mecanismo de acción de los AINE se fundamenta en la inhibición de la actividad ciclooxigenasa enzima que convierte el ácido araquidónico en endoperóxidos cíclicos, los cuales a sù vez se transforman en prostaglandinas y tromboxanos. Las diferentes prostaglandinas tienen un papel importante en la inflamación. Así las PGE y la PGF administradas por vía intramuscular o intravenosa producen dolor intenso en el lugar de administración y cefaleas.

La administración crónica de AINE puede provocar una nefropatía intestinal crónica que evolucione a necrosis e insuficiencia renal.

Hay investigadores que opinan que los antiinflamatorios, cuando son administrados por vía bucal, al contactar con el jugo gástrico se descomponen en productos diferentes a los originales y pierden su acción farmacológica. Otros opinan que ciertas enzimas proteolíticas, tipo tripsina y quimotripsina, se adsorben fácilmente a través de la pared intestinal y una vez en la sangre, son transportados al sitio de la inflamación produciendo lisis o fragmentación de los núcleos proteicos de la fibrina que integran el exudado favoreciendo su drenaje y restableciendo la permeabilidad tisular. Por este mecanismo se disminuye el edema y la tensión en las áreas inflamadas, los antiinflamatorios esteroides, en cambio son poco recomendables por sus efectos secundarios. Puede hablarse aquí de que el remedio es peor que la enfermedad. Los mejores antiinflamatorios continúan siendo los remedios caseros tales como el: hielo (para prevenir el edema) o el calor (una vez instalado).. Igualmente sirven, los buches de agua tibia con sal común, agua de manzanilla, piña, etc.

De ser necesario algún medicamento antiinflamatorio, recurrir a los analgésicos antiinflamatorios conocidos.

IV.1.2.- ACIDO ACETIL SALICILICO

ACCIÓN TERAPEUTICA

Analgésico - Antiinflamatorio - Antipirético

COMPOSICION	**COMPRIMIDO**
Acido Acetil Salicílico	500 mg

PROPIEDADES :

ANALGESICO Esta es una de las acciones fundamentales del ácido acetil salicílico (A.S.A.) siendo capaz de aliviar todo tipo de dolor que se origina en tejidos somáticos, como son dolores musculares, articulares, nerviosos, odontológicos.

ANTIINFLAMATORIO El ácido acetil salicílico logra inhibir en forma total o parcial el proceso inflamatorio, disminuyendo el Edema, y el exudado, además mejorar la reacción del eritema.

ANTIPIRETICO A través de su acción básicamente periférica y también central, logra el descenso de las alzas térmicas en procesos febriles, empero en personas normales esta acción es nula.

INDICACIONES

Alivio de dolor de cabeza, fiebre, resfrío común, alivio temporal de los dolores de artritis, reumatismo, dolores dentales de todo tipo, neuralgias, dolores funcionales de la menstruación.

CONTRA INDICACIONES

Hipersensibilidad a los silicatos, ulcera gastrointestinal, gastritis, pacientes con trastornos sanguíneos.

EFECTOS SECUNDARIOS

Dosis elevadas puede ocasionar zumbido de oído, alteraciones visuales, irritación gástrica, hemorragias digestivas altas.

DOSIFICACION

Adultos : 1 a 6 comprimidos al día.

Niños mayores de 5 años : mitad de la dosis.

PRESENTACION

Frasco x 1000 comprimidos

Caja de 100 comprimidos

IV.1.3.- ACIDO ACETIL SALICILICO INFANTIL

ACCION TERAPEUTICA

Analgésico - Antipirético - Antiinflamatorio

COMPOSICION	**COMPRIMIDO MASTICABLE**
Acido acetil Salicílico	100 mg

PROPIEDADES

La aspirina (ácido acetil salicílico) tiene tres acciones farmacológicas fundamentales:

ANALGESICA.- Es capaz de aliviar todo tipo de dolor que nacen en estructuras somáticas.

ANTINFLAMATORIA.- Inhibe en forma total o parcial los procesos inflamatorios.

ANTIPIRETICA.- Produce el descenso de la estructura corporal

INDICACIONES

Provoca un descenso de la temperatura corporal, siendo el mismo rápido en niños con temperatura alta. Por ello es recomendable el uso en estado febriles como: resfrío común, infecciones, vacunas.

CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad a los salicilatos.

DOSIFICACION

Niños menores de 1 año - 1 a 2 comprimidos.

Niños de 2 a 4 años - 1 a 3 comprimidos durante el día.

PRESENTACION

Frasco x 1000 comprimidos.

IV.1.4.- APRONAX - NAPROXENO

ACCION TERAPEUTICO

Antiinflamatorio - analgésico

COMPOSICION	**TABLETA**	**TABLETA**
Naproxeno Sódico	275 mg	550 mg
COMPOSICION	**SUPOSITORIO INFANTIL**	**SUSPENSION**
Naproxeno Sódico	50 mg	125 mg

PROPIEDADES

Su acción farmacológica verdaderamente corrige la inflamación, el dolor, la hipertemia y el exudado

INDICACIONES

ODONTOLOGIA.- Flemones, abscesos dentales, pulpitis, pariostitis, gingivitis, extracciones dentarias, cirugía maxilo facial.

TRAUMATOLOGIA.- Fracturas, luxaciones, contusiones, esquinces, mialgias, lesiones de tendones y ligamentos, traumas deportivos, torticolis.

NEUMOLOGIA.- Bronquitis aguda, crónica, neumonía, tuberculosis pulmonar.

UROLOGIA.- Cistitis, uretritis, prostatitis.

DERMATOLOGIA.- Proceso inflamatorio de la piel.

CIRUGIA GENERAL

DOSIFICACION

Adultos: Dos tabletas de inicio de 275 a 550 y después 1 tableta cada 8 horas.

Niños: Mayores de 6 años, un supositorio (50 mg) cada 8 a 12 horas.

Suspensión: 2 cucharaditas (10 ml) de inicio luego una cucharadita (5 ml) cada 8 horas.

PRESENTACION

Envase de 20 tabletas de 550 mg adulto.

Envase de 20 tabletas de 275 mg adulto.

Caja de 10 supositorios 50 mg pediátrico.

Suspensión 125 g frasco x 60 ml.

IV.1.5.- DICLOFEN

ACCION TERAPEUTICA

Analgésico - Antiinflamatorio - Antipirético

COMPOSICION	**COMPRIMIDO**	**INYECTABLE**
Diclofenaco sódico	50 mg	75 mg

PROPIEDADES

Es un derivado del ácido fenilacético, tiene una poderosa acción analgésica, antipirética, antiinflamatoria, es un inhibidor de la ciclooxigenasa, con una potencia superior a la indometacina, el naproxeno etc. tiene una adsorción rápida y completa después de su administración por vía oral, alcanzando concentraciones plasmáticas máximas 2 a 3 horas. Tiene la particularidad de acumularse en el líquido sinovial después de su administración por vía oral lo cual explica la duración del efecto terapéutico, que es mucho mayor que la vida media plasmática.

INDICACIONES

Artritis reumatoidea, osteoartritis, espondilitis anquilozante, dolor posquirúrgico, lesiones musculoesqueletico.

CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad al principio activo y a otros antiinflamatorios no esteroideos.

PRECAUCIONES

Pacientes que padecen de insuficiencia cardiaca hepática, renal, pacientes con antecedentes de úlcera duodenal y problemas en la coagulación.

REACCIONES ADVERSAS

Dolor epigástrico, hemorragia digestiva, ulceración de la pared intestinal, nauseas, aumento de la actividad de las transaminasas hepáticas del tipo irreversible, erupciones cutáneas, hipertensión asma bronquial, shock anafiláctico.

DOSIFICACION

DICLOFEN INYECTABLE: Via intramuscular, una ampolla por día, si es necesario hasta dos ampollas.

DICLOFEN COMPRIMIDOS:

Adultos: 75 - 150 mg / día, dosis de ataque: 1 comprimido 3 veces día,. dosis de mantenimiento: 1 comprimido 2 veces día.

Niños: 1 - 3 mg/ kg / día.

PRESENTACION

Diclofen inyectable: en caja de 5 ampollas

Diclofen comprimidos: en caja de 20, 100 y 500.

IV.1.6.- INDOMETACINA

ACCION TERAPEUTICA

Analgésico - Antiinflamatorio - Antipirético

CAPSULAS

COMPOSICION	**UNIDAD**
Indometacina	25 mg
Excipiente C.S.P.	1 cápsula

INDICACIONES

Artritis reumática, osteoartritis, cuadros dolorosos o inflamatorios en cirugía.

PRECAUCIONES

Para evitar posibles molestias gástricas, es conveniente que se administre junto con los medicamentos.

POSOLOGIA

En general la dosis es de 1 - 2 cápsulas hasta 3 veces al día.

PRESENTACION

Caja de 20 cápsulas en blister..

Caja de 100 cápsulas en celofán.

Envase hospitalario de 1000 cápsulas.

IV.1.7.- IBUPROFENO

ACCION TERAPEUTICA

Antiinflamatorio, Analgésico - Antipirético.

COMPOSICION	**COMPRIMIDO**	**COMPRIMIDO**
Ibuprofeno	400 mg	600 mg

PROPIEDADES

Su actividad farmacológica es similar a la de fenilbutazona, ácido acetil salicílico, indometacina. En tratamientos prolongados ha demostrado ser mejor

tolerado siendo su incidencia insignificativamente menor sobre irritación gástrica y presencia de sangre en las heces. A dosis terapéuticas, produce lesiones menores que el ácido acetil salicílico e indometacina.

INDICACIONES

Procesos infecciosos y de tumefacción, post - traumáticos y postoperatorios diversos, profilaxis y tratamiento de inflamaciones pro intervenciones quirúrgicas, reumatismo, dolor post - extracciones.

CONTRADICCIONES

Hipersensibilidad a otros analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos.

EFECTOS SECUNDARIOS

Hiperacides, diarrea.

DOSIFICACION

Dosis usual: 1200 mg a 1600 mg al día distribuidos en 3 a 4 tomas.

Rango de dosis: 1200 mg a 3200 mg diarios.

PRECAUCIONES

Usar con cuidado en pacientes con ulcera gástrica, hemorragias digestivas, insuficiencia renal, hipertensión, compromiso a la función cardiaca.

PRESENTACION

Envase de 20 comprimidos de 400 mg.

Envase de 20 comprimidos de 600 mg.

IV.1.8.- PEDIAPROFEN

ACCION TERAPEUTICA

Antiinflamatorio, Analgésico, Antirreumático.

COMPOSICION	**SUSPENSION**
Ibuprofeno	100 mg.

INDICACIONES

Estados febriles de cualquier etiologia, coadyuvante en el tratamiento con antibióticos en infecciones respiratorias superiores, como analgésico: dolores leves a moderados, como antiinflamatorio: Condiciones inflamatorias no articulares.

CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad a la droga.

DOSIFICACION

5 - 10 mg dosis cada 6 - 8 horas. Dosis máxima 40 mg / Kg / día.

EFECTOS SECUNDARIOS

Náuseas, confusión mental, retención de agua y sal, shock anafiláctico.

PRESENTACION

Suspensión 100 mg / 5 ml frasco de 100 ml.

IV.1.9.- ACETAMINOFENO

ACCION TERAPEUTICA

Analgésico - Antipirético

COMPOSICION

Acetamifeno

COMPRIMIDO	**GOTAS**	**JARABE**
500 mg	100 mg / ml	120 mg / 5 ml

PROPIEDADES

Acetaminofeno es u excelente analgésico y antipirético, tiene la gran ventaja de ser rápidamente absorbido casi en su totalidad sin producir irritación estomacal. La concentración plasmática llega al máximo en 30 a 60 minutos y la vida media es de 2 horas en dosis terapéutica. No produce estado de intranquilidad, depresión ni sudoración profusa tan corriente con los antipiréticos comunes, tornándose como tratamiento de elección e el campo pediátrico.

INDICACIONES

Está indicado para el alivio sintomático de cuadros dolorosos como algias de diverso tipo, cefaleas, mialgias de diverso tipo, neuralgias, dolor dental, etc., indicado también para bajar la fiebre en procesos de cualquier índole.

CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad al acetaminofeno.

INTERACCIONES

El acetaminofeno puede aumentar los efectos de los anticoagulantes como la Warfarina.

EFECTOS SECUNDARIOS

A dosis terapéuticas es bien tolerado, en personas sensibles se pueden presentar reacciones alérgicas como erupciones cutáneas, eritematosas.

PRECAUCIONES

Dosis elevadas podrían producir necrosis hepáticas y renales debe emplearse con precaución

DOSIFICACION

COMPRIMIDOS

Adultos: 1 a 4 comprimidos 3 veces al dia.

Niños: de 7 a 12 años 1 comprimido 3 a 4 veces al día.

JARABE

Niños: hasta 1 año 12 gotas.

Niños: de 1 a 3 años media a 1 cucharilla.

Niños: de 4 a 6 años 1 cucharilla.

Niños: mayores de 7 años 48 gotas.

PRESENTACION

Comprimidos: Cajas x100 en tiras de 10 comprimidos.

Jarabe: Envases contenido 60 ml.

Gotas: Envase contenido 20 ml.

Los analgésicos - Antiinflamatorios anteriormente citado fueron descritos, por su gran importancia y por su interés farmacológico en odontología

IV.1.10.- OTROS ANALGESICOS - ANTIINFLAMATORIOS

Ketoprofén, Dioxiadol, Proxicam, Dorixina, etc.

Deberán ser consultado en vademecum del profesional.

IV.2.- ANTIBIOTICOS

Existe una tendencia muy marcada a indicar antibióticos para situaciones banales y esto ha agravado el problema de la Resistencia Bacteriana transferible en todo el mundo. En el campo odontológico, en forma equivocada se indican antibióticos cuando se observa una imagen radiolúcida en el periápice del diente, cuando ha habido una exposición pulpar por traumatismos o por una simple caries.

Los ANTIBIOTICOS NO ESTAN INDICADOS EN FORMA PROFILÁCTICA, para prevenir infecciones en patologías de origen pulpar . Solamente cuando el paciente tiene antecedentes de haber padecido o padece de endocarditis bacteriana o se encuentra inmunosuprimido por aplicaciones prolongadas de quimioterapia o radioterapia y el médico tratante, por escrito, recomienda que antes de realizar algún tratamiento odontológico se administre determinado antibiótico uno o dos horas antes y varios días después de terminado, a fin de evitar o disminuir la diseminación de posibles bacterias, que puedan encontrarse en los dientes, hacia el torrente circulatorio y al corazón enfermo del paciente, también en pacientes con procesos agudos o en luxaciones o exfoliación de la pieza dentaria por traumatismo. Pero este concepto no debe generalizarse a todos los pacientes por cuanto no existe razón para ello, por otra parte, una imagen radiolúcida en el hueso periapical de un diente debe ser considerado como un signo de inflamación y no de infección (presencia de bacterias), además, la presencia de fistulas es una señal de que el exudado inflamatorio está saliendo hacia la cavidad bucal. Solamente el tratamiento endodóntico podrá hacer que tanto la imagen radiolúcida como la fistula desaparezcan y no los antibióticos administrados en forma temporal.

Estos, después que pasan al sistema circulatorio, pueden transitar miles de veces por el ápice del diente a través de arteriolas, vénulas y vasos capilares, pero jamás penetrarán al conducto donde posiblemente se encuentran las bacterias y otros microorganismos aprovechando la excelencia del medio de cultivo. A medida que alguna de estas bacterias sale del conducto hacia el tejido periapical es neutralizada por los mecanismos de defensa naturales del paciente, cuando su estado general es saludable y su sistema inmunológico funciona equilibradamente.

Cuando este sistema baja sus defensas los microorganismos dominan la situación y se producen los conocidos edemas o hinchazones que deforman la cara del paciente solo en estos casos esta indicado el uso de antibióticos para ayudar al organismo a defenderse de sus enemigos.

IV.2.1.- BETALACTAMICOS

El grupo de los antibióticos del anillo betalactámicos comprende penicilinas y cefalosporinas, las cuales, como principio microbiológicamente activo, contienen, en la molécula, el anillo betalactámico, en el cual, en las penicilinas, es cercano al anillo tiazólico, y en el caso de las cefalosporinas, el anillo de dihidrotiazina.

Los antibióticos del grupo Betalactámico poseen las siguientes propiedades en común:

1.- Bactericida primario

2.- Máxima intensidad de efecto contra gérmenes grampositivos.

3.- Actividad sobre gérmenes en fase de desarrollo.

4.- Iniciación de efectos bactericidas en breve lapso.

5.- Desarrollo lento de resistencia y en varios pasos.

6.- Ausencia de toxicidad primaria frente a microorganismos.

IV.2.2.- AMOXICILINA

ACCION TERAPEUTICA

Antibiótico.

COMPOSICION	**CAPSULAS**	**CAPSULA**
Amoxicilina	250 mg	500 mg.
COMPOSICIÓN	**COMPRIMIDO**	
Amoxicilina	750 mg.	
COMPOSICIÓN	**SUSPENSION**	**SUSPENSION**
Amoxicilina	125 MG	500 MG.

INDICACIONES

Esta indicado en infecciones respiratorias, urinarias, ginecológicas, del aparato digestivo, infecciones de la piel y tejidos blandos, endocarditis bacteriana y sepsis a gramnegativos y grampositivos, tales como E. coli, Naisseria gonorrea streptetococo.

CONTRAINDICACIONES

En pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a las penicilinas y derivados.

DOSIFICACION

Adultos: 250 a 500 mg cada 8 horas. En infecciones severas, 2 cápsulas de 500 mg cada 8 horas.

Niños: 1 a 2 cucharaditas de 5 ml de jarabe de 250 mg cada 8 horas. En niños con menos de 25 kilos de peso, se prescribe la dosis de 125 mg cada 8 horas, o bien, 20 a 40 mg pro Kg de peso al día.

PRECAUCIONES

No administrar en infecciones por estafilococos penicilinoresistentes.

PRESENTACION

Estuche de 10 cápsulas de 250 mg.

Estuche de 6 cápsulas de 500 mg.

Estuche de 10 comprimidos de 750 mg.

Suspensión de 125 mg / 5 ml frasco de 60 ml.

Suspensión de 250 mg / 5 ml frasco de 60 ml.

Suspensión de 500 mg / 5 ml frasco de 60 ml.

IV.2.3.- AMPICILINA

ACCION TERAPEUTICA

COMPOSICION	**CAPSULAS**	**SUSPENSION**
Ampicilina Trihidratado	500 mg 1 gr	125 mg - 250 mg - 500 mg.

COMPOSICION	**INYECTABLE**	**INYECTABLE**	**INYECTABLE**
Ampicilina sódica	250 mg	500 mg	1000 mg.

PROPIEDADES

Es una nueva penicilina semisintética de amplio espectro de acción bactericida sobre gran numero de microorganismos grampositivos y gramnegativos.

INDICACIONES

Para el tratamiento de las infecciones causadas por gérmenes sensibles a la acción de la Ampicilina.

CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad a las penicilinas, infecciones por estafilococos pencilo resistentes.

DOSIFICACIÓN

CAPSULAS: Adultos 1 cápsula de 500 mg cada 6 horas

SUSPENSION: Niños hasta 3 años ½ a 1 cucharadita de ampicilina de 125 mg cada 6 horas.

Niños de 3 a 12 años 1 cucharadita (5ml) de ampicilina 250 mg cada 6 horas.

INYECTABLE

Adultos: 500 - 1000 mg 3 a 4 veces al día

Niños: 25 - 100 mg / Kg / día divididos en 3 - 4 dosis.

PRESENTACION

Cápsulas de 1 gr envase de 48.

Cápsulas de 500 mg envase de 500.

Suspensión de 125 mg / 5ml frasco de 60 ml.

Suspensión de 250 mg / 5ml frasco de 60 ml.

Suspensión de 500 mg / 5ml frasco de 60 ml.

Inyectable de 250 mg de ampicilina.

Inyectable de 500 mg de ampicilina.

Inyectable de 1000 mg de ampicilina.

IV.2.4.- CLOXACILINA

ACCION TERAPEUTICA

Antibiótico.

COMPOSICION	**COMPRIMIDOS**	**RECUBIERTOS**
Cloxacilina	500 mg.	

COMPOSICION	**INYECTABLE**
Cloxacilina	500 mg

INDICACIONES

Infecciones causadas por estafilococos penicilinoresistentes productores de penicilinasa.

CONTRAINDICACIONES

En personas con hipersensibilidad a los derivados de la penicilina

EFECTOS SECUNDARIOS

Alteraciones gastrointestinales, elevación de las transaminasas, reacciones de hipersensibilidad.

DOSIFICACION

Adultos: como dosis promedio, se utiliza 1 frasco - ampolla vía intramuscular o intravenosa, cada 6 horas, o bien oralmente 250 mg a 500 mg cada 6 horas antes de las comidas.

Niños: según edad y peso; se sugiere 50 mg por Kilo de peso al día.

PRECAUCIONES

Disuelto el contenido del frasco ampolla, debe utilizarse dentro de la primera hora siguiente a su preparado. No guardar la solución preparada.

PRESENTACION

Envase de 6 comprimidos recubiertos de 500 mg.

Frasco ampolla de 500 mg.

IV.2.5.- ACIDO CLAVULANICO

Es un derivado Betalactámico de escasa capacidad antibacteriana producido por Streptomyces clavuligenus pero que tiene una clara actividad natural inhibidora de las betalactamasas, la asociación amoxicilina - ácido clavulanico aumenta el espectro, al inactivar las betalactamasas.

NOMBRES COMERCIALES:

CLAVULAN - AMOXOL - VULANEX - CLAVUMOXIL

ACCION TERAPEUTICA

Antibioticoterapia

COMPOSICION	**COMPRIMIDOS**	**SUSPENSION**	**SUSPENSION**
Acido Clavulánico	125 mg	62,5 mg	500 mg.
COMPOSICION	**COMPRIMIDO**	**SUSPENSION**	**SUSPENSION**
Amoxicilina	500 mg	250 mg	500 mg.

PROPIEDADES

Asociación de ácido clavulánico y Amoxicilina, antibiótico de amplio espectro con actividad sobre gérmenes productores de penicilinasas.

INDICACIONES

Tratamiento de la infecciones del adulto y del niño.

Infecciones de las vías respiratorias altas - bajas.

Infecciones del tracto urinario.

Infecciones de piel y tejidos blandos

Infecciones micelánias, osteomielitis, forunculosis, etc.

CONTRAINDICACIONES

En caso de hipersensibilidad a la penicilina.

TOLERANCIA

La presencia de efectos adversos varía entre 4 a 14 % siendo un 90 % de ellos clasificados como leves o moderados. Entre los efectos colaterales mas frecuentes se señalan la diarrea, vómitos, vaginitis.

La administración conjunta de la asociación con alimentos podría reducir la frecuencia de aparición de efectos secundarios gastrointestinales alterar significativamente la biodisponibilidad de los componentes.

DOSIFICACION

COMPRIMIDOS

Adultos: 1 comprimido cada 8 horas.

SUSPENSION

Niños: la dosificación se establecerá de acuerdo con el contenido de la amoxicilina, siendo la dosis recomendada de 40 mg / Kg / día.

PRESENTACION

Clavulan caja por 10 comprimidos

Clavulan frasco polvo para preparar 60 ml de suspensión de 250 mg / 5 ml.

Clavulan frasco polvo para preparar 60 ml de suspensión de 500 mg / 5 ml.

IV.2.6.- TERBOCYL 6 - 3 - 3

TERBOCYL FORTE.

ACCION TERAPEUTICA

Antibiótico

COMPOSICIÓN	**INYECTABLE**
Penicilina G. Benzantínica	600.000
Penicilina G. Procainica	300.000
Penicilina G. Potásica	300.000

COMPOSICIÓN	**INYECTABLE**
Penicilina G. Benzantínica	1.200.000 UI.
Penicilina G. Procainica	600.000 UI.
Penicilina G. Potásica	600.000 UI.

INDICACIONES

Infecciones estreptocócicas, erisipela y fiebre escarlata, infecciones óticas, meumocócicas, espiroquéticas, estafilocócicas.

DOSIFICACION

Terbocyl 6 - 3 - 3

Niños 1 vial cada 2 - 3 días..

Terbocyl forte

Adultos 1 vial cada 2 - 3 días.

PRESENTACION

Estuche contenido 1 vial con 1 ampolla.

Cajas con 25 - 50 - 100 viales.

IV.2.7.- MACROLIDOS

Son antibióticos bacteriostáticos de espectro similar al de la penicilina, tienen excelente difusión en el tejido óseo, saliva y tejido amigdalino y su seguridad de administración. De cualquier forma, ocupan un lugar privilegiado, pues su espectro abarca estreptococos y anaerobios grampositivos y gramnegativos. Si bien su uso como fármaco de primera elección es cuestionado, no hay dudas sobre su empleo en pacientes alérgicos a las penicilinas y derivados.

IV.2.8.- ERITROMICINA

ACCION TERAPEUTICA

Antibiótico

COMPOSICION	**CAPSULA**	**CAPSULA**	
Eritromicina	250 mg	500 mg.	
	SUSPENSION	**SUSPENSION**	**SUSPENSION**
	125 mg	250 mg	500 mg.

INDICACIONES

Infecciones respiratorias altas, estreptocócicas, estafilocócias, difteria, infecciones de los tejidos blandos, abscesos, escarlatina. Alternativo ante la hipersensibilidad a las penicilinas, en infecciones de la piel y tejidos blandos, etc.

DOSIFICACION

Adultos 1,5 g repetidos en 3 dosis de 500 mg dadas por vías oral con intervalos de 8 horas, puede ser aumentada a 2 - 3 gramos por día administrándose cada 6 horas.

Niños 20 - 40 mg / Kg / día cada 6 horas vía oral.

PRESENTACION

ERITROMICINA 250 mg caja de 8 cápsulas.

ERITROMICINA 500 mg caja de 8 cápsulas.

SUSPENSION

ERITROMICINA 125 mg frasco de 50 ml.

ERITROMICINA 250 mg frasco de 50 ml.

ERITROMICINA 500 mg frasco de 50 ml.

IV.2.9.- ROXITROMICINA - RULID - FLODIN

ACCION TERAPEUTICA

Antibiótico macrólido de última generación.

COMPOSICION	**COMPRIMIDO**	**COMPRIMIDO**
Roxitromicina	150 mg	300 mg.

PROPIEDADES

Es un antibiótico semisintético de la familia de los macrólidos, las indicaciones terapéuticas provienen de la actividad antibacteriana y de las características farmacocinéticas de la roxitromicina

INDICACIONES

Infecciones causadas por gérmenes sensibles, en especial en afecciones.

CONTRAINDICACIONES

Alergia a los macrólidos.

EFECTOS SECUNDARIOS

Manifestaciones digestivas, náuseas, vómitos, diarreas.

Manifestaciones cutáneas, alergias muy rara vez.

DOSIFICACION

Adultos: 300 mg al día divididos en 2 tomas vía oral.

Niños: la dosis media es de 6 mg / Kg / día la posología es de 5 a 8 mg /Kg / día repartidos en 2 tomas, no debe prolongarse mas allá de 10 días.

PRECAUCIONES

En insuficiencia hepáticas, renal.

PRESENTACION

Comprimidos: 150 mg caja de 10 comprimidos recubiertos.

Comprimidos: 300 mg caja de 10 comprimidos recubiertos.

IV.2.10.- AZITROMICINA

ACCION TERAPEUTICA

Antibiótico macrólido de última generación

COMPOSICION	**COMPRIMIDO**
Azitromicina	500 mg.

PROPIEDADES

Caracterizado por tener "in vitro" actividad contra bacterias grampositivas, gramnegativas aerobias y anaerobias, presenta gran estabilidad en medio ácido en forma superior a la ERITROMICINA

INDICACIONES

Infecciones por gérmenes sensibles.

CONTRAINDICACIONES

En pacientes con una historia de reacciones alérgicas a azitromicina, o a cualquiera de los antibióticos macrólidos.

DOSIFICACION

Adultos: 500 mg diarios durante 3 - 5 días.

Niños: la dosis diaria en niños es de 10 mg / Kg / peso en una sola toma durante 3 días, (dosis total de tratamiento 30 mg / Kg).

PRESENTACION

AZITROMICINA 500 mg envase de 2 y 3 comprimidos.

IV.2.11.- CLAROTROMICINA - KLARICID

ACCION TERAPEUTICA

Antibiótico.

COMPOSICION	**GRANULOS**	**TABLETAS**
Claritromicina	125 mg.	250 mg.

PROPIEDADES

Su acción bactericida es potente sobre diferentes especies de microorganismos grampositivos y gramnegativos tanto aerobios como anaerobios como también sobre especies microbaterianas clínicamente importantes.

INDICACIONES

Esta indicado para el tratamiento de infecciones causadas por los patógenos sensibles que ocurre fuera de S.N.C.

CONTRAINDICACIONES

Pacientes con conocida hipersensibilidad a los antibióticos macrólidos. Debe usarse con precaución durante el embarazo y la lactancia.

DOSIFICACION

Adultos: la dosis recomendada es 1 tableta de 250 mg 2 veces al día. En caso de infecciones mas severas, la dosis puede incrementarse a 500 mg 2 veces al día, la duración usual del tratamiento es de 6 a 14 días.

Niños: la duración del tratamiento es de 5 a 10 días, dependiendo del patógeno y la severidad de la infección.

Dosis en cucharilla medidora de 5 ml 2 veces día.

8 - 11 Kg	1 - 2 años	0,5	Cucharadita.
12 - 19 Kg	2 - 4 años	1,0	Cucharadita.

20 - 29 Kg	4 - 8 años	1,5	Cucharadita.
30 - 40 Kg	8 - 12 años	2,0	Cucharadita.

PRESENTACION.

Tabletas 250 mg caja de 10.

Gránulos 125 mg frasco de 50 ml.

OTROS MACROLIDOS

DIMECAMICINA - ESPIRAMICINA.

IV.2.12.- CEFALOSPORINAS

Son productos semisintéticos de estructura química y modo de acción similares a los de las penicilinas. De todas maneras, pese a su similitud química solo el 10 % de los pacientes alérgicos a la penicilinas lo son también a las cefalosporinas. Sin embargo no pensamos que constituyen la alternativa más adecuada, aunque puedan ser útiles en pacientes alérgicos también a los macrolidos.

Por su similitud de espectro, su costo elevado y su vía de administración (parenteral), tiene escasa indicación en odontología, dado que no son activas en muchos casos frente a productores de betalactamasas, ni enterococos ni anaerobios.

Solo estarían indicados en casos graves (abscesos submaxilares, pacientes con transtornos inmunológicos).

IV.2.13.- LINCOSAMINAS

El aspecto de estos antibióticos es similar al de los macrólidos.

La mas eficaz por su mejor absorción es la clindamicina, que se difunde a todos los tejidos y alcanza elevadas concentraciones en los fagocitos de los abscesos, por lo que se consiguen niveles muy altos en los tejidos inflamados.

A pesar de su ideonidad, no deben emplearse empíricamente, por la posibilidad de aparición de colitis seudomembranosa.

Deben usarse en ciertos casos de alergia abetaclactámicos y grandes procesos infecciosos, tras la realización de un antibiograma.

IV.2.14.- QUINOLONAS

De este grupo, el fármaco más representativo es el ciprofloxacino, quinolona de segunda generación. Es un fármaco con un amplio espectro que abarca gramnegativos y grampositivos. Especialmente útil en el tratamiento de infecciones por enterobacteriáceas y pseudomonas. De cualquier forma su elevado precio y sus propiedades no justifican su uso como antibiótico de primera elección en odontoestomatología.

Otros: ácidos nalidixico, ciproval, floxin, septicide, etc.

IV.3.- SUSTANCIAS COAGULANTES PARA LA ADMINISTRACION PARENTERAL

El tratamiento sistémico de un sangramiento lo hará el odontólogo sólo cuando se presenta de imprevisto, tal en el caso de un paciente que después de una intervención quirúrgica, una exodoncia simple, por ejemplo sufra un sangramiento copioso, y cuando no se trata de una diátesis hemorrágica. Como quiera que al presentarse una hemorragia súbita, no esperada, no es posible detectar su origen, las primeras medidas terapéuticas serán dadas a ciegas debiendo éstas cubrir con un espectro amplio todas las posibilidades de las diátesis hemorrágicas.

Estas medidas, por amplias que sean, nunca podrán remplazar la efectividad de las medidas locales anteriormente descritas, sólo tendrán un efecto de apoyo.

El tratamiento a ciegas debe incluir simultáneamente coagulantes, antifibrinolíticos y aquellos que actúan sobre los capilares sangrantes. Sea cual fuese el tratamiento, si a las 24 horas no se logra detener la hemorragia, el paciente debe ser remitido a la consulta de un especialista. En los casos graves debe ser hospitalizados sin demora.

Todo paciente que haya presentado un sangramiento de génesis desconocida debe ser sometido posteriormente a un examen de laboratorio. Cualquier hallazgo anormal debe ser atendido por un especialista (hematólogo).

IV.3.1.- K - VIMIN

HEMOSTATICO	**AMPOLLA**	**TABLETA**
Menadiona bisulfito		
Sódico	10 mg	10 mg
Vehículo c.s.p.	1 ampolla	1 tableta

PROPIEDADES

Normaliza y acelera la coagulación sanguínea. Su uso esta indicado en los casos de deficiencia de protrombina, especialmente en niños recién nacidos, en pacientes que presentan coagulopatías debidas a una dieta escasa en vitamina K ó a la incapacidad de absorber dicha vitamina por padecer de transtornos hepáticos ó gastrointestinales y alteración de la flora intestinal normal.

INDICACIONES

Hemorragias por hipoprotrombinemia, como cuadyuvantes en afecciones degenerativas ó infecciosas del hígado: cirrosis, hepatitis, ictericia ostructiva, degeneración grasa, fistulas biliares, neoplasias, trastornos intestinales postoperatorios (por afecciones pancreáticas, intestinales) colitis ulcerosa, enfermedad celíaca, hipoprotrombinemia por administración de sulfamidas, antibióticos, silicatos etc., tratamiento preventivo de intervenciones quirúrgicas, síndromes de malabsorción, nutrición parenteral.

CONTRAINDICACIONES

Ninguna conocida, salvo sensibilidad del paciente.

EFECTOS SECUNDARIOS

Ninguno conocido.

DOSIFICACION

Vía Oral

1 a 4 tabletas por día, puede administrarse en combinación con la forma parenteral.

Vía Parenteral

1 a 2 ampollas diarias por vía intramuscular, subcutánea o intravenosa

PRESENTACION

Sobre individual de 1 tableta.

Envase de 20 tabletas.

Envase de 25 ampollas x 1 ml.

IV.3.2.- QUERCETOL K

HEMOSTATICO

COMPOSICION	AMPOLLA	COMPRIMIDO	INFANTIL
Adrenocromo (Semicarbazona)	2.5 mg		2 mg
Quercetina	5 mg		10 mg
Sulfato serotonina y Creatinin	2,5 mg		
Gluconato de cal	433 mg		
Bisulfito de sodio Menadiona	5 mg		
Vitamina C	50 mg		

INDICACIONES

Hemorragias médicas y quirúrgicas, hemoptisis, púrpura vasculares y trombopénicas, etc., profiláctico pre y postoperatorio.

Preventivo de los accidentes en la terapéutica anticoagulante

CONTRAINDICACIONES

Arterioesclerosis, trombosis, tromboembolias, flebitis, etc.

DOSIFICACION

INYECTABLE

1 inyectable cada 12 - 24 horas, terapéutica de urgencia 1 inyectable cada 6 - 8 horas.

COMPRIMIDOS

1 a 2 comprimidos, tres veces al día.

PRECAUCIONES

Administrar con precaución a pacientes afectados de hipertensión grave, así como a pacientes con la función renal alterada.

PRESENTACION

Inyectable ampolla infantil.

Frasco de 20 comprimidos.

IV.3.3.- FITOMENADIONA (VITAMINA K1) KONAKION

INDICACIONES

Hipoprotrombinemia del recién nacido, causada por anticoagulantes, adsorción inadecuada de vitamina K desordenes en la formación de los factores II, VII, IX y X.

CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad al medicamento

PRECAUCIONES

El alcohol bencílico aumenta la toxicidad y los sulfitos aumentan la hipersensibilidad.

EFECTOS ADVERSOS

Reacciones de hipersensibilidad, anemia hemofilica, hiperbilirrubinemia y Kernicterus del recién nacido.

INTERACCIONES

Antimicrobianos que afectan a la flora intestinal.

DURACION DEL TRATAMIENTO

Hasta que desaparezcan los signos de deficiencia.

DOSIFICACION

Adultos: 5 - 10 mg / día.

Niños: 1 - 2 - 5 mg / día.

PRESENTACION

Ampollas de 10 mg / ml

VIA DE ADMINISTRACION

Intramuscular - intravenosa.

IV.3.4.- ACIDO AMINO CAPROICO

INDICACIONES

Fibrinólisis, hiperplasminemia

CONTRAINDICACIONES

Obstrucción intravascular, hipersensibilidad al medicamento

PRECAUCIONES

Insuficiencia renal (reducir dosis) insuficiencia hepática, hemofilia, embarazo, cardiopatías.

EFECTOS ADVERSOS

Cólico abdominal, hiperemia conjuntival, mareos hipotensión arterial, cefalea, náuseas, diarrea, mialgias, bradicardia.

INTERACCIONES

Anticonceptivos orales, estrogenos

DURACION DEL TRATAMIENTO

Según evolución de la patología

DOSIFICACION

Adultos: infusión inicial 4 - 5 g / hora luego continuar con 1 g / hora

Niños: infusión inicial 100 mg / Kg / hora luego continuar con 3,3 mg / Kg peso / hora.

PRESENTACION

Ampollas de 250 mg / ml.

VIA DE ADMINISTRACION

Intra venosa.

IV.4.- ANTISEPTICOS

Al seleccionar agentes antimicrobianos para la prevención y el tratamiento de enfermedades orales hay que considerar los siguientes factores

IV.4.1.- ESPECIFICIDAD. El medicamento debe servir precisamente para eliminar un agente patógeno determinado, objeto que pocas veces es posible.

IV.4.2.- EFECTIVIDAD. Realmente debe eliminar el germen patógeno deseado

IV.4.3.- SUSTANTIVIDAD. Medida del tiempo entre el agente y el sustrato. Debe ser suficiente para adherirse y eliminar los agentes patógenos.

IV.4.4.- SEGURIDAD. Minimizar los efectos secundarios y colaterales

IV.4.5.- ESTABILIDAD. El medicamento no debe inactivarse en un tiempo razonable para ejercer su acción

FENOLICOS

a.- Eugenol.

b.- Paramono cloro fenol alcanforado.

c.- Para cloro fenol.

d.- Para cloro fenol alcanforado.

e.- Metalbelinacetato (cresantina).

f.- Cresol.

g.- Cresatina.

h.- Timol.

ALDEHIDOS

a.- Glutaldehido.

b.- formaldehido.

c.- formocresol.

ALOGENOS

a.- Hipoclorito de sodio 1 a 2 %.

b.- Yodo - yodurado potásico

El antiséptico local por excelencia, ampliamente utilizado en el tratamiento endodóntico, es el hipoclorito de sodio. De emergencia, sirve para lavar los

conductos radiculares después de la extirpación pulpar. Antes de irrigar con hipoclorito de sodio, el diente siempre debe estar aislado con dique de goma en virtud de los cáustico que es este producto al hacer contacto con la mucosa bucal

El eugenol también es un medicamento de emergencia, ligeramente antiséptico, cuando es aplicado en torundas de algodón, en forma de vapor, en la cámara pulpar, entre una sesión y otra del tratamiento endodóntico.

El paramoclorofenol es otro antiséptico que se aplica en torundas de algodón ligeramente impregnadas, a fin de combatir posibles bacterias que puedan haber quedado en los espacios no preparados biomecánicamente y reproducirse dentro el sistema de conductos

CAPITULO VI
RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

Quizás la fase más importante de la actividad profesional es la relacionada con la atención de emergencias, por lo mismo que el profesional ante una situación inesperada, debe proporcionar una atención inmediata y acertada, que refleje una solución satisfactoria a las expectativas de las patologías de emergencia de los casos clínicos para satisfacción del paciente angustiado que desea recuperar su tranquilidad a partir de la consulta. Esto desde luego implica que se toman en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Higiene; seguir con las normas de asepsia y antiasepsia.
2. Contar con un stock de medicamentos de emergencia, instrumental y material estéril y deben estar colocados al alcance inmediato de la mano y listos para ser usados en un caso de emergencia.
3. La receptividad y buen ánimo del profesional para afrontar el problema del paciente.
4. Actitud; implica una visión clara e inmediata de la solución, que refleja la capacidad del profesional.
5. Ejecución inmediata; debe ser ágil y acertada de los actos que solucionarán la emergencia del paciente.
6. Experiencia; consiste en el acervo de recomendaciones, claras y sencillas realizables que el profesional da al paciente normas para prevenir nuevos episodios similares.

CONCLUSIONES

Una vez terminado este trabajo llegamos a las siguientes conclusiones:

1. Los analgésicos son recomendados solamente, para que el paciente no sufra de dolor, pero no deben ser administrados por más de 3 días porque tienen contraindicaciones como todo medicamento y porque son medicamentos sintomáticos.
2. Los analgésicos-antiinflamatorios, pueden ser administrados por 10 días o más, porque resuelven los procesos inflamatorios agudos y ayudan a que los antibióticos actúen mejor ya que este le abre el camino para que llegue a la biofase y los analgésicos que llevan tienen menos efectos colaterales.
3. Los medicamentos hemostáticos solamente serán administrados, cuando la hemorragia persista y cuando no se trata de una diátesis hemorrágica.

Para utilizar razonablemente un antibiótico por vía sistémica se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1. La flora oral predominantemente está constituida por estreptococos y gérmenes anaerobios.
2. El tratamiento antibiótico de rutina son los betalactámicos.
3. El tratamiento de elección suele consistir en una aminopenicilina en particular la amoxicilina preferentemente asociada al ácido clavulánico o la ampicilina asociada a la gentamicina.
4. Los macrólidos constituyen la mejor alternativa al tratamiento anterior.
5. Se recomienda con insistencia el cumplimiento de la prescripción, dosis, duración y forma de administración.