

TR
m 672p
2006



CÁTEDRA DE CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA
BUCAL Y MÁXILOFACIAL

“PRE Y POST OPERATORIO EN CIRUGÍA BUCAL Y MÁXILOFACIAL”

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE PROFESOR TITULAR EN LA
ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA BUCAL Y MÁXILOFACIAL**

**Dr. Miguel E. Miranda Garcés
Profesor Adjunto**

VALPARAÍSO, ABRIL 2006

Desde siglos, la civilización
Avanza de los años
profundizando, un
placido hasta
mundo.

La ciencia, la técnica,
dedicaciones, un
un proceso que ha
técnica, para ir con
ello, no basta con
en la sociedad, de
Desde siempre
un camino en la
Consejo que
problemas: un
completado y
firmado una
conducirá en
que interrelaciona
con todo el
paciente" /
análisis de
efectuar
agradecer.
Si todo el
denominación
de los
Esta vez
deberá
un al
cónsul
al de
el fr
35 a
adon
Al m
de r
tem
por
con

A MI ESPOSA FLORENCIA PATRICIA

A MIS HIJOS

PABLO ALEJANDRO, GONZALO EDUARDO

JOSÉ MIGUEL Y VALENTINA FLORENCIA

INTRODUCCION

Desde siglos, la cirugía ha sido considerada como una especialidad que es arte y ciencia. A través de los años en ella, el arte aprendido se va consolidando, perfeccionando, profundizándose, traducido en técnicas cada vez más complejas, largas, cuidadosas, planificadas hasta el detalle, para obtener un resultado que satisfaga al paciente y a uno mismo.

La ciencia, la otra mitad de esta actividad profesional, es estudio, concentración, dedicación, análisis, síntesis y extrapolación, en otras palabras una actividad intelectual, un proceso que lo acompaña a uno toda la vida, que tiene el propósito de afianzar la técnica, para ir consolidando esa habilidad psicomotriz que todo cirujano debe tener. Por ello, no basta ser un buen técnico o un buen teórico, sino el desempeño de esta persona en la sociedad, debe ser la mezcla perfecta y equilibrada entre estos conceptos.

Desde siempre me ha inquietado el tema referido a cuáles son los distintos tópicos que un cirujano en formación debe adquirir con el propósito de ir avanzando en la cirugía. Concluyo que no es más que profundizar en las asignaturas llamadas básicas y preclínicas: anatomía, fisiología, microbiología, farmacología, etc., etc. Y una vez completado este proceso largo, a veces tedioso, que provoca en aquel que se está formando una confusión de conceptos, en el sentido que no tiene claro hacia dónde lo conducirá esta malla curricular, comprenderá que lo aprendido por separado, lo tendrá que interrelacionar, imbricar, mezclar para estar frente a un paciente que requiere de éste con todo el conocimiento del arte y la ciencia y es lo que llamamos el “manejo del paciente”. O sea, aplicar ese cúmulo de conocimientos teórico-prácticos, haciendo un análisis de la situación de manera tal de llegar a un diagnóstico, planificar el tratamiento, efectuar los controles después de éste y dar de alta al individuo mejorado, conforme y agradecido.

Si todo aquello lo ordenamos bajo un término genérico, lo deberemos enmarcar bajo la denominación de manejo preoperatorio, manejo intraoperatorio y manejo postoperatorio de los enfermos.

Esta tesis tiene por propósito exponer los distintos acápites que a juicio del autor deberán tomarse en cuenta principalmente para lograr el objetivo, en cuanto al manejo en el preoperatorio y en el postoperatorio, excluyendo las medidas a tomar en consideración durante el período intraoperatorio de la atención de un individuo. Durante el desarrollo de esta tesis, trataré de sugerir pautas o medidas a tomar en cuenta, que son el fruto de estar ejerciendo la especialidad de cirugía de manera ininterrumpida durante 35 años tanto en el ámbito docente, con algunos períodos interrumpidos debido a labores administrativas asumidas, como también en el ámbito hospitalario.

Al intentar lo dicho en el párrafo anterior, lo haré después de haber tenido la oportunidad de recorrer esta preciosa especialidad desde la A hasta la Z; en otras palabras haber tenido la oportunidad de ver, diagnosticar, planificar tratamientos y ejercer los cuidados postoperatorios de pacientes, abarcando toda la patología quirúrgica que nos compete como Cirujanos Bucales y Máxilofaciales.

Desde mis inicios en la formación como especialista, en el Hospital San Juan de Dios, con el Profesor Doctor Mario Salcedo Lodi, en el Hospital Sótero del Río, junto al Profesor Doctor Horacio Rivera Peralta, en la Armada de Chile, siendo integrante del I Curso de Cirugía Máxilofacial, cuyo Director fue el Profesor Doctor Pedro Gandulfo Jerez y posteriormente haber efectuado un perfeccionamiento en el Servicio de Cirugía Máxilofacial que dirigía el Profesor Doctor José Ramón Alonso del Hoyo Pérez, perteneciente a la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, me queda más que claro que el conocimiento la maduración y la consolidación del vasto conocimiento en conceptos que se aprenden todos los días, son una parte fundamental en el éxito profesional ejerciendo esta disciplina.

Es por ello, que en los siguientes capítulos, trataré de explicar cual ha sido mi experiencia, atreviéndome a sugerir pautas o protocolos, que vayan en beneficio de aquellos que están caminando por este difícil, largo, pero a la vez fascinante sendero de la especialidad de Cirugía Bucal y Máxilofacial.

INDICE

1.- PREOPERATORIO

1-1.- LA HISTORIA CLÍNICA:

- 1-1-1.- Confección de la historia clínica
- 1-1-2.- Elaboración de una impresión diagnóstica clínica
- 1-1-3.- Solicitud de exámenes imagenológicos
- 1-1-4.- Solicitud de exámenes de laboratorio
- 1-1-5.- Generación de interconsultas
- 1-1-6.- Revisión y ordenamiento de los elementos solicitados
- 1-1-7.- Elaboración de un diagnóstico definitivo y fundamentado
- 1-1-8.- Catalogamiento del riesgo quirúrgico del paciente
- 1-1-9.- Elaboración del plan de tratamiento
- 1-1-10.- Exposición de la situación al paciente
- 1-1-11.- Consentimiento informado

1-2.- MANEJO DE LOS PACIENTES CON ALGUNA ENFERMEDAD GENERAL:

- 1-2-1.- Pacientes con hipertensión
- 1-2-2.- Pacientes con diabetes mellitus
- 1-2-3.- Pacientes con patología renal
- 1-2-4.- Pacientes con patología hepática
- 1-2-5.- Pacientes con cáncer
- 1-2-6.- Pacientes con discrasias sanguíneas
- 1-2-7.- Pacientes bajo terapia anticoagulante
- 1-2-8.- Pacientes con enfermedades autoinmunes
- 1-2-9.- Pacientes con enfermedades psiquiátricas
- 1-2-10.- Pacientes bajo terapia anticonvulsivante
- 1-2-11.- Pacientes alcohólicos, fumadores y drogadictos
- 1-2-12.- Pacientes con secuelas psicomotoras
- 1-2-13.- Pacientes pediátricos y de la tercera edad
- 1-2-14.- Pacientes en estado de embarazo y lactancia

2.- POSTOPERATORIO

- 2-1.- Conceptos de equilibrio hidrosalino y ácido-base (homeostasis)
- 2-2.- Manejo de fármacos que se prescriben en este período

2-3- Manejo de la sueroterapia

2-4- Manejo de los fármacos para el dolor

3.- CONCLUSIONES

4.- BIBLIOGRAFIA

1.- PREOPERATORIO

Preoperatorio se puede definir como aquel período que se enmarca desde la primera visita del paciente a nosotros, hasta el momento que el paciente es llevado al pabellón de cirugía con el propósito de efectuarle una o más técnicas quirúrgicas, objeto reparar su problema.

Durante este período, al paciente se le efectuarán todos los exámenes, análisis, interconsultas y todo lo que se estime conveniente para concluir en un correcto diagnóstico definitivo, objeto proponerle el o los tipos de tratamientos quirúrgicos necesarios para la recuperación hacia el estado de salud.

1-1.- La Historia Clínica.

El único documento médico-legal para guardar todos los exámenes, radiografías, etc., se llama HISTORIA CLÍNICA y hay que convencerse que hay que confeccionarla, sin errores y con buena letra. Hay que recordar que ante cualquiera demanda o revisión de cualquier aspecto de lo hecho al paciente, este es el único válido, de allí su importancia. Luego de una correcta anamnesis, se llegará a una impresión diagnóstica, el cual si no necesita de algún complemento, se traduce en el diagnóstico definitivo, que nos servirá para establecer nuestro plan de tratamiento.

Como nota al margen, diré que no soy partidario en dividir aquellos procedimientos que van a ser atendidos de manera ambulatoria u hospitalizados, bajo anestesia local o general y por ello este proceso intelectual y científico que se vacía en esta llamada Historia Clínica deba hacerse de manera más completo o menos completo. Siempre deberá ser confeccionada en su totalidad, no dejando cosas por consignar.

El protocolo que hay que tener en cuenta para transcurrir por este período que llamamos preoperatorio, es el siguiente:

- Confección de la Historia Clínica
- Elaboración de una impresión diagnóstica clínica
- Solicitud de exámenes imagenológicos
- Solicitud de exámenes de laboratorio
- Generación de interconsultas
- Revisión y ordenamiento de los elementos solicitados
- Elaborar un diagnóstico definitivo y fundamentado
- Catalogamiento del riesgo quirúrgico del paciente
- Elaborar el plan de tratamiento
- Exposición de la situación al paciente

1-1-1.- Confección de la Historia Clínica:

Este proceso, el más importante de todos los procedimientos, deberá efectuarse bajo una metódica preestablecida:

- Identificación del paciente
- Motivo de la consulta
- Anamnesis próxima y remota
- Experiencia quirúrgica
- Examen máxilofacial: - extraoral
- intraoral

Con los datos recopilados en este documento médico-legal, estaremos en condiciones de tener una evaluación del estado general del paciente, su estado de salud, sus experiencias médico-odontológicas, que nos llevarán a confeccionar posteriormente el riesgo quirúrgico.

Tendremos un panorama del funcionamiento de sus órganos, sabremos si su aparatos cardio-vascular, renal, hígado, respiratorio, digestivo, como también su estado de salud mental, hábitos, consumo de drogas, e informarnos si está haciendo uso de medicación indicada por un especialista o se automedica. Habrá que averiguar también por el uso de medicación homeopática, la cual algunas veces influye en más o menos medida, con nuestras acciones terapéuticas.

1-1-2.- Elaboración de una impresión diagnóstica clínica:

Luego de efectuar todos los acápites de la historia clínica, nos abocamos a estampar nuestra impresión diagnóstica. Esta sección, en un número de casos es suficiente y no es necesario complementarla, pasando a ser el diagnóstico definitivo, base de nuestras acciones que van a otorgarle al paciente la recuperación de su estado de salud. De no ser así, deberemos generar la solicitud de exámenes que aclararán nuestro juicio diagnóstico clínico.

1-1-3.- Solicitud de exámenes imagenológicos:

Al requerir algún examen ya sea invasivo o no invasivo, deberemos estar en pleno conocimiento de los pasos técnicos por los que pasará nuestro paciente, como también, aunque no vital, el costo que significará esta solicitud. Menciono esto ya que algunos procedimientos diagnósticos, como por ejemplo las angiografías, son generalmente hechas con el paciente hospitalizado y no están exentas de algún grado de riesgo, que al momento de nosotros indicarlo, debemos conocer.

Lo importante es tener claro en qué grado este examen nos ayudará al diagnóstico definitivo, porque a veces se pide algo, sin tener claro lo que aquello aportará. Habrá que conocer que algunos exámenes, per se, no aportan sino complementados con otro, como por ejemplo un cintigrama. Por ello, el conocimiento, el estudio previo, el buscar información frente a un caso complejo, es fundamental. El envío de la solicitud de examen imagenológico deberá ser clara y precisa; deberá contener nuestra impresión diagnóstica y dejando al Imagenólogo, la libertad de efectuar todo lo pertinente para el envío de un informe lo más completo y complementario posible, a nuestra hipótesis

clínica. Por lo tanto, debemos solicitar un “estudio radiográfico” e informe de éste y sugiriendo, por ejemplo que si es necesario complementar aquello con un escáner o resonancia nuclear magnética, lo haga sin mayor trámite. Digo esto porque en la práctica he visto que generalmente se pierde un tiempo precioso en que la documentación va y viene, siendo que del modo que planteo, le dejo la libertad al especialista para que haga su trabajo, confiando en que el informe que él genere, sea rico en información que va a ir a complementar mi diagnóstico presuntivo. Cobra importancia entonces, la exigencia de un informe completo, clarificador y que realmente aporte un complemento a la información que uno maneja hasta ese momento.

1-1-4.- Solicitud de exámenes de laboratorio:

En este capítulo la gama es extensa, pero en general lo que se pide de partida es un hemograma, uremia, glicemia y orina completa (H.U.G.O.): con ellos, tenemos un panorama general del estado de funcionamiento del individuo.

Este capítulo lo ampliaré a propósito de comentar el manejo de pacientes con alguna enfermedad presente.

1-1-5.- Generación de interconsultas:

Cuando nuestro paciente padece de alguna enfermedad, por la cual está en control médico y que amerite una opinión, una suspensión de medicamento, la administración de medicación complementaria, etc., etc., recurriremos a la interconsulta. Este documento que se confecciona para un profesional específico o a una especialidad específica, tiene por propósito la derivación de nuestro paciente para algo puntual y concreto. En este punto quiero ser claro y enfático: tomemos por ejemplo a un paciente que padece de una hipertensión arterial esencial, que está bajo medicación hipotensora oral y que al tomar nosotros varios registros de la presión vemos que está por sobre los niveles habituales. Generaremos una interconsulta al médico cardiólogo diciéndole que ajuste la medicación con el propósito de nosotros poder efectuar una intervención quirúrgica bucal ambulatoria, bajo anestesia local y no enviar este documento preguntando si podemos efectuar tal o cual procedimiento. Con esto quiero afirmar que nuestro conocimiento debe abarcar hasta qué límites nosotros como especialistas hacemos tal o cual acción y que no necesitamos de una “autorización” para hacerlo. Hago mención de estos hechos en estos términos, pues he observado que frecuentemente se extienden interconsultas, para que otro especialista autorice una prestación de nuestra competencia, cuando la verdad sea dicha deberemos ser nosotros los que tendremos que saber cuándo, cómo y en qué circunstancias indicamos un tratamiento quirúrgico determinado.

1-1-6.- Revisión y ordenamiento de los elementos solicitados:

Todos los antecedentes acumulados, se ordenan por orden cronológico de solicitud, marcando o destacando los párrafos que contribuirán a fundamentar el diagnóstico definitivo. Se revisan cuidadosamente con el propósito de solicitar nuevos exámenes u opiniones. Es válido en este punto, destacar que si es necesario que un especialista aclare o amplíe sus comentarios, es el momento de solicitarlos, ya que servirá para completar nuestros fundamentos.

1-1-7.- Elaboración de un diagnóstico definitivo fundamentado:

Una vez que hemos recibido respuesta a todos nuestros requerimientos, estaremos en condiciones de señalar el diagnóstico definitivo de la enfermedad que aqueja a nuestro paciente. Para ello, vaciaremos a la historia clínica todos los informes que nos han llegado, los cuales servirán de fundamento al diagnóstico definitivo y con él diseñar el plan de tratamiento.

1-1-8.- Catalogamiento del riesgo quirúrgico del paciente:

Desde el año 1962, La American Society of Anesthesiology, adoptó un sistema de clasificación de los pacientes según su condición física antes de la cirugía, o sea, cataloga el riesgo quirúrgico de los pacientes y lo hace en cinco categorías, llamadas ASA I, ASA II, ASA III, ASA IV y ASA V y ellos son:

1-1-8-1.- ASA I: Corresponde a pacientes sin patología sistémica que afecte sus órganos y cuyo riesgo es mínimo.

1-1-8-2.- ASA II: Corresponde a pacientes con patología base compensada, que requiere de cuidados mínimos para evitar una descompensación.

Por ejemplo, pacientes diabéticos sin gran compromiso de su enfermedad, compensados, hipertensos bien tratados y compensados.

1-1-8-3.- ASA III: Corresponde a pacientes con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante.

Por ejemplo, cardiopatía severa o descompensada, diabetes mellitus no compensada acompañada de alteraciones orgánicas vasculares sistémica (micro y macroangiopatía diabética), insuficiencia respiratoria de moderada a severa, angor pectoris, infarto al miocardio antiguo, etc.

1-1-8-4.- ASA IV: Corresponde a pacientes con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que constituye además amenaza constante para la vida y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía.

Por ejemplo: insuficiencia cardíaca, respiratoria y renal severas (descompensadas), angina persistente, miocarditis activa, diabetes mellitus descompensada con complicaciones severas en otros órganos.

1-1-8-5.- ASA V: Corresponde a pacientes terminales o moribundos, cuya expectativa de vida no se espera sea mayor de 24 horas, con o sin tratamiento quirúrgico.

Por ejemplo: ruptura de aneurisma aórtico con shock hipovolémico severo, traumatismo craneo encefálico con edema cerebral severo, embolismo pulmonar masivo, etc.. La mayoría de estos pacientes requieren cirugía como medida heroica, con anestesia muy superficial.

Conforme a este sistema de catalogamiento, después de juntar todos los antecedentes del paciente, como también después de haber leído detenidamente la historia clínica, le haremos una clasificación, lo que inmediatamente se traducirá en una serie de medidas que se deberán tomar, con el propósito de asegurar la integridad de nuestro paciente, como también nos dará la pauta de las condiciones en que nuestro procedimiento deberá ser ejecutado o, por las condiciones presentes ésta ameritará la suspensión. Especial cuidado y criterio se deberá tener con aquellas intervenciones llamadas electivas, como las técnicas para corrección de anomalías dentofaciales por ejemplo, en que ante cualquier inconveniente de este tipo, ella deberá ser pospuesta y efectuarla cuando los parámetros alterados se hayan normalizado. Por otro lado es oportuno comentar que nosotros, los especialistas en cirugía máxilofacial, tenemos que estar preparados para tomar estos tipos de decisiones, principalmente cuando nos enfrentamos al trauma máxilofacial, el cual en la mayoría de los casos, hay que actuar de inmediato a pesar del catalogamiento y cobra importancia entonces, el diálogo entre especialistas para tomar la mejor decisión de las materias en comento lo que por consiguiente conlleva, tener la preparación profesional y los conocimientos sólidos objeto desenvolverse bien, en beneficio del paciente.

de hecho

1-1-9.- Elaboración del plan de tratamiento:

el caso

Con todos los antecedentes clínicos, de interconsulta, imagenológicos, de laboratorio etc. recibidos y teniendo en cuenta el riesgo quirúrgico confeccionaremos el plan de tratamiento. Escribiremos en la historia clínica todas las prestaciones que serán necesarias para mejorar a nuestro paciente. En nuestra especialidad principalmente escribiremos la o las técnicas quirúrgicas que emplearemos, de qué manera, dónde y cómo la efectuaremos.

Al llegar a este punto, deberemos pensar si la intervención quirúrgica será ambulatoria u hospitalizado. Si la haremos bajo anestesia local o general, si requeriremos de un equipo quirúrgico y arsenalera o la efectuaremos sólo nosotros en compañía de nuestra arsenalera que pasará a ser ayudante, si deberemos administrar alguna medicación previa y por qué vía y en qué concentración, si deberemos recurrir a que un especialista médico nos acompañe, pues el riesgo es bastante y se prevee alguna complicación que deberá ser resuelta en conjunto con ese especialista, etc., etc.. Es oportuno decir que todo acto quirúrgico máxilofacial, exceptuando la exodoncia y sus complicaciones, deberá ser efectuado en un lugar que cumpla todos los requisitos que se describen para un pabellón quirúrgico y por ningún motivo en una clínica odontológica. Una vez ingresado el

paciente al pabellón quirúrgico, la intervención deberá hacerse en condiciones quirúrgicas, cumpliéndose el protocolo que existe para estos efectos. Hay que tener en cuenta que el accidente o complicación intraoperatoria se podrá superar, sólo si se está con todos los elementos a mano. No debemos basarnos en el viejo concepto que “la boca aguanta todo” y que “a mí, nunca me ha pasado nada”, por lo tanto no se justifica. Este error no debe seguir cometiéndose. Creo que este concepto va siendo progresivamente superado, en relación directa al número de especialistas que egresan de las Universidades y que egresan con una conciencia tal de lo que hacen, que no se prestan para estas irregularidades.

1-1-10.- Exposición de la situación al paciente:

La relación cirujano-paciente debe ser empática desde el primer momento; la confianza del paciente, es fundamental. Una manera de acercarse más a nuestro paciente, es dialogando, conversando, tomándose el tiempo necesario, hoy las personas cada vez en mayor número quieren tener esa comunicación, la gente está ávida de dar a conocer sus problemas y que a veces uno se impone de aquellos que exceden nuestra competencia, como lo son los problemas psiquiátricos.

Por ello, en nuestro campo, deberemos informar de todo lo que vamos a hacer, informándole del pronóstico que ello tendrá. Vaya como ejemplo lo siguiente: el paciente es derivado para efectuar un procedimiento quirúrgico apical, diente con tratamiento de conducto y una sombra radiolúcida apical circunscrita. Si no le explicamos los alcances que este tipo de cirugía va a tener, si cae dentro del porcentaje de fracaso, la persona tiende a pensar que fue el cirujano el incompetente y que no se debió por las características de la lesión. Por ello, si uno ha explicado bien todos los alcances, no habrá problema alguno en que el paciente comprenda la situación, ya que el pronóstico de antemano era reservado.

1-1-11.- Consentimiento informado:

Una vez que el paciente ha tomado conocimiento de todos los detalles de su enfermedad y su tratamiento, es conveniente y deseable que en un documento ad hoc, autorice la ejecución de las distintas fases planteadas, dejando claramente establecidas las implicancias ético-clínicas de todas las fases de su rehabilitación. Por medio de él, nuestro paciente se informará de los riesgos y limitaciones que responsablemente va a tener el curso de su tratamiento. Este documento, servirá de base jurídica, en el eventual caso de alguna demanda legal, que hoy en día están más vigentes. Es oportuno decir, que al tomar conocimiento del documento por parte del paciente, nosotros estamos en alguna medida certificando nuestra competencia en el espectro de tratamiento que le hemos planteado. Por ello, la redacción de éste, implica un sentido ético-moral muy profundo de nuestra parte. En otras palabras, yo le estoy diciendo que todas las fases del

- Etapa I: sistólica entre 140-159 mm Hg y diastólica entre 90-99 mm Hg
- Etapa II: sistólica entre 160-179 mm Hg y diastólica entre 100-109 mm Hg
- Etapa III: sistólica mayor de 180 mm Hg y diastólica mayor de 119 mm Hg

En general, el aumento de la presión arterial depende de dos parámetros fisiológicos fundamentales: del débito cardíaco y de la resistencia periférica: $P.A. = D.C. \times R.P.$ A su vez cada uno de éstos está regulado por otros factores, lo que hace que este cuadro delicado y complejo. La mayoría de los pacientes padece la variedad esencial, que es aquella en que la causa no es conocida y los menos, la padecen debido a patología renal o endocrina.

Clínicamente, debemos considerar si nuestro paciente está bajo control médico o no. Si lo está, tendremos que averiguar qué medicación está ingiriendo y qué efectos positivos le provoca, en el sentido que bajo qué rangos maneja su presión arterial.

En este capítulo, la decisión de efectuarle o no algún procedimiento quirúrgico, va a estar en directa relación con sus niveles de presión, edad, magnitud de la operación, si va ser con anestesia general o local. Yo diría que en general, no hay grandes problemas para efectuar una prestación. Los cuidados para no producirle algún tipo de stress, es fundamental. Este individuo, catalogado como A.S.A. 2, habrá que sedarlo y monitorearlo durante el intraoperatorio. Si el procedimiento va a ser largo, técnicamente complicado, yo optaría por solicitar que su médico cardiólogo esté presente durante el acto quirúrgico y sea él el encargado de mantener a nuestro paciente estable, desde el punto de vista de su especialidad. Nosotros, en el caso de anestesia local, ésta deberá ser sin vasoconstrictor. Por otro lado, tendremos que tener en cuenta que la intervención quirúrgica deberá ser lo más atraumática, corta y precisa posible, previendo hacer una buena hemostasia, objeto prevenir hemorragia postoperatoria.

esthali:

1-2-2.- Pacientes con diabetes mellitus:

PROX:

Este cuadro está caracterizado por un desorden metabólico en que principalmente la glucosa no puede ser correctamente distribuída en el organismo, causando el exceso de ésta en la sangre y por ende en todos los compartimentos del individuo. Sabemos que puede ser tipo I o tipo II, en otras palabras puede ser juvenil o del adulto.

Los diabéticos tipo I son insulina dependientes, con lo cual el termostato que regula la glucosa es artificial, pudiéndose regular en mejor forma. El diabético tipo II, en general regula su glicemia con dieta adecuada, con dieta adecuada e hipoglicemiantes orales o con dieta adecuada e insulina.

El mayor cuidado lo deberemos tener con aquellos individuos que son regulados con hipoglicemiantes orales, ya que frente a una alteración de la glicemia, hay que tomar en cuenta que el medicamento oral sigue actuando según su vida útil en el cuerpo, pudiendo alterar de manera significativa los parámetros en que se debe manejar este paciente, pues el stress también contribuye a un mayor consumo de glucosa y como el "termostato" es artificial éste sigue actuando, lo que sumado al stress operatorio, puede llevar a nuestro paciente a una hipoglicemia importante.

Debemos tomar en cuenta que la microangiopatía que está presente en mayor o menor grado, nos limitará la recuperación postoperatoria, ya que cicatrizan mal, con retardo, son más susceptibles a la infección y a la baja de defensas, lo cual amerita tomar las precauciones del caso, prescribiendo los fármacos necesarios para prevenir una complicación.

Dependiendo de la envergadura de nuestro procedimiento quirúrgico, será necesario que tengamos una glicemia actualizada, hecha en ayunas, como también conocer el resultado de su último control médico, como también conocer el último resultado de su hemoglobina glicosilada, la cual nos mostrará el comportamiento en cuanto al autocontrol de la glicemia, pues aquél nos mostrará cómo ésta ha estado en los últimos tres meses.

1-2-3.- Pacientes con patología renal:

De los cuatro órganos de excreción que poseemos, a saber, los riñones, intestinos, pulmón y piel, el primero es el más complejo, el más adaptable y el más importante. Sabemos que el riñón recibe alrededor de 1.3 litros de sangre por minuto, o sea, casi el 25 % del débito cardíaco en reposo. El volumen de filtrado es de 4.3 mm por glomérulo/hora, lo que hace un total de filtración glomerular de 180 litros/24 horas, o sea, unas 60 veces el volumen del plasma. Normalmente estos parámetros son constantes, por cual puede ser clínicamente medible mediante el clearance de creatinina, lo que nos informará la depuración de esta sustancia en 24 horas, por el sistema renal.

Si un paciente tiene patología renal, lo habitual es que esté en manos del nefrólogo; por lo tanto, al respecto deberemos generar una interconsulta para requerir datos sobre el estado de funcionamiento de este órgano, como también las medidas especiales que habrá que observar para el manejo integral de nuestro paciente durante nuestro procedimiento quirúrgico. Especial importancia lo tienen aquellos pacientes que están en diálisis, ya sea en cualquiera de sus dos formas: Hemodiálisis o diálisis peritoneal. Dependiendo de la envergadura de nuestro procedimiento, el paciente será atendido hospitalizado o ambulatorio y la conveniencia o no que sea asistido por un especialista durante el intraoperatorio.

1-2-4.- Pacientes con patología hepática:

Generalmente estos pacientes están bajo control médico. En ellos, descartando los tumores y quistes, toda otra enfermedad a este órgano va a conducir a la insuficiencia, ya que las células del parénquima no se reponen, sino son reemplazadas por tejido graso. En nuestra práctica diaria nos encontramos de manera frecuente, con pacientes que consumen alcohol; en ellos, deberemos ser cuidadosos, ya que pueden estar con bajos niveles de vitamina K, que nos conducirá a una complicación postoperatoria, una hemorragia.

En este punto creo que lo más razonable es contactarse con el médico tratante y ver en conjunto a nuestro enfermo objeto mensurar de buena forma el riesgo quirúrgico. En general, estos pacientes han sido afectados por algún tipo de hepatitis A ó B. La tipo C es un asunto aparte, pues la gravedad de ella, conducirá al paciente a una insuficiencia que llegará hasta el trasplante de hígado.

1-2-5.- Pacientes con cáncer:

En este capítulo cobra importancia en qué etapa de tratamiento se encuentra nuestro enfermo y que requiere de algún procedimiento de nuestra competencia. Digo esto porque hoy esta enfermedad es enfrentada por un grupo de especialistas, principalmente radioterapeutas, quimioterapeutas y cirujanos oncólogos además de su médico internista. En general, esta enfermedad es tratada primero con quimioterapia y/o radioterapia, posteriormente se hace la cirugía y se concluye con otros ciclos de quimioterapia y/o radioterapia. Otra modalidad es obviar la etapa quirúrgica y una tercera en se ataca primero con cirugía y posteriormente con quimioterapia y/o radioterapia.

Los pacientes en las distintas fases de estos tratamientos, se encuentran inmunológicamente deprimidos; sus glóbulos blancos marcan cifras bajo 1000Xmm³ y por ello, el manejo deberá también ser en equipo de manera tal obtener el mejor rendimiento. Habrá que tomar muy en cuenta la oportunidad de nuestro tratamiento, ya que si éste se puede diferir, a mi juicio, sería el mejor curso de acción. No olvidemos que durante el tratamiento farmacológico de esta enfermedad, el paciente padece de una hiposialia importante, que favorece las infecciones bucales.

Cuando un paciente ha sido irradiado, los tejidos quedarán con un déficit de aporte sanguíneo, que favorecerá la necrosis posterior si uno los interviene, Especial importancia es lo que se produce a nivel del tejido óseo, con la llamada osteorradionecrosis. Por ello, antes de la terapia contra esta enfermedad, deberá efectuarse un minucioso examen bucal y dentario, de manera tal de eliminar cualquier foco que posteriormente a la terapia sea imposible realizarlo, por la muy posible necrosis.

1-2-6.- Pacientes con discrasias sanguíneas:

También en general, estos son pacientes que están con tratamiento médico. Bajo esta denominación están las llamadas púrpuras trombocitopénicas o tromboasténicas (o sea, debido a una disminución del número de ellas, o debido a un baja en la calidad de ellas) hemofilias, concentración insuficiente de algún factor de la coagulación sanguínea, anemias.

Todos ellos, yo diría sin excepción deberán ser tratados en un centro hospitalario y con manejo de especialista, de manera de asegurarnos que no vamos a tener complicaciones en el postoperatorio. En todos los casos, dependiendo de la enfermedad sanguínea y su

grado de dificultad, el médico administrará los factores deficitarios, administrándolos antes, durante y después del acto quirúrgico.

1-2-7.- Pacientes con terapia anticoagulante:

Aquellos pacientes que por alguna razón están bajo terapia anticoagulante y se les tenga que efectuar algún procedimiento quirúrgico, deberán ser previamente evaluados por el médico tratante, con el propósito que éste suspenda la administración del fármaco y así no tener problemas de sangramiento. En general, la cirugía que se efectúa, deberá ser lo más atraumática posible y la síntesis de los tejidos, lo más prolijo posible.

1-2-8.- Pacientes con enfermedades autoinmunes:

El cuidado que debemos tener con ellos, está en directa relación con la terapia farmacológica que su médico le está administrando. En general, deberemos saber la dosis de corticoides que está usando, pues pueden alterar el llamado “síndrome de adaptación” del individuo, o sea, altera el conjunto de fenómenos fisiológicos que un individuo pone en marcha, cuando el organismo es alterado por alguna razón, como por ejemplo, el trauma quirúrgico. Aparte que los corticoides impiden que se desencadene la “cascada inflamatoria”, dejando desprotegido a la persona, de un arma tan efectiva, como lo es la inflamación.

1-2-9.- Pacientes con enfermedades psiquiátricas:

Hoy en día, es cada vez más frecuente la desarmonía psíquica. La vida actual genera tensiones, stress y por lo tanto, afloran los síntomas de alguna enfermedad psiquiátrica escondida.

Por ello, en la práctica clínica actual, es cada vez más frecuente encontrarse con pacientes afectados de alguna manera, con algún tipo de patología psiquiátrica en cualquiera de sus expresiones, por un lado y el poco conocimiento que nosotros tenemos de aquélla, por otro, conlleva a detenerme un poco más en este capítulo y esbozar algunas definiciones que ayuden al manejo adecuado de ellos.

Como una manera de ordenar y entender estos trastornos, esbozaré una clasificación:

1-2-9-1.- Trastornos de la personalidad:

- Trastornos de la dimensión afectiva: Por dimensión afectiva de la personalidad se entiende el tono emocional dominante junto a la formas que éste adopta en función de determinados procesos
- Personalidad Ciclotímica Tiene un patrón emocional que se caracteriza por

períodos de energía y vitalidad, que contrastan con otros de apatía y letargia

Distímica : Lo característico en estas personas es que poseen un tono de humor apesadumbrado, con un pensamiento circular sobre sus dificultades y problemas

Irritable : Se caracteriza por la tendencia a las reacciones cíclicas

Evitativo-fóbica : Se caracteriza por la tendencia a mostrar ansiedad en situaciones que pueden cuestionar su imagen o dominio

Obsesiva : Se caracteriza por generar emociones de insuficiencia y obliga a controlar y corregir prematuramente sus propios actos

- **Trastornos de la identidad** : Por ello se entiende el grado de cohesión y estabilidad de la propia imagen

- **Personalidad: Dependiente** Se caracteriza por la incapacidad de tomar decisión y la sumisión a las decisiones de otros, que impiden al individuo resolver sus criterios y emociones propias

Pasivo-agresiva : Tienen una resistencia pasiva a las razonables demandas de rendimiento social y profesional

Narcisista : Se caracteriza por la sobreestimación del yo

Límite : Son aquellos individuos que fluctúan entre la neurosis y la psicosis

- **Trastornos del control de los impulsos:** El impulso es un acto irreflexivo, es decir, carente de componente ideatorio

- **Personalidad: Antisocial** Se caracterizan por la incapacidad para adaptarse a ciertas normas elementales de conducta interpersonal o social. ausencia de enfermedad mental u orgánica evidenciable.

Histórica : Comparte rasgos de la personalidad narcisista, pasivo-agresiva y dependiente

- **Trastornos del sentido de la realidad** : Caracterizado por una alteración de los mecanismos que están implicados en el proceso de comparación de la información procedente del exterior, con las inferencias derivadas de ella

- **Personalidad Esquizoide** Tienen una clara dificultad de relación, caracterizada por atenuación o ausencia de las emociones emergentes en la intervención familiar o escolar. Introversos, distraídos o tímidos

Paranoide

Se caracteriza por demostrar desconfianza, recelo tendencia a los pleitos e intrigas. Llegan a volverse hipocondríacos y megalómanos

1-2-9-2.- Trastornos psicósomáticos

Clásicamente abarcan un amplio y heterogéneo grupo de enfermedades en el que la relación de factores somáticos y psíquicos, parece evidente Pero la conexión entre sistemas físico y psíquico, está limitada por:

La conexión temporal : Al comienzo cuando el cuadro es precedido por un stress psicosocial evidente

La magnitud Explica la aparición de cualquier sintomatología

La personalidad : Se acude a ella cuando no hay ningún acontecimiento potencialmente responsable de la enfermedad

1-2-9-3.- Síndromes psicopatológicos especiales: Grupo de cuadros que no han sido catalogados en las psicosis o neurosis

- Anorexia nerviosa : Caracterizada por el rechazo voluntario a los alimentos, con la intención de modificar el esquema corporal, más allá de los límites fisiológicos. Es una conducta anómala de rechazo pertinaz de alimentarse

- Bulimia : Es un trastorno de control de la ingesta alimentaria,
Caracterizada por:
- Episodios recurrentes de ingesta masiva
- Conciencia de anormalidad de la conducta y temor a no poder controlarla
- Finalización de la ingesta con dolor abdominal, hipersomnia, vómito autoinducido, interrupción de la actividad social
- Normopeso o ligero sobrepeso, rara vez obesidad

- Trastornos por stress postraumáticos : Frente a acontecimientos graves, desarrollan ansiedad, hipervigilancia, alteraciones del sueño, memoria, concentración, irritabilidad, episodios de rabia y pérdida de control de la conducta

- Trastornos ficticios : Se caracteriza por conductas de autoinducción de lesión física con la finalidad de prolongar las exploraciones médicas y/o provocar

hospitalizaciones. Síndrome de Münchausen o de Asuero

- 1-2-9-4.- Trastornos neuróticos :
- Trastornos de la ansiedad : Son combinaciones variadas de manifestaciones físicas y mentales de ansiedad no atribuible a un peligro real, que se presentan ya sea en forma de crisis, o bien, como estado persistente
 - Trastorno de pánico : Se presenta en forma súbita y el paciente tiene la sensación de morir o enloquecer
 - Trastorno de ansiedad generalizada: En forma lenta y progresiva alcanza el grado de angustia, que puede durar meses o años
 - Trastorno de ansiedad fóbica : Son estados neuróticos con miedo anormal intenso hacia ciertos objetos o situaciones específicas, que en condiciones normales no causarían dicho efecto
 - Trastorno obsesivo-compulsivo : Se define como estado cuyo rasgo sobresaliente es un sentimiento de compulsión objetiva, el cual tiene que prestarse resistencia a llevar a cabo una acción, a mantener una idea, rememorar una experiencia o rumiar un tema abstracto
 - Trastorno hipocondríaco : Trastorno neurótico en que el paciente centra su preocupación en su propio cuerpo o en su sentimiento psíquico. El profesional puede “reforzar” o agravar la sintomatología
 - Reacción depresiva : Es una depresión desproporcionada que sigue habitualmente a una experiencia aflictiva
 - Trastorno disociativo (neurosis histérica): Son trastornos mentales cuyos motivos, que el paciente parece desconocer, producen una restricción en el campo de la conciencia o alteraciones de la función motora o sensorial que parecen tomar ventajas psicológicas o un valor simbólico

1-2-9-5.- Trastornos del humor (afectivos): Son trastornos psíquicos, habitualmente recurrentes, que cursan con una alteración del

- Depresiones

humor básico de tipo depresivo (tristeza)
: El 3-5 % de la población (más o menos 250.000.000 de individuos) está afecto
Constituyen el 10-20 % de las consultas generales
Constituyen el 40-60 % de las consultas psiquiátricas
A veces constituye un síntoma, otros un síndrome o corresponde a una enfermedad determinada
Ellas pueden ser.
Primaria: En las cuales no existen alteraciones patológicas comprobadas
Secundaria o sintomática: las cuales pueden estar causadas por alteraciones orgánicas

1-2-9-6.- Trastorno bipolar: Psicosis maníaco-depresiva: Es una psicosis afectiva que puede aparecer en forma depresiva o maníaca, en forma sucesiva o con un intervalo de normalidad

1-2-9-7.- Psicosis: Corresponde a un trastorno cualitativo de la personalidad global y por lo general grave, cuya aparición implica a menudo una ruptura en la continuidad biográfica del paciente. Éste no tiene conciencia de la enfermedad (a diferencia del neurótico que sí la tiene)

- Esquizofrenia

: Es un grupo de psicosis en las que se presenta una deformación fundamental de la personalidad, una distorsión característica del pensamiento, una sensación de ser dominado por fuerzas extrañas, delirios, autismo. Se mantiene una conciencia clara y una capacidad intelectual intacta

- Trastorno de ideas delirantes (estados paranoides): Se caracteriza por delirios de influencia, de referencia, de celos, de persecución y suelen aparecer después de los 40 años

1-2-9-8.- Principales drogodependencias: Drogodependencia se define como un síndrome caracterizado por un esquema o modelo de comportamiento en el que se da

gran prioridad al uso de una o varias sustancias, en relación con otros comportamientos que antes se apreciaban más importantes. Considerada como una enfermedad, ella responde perfectamente al modelo biopsicosocial, ya que se trata de un modelo interactivo entre el individuo, sustancia y el ambiente. Entre las drogodependencias podemos mencionar a aquello que consumen opiáceos, cannabis, anfetaminas, alucinógenos, sedantes y ansiolíticos, alcohol, tabaco.

En este capítulo, sólo he tratado de enumerar y señalar las principales características de las anomalías, pues no es el propósito de estudiarlas a fondo, sino más bien entregar una guía para poder situarse frente a nuestro paciente quirúrgico que tiene una historia psiquiátrica positiva. En general, en el Servicio de Salud Público, la historia psiquiátrica es reservada y ella se encuentra en manos del médico psiquiatra que lo atiende o aquella guardada en el archivo del Servicio, que es confidencial.

1-2-10.- Pacientes con tratamientos anticonvulsivantes:

Estos pacientes no deben dejar de ingerir la droga anticonvulsivante; todo lo contrario, nosotros debemos asegurarnos que la ha tomado, antes de cualquier procedimiento. A ellos, habrá que cuidarlos de los estímulos lumínicos, como la lámpara del quirófano, pues puede gatillar una crisis convulsiva.

1-2-11.- Pacientes Alcohólicos, fumadores y drogadictos:

Los pacientes alcohólicos reaccionan mal en la recuperación de algún procedimiento. Son pacientes mal alimentados, débiles y con tendencia a la hemorragia, por problemas derivados de la falta de vitamina K. Habrá que protegerlos con antiinflamatorios y en muchas ocasiones con un techo de antibioterapia profiláctica. Aquellos pacientes que consumen uno o más paquetes de cigarrillos por día, están propensos a una mala cicatrización, por déficit en la irrigación de los tejidos. Muchas veces estos pacientes deberán ser sometidos a un protocolo de terapia hiperbárica, para mejorar este parámetro y prevenir la infección y mejorar la irrigación sanguínea. Sugiero tener cuidado con este tipo de enfermos, debido a que no cuentan toda la verdad y omiten datos importantes sobre la ingestión diaria de estos estimulantes.

Los individuos que ingieren drogas, son de cuidado puesto que su aparato inmune está disminuído. Son pacientes que no toleran procedimientos largos, se tornan nerviosos y por ende el postoperatorio va a ser malo. Aparte del problema social que conllevan van a

tener una mala reparación de sus tejidos, ya que los aportes fisiológicos normales hasta ese nivel están disminuídos.

1-2-12.- Pacientes con secuelas psicomotoras.

Un número de síndromes conllevan algún tipo de secuela psicomotora. Son pacientes difíciles de evaluar y más todavía, tratarlos. En general, deberán ser atendidos bajo anestesia general, hospitalizados. Es frecuente la necesidad de solicitar la presencia de un familiar cercano, objeto poder confeccionar en buena forma nuestra historia clínica, ya que el paciente generalmente no se puede expresar correctamente.

Hoy en día el paciente pediátrico debe ser atendido tomando muy en cuenta los métodos que propician los odontopediatras, de manera de no dañar psicológicamente a éstos. Son pacientes que generalmente van a necesitar de la administración de anestesia general. Especial atención habrá que poner en el manejo de las dosis adecuadas de los fármacos que vayamos a prescribir.

1-2-13.- Pacientes pediátricos y de la tercera edad

Hoy en día el paciente pediátrico debe ser atendido tomando muy en cuenta los métodos que propician los odontopediatras, de manera de no dañar psicológicamente a éstos. Son pacientes que generalmente van a necesitar de la administración de anestesia general. Especial atención habrá que poner en el manejo de las dosis adecuadas de los fármacos que vayamos a prescribir.

Los pacientes de la tercera edad, hay que considerarlos como inmunológicamente disminuídos. Hay que pensar que todas las variables van a funcionar un poco por debajo de estandar. Hay que poner atención en las posibles complicaciones que podría tener nuestro procedimiento a ejecutar, por las razones antes dichas. Generalmente consumen varios medicamentos y nosotros deberemos saber los antagonismos y sinergias que podrían tener los fármacos que nosotros agregaremos para nuestra terapia específica.

1-2-14.- Pacientes con embarazo y lactancia.

Durante estos períodos fisiológicos de la mujer, habrá que observar algunas limitaciones transitorias. De partida estos pacientes no tienen ninguna contraindicación para ser atendidos, sino yo diría que el término correcto sería diferente oportunidad de atención, ya que si una mujer está dentro de las doce semanas de gestación, en general, habrá que tener cuidado por la posibilidad de aborto espontáneo, de modo que si podemos posponer nuestra cirugía, es correcto hacerlo, salvo que ésta sea una indicación de urgencia, en cuyo caso tendremos in mente las contraindicaciones de algunos fármacos. Si se encuentra en el tercio intermedio del embarazo y todo ha cursado normalmente, no hay contraindicación de efectuar algún procedimiento. Durante el último trimestre del embarazo, por la posibilidad de un parto prematuro u otra manifestación, es preferible

posponer los procedimientos electivos, no así los de urgencia, los cuales se deben hacer, tomando en cuenta lo dicho. Durante todo el embarazo, es preferible no prescribir fármacos y si hay necesidad de hacerlo, es preferible la consulta con su médico obstetra, de manera que no seamos nosotros los que debamos asumir su administración.

En cuanto al período de lactancia, la limitación está dada por los fármacos que prescribamos, ya que algunos van a pasar la barrera y serán adicionados a la leche materna con el consiguiente daño al bebé. El concepto entonces es que si estas mujeres necesitan de algún procedimiento de urgencia, éste debe hacerse tomando las precauciones del caso y no dejarlas sin tratamiento. Si éste es electivo, habrá que estudiar la mejor oportunidad.

POSTOPERATORIO

Postoperatorio se puede definir como aquel período que se enmarca desde que se termina de poner el último punto de sutura hasta el alta definitiva del paciente.

Es un período en que veremos evolucionar todos los parámetros que se relacionan con la reparación y cicatrización de los tejidos. En él observaremos la capacidad que tiene el organismo de nuestro paciente en cuanto a mantenerlo dentro de los límites de normalidad, no obstante tener que soportar esta “carga extra” que significa llevar con los medios fisiológicos normales que todo individuo posee, a un estado pleno de salud, después de haber hecho caminar los procesos reparativos como mencionáramos, de manera tal, que nosotros como especialistas lo podamos reintegrar a sus labores habituales, lo más pronto posible.

La importancia de controlar y vigilar a nuestro paciente en este período, estriba en el hecho que nosotros deberemos procurar mantener los procesos fisiológicos que éste requiera, dentro de rangos habituales y por ello estamos obligados a conocer estos procesos y lo más importante: cómo nosotros podemos “ayudar” a que funcionen de manera óptima. Ahora bien, la forma de ayudar es administrando fármacos y alimentación adecuadas, enmarcado dentro de un equilibrio de su medio interno, o sea, manteniendo su homeostasis, como también vigilando y previniendo especialmente el dolor, la hemorragia y la infección.

Hoy día, con el conocimiento y el avance de la farmacopea, es posible de manera indiscutible, conducir durante este período a nuestro paciente, dentro de rangos seguros, agradables y sin sorpresas, o eventos que puedan no ser solucionados. Esta afirmación lleva implícito el buen grado de conocimiento que el cirujano debe poseer para cumplir con esta meta. Es oportuno decir que los conceptos éticos deben ser la guía maestra que debe conducir a este profesional. Con ello quiero decir que nuestra limitación en qué hacer, hasta dónde debemos llegar o en qué momento deberemos generar una interconsulta, o compartir nuestras dudas en un diálogo franco y abierto con otros profesionales afines, con el propósito de solucionar algún aspecto que no podamos solucionar, caen dentro del marco ético que señalaba.

Estoy convencido que el manejo que podamos indicar para cada uno de nuestros pacientes, hasta dónde lo podremos llevar, etc., están en relación directa a la formación ética que tengamos. Por ello, siempre he sido partidario que paralelo a los estudios técnico profesionales estrictos, todo cirujano debe caminar por la senda que le enseña conceptos de ética profesional, pues así seremos confiables para la solución de los problemas de nuestra competencia, situación que lógicamente es extrapolable a cualquier profesional, independiente de su especialidad.

2-1.- Conceptos de Equilibrio Hidrosalino y Ácidobase (Homeostasis):

Se define como homeostasis, al equilibrio que debe existir en el medio interno del individuo, el cual hay que procurar mantenerlo, con el propósito que los mecanismos de aquél, funcionen dentro de rangos normales.

Sabemos que el medio interno del individuo está compartimentalizado; es decir, separado por medio de membranas semipermeables, selectivas que mantienen en equilibrio cero las concentraciones de cada uno de ellos, en virtud que el agua se va a movilizar desde la zona menos concentrada a la zona más concentrada. O sea, ella siempre tiende a diluir.

El agua corporal total, varía según el sexo, la edad y la constitución física. Normalmente se considera que en el hombre adulto la cantidad promedio es alrededor del 60 %, en la mujer el 55 %, en el niño el 65 % en lactantes el 65 % y en el recién nacido el 75 %. Ahora bien, del 100 % de agua, el 75 % está formando parte del líquido intracelular y el 25 % formando el líquido extracelular; de este último, el 75 % está en el intersticio y el 25 % constituyendo el volumen plasmático. En la práctica, asumimos un 60 % de agua para el adulto y un 75 % en niños y lactantes.

Por lo tanto la cantidad por compartimento en un adulto de 70 kilos, será:

Agua corporal total 60 % del peso : 42 litros

Líquido intracelular 40 % del peso : 28 litros

Líquido extracelular 20 % del peso : 14 litros, de los cuales el -Líquido intersticial es el 15 % del peso: 10.5 litros y el -Volumen Plasmático o intravascular es el 5 % del peso: 3.5 litros

El medio interno contiene el líquido intracelular (L.I.C.) y el líquido extracelular (L.E.C.), el que a su vez se subdivide en líquido intersticial y volumen plasmático, intravascular o volemia.

Las membranas selectivas que separan a cada uno de ellos son el endotelio vascular y la membrana celular.

El equilibrio u homeostasis de los compartimentos se concreta por medio de leyes químicas, las cuales regularán los elementos que componen cada compartimento, como también lo harán dentro de cada espacio corporal.

Así, la presión osmótica, la presión oncótica, la permeabilidad capilar, la permeabilidad celular y el movimiento de agua y sus solutos, se regulan, como otras por estas leyes, tales como la de Starling, la de regulación del Ph, etc.

Para tener una medición equivalente entre la afinidad química de los elementos que participan, debemos conocer algunas definiciones de términos:

Mol (mol): es el peso molecular, expresado en gramos de una sustancia. El miliMol (mmol), equivale a la milésima parte de un Mol.

Equivalente (eq): es la cantidad de una sustancia que se combinará con un peso atómico de Hidrógeno. Un equivalente es la expresión numérica del resultado de dividir el peso atómico de un elemento, por su valencia. El miliequivalente (meq), equivale a la milésima parte de un equivalente.

Osmol (osm): es la medida de la presión osmótica. Es el poder atrayente que una sustancia ejerce sobre el agua. El efecto osmótico de una sustancia en solución, depende del número de partículas disueltas, independientemente del peso molecular, carga eléctrica, valencia o fórmula química.

En cuanto a cómo se expresan las concentraciones químicas, o sea, la proporción que hay entre soluto y solvente, hay que conocer otras definiciones, tales como:

Concentración peso-volumen: soluto expresado en miligramos, por 100 centímetros cúbicos de solvente. mg/100 cc.

Concentración peso-peso (masa-masa): se denomina Molalidad y es la expresión de la concentración expresada en moles y en 1.000 gramos de solvente.

Concentración masa-volumen: se denomina Molaridad y es la expresión de la concentración del número de moles de soluto, en un litro de solución, a una temperatura especificada.

Veamos ahora, los principales componentes, presente en cada compartimento. Ellos son elementos químicos cargados eléctricamente positivos o negativos: son los cationes (cargados eléctricamente con carga positiva) y los aniones (cargados eléctricamente con carga negativa).

Así tenemos que en el L.E.C., el catión más importante es el ión Sodio (Na) y el anión más importante es el ión Cloro (Cl). En el L.I.C., el catión más importante es el ión Potasio (K) y el anión más importante es el ión Fosfato (PO₄).

Los valores normales de estos elementos en sangre, son:

Natremia: 130 – 152 meq/L, Kalemia: 3.6 – 5.4 meq/L, Cloremia: 92 – 106 meq/L.

En un individuo normal, sin alteraciones cardíacas, hepáticas y renales, no se deberían presentar problemas importantes, antes, durante y después de un acto quirúrgico. Si fuera el caso de alguna alteración de los exámenes mencionados en el párrafo anterior, es conveniente y aceptable, interconsultar con medicina interna, para dialogar el tratamiento.

Se considera que un individuo pierde, por diferentes vías, una cantidad de agua, en 24 horas. Principalmente estas pérdidas se dan por la perspiración insensible (piel), orina, saliva, heces y que son aproximadamente 2 litros. Estos aumentarán moderadamente con el trauma quirúrgico y anestesia general. Por lo tanto, es la cantidad de líquido que deberíamos aportarle a nuestro paciente en el lapso de 24 horas y que lo veremos a propósito del manejo de los sueros.

Este capítulo largo, extenso, no exento de dificultades para entenderlo de primera, pero no menos interesante, lo dejaré hasta aquí, pues creo que he dado las bases fundamentales para el manejo de nuestro enfermo quirúrgico.

2-2.- Manejo de Fármacos:

En este capítulo no pretendo describir el manejo de cada fármaco, pues cada cual se podrá informar de ello en la literatura existente, sino más bien entregar la experiencia en el uso de grupo de fármacos y que va a ir en directo beneficio para el paciente.

Como dije en los párrafos anteriores, uno tiene que prevenir fundamentalmente contra el dolor, la hemorragia y la infección. Por la importancia que tiene el tema dolor, lo trataremos en capítulo separado.

Pero aparte de éstos está también el prevenir contra los vómitos postoperatorios, contra la intolerancia gástrica de algunos fármacos, contra la constipación, contra el insomnio y tranquilidad de nuestro enfermo etc., que después del trauma quirúrgico que se le ha inferido, debe permanecer realmente en reposo y la única manera de contribuir a eso, es administrando los fármacos correctos para cada parámetro. Claro está que es distinto si el paciente está hospitalizado o si la cirugía fue efectuada de manera ambulatoria; eso depende de la envergadura del procedimiento, como también del estado psicológico del paciente. Hay veces que por esta última razón, un procedimiento que perfectamente debiera ser hecho ambulatorio, es aconsejable hacerlo bajo anestesia general y así el esquema farmacológico será distinto.

2-2-1.- Manejo de fármacos para la hemorragia:

La mejor prevención contra la hemorragia es efectuar una cuidadosa sutura de los tejidos del sitio intervenido, como también, dependiendo del sitio intervenido, la protección con algún aparato, como por ejemplo en el caso del paladar duro; aunque si hay algunas enfermedades o problemas presentes en este rubro, éstos debieron haber quedado registrados en la historia clínica porque se ha preguntado al respecto, al buscar antecedentes en la anamnesis, por lo tanto con ese conocimiento debió haberse estudiado su solución, antes que el paciente ingresara al quirófano.

Sin embargo la hemorragia o sangramiento se puede deber a una mala síntesis de los tejidos simplemente, o por causas de alteración de alguna de las etapas del fenómeno de la coagulación. Es nuestro deber saberlo y administrar la terapia correspondiente. En general, la prescripción de vitamina K o ácido tranexámico es una buena arma, repito en ausencia de alguna enfermedad de la coagulación.

2-2-2.- Manejo de la sueroterapia:

Por protocolo a todo paciente que va a ser intervenido bajo anestesia general, se le instala una vía venosa para administración de fármacos. Como el paciente debe estar en ayunas 8 horas antes que se le administre ésta, también se indica algún tipo de suero, con el propósito de mantenerle una buena hidratación, compensando las pérdidas fisiológicas y/o también para administrarle un aporte de energía. Para ello disponemos de sueros

fisiológico, isotónico, ringer, ringer-lactato, como también los glucosados isotónicos o los glucosados al 5 – 10 ó al 15 %. Existen otros sueros que van a ir a regular, en caso de existir algún desequilibrio en la homeostasis; para ello, están los sueros hipertónicos o hipotónicos. Cuando hay que equilibrar la homeostasis, perdida por alguna alteración orgánica, debemos generar una interconsulta médica para el manejo de estos líquidos. En condiciones normales, somos nosotros los que indicamos algún tipo de la variedad isotónica, con o sin aporte de glucosa. En general, se administran de 1500 a 2000 cc. durante las 24 horas, con un goteo de 10 a 15 gotas por minuto. Lo habitual es indicar suero glucosalino isotónico, pues con ello estamos también aportando energía, ya que contiene por cada 500 cc. de éste, dextrosa al 2.5 % en solución salina y por la misma cantidad de aquél le aportamos también a nuestro paciente, 77 miliequivalentes por litro de sodio y de cloro.

Habitualmente, se mantiene la terapia con suero, durante las primeras 48 horas; la prolongación de esta indicación, está en relación inversa a la alimentación que se le pueda administrar al paciente: sin alimentación más suero, más alimentación menos suero. Hay que recordar que durante la administración de algún tipo de suero, nosotros deberemos estar atentos a la excreción de líquidos, es lo que se denomina el cálculo del balance hídrico diario, en otras palabras, vigilar qué cantidad ingiere y qué cantidad excreta, durante 24 horas.

Exposición Teórica

2-3.- Manejo de fármacos para el dolor:

Introducción

En la Odontología, el síntoma dolor es preponderante. Sabemos que en mucho de los cuadros que debemos tratar, este síntoma está presente. En particular, en nuestra especialidad quirúrgica aquél también se hace presente, principalmente en el período postoperatorio sino se toman las medidas terapéuticas correspondientes.

El dolor se define como una experiencia emocional y sensorial molesta, asociada con un daño potencial o real de los tejidos.

El dolor tiene un componente físico y otro psíquico. Así, el estímulo doloroso es captado por receptores existentes en los tejidos periféricos, el cual a través de delgadas fibras aferentes mielínicas del tipo A delta o amielínicas tipo C, llegan al sistema nervioso central. También hay otro tipo de receptores que responden a diferentes tipos de energía, como son el térmico, mecánico, etc., los cuales transforman a éstos en modalidades sensoriales de calor, frío, tacto. Las fibras A delta transmiten la sensación dolorosa aguda, el cual advierte el peligro. Las fibras C están conectadas a los nociceptores, dando origen a una sensación desagradable, mal localizada, difusa. Al llegar este estímulo a la corteza cerebral, pasan por el tálamo, zona donde las fibras conductoras se interconectan, pasando a las formaciones reticulares del tallo cerebral, cuyos terminales neuronales se encuentran en el sistema límbico, gestándose así el dolor emocional; a su vez esta zona está influenciada por valores culturales, experiencias previas, ansiedad, etc., lo que hace que cada individuo reaccione de manera particular, claro está con ciertos rasgos similares dentro de la especie.

Visto muy en general lo que es el dolor, lo interesante para nosotros, es controlar el dolor. Para ello, la teoría de Melzack y Wall, nos servirá para explicarlo.

Esta teoría, llamada también la teoría del "control de compuerta", se basa en la capacidad de las fibras nerviosas periféricas para transmitir los estímulos hasta el tálamo y corteza cerebral, dependiendo de ciertas actividades a diferentes niveles. En otras palabras "abriendo o cerrando compuertas" a diferentes niveles, por medio del bloqueo que fibras descendentes, le pueden producir a aquellas que van ascendiendo. Por ejemplo si el individuo tiene miedo, estas señales pueden quedar totalmente bloqueadas, en cambio la ansiedad que el estímulo le produce puede nuevamente producir que la sensación ascienda, causando así una sensación dolorosa fuerte. En un caso se cerró la compuerta y en el otro de abrió. Ahora lo interesante está en que a nivel donde se produce la apertura o cierre de compuertas, puede ser estimulado con drogas o energía eléctrica galvánica y es allí donde nosotros debemos apuntar conceptualmente con nuestra farmacoterapia.

El manejo de fármacos para el control del dolor, debe apuntar a la magnitud de nuestro procedimiento, si éste es ambulatorio u hospitalizado, grado cultural, edad y hechos que merecen destacarse de su historia clínica del paciente.

Si el manejo es ambulatorio, preferiremos aquellos que se administran por vía oral y si éste va a ser hospitalizado, preferiremos la vía venosa o intramuscular.

Desde hace bastante tiempo, el manejo en pacientes ambulatorios, lo hago con Ketorolaco Trometamol, en comprimidos de 10 mg. Cada 6 horas, durante 5 días, junto a otro que tenga mayor acción antiinflamatoria, como lo es el Meloxicam, en comprimidos de 15 mg. Una vez al día por 5 días. Los pacientes manifiestan mayoritariamente, que la sensación de dolor es absolutamente tolerable, sin causar la suspensión de sus trabajos, a partir de las 48 horas de la operación.

Si el paciente ha sido sometido a una intervención hospitalizado, aprovechamos la vía venosa para la administración de fármacos para el dolor.

La fórmula habitual son 5 ampollas de Sufentanil de 5 mg, más 150 mg de Ketorolaco Trometamol (5 ampollas de 30mg), diluídos en 250 cc. de suero fisiológico. Dependiendo del caso, se podrá reemplazar el sufentanil por morfina, una ampolla de 20mg. Se deja un goteo de 10 cc a la hora, durante las primeras 24 horas con bomba eléctrica, más una ampolla de 20 mg de Tenoxicam al día. Si el paciente se quejare de dolor, dejamos la administración de una ampolla de 1 gr. de Metamizol Sódico SOS.

Con estos esquemas el control del dolor ha sido muy aceptable, no habiendo tenido tropiezos mayores en ningún sentido.

pacien
siempre
de tod
Quisic
carreri
estos
desa

CONCLUSIONES

El Cirujano Máxilofacial es un especialista, cuya capacitación está entregada a las Facultades de Odontología; en otras palabras, es una especialidad de la Profesión Odontológica. Formarse como Cirujano conlleva desenvolverse en un medio donde se trabaja en el mismo nivel que las especialidades quirúrgicas médicas. Por lo tanto la preparación en tópicos como fisiología, farmacología, fisiopatología, microbiología, por nombrar algunas disciplinas, junto al dominio de los procedimientos quirúrgicos específicos es una verdad indiscutible. Esta Especialidad es para mí el nexo real que existe entre nosotros y nuestros “primos hermanos”: la Medicina. Nuestro quehacer necesita de una organización clínico-administrativa, que llamamos hospital o similares para ejercerla éticamente bien. A través de mis años de profesión he sido testigo del gran avance que hemos tenido en el aspecto conceptual del ejercicio de la Cirugía Máxilofacial: hoy por hoy está siendo ejercida por Especialistas que de manera habitual ocupan las dependencias ad hoc para ello: Pabellones quirúrgicos, camas hospitalarias, policlínicos diseñados para la especialidad, ocupación de unidades de cuidado intermedio o intensivo. Aquí me inserto directamente ya que desde la enseñanza de esta disciplina en la Universidad, he contribuído de manera importante al perfeccionamiento del cual hablo. Es un deber decir que la Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucal y Máxilofacial de la facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, ha sido señera en este aspecto, fruto de la formación que muchos hemos obtenido, gracias a nuestra querida Universidad

Esta tesis, tiene el propósito de soslayar la complejidad del manejo de nuestros pacientes, en el período pre y postoperatorio y concluir que el estudio y dedicación son pilares fundamentales para llegar al dominio de la Especialidad toda.

Esta tesis ha sido elaborada, plasmando la experiencia acumulada en 39 años de Profesión y 35 laborando en el campo quirúrgico, y que se ha concretado vaciando al papel el conocimiento que poseo, sin pretender copiar, sintetizar o repetir párrafos de libros o artículos. Es el fruto que ha madurado y pudo ser concretado en el presente documento. ella es una síntesis de lo que el cirujano Máxilofacial debe manejar con dedicación y conocimiento. Creo que con el paso del tiempo, debo concluir que uno aprende a dialogar, discutir, presentar los casos a estudio de los demás Colegas, para que analicen los diferentes cursos de acción que uno propone para tratar a un determinado paciente y esperar la crítica constructiva que a uno le puedan formular y cuyo ganador siempre es nuestro enfermo. En este campo los resultados casi siempre quedan a la vista de todo el equipo de trabajo, en el ambiente que uno labora.

Quisiera, por último, agradecer muy sinceramente a todos aquellos que durante mi carrera me han aconsejado, enseñado, corregido y criticado constructivamente, Por todos estos conceptos, es que hoy día puedo señalar con satisfacción, que he podido desenvolverse sin inconvenientes mayores, en este maravilloso campo que es la Cirugía

y Traumatología Bucal y Máxilofacial, que pertenece a la profesión de Cirujano-Dentista.

- 1.- Alonso del Hoyo.
- 2.- Anatomik Per, Jey
- 3.- Anatomik Per, Jey
La C...
1987.
- 4.- Converse, John
1964.
- 5.- Converse, John
Wilkins Com,
- 6.- Enciclopedia
Paris (67)
- 7.- Fernalde,
Edición, 1ª
- 8.- Goodman,
Farmacol
- 9.- Goth, Ar
- 10.- Guerrier
Paris, 16
- 11.- Günth...
1980
- 12.- Kwe...
Edi...
- 13.- Min...
- 14.- Mi...
- 15.- Ne...
S...
- 16.- Pu...
Ed...
- 17.- R...
- 18.- P...
- 19.- ...
- 20.- ...
- 21.- ...

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Alonso del Hoyo, José: Comunicaciones Personales, 1981, 1982, 1992, 1996, 2000.
- 2.- Brånemark Per.Ingmar; Zarb A., George; Albrektson, Tomas: Prótesis Tejido-Integradas. La Oseointegración en la Odontología Clínica, Quintessence Verlags, GMBH, 1087.
- 3.- Converse, John Marquis: Reconstructive Plastic Surgery, W. B. Saunders Company, 1964.
- 4.- Converse, John Marquis: Surgical Treatment Of Facial Injuries, The Williams & Wilkins Company, 1975.
- 5.- Encyclopédie Médico-Chirurgicale, editée sur fascicules mobiles, 18 Rue de Segulier, Paris (6°).
- 6.- Fernandez F., Alonso: Fundamentos de la Psiquiatría Actual, Paz Montalvo, 3° Edición, 1976.
- 7.- Goodman Gilman, Goodman S. Louis, Rall W., Theodore, Murad Ferid: Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica, Editorial Médica Panamericana, 7° Edición, 1988.
- 8.- Goth, Andrés. Farmacología Médica. Editorial Interamericana, 4° Edición, 1973
- 9.- Guerrier, Y.; Traité de Technique Chirurgicale O.R.L. et Cervico-Faciale, Masson, París, 1980.
- 10.- Günther Bruno, Talesnik Eugenio: Patología Funcional, Editorial Andrés Bello, 1980.
- 11.- Kwon H. Paul, Laskin M.,Daniel. Manual Clínico de Cirugía Oral y Máxilofacial: Editorial AMOLCA, Colombia, 2003.
- 12.- Maurel, Gerald: Clínica y Cirugía Máxilofacial: Editorial Alfa, Buenos Aires, 1959.
- 13.- Miranda Garcés, Miguel: Apuntes Personales
- 14.- Navarro Vila, Carlos: Tratado de Cirugía Oral y Máxilofacial: ARAN Editores S.A., Madrid 2004.
- 15.- Pumarino, Hugo: Elementos de Patología General, Fisiopatología y Clínica Médica, Editorial Andrés Bello, 1974.
- 16.- Rankow M., Robin: Surgery of the Face, Mouth and Neck: W.B Saunders Company, 1968.
- 17.- Ries Centeno, Guillermo A.: Cirugía Bucal: Librería El Ateneo, 6° Edición, 1964.
- 18.- Rivera Peralta, Horacio: Estomatología: La Odontología del III Milenio: Impresión MORIS, 1° Edición, 2001.
- 19.- Suarez Nieto, C.: Cirugía Reconstructiva en Oncología de Cabeza y Cuello: Gráficas Orbe, Madrid, 1981.
- 20.- Wells Charles, Kyle James: Fundamentos Científicos de la Cirugía: Editorial Científico-Médica, Barcelona, 1969.
- 21.- Yoel, José. Pathology and Surgery of the Salivary Glands: Charles C. Thomas Publisher, 1975