

PATOLOGÍA: PARÁLISIS CEREBRAL		
CONCEPTO: Es un trastorno permanente e irreversible del tono, la postura y movimientos (neuromotor) como consecuencia de un daño cerebral precoz		DIAGNOSTICO: <ul style="list-style-type: none"> • Retraso en el desarrollo de destrezas motoras / Debilidad en extremidades • Tac, RM
ETIOLOGÍA: <ul style="list-style-type: none"> • PRENATAL : Edad materna <20 >35, Anomalías de desarrollo, Infecciones, Hipoxemia, Toxemia pre-eclámpsica, Radiación, Gemelos • NATAL: Trauma, Posición podálica, Parto prolongado, Pematurnidad. • POST-NATAL: 1. SNC Maduro: Encefalitis, Meningitis, Traumatismo, Kernicterus. 2. SNC Inmaduro: Isquemia/hemorragia cerebral, Distres respiratorio, Acidosis, Hipotermia, Hipoglucemia 		
MANIFESTACIONES CLÍNICAS: <ul style="list-style-type: none"> • Anormalidades del movimiento y la postura • Alteraciones en el aprendizaje • Trastornos de habla y la deglución • Dificultades respiratorias • Otras alteraciones como: *Epilepsia, * Defectos de la audición 		CLASIFICACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> • Espástica: Se caracteriza por la presencia de hipotonía muscular y reflejos patológicos, los tipos son: Monoplejica, Dipléjica, Parapléjica, Hemipléjica y Tetrapléjica • Atetoides: Se caracteriza por la presencia de movimientos vermiformes, movimientos suaves de gusano. Los tipos son: Atetosis, Corea, Coreoatetosis • Atáxica: Se caracteriza por la presencia de alteración del equilibrio, la marcha y una mala coordinación generalizada. • Mixta: Se caracteriza por se una combinación de las anteriores
COMPLICACIONES MEDICAS: <ul style="list-style-type: none"> • Movimientos incontrolables por la atetosis o corea. • Dificultades de comunicación • Reflejo anormal de morder de deglución y tos • Riesgo de epilepsia 	Que toman <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos relajantes musculares • Antiepilépticos (No todos estos pacientes reciben medicación)	Tratamiento de la Parálisis Cerebral: <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia • Terapia ocupacional • Terapia del Habla • Apoyo de la audición • Apoyo de la visión • Cirugía de las articulaciones • Educación especial
HALLAZGOS ORALES: <ul style="list-style-type: none"> • Babeo excesivo • Retraso en erupción dental primaria • Hipoplasia del esmalte (si es por prenatal por dieta líquida) • Caries/ Bruxismo • Traumatismos dentales por caídas • Enfermedad periodontal (Por respiración bucal) • Mal oclusión clase II • Hipotonía muscular oro facial • Dislocación espontanea o subluxación de ATM 		TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO: <ul style="list-style-type: none"> • Ayudamos con dispositivos como mordedores • Usar dique de goma, Aspiracion de alta potencia, y reducir agua a rotatorios • Clorhexidina en Gel o Spray • En niños sellar fosas y fisuras • Cepillo eléctrico manejado por terceras personas • Tartrectomias periódicas • Aparatología fija para expandir maxilar • Aparatología fija mitibrackets • El tto conservador son de elección • Es preferible la prótesis fija

PATOLOGÍA: PARÁLISIS CEREBRAL		
CONCEPTO: Es un trastorno permanente e irreversible del tono, la postura y movimientos (neuromotor) como consecuencia de un daño cerebral precoz		DIAGNOSTICO: <ul style="list-style-type: none"> Retraso en el desarrollo de destrezas motoras / Debilidad en extremidades Tac, RM
ETIOLOGÍA: <ul style="list-style-type: none"> PRENATAL: Edad materna <20 >35, Anomalías de desarrollo, Infecciones, Hipoxemia, Toxemia pre-eclámpsica, Radiación, Gemelos NATAL: Trauma, Posición podálica, Parto prolongado, Pematurnidad. POST-NATAL: 1. SNC Maduro: Encefalitis, Meningitis, Traumatismo, Kernicterus. 2. SNC Inmaduro: Isquemia/hemorragia cerebral, Distres respiratorio, Acidosis, Hipotermia, Hipoglucemia 		
MANIFESTACIONES CLÍNICAS: <ul style="list-style-type: none"> Anormalidades del movimiento y la postura Alteraciones en el aprendizaje Trastornos de habla y la deglución Dificultades respiratorias Otras alteraciones como: *Epilepsia, * Defectos de la audición 		CLASIFICACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> Espástica: Se caracteriza por la presencia de hipotonía muscular y reflejos patológicos, los tipos son: Monoplejica, Dipléjica, Parapléjica, Hemipléjica y Tetrapléjica Atetoides: Se caracteriza por la presencia de movimientos vermiformes, movimientos suaves de gusano. Los tipos son: Atetosis, Corea, Coreoatetosis Atáxica: Se caracteriza por la presencia de alteración del equilibrio, la marcha y una mala coordinación generalizada. Mixta: Se caracteriza por se una combinación de las anteriores
COMPLICACIONES MEDICAS: <ul style="list-style-type: none"> Movimientos incontrolables por la atetosis o corea. Dificultades de comunicación Reflejo anormal de morder de deglución y tos Riesgo de epilepsia 	Que toman <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos relajantes musculares Antiepilépticos (No todos estos pacientes reciben medicación)	Tratamiento de la Parálisis Cerebral: <ul style="list-style-type: none"> Fisioterapia Terapia ocupacional Terapia del Habla Apoyo de la audición Apoyo de la visión Cirugía de las articulaciones Educación especial
HALLAZGOS ORALES: <ul style="list-style-type: none"> Babeo excesivo Retraso en erupción dental primaria Hipoplasia del esmalte (si es por prenatal por dieta líquida) Caries/ Bruxismo Traumatismos dentales por caídas Enfermedad periodontal (Por respiración bucal) Mal oclusión clase II Hipotonía muscular oro facial Dislocación espontanea o subluxación de ATM 		TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO: <ul style="list-style-type: none"> Ayudamos con dispositivos como mordedores Usar dique de goma, Aspiracion de alta potencia, y reducir agua a rotatorios Clorhexidina en Gel o Spray En niños sellar fosas y fisuras Cepillo eléctrico manejado por terceras personas Tartrectomias periódicas Aparatología fija para expandir maxilar Aparatología fija mitibrackets El tto conservador son de elección Es preferible la prótesis fija

PATOLOGÍA: EPILEPSIA	
CONCEPTO: Es una afectación caracterizada por la repetición de crisis debida a una descarga excesiva de las neuronas cerebrales	DIAGNOSTICO: * Hallazgos clínicos , * Tac y electroencefalograma, * Tomografía por emisión de positrones (PET)
ETIOLOGÍA <ol style="list-style-type: none"> En la mayoría de los casos es Idiopática Sintomática o secundaria: * Convulsiones febriles (40º), * Causas intracraneales (lesiones intracraneales/ infarto cerebral), * Causas sistémicas (como encefalitis, * Encefalopatía hepática, * Fármacos como la Lidocaína y retirada del alcohol) 	
CLASIFICACIÓN DE LA EPILEPSIA: <ul style="list-style-type: none"> Epilepsia generalizada: * Tónico clónica (Gran Mal) * Ausencias (Petit Mal) Epilepsia parcial * Simple (Epilepsia Jacksoniana) * Compleja (Epilepsia del lóbulo temporal) 	PATOGENIA: <ul style="list-style-type: none"> Aumento de la excitabilidad neuronal Disminución de la inhibición de la corteza motora Alteraciones metabólicas de las neuronas Neurotransmisores como el Glutamato(excitación), GABA (inhibición) TRATAMIENTO: <ul style="list-style-type: none"> Potenciadores GABA: * Valproato, * Benzodiazepinas, * Barbitúricos, * Vigabatrin, * Gabapentin, * Primidona, * Tiagabina Inhibidores neuronales: * Carbamazepina, * Fenitoina, * Tiropiramato, * Lamotrigina, * Fosfenitoina
COMPLICACIONES MEDICAS: <ul style="list-style-type: none"> Riesgo de sangrado si toman Valproato Sódico y Carbamazepina Pueden tener una crisis si en la consulta se genera estrés, fatiga, cansancio, luces parpadeantes o por fármacos epileptopatógenicos 	NUNCA DAR: <ul style="list-style-type: none"> Alcohol Clorpromacina Enflurano Flumazenil Lidocaína Quinolona Tramadol Antidepresivos tricíclicos AINEs (aumenta el riesgo de sangrado) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin: 10px;"> <p>Son fármacos epileptopatógenos aumentan el riesgo</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin: 10px;"> <p>Los fármacos que condicionen la actividad de los antiepilépticos son: Eritromicina, Claritromicina, Metronidazol, Propoxifeno, Derivados azólicos, AAS, otros AINEs y omeprazol Los fármacos que se alteran por los antiepilépticos son: Doxiciclina, Paracetamol y Corticoides</p> </div>
MANIFESTACIONES BUCALES: <ul style="list-style-type: none"> Hematomas Subcutaneos Fracturas de hueso facial Subluxación de la ATM Laceración de la lengua o mucosa Hipertrofia gingival (Fenitoina) Úlceras (Carbapina) Xerostomía (caries cervical) Estomatitis Sarpullido <div style="margin-left: 150px;"> <p>} Secundaria a las convulsiones</p> <p>} Secundario al tto antiepiléptico</p> </div>	TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO: <ul style="list-style-type: none"> Realizar el tto en fase estable, >6 meses sin crisis Potenciar Hig oral/ Tartrectomias periódicas Clorhexidina y Flúor Preferible prótesis fija (en dientes anteriores de PX con epilepsia severa, prótesis fija de estructura metálica en caras palatinas) Incrementar la retención de protesis removible <i>y Reforzar con Metal</i> Gingivectomía Preferible la colocación de implante Abre boca adecuado Condicionado PPR Px epilepsia severa

<p>Anestesia Local:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajas dosis • No usas anestesia electrónica <p>Sedación consciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicada para el control de la ansiedad • Evitar Midazolan y oxido nitroso <p>Anestesia General:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la anestesia general algunos agentes incrementan los efectos tóxicos 	<p>TRATAMIENTO DENTAL NO PERMITIDO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analgesia electrónica • No atender al paciente con crisis <6 meses 	<p>TRATAMIENTO DE URGENCIA:</p> <p>"GRAN MAL" <5min:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interrumpir el tto, tumbar al paciente en sillón o suelo • Proteger al paciente de posibles daños • Desaflojar ropa ajustada • Mantenimiento de vía aria con hiperextensión del cuello • Girar al paciente hacia el lado • Administrar oxígeno 6-8 L/min <p>Gran mal >10min:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento de vía aria y monitorización de signos vitales • Administrar oxígeno 10-15 L/min • Administrar Midazolam via oral o intranasal adultos 10mg/ niños <5 años 5mg • Administrar Diazepam Adultos 5-20mg IM o IV infusión lenta (2mg/min 3 min) y en niños <5 años (0.1-0.3mg/kg) IM o IV máximo 5mg • Si es posible determinar la glucemia • Contactar con asistencia medica
	<p>TEMPORALIZACIÓN Y POSICIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar tto dental en franjas horarias en que los ataques epilépticos ocurren frecuentemente. • Programar visitas cortas 	

<p>Anestesia Local:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducir dosis de anestésicos locales (algunos manuales lo dicen) • Precaución con el uso de vasoconstrictores en pacientes con cardiopatías, arritmias, y en aquello que reciben antidepresivos tricíclicos <p>Sedación consciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar fármacos opioides y las benzodicepinas (provocan depresión respiratoria) <p>Anestesia General:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esta contraindicada en cardiomiopatía y enfermedad respiratoria • Dificultad de la intubación endotraqueal • Los anestésicos inalados pueden producir depresión respiratoria • Riesgo de regurgitación y aspiración post-intubacion 	<p>TRATAMIENTO DENTAL NO PERMITIDO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar las impresiones porq se puede causar aspiración 	<p>TRATAMIENTO DE URGENCIA:</p>
	<p>TEMPORALIZACIÓN Y POSICIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necesitan asistencia física para el traslado . • Las sesiones tienen que ser cortas ya que estos pacientes se cansan pronto por la debilidad muscular • Sillón dental en 45º para facilitar la respiración, es necesario el uso de dique de goma y aspiración constante , debido al elevado riesgo cardiaco se recomienda monitorización de signos vitales • Atención domiciliar (esta se usara en estadios avanzados) 	

PATOLOGÍA: DISTROFIAS MUSCULARES		
CONCEPTO: Son un grupo de enfermedades hereditarias caracterizadas por debilidad y deterioro progresivo de la musculatura esquelética *Es la principal enfermedad degenerativa de la infancia		DIAGNOSTICO: <ul style="list-style-type: none"> • Niveles séricos de Creatinfosfoquinasa • Niveles séricos de aspartatotransaminasa • Niveles séricos de lactatodeshidrogenasa • Biopsia muscular
ETIOLOGÍA: Aun no esta esclarecida, pero se atribuye a: <ul style="list-style-type: none"> • Disfunción neuronal • Disfunción vascular • Disfunción bioquímica 		
CLASIFICACIÓN DE LAS DISTROFIAS MUSCULARES: <ul style="list-style-type: none"> • Steinert o Miotónica • Duchenne (Esta es la mas frecuente) • Becker • Del anillo aseo • Facio-especulo-humeral • Congenita • Oculofaríngea • Distal • Emery- Dreifus 	QUE TOMAN: <ul style="list-style-type: none"> • Antidepresivos Tricíclicos (en estos paciente cuando sufren cardiopatías y arritmias) 	TRATAMIENTO: <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia • Cirugía ortopédica • Consejo dietético
COMPLICACIONES MEDICAS: Comorbilidades como: <ul style="list-style-type: none"> • Cardiomiopatía • Arritmias • Complicaciones respiratorias (por debilidad de los músculos respiratorios) • TDI • Complicaciones oculares 		NUNCA DAR: <ul style="list-style-type: none"> • Evitar opioides • Evitar Benzodiazepinas (Ya que provocan depresión respiratoria)
HALLAZGOS ORALES: <ul style="list-style-type: none"> • Hig oral deteriorada • Elevada prevalencia de caries y gingivitis • Reflejos protectores disminuidos (Cuidado al hacer impresiones se puede causar aspiración) • Miopatía facial (Hipotonía, patrón dolico, maxilar sup estrecho y alargado, mordida abierto anterior. • Medidas cefalométricas alteradas 		TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO: <ul style="list-style-type: none"> • Potenciar educación de Higiene oral, implicando a familiares y cuidadores • Revisiones y tartrectomias periódicas • Raspado y alisado radiculares frecuentes y contralar el agrandamiento gingival postmedicacion • En niños Sellantes de fosas y fisuras • Aplicar flúor tópico y clorhexidina (gel o spray) • Los implantes son indicados para mejorar la función masticatoria , estética y fonación, pero necesita una evaluación previa de la coordinación y debilidad muscular.

Tema 1

TEMA: PACIENTES ESPECIALES ¿QUIEN, DONDE Y COMO TRATARLOS?		
<p>DISCAPACIDAD:</p> <p>Es una deficiencia física o mental que tiene un efecto sustancial, de larga duración y negativo sobre aptitud de la persona para ejercer actividades cotidianas.</p>	<p>LOS PACIENTES ESPECIALES PUEDEN SER:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Físicos • Psíquicos • Sensoriales • Medicamente comprometidos 	<p>ESTOS PACIENTES SUELEN PRESENTAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déficit motor (déficit de higiene) • Déficit psicológico (déficit de higiene y/o mala colaboración) • Comorbilidades: suelen presentar enfermedades adicionales a la enfermedad base • Discapacidades mixtas (En algunos pacientes)
<p>IMPORTANCIA SOCIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En España, el número total de personas con discapacidad es 3.528.221, lo que supone un 9% de la población. • Probabilidad de tener una discapacidad aumenta con la edad. • Las más prevalentes: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Deficiencias osteoarticulares ✓ Deficiencias visuales ✓ Deficiencias auditivas • El 63% de los discapacitados presentan dificultad para realizar actividades de la vida diaria. 	<p>RIESGO DE ENFERMEDADES ORALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del esmalte • Déficit absoluto de higiene oral • Agrandamiento gingival de origen farmacológico • Abrusiones dentales extremas por bruxismo • Autolesiones (Generalmente de partes blandas) • Maloclusiones (También son frecuentes las alteraciones de número, morfología y estructura dentarias, así como de la cronología de la erupción) 	<p>OBJETIVOS DE LA SALUD ORAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No causar perjuicio • Evitar y tratar el dolor y la infección • Proporcionar al paciente una buena función oral • Conservar/recuperar la estética • Capacitar al Paciente y/o a sus cuidadores para el cuidado de la salud oral
<p>EQUIPO MULTIDISCIPLINAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Odontólogo general (+) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Padres y tutores ✓ Cuidadores ✓ Trabajadores sociales ✓ Médico de familia o pediatra ✓ Odontólogos especializados 	<p>HISTORIA MEDICA Y ODONTOLOGIA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prevención de complicaciones 2. Control de conducta 3. Acceso, temporalización y posición 4. Tratamiento odontológico 5. Selección de fármacos 	<p>PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES:</p> <p>Son complicaciones en el paciente especial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia (Enf coagulopatias) • Infecciones (En inmunosupresores) • Estrés (principal desencadenante de urgencia) • Prescripción farmacológica (Interacciones) • Complicaciones médicas: (descompensación/ urgencias)

CLAFICACION DEL ESTADO FISICO DE LA ASA (Sociedad Americana de Anestesiología):

ASA	DEFINICION	TTO DENTAL
I	Px Sano	Ninguna modificación
II	Px con enf sistémica moderada	Consulta médica opcional Pocas modificaciones
III	Px con enf sistémica severa	Consulta médica recomendada Previo tto medico/quirúrgico hospital
IV	Px con enf incapacitante	Consulta médica obligada Previo tto medico/quirúrgico hospital Emergencias dentales
V	Px moribundo	Consulta médica obligada Hospital Emergencias dentales

CONTROL DE LA CONDUCTA:

- ¿Podría el Px cooperar?
- ¿Podría el Px ingerir medicamento por vía oral?
- ¿Cuáles son las posibles interacciones medicamentosas o efectos adversos?
- ¿Cuál es la opinión de su médico y otros profesionales?
- Consentimiento informado

ACCESO, TEMPORALIZACION Y POSICION:

- En Px muy pequeños el tto se efectúa en el regazo del acompañante.
- Sistemas adaptados de desplazamiento.
- Sistemas de transferencia silla de ruedas al sillón dental.
- TTo odontológico en la propia silla del Px.
- Empleo de cojines y elementos similares facilita el mantenimiento de posiciones poco convencionales en Px con problemas Neuro u Osteomusculares.
- En Px con síndrome de Down hay que evitar la hipertensión del cuello porque pueden tener una subluxación atlanto-Axoidea.
- Respetar siempre la idiosincrasia del Px. Ejm un niño que se cubre con capucha para ocultar la alopecia secundaria a la quimioterapia.
- Otras opciones de tto son la asistencia domiciliaria, en residencias, etc

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO:

Está condicionado a:

- Tipo y severidad de la enfermedad sistémica
- Procedimientos dentales indicados/previos
- Técnica anestésica requerida
- Experiencia del equipo odontológico

SELECCIÓN DE FARMACOS:

- Está condicionado por la Enfermedad sistémica:
 - ✓ Ejemplo Px con insuficiencia renal
 - ✓ Px con hepatopatías
 - ✓ Px alérgicos
- Interacciones con otros fármacos

PATOLOGÍA: SÍNDROME DE DOWN

CONCEPTO: Es un trastorno caracterizado por la presencia de un cromosoma adicional en la posición del 21, que ocasiona retraso mental y determinadas alteraciones morfológicas

SELECCIÓN DE FÁRMACOS: Evitar fármacos que tengan sinergismo con los inhibidores de agregación plaquetaria y anticoagulantes (si es que le paciente los esta recibiendo)

ETIOLOGÍA:

- Trisomia 21 (90 %)
- Trisomia mosaico 21 (2-4%)
- Trisomia tranlocacion 21 (3-4%)

COMPLICACIONES MEDICAS:

- Infecciones cruzadas debido al riesgo de hepatitis B
- Elevada tendencia a infecciones focales pre y post-operatorias por deficiencias inmunológicas
- Tendencia al sangrado si reciben antiagregantes plaquetarios
- Riesgo de coma Mixedematoso debido al hipotiroidismo
- Neumonía/ TDI / Pérdida de memoria y demencia

MANIFESTACIONES CLINICAS:

- Retraso mental
- Facies mongoloides
- Corta estatura / *Retraso en crecimiento
- Braquicefalia
- Hipotonía muscular
- Incremento de la flexibilidad articular
- Displasia pélvica
- Clinodactilia
- Pliegues palmares de simio / * Pérdida de audición
- Manchas de busfiel en el iris / *Astigmatismo o miopia
- Estrabismo / * Hipotiroidismo

QUE TOMAN:

- Inhibidores de la agregación plaquetaria
- Anticoagulantes

NUNCA DAR:

- Evitar fármacos que tengan sinergismo con los inhibidores de la agregación plaquetaria y anticoagulantes

RAZÓN:**HALLAZGOS ORALES:**

- | | |
|--|---|
| 1- Hipoplasia del tercio-medio-axial | 9- Anomalías en la morfología dentaria |
| 2- Hipotonía muscular | 10- Clase III osea |
| 3- Incompetencia labial | 11- Mordida Cruzada anterior/posterior, uni o bilateral |
| 4- Fisuras labiales | 12- Hipocalcificación Dentaria |
| 5- Protrusión lingual y pseudomacroglósida | 13- Erosión |
| 6- Lengua escrotal | 14- Baja prevalencia en Caries |
| 7- Retraso en la erupción dental | 15- Enfermedad Periodontal |
| 8- Agenesias dentales | 16- GUNA |

TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO:

- Revisiones periódicas (cada 3 meses)
- Tartrectomias periódicas
- Aplicar antisépticos
- Placas removibles de estimulación oro facial
- Fisioterapia para mejorar hipotonía muscular
- Expansión y tracción de maxilar superior
- Prótesis fijas indicadas en optima higiene oral
- Enjuagues de Clorhexidina antes y después de tto
- Valorar necesidad de profilaxis antibiótica
- IOI en optima Hig oral/ Valorar apretamiento dentario para integración de implantes
- Consejo dietético

Para el control de Trombofilia.

ANESTESIA LOCAL:

- Precauciones rutinarias
- Es la técnica de elección ya que sufren múltiples patologías

SEDACIÓN CONSCIENTE:

- Es la técnica indicada para reducir la ansiedad en pacientes con patología cardíaca
- Hay que controlar la función respiratoria y el riesgo de infección respiratoria

ANESTESIA GENERAL: No es recomendable esta técnica

- Presentan factores que dificultan la intubación como la hipoplasia del tercio-medio-axial y subluxación atlanto axial
- La obesidad es frecuente en los Px con Síndrome de Down y esto condiciona la práctica de esta técnica anestésica

POSICIÓN Y TEMPORALIZACIÓN:

- Se programan visitas cortas y enfocadas a la práctica de un tratamiento dental
- Evitar la hiperextensión del cuello ya que estos pacientes presentan inestabilidad atlanto axial

NOTA:

PATOLOGÍA: RETRASO MENTAL			
CONCEPTO: Es una persona común desarrollo inferior al normal y que presentan dificultades en el aprendizaje y la adaptación social		DIAGNOSTICO:	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hallazgos clínicos ➤ Grado de coeficiente intelectual ➤ Habilidades en el aprendizaje 			
ETIOLOGÍA:		COMPLICACIONES MEDICAS:	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Problemas en el embarazo: Rubeola y síndrome del alcohol fetal ➤ Problemas en el nacimiento: como traumatismos ➤ Problemas post-natales: Meningitis, mal nutrición extrema y tóxicos como plomo y mercurio ➤ Condiciones genéticas: como el Síndrome de Down y Síndrome x Frágil y Fenilcetonuria 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dificultades de comunicación ➤ Movimientos incontrolados o autoagresión ➤ Pueden presentar defectos cardiacos y/o psiquiátricos ➤ Ansiedad 	
TRATAMIENTO:	QUE TOMAN:	NUNCA DAR:	RAZON:
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuidado en casa y en institución (en pacientes con RM leve/moderado) ➤ Cuidado exclusivo en institución (pacientes con RM grave) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Neurotóxicos <p>(En estos pacientes la medicación suele ser prolongada, por lo que podemos encontrarnos con complicaciones como hepatitis toxica, obesidad, tolerancia a fármacos, hipertrofia gingival entre otras...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Codeína ➤ Tramadol ➤ Hidroxicina ➤ Difenhidramina ➤ Benzodicepinas 	<p>Porq estos fármacos pueden tener sinergismo con los neurolépticos</p>
HALLAZGOS ORALES:		TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO:	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Caries y Enf. Periodontal ➤ Perdidas dentales (por automutilación) ➤ Lesiones en tejidos orales/faciales (automutilación) ➤ Ulceras orales (por diferentes etiologías, como déficit vitamínico) ➤ Babeo excesivo (se usan parches de escopolamina, terapia de lenguaje, terapia con aparatos intraorales) ➤ Hipoplasia del esmalte 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implicar a familiares y cuidadores en el cuidado de la Hig. Oral ➤ Revisiones periódicas ➤ Sellantes de fosas y fisuras en niños ➤ Spray o geles de clorhexidina ➤ Protectores individualizados para evitar lesiones orales ➤ Impresiones con silicona ➤ Tartrectomias periódicas ➤ Gingivectomia 	
ANESTESIA LOCAL: Tipo de anestesia de primera indicación Puede requerir varias sesiones de contacto, Evitar la anestesia troncular, debido a la falta de control.		CLASIFICACIÓN DE RM EN FUNCIÓN DEL COEFICIENTE INTELECTUAL	
SEDACION CONSCIENTE: Tener cuidado con posible interacciones con los fármacos neurolépticos que toma. (Pedimos consejo a su medico para que nos diga que fármaco debemos usar.		<ul style="list-style-type: none"> ➤ LIMITE: CI 84-70 ➤ RM LEVE: CI 69-50. Viven en casa tienen conversación controlada, independencia completa en el cuidado personal, practican tareas domesticas , lectura y escritura. ➤ RM MODERADO: CI: 49-35. Estos pacientes presentan un lenguaje limitado, necesitan asistencia en el cuidado personal, practican actividades simples y completa movilidad ➤ RM SEVERO: CI < 35. Dependencia del cuidado personal, uso de palabras o gestos para necesidades básicas, realizan actividades supervisadas, trabajos estructurados y afectación de la movilidad 	
ANESTESIA GENERAL: Tecnica usada no solo en la falta de colaboración del paciente sino también en tratamientos largos y complejos. La evaluación preoperatoria es rutinaria		NOTA:	
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ El ATARAX no interacciona se puede dar sin problemas, pero en todo caso debemos contactar a su medico. ➤ Presentan poca colaboración para realizar una radiografía ➤ Estos pacientes pueden desarrollar Hepatitis toxica a causa de medicamentos por tratamientos prolongados 	

PATOLOGÍA DESORDENES AUTISTAS

CONCEPTO: Es una discapacidad de desordenes del desarrollo caracterizado por escasas destrezas sociales, ausencias de relaciones interpersonales, alteraciones en el habla, el lenguaje y comportamientos compulsivos o ritualistas

DIAGNOSTICO:

- Sin diagnostico hasta los 4-5 años *por Hallazgos Orales*

ETIOLOGÍA: No se conoce claramente porque se produce; pero puede estar asociado a:

- Alteraciones cromosómicas
- Trastornos infecciosos
- Deficiencias inmunológicas
- Alteraciones metabólicas
- Anomalías estructurales cerebrales

COMPLICACIONES MEDICAS:

- Actitud distante y pasivas
- Actitud alcanzable
- Actitud activa
- Movimientos incontrolados y agresión

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

- Aislamiento en su mundo propio
- Coeficiente intelectual <70 (excepto en el síndrome de Asperger)
- Epilepsia del lóbulo temporal
- Evitan contacto visual
- Alteraciones de lenguaje
- Comportamiento antisocial/ Acciones repetitivas
- Mantenimiento en un entorno no modificable
- Insensibilidad al dolor / Esquizofrenia (en adolescentes)

QUE TOMAN:

Toman antipsicóticos como el:

- Haloperidol

Antidepresivos como: *Imipramina*

- Clomipramina *Paroxitina*

- Fluoxetina *Carbamazepina*

Anticonvulsivantes *Fenitoina*

Beta-bloqueantes *Ac. Valproico*

NUNCA DAR:

- Analgésicos opiáceos

RAZÓN:

Se evitan en los pacientes con desordenes autistas que reciben tratamiento con Haloperidol ya que incrementan los defectos depresivos

HALLAZGOS ORALES:

- Caries y enfermedad periodontal = Igual a un paciente sano
- Bruxismo
- Lesiones traumáticas por automutilación
- Xerostomia causada por Paroxitina, Fluoxetina e imipramina
- Ulceras orales por la Carbamacepina
- Retrazo en la cicatrización por el Valproato sódico
- Agrandamiento gingival por Fenitoina

TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO:

- Revisión periódica
- Potenciar Hig Oral
- Utilizar técnica paso a paso
- Diseño individualizado de protectores orales para evitar lesiones de tejidos orales

ANESTESIA LOCAL:

- Toleran al dolor

SEDACIÓN CONSCIENTE:

- Éxito impredecible
- Dificultad de óxido nitroso por comunicación

ANESTESIA GENERAL

- Indicada paciente incontrolables
- De un 37 a 76% *DE ESTOS Pacientes*
Requieren tratamiento dental bajo anestesia general

POSICIÓN Y TEMPORALIZACIÓN:

- Minimizar tiempo de espera
- Utilizar el mismo gabinete dental y el mismo equipo de trabajo
- Potenciar desensibilización
- Objeto rescate que le ayude a controlar la ansiedad o el estrés
- Reducir los ruidos

TRATAMIENTO NO PERMITIDO

- Evitar cepillo eléctrico
- Evitar uso de aspiradores e instrumental rotatorio
- Evitar la técnica decir mostrar y hacer

PATOLOGÍA: DEFICIENCIAS VISUALES					
CONCEPTO: Es una alteración que afecta a la función normal de la visión, puede ocasionar ausencia parcial o completa de la visión. Ceguera: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausencia completa de la visión ✓ Ligera percepción de la luz pero no de las formas de los objetos 	Diagnostico: Acudiendo a una óptica a una revisión de la agudeza visual a través de un optotipo donde se distinguen letras y número de diferentes tamaños <ul style="list-style-type: none"> ✓ Agudeza visual: Es la capacidad de percibir las formas de los objetos y discriminar sus detalles ✓ Campo visual: Es la capacidad de percibir los objetos situados fuera de la visión central 				
ETIOLOGIA: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <ul style="list-style-type: none"> *Cataratas *Tracoma *Glaucoma </td> <td style="width: 10%; border: none; text-align: center;">} Países en desarrollo</td> <td style="width: 50%; border: none;"> <ul style="list-style-type: none"> *Cataratas *Retinopatías diabéticas *Degeneración muscular asociada a la edad </td> <td style="width: 10%; border: none; text-align: center;">} Países Desarrollados</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> *Congénitas: Polimalformaciones, infecciones Rubeola *Perinatal: Infección por toxoplasmosis *Postnatal: Degeneración muscular, retinitis pigmentosa, tumores sólidos, diabetes 		<ul style="list-style-type: none"> *Cataratas *Tracoma *Glaucoma 	} Países en desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> *Cataratas *Retinopatías diabéticas *Degeneración muscular asociada a la edad 	} Países Desarrollados
<ul style="list-style-type: none"> *Cataratas *Tracoma *Glaucoma 	} Países en desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> *Cataratas *Retinopatías diabéticas *Degeneración muscular asociada a la edad 	} Países Desarrollados		
COMPLICACIONES MEDICAS: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Movimientos súbitos (por ruidos inesperados) ✓ Enfermedades de base ✓ Síndrome polimalformativo (como albinismo, cardiopatía) ✓ Diabetes 	NUNCA DAR : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Atropínicos ⇨ Agravan glaucoma ✓ Diazepam y otras benzodiazepinas ⇨ Agravan Glaucoma ✓ Atropina / Escopolamina ✓ Glicopirolato / Corticoides ✓ Antidepresivos tricíclicos ✓ Hidroxina/ Definhidramina <p style="text-align: right;">} Están contraindicado en caso de Glaucoma</p>				
HALLAZGOS ORALES: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Niños: Fracturas dentales, alteraciones dentarias, mucosa y lengua, es similar a la de los niños sin deficiencias visuales ✓ Adultos: Hig oral deficiente ✓ Índice CAO elevado ✓ Incapacidad para detectar enfermedades orales precozmente 	TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Programa de educación sobre salud oral ✓ Valorar la práctica de la higiene oral ✓ Valorar la capacidad de reconocer, insertar y remover la prótesis moco soportadas ✓ Dejar que el paciente toque el sillón y equipamiento ✓ Historia Clínica y consentimiento en fuente grande o Braille ✓ Reforzar conducta positiva y explicar todos los tratamientos 				
Anestesia Local: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Baja tolerancia al dolor Sedación consciente: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evitar Diazepam y otras benzodiazepinas ✓ Se puede utilizar Atarax Anestesia General: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evitar atropínicos ya que agravan el glaucoma 	TEMPORALIZACIÓN Y POSICIÓN: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Debemos preguntar antes si necesita ayuda ✓ Si tienen perro guía entra con el paciente al sillón dental ✓ Se necesitan desplazarse pueden utilizar la técnica guía (la persona ciega localiza el codo de la persona vidente y coloca la mano en la zona interior del brazo, por encima del mismo, el guía debe ir un paso por delante y el ciego notará así cualquier cambio que se produzca en la marcha) 				

PATOLOGÍA: DEFICIENCIAS AUDITIVAS

CONCEPTO: Sordera es la dificultad o la imposibilidad de usar el sentido del oído debido a una pérdida de la capacidad auditiva parcial (Hipoacusia), o total (cofosis), uni o bilateral

Diagnostico:

- ✓ Autometria

ETIOLOGIA: Conductiva:

- ✓ Desordenes congénitos craneofaciales
- ✓ Infecciones crónicas
- ✓ Traumas
- ✓ Osteoesclerosis

Neurosensorial:

- ✓ Desordenes genéticos
- ✓ Fracturas de cráneo
- ✓ Complicaciones durante embarazo o nacimiento
- ✓ Niños prematuros
- ✓ Ruidos fuertes (turbina)
- ✓ Infecciones como rubeola
- ✓ Tumores
- ✓ Antibióticos / Agentes quimioterapicos

COMPLICACIONES MEDICAS:

- ✓ Determinar grado de perdidas auditivas
- ✓ Valorar capacidad de expresión y lenguaje
- ✓ Considerar existencia de otras enfermedades
- ✓ En ancianos presencia de patologías crónicas

NUNCA DAR :

- ✓ Antibióticos aminoglicosidos
 - ✓ Antibióticos Macrolidos
 - ✓ Azitromicina
 - ✓ Metronidazol
 - ✓ Clindamicina
 - ✓ Indometacina
- Producen ciertas alteraciones en los oídos
- Producen Tinitus

TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO:

- ✓ Consulta meduca indicaciones lumínicas
- ✓ Poco ruido de fondo
- ✓ Hablar con cara destapada o mascarilla transparente
- ✓ No elevar el tono ni gritar
- ✓ Lenguaje adaptado a nivel socio cultural y edad
- ✓ Emplear lenguaje de signos y mímica
- ✓ Hablar lentamente y con claridad y manteniendo la cabeza firme
- ✓ Apoyo en un interprete de signos

Anestesia Local:

- ✓ Precaución rutinaria

Sedación consciente:

- ✓ Dificultad de la monitorización

Anestesia General:

- ✓ Asegurar métodos de comunicacion

NOTA:

- ✓ Utilizar técnica decir mostrar y sentir

CLASIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS AUDITIVAS:

- *Leve ⇨ 20-40db Perdidos
- *Media ⇨ 40-80db perdidos
- *Severa ⇨ 80-90db Perdidos
- *Profunda ⇨ >90 db perdidos

Según grado de
Pérdida auditiva

- *Sordera conductiva o de transmisión
(oído externo medio y laberinto)
- *Sordera Neurosensorial o de percepción
(oído interno, nervio auditivo y lóbulo temporal)

Según la zona
donde aparece
la lesión

- *Prolecutiva
- *Post-locutiva

Según la edad
de aparición

PATOLOGIA: ENTIDADES PATOLOGICAS DE LA INFECCION CRUZADA				
	SON:	CARACTERISTICAS:	VIRUS RESPONSABLE:	VIRUS RESPONSABLE
CLASE I	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sarampión ➤ Rubeola ➤ Parotiditis ➤ Tétanos ➤ Difteria 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inmunización específica y eficaz ➤ No representa riesgo ocupacional 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Transmisión por fómites ➤ Responsable de los procesos gripales ➤ Principal causa de absentismo laboral ➤ Grupo de riesgo donde esta especialmente indicada la vacunación Inmunosuprimidos diabético y personal sanitario 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Todos los personales sanitarios deben vacunarse contra el virus ➤ Tiene complicaciones
CLASE II	SON: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Gonorrea ➤ Sífilis ➤ Granuloma Inguinal ➤ Linfogranuloma Venerio ➤ Staphilococcus spp ➤ Streptococcus spp ➤ Candidiasis spp 	CARACTERISTICAS: <ul style="list-style-type: none"> ➤ No inmunización específica (no vacuna) ➤ Baja prevalencia ➤ Bajo riesgo ocupacional 	ETS: <ul style="list-style-type: none"> *Sífilis: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Enfermedad de transmisión sexual y materno fetal ➤ Contagiosidad limitada unas horas tras iniciar tt ab -Afectaciones: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Primarias: Previa a la genital se denomina chancro (lengua y labio) ➤ Secundaria: Después de la genital, son pupulas/ lesiones diana (mas tenue) también aparecen fisuras profundas. *Gonorrea: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Enfermedad de transmisión sexual ➤ Puede tener manifestaciones en la cavidad oral (estomatitis y amigdalitis) ➤ Bacteria de la familia de las griseidos 	
	Infeción focal: (Endocarditis Bacteriana) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sobre todo asociada a condiciones de salud ➤ Especialmente en grupo de viridians (streptococcus con funciones químicas específicas) ➤ Responsable del 70-75% de las EB de origen oral ➤ Evaluación subaguda 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Streptococcus orales : La cavidad oral es su principal nicho ecológico por eso recibe es nombre ➤ Estudio: Exodoncia + toma de sangre 	Infeción Fúngica: <ul style="list-style-type: none"> *Superficiales: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Principal agente etiológico: Cándida ➤ Factores locales: (Estomatitis, Protesica, corticoides, inalados) y sistémicos (VIH) *Profundas: <ul style="list-style-type: none"> ➤ En inmunodeprimidos poco habituales 	

	SON:	CARACTERISTICAS:	CARACTERISTICAS COMUNES DE LOS HERPES:	FORMAS DE INFECCION:
CLASE III	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Herpes simple ➤ Varicela Zoster ➤ Citomegalovirus ➤ Epstein Barr ➤ Herpes virus tipo 6 ➤ Herpes virus tipo 7 ➤ Herpes virus tipo 8 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No inmunización específica ➤ Alta prevalencia (riesgo mayor) ➤ No se elimina con tratamiento específico, quedan acantonadas para siempre 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Virus ADN ➤ Tras promoinfección quedan latentes en células específicas ➤ Al reactivarse ocurren infecciones recurrentes ➤ Contagio por contacto directo por saliva/secreciones genitales ➤ Potencial de malignización (Epstein Barr y herpes VIII) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Infección recurrente: herpes simple ➤ Varicela Zoster: Promoinfección ➤ Panadizo herpético: Herpes simple ➤ Infección recurrente de varicela zoster ➤ Sarcoma de Kaposi (tipo VIII)
VIRUS HERPES SIMPLE		VIRUS EPSTEIN BARR		
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Altamente contagioso ➤ Casos de contagio en clínica dental todos por no usar medidas de barrera ➤ El 5-10% de los portadores asintomáticos son contagiosos en algún momento ➤ El 5% se activa tras la manipulación odontológica 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Adenopatía regional (mononucleosis) ➤ Muy frecuente ➤ En niños: Infecciones pasajeras asintomáticas ➤ En jóvenes: Mononucleosis infecciosa, puede contagiarse por saliva; manifestaciones: Fiebre, dolor de garganta, adenopatías regionales, se resuelve solo de 2-4 semanas ➤ No hay evidencia de manifestaciones asociadas al tto odontológico ➤ Vinculado a malignización 		
CLASE IV	<p>SON:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ VHB ➤ VHC ➤ VIH 	<p>REGISTRO DE TRANSMISION:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ VHB: <ul style="list-style-type: none"> *Ag HBs+ Ag HBe + Hepatitis clínica 37-62% Serología positiva/ 22-31% *Ag HBs+ Ag HBe- Hepatitis clínica 23-37% Serología positiva/ 1-6% ➤ VHC: 1.8% (0-7%) ➤ VIH: 0.3% (0.2-0.5%) 	<p>CARACTERISTICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ No inmunización específica (excepto Hepatitis B) ➤ Importante morbi-mortalidad ➤ Prevalencia variable en la comunidad ➤ Riesgo de transmisión ocupacional 	

<p>*VHB:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Concentración: -Alta: (En sangre, suero, exudado de heridas) -Moderadas: (Semen, Fluidos vaginales, Saliva) -Baja o no Detectable: (orina, heces, sudor, lagrimas, leche materna) ➤ Transmisión en la clínica dental de VHB desde 1987; no se registran casos por medidas de protección universal (la esterilización VHB) y vacunación 	<p>*VHC:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevalencia odontológica del 0.2% ➤ Vías de transmisión: Drogas, vía parenteral, transfusión, sexual, sacarificación religiosa, reflujos, punción de riesgo, piercing ➤ Se elimina con la esterilización ➤ Se detecta en saliva en mas de la mitad de pacientes con VHC, pero no tiene capacidad infectante ➤ El riesgo de transmisión en la consulta es bajo 	<p>*VIH:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Transmisión: por sangre, semen, secreciones vaginales y leche materna; existe en la saliva, pero no se contagia ➤ Casos de contagio Px-Odont 9 casos y Odont-Px 3 casos ➤ Factores de riesgo: Vol de sangre y carga viral ➤ Virus muy débil, se mata fácil, con el calor 65-75º en 10 min; desinfectantes (hipoclorito, glutaraldeido) 10-30min antisépticos 2-3 min 	
<p>CLASE V</p>	<p>SON:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tuberculosis 	<p>CARACTERISTICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ No inmunización ➤ Transmisión aérea bastante contagiosa ➤ Hay sepas resistentes al tratamiento ➤ Riesgo de transmisión ocupacional 	<p>TUBERCULOSIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Etiología micobacterias ➤ Trasmisión por vía aérea (gotas de aerosol) ➤ Cavidad oral: afectación de tejidos blandos (lengua)+ adenopatías + glándulas salivales ➤ No se ha confirmado ningún contagio en clínica dental según Galicia ➤ Transmisión: Submaxilitis en pacientes con VIH, adenopatías regionales que drenan ➤ Medidas especiales: Test de tuberculina periódico, sistema de ventilación específico, fuente de luz germinada UB, retrasar tto dental 3 meses porq es cuando hay cambio del tto antibiótico.

<p>CLASE VI</p>	<p>SON:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Priones 	<p>CONCEPTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Son glicoproteínas alteradas en la superficie de las células que producen alteraciones en la sustancia gris del cerebro ➤ Problemas: pueden llegar a resistir la esterilización 	<p>ENCEFALOPATIAS ESPONGIFORMES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Enfermedad degenerativa de evolución fatal ➤ Diagnóstico: Vacuolas microscópicas en sustancia gris ➤ Transmisión: interpersonal, del CJ clásico por manipulación medico quirúrgico, no hay constancia de transmisión de la nueva variante ➤ Deseminación de priones, detectados en gingival, pulpa y glándulas salivales ➤ Recomendaciones: tratamiento al final de la sección, instrumental desechable, no conectar las mangueras al sillón, succión independiente, hipoclorito a altas concentraciones, y aplicar medidas universales de barrera
------------------------	--	--	--

PATOLOGIA: VIH/SIDA		
CONCEPTO: Espectro de trastorno que abarca desde la infección primaria pasando por el estado de infección asintomática hasta la enfermedad avanzada, asociada a la infección por el virus de inmunodeficiencia humana y los recuentos de los linfocitos T-CD4+		
ETIOLOGIA:	VÍA DE TRANSMISIÓN:	COMPLICACIONES MEDICAS:
<ul style="list-style-type: none"> ❖ VIH 1 ⇒ Distribución Mundial ❖ VIH 2 ⇒ Fundamentalmente en África 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sexual ❖ Parenteral ❖ Perinatal (Vertical) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tendencia al sangrado por la toma de Ritonavir y otros antirretrovirales, producen trombocitopenia. ❖ Considerar la presencia de anemia ❖ Otra enfermedad asociada como la hepatitis B, C y toxica y tuberculosis
QUE TOMAN:	MEDICAMENTOS DE PRECAUCIÓN O NO MEDICAR:	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ritonavir ❖ Indinavir ❖ Nelfinavir ❖ Zidovudina ❖ Paracetamol ❖ Ibuprofeno ❖ Diclofenaco ❖ Amoxicilina ❖ Metronidazol 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Benzodiazepinas ⇒ Interaccionan con Miconazol, Indinavir, Ritonavir, Fluconazol, Nelfinavir, Intraconazol incrementando la sedación ❖ Miconazol, Ketoconazol, Intraconazol, Fluconazol, interaccionan con Terferidina produciendo arritmias y cardio toxicidad ❖ Antiagregantes plaquetarios con AAS ❖ Eritromicina ⇒ Interacciona con Indinavir y Ritonavir ❖ Metronidazol ⇒ Interacciona con Ritonavir líquido causando muerte súbita por alteraciones cardiacas ❖ Los Opioides producen efecto antabus ❖ Opiodes como el Piroxican ⇒ Aumentan el concentrado del antirretroviral 	
MANIFESTACIONES BUCALES:		TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO:
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Verrugas vulgares ❖ Linfoma ❖ Carcinoma espidiforme ❖ Eritema Multiforme ❖ Ulceras ❖ Xerostomía ❖ Disguesia ❖ Agrandamiento Parotideo ❖ Queilitis eruptiva ❖ Parestesia Perioral 	<p>Por pacientes que reciben TAE</p> <p>El TAE también conlleva múltiples y en ocasiones graves efectos adversos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cobertura antibiótica si tienen infecciones y antiséptica de manera profiláctica ❖ Evaluar siempre el riesgo de sangrado para las cirugías ❖ Raspado por cuadrante por sesión y valorar respuesta de los tejidos ❖ Antibioterapia en Periodoncia (Amoxicilina + Metronidazol) ❖ Limas nuevas y de uso único en Endodoncia ❖ Las endodoncias siempre en dos fases ❖ Implantes no contraindicados
CLASIFICACION DE VIH POR LAS CARACTERISTICAS CLINICAS:		CLASIFICACION DEL VIH POR LOS NIVELES DE NEUTROFILOS:
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Categoría A ⇒ Asintomatica inf. aguda o linfonopatogenica ❖ Categoría B ⇒ Sintomatica ❖ Categoría C ⇒ Enfermedad definitiva de SIDA 		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Categoría 1 ⇒ >500ul ❖ Categoría 2 ⇒ 200-500ul ❖ Categoría 3 ⇒ <200ul <p style="text-align: right;">} T-CD4+ ul (Microlitros)</p>
GRUPO I:	GRUPO II:	GRUPO III:
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Candidiasis ❖ Leocoplasia vellosa ❖ Neoplasias: -Sarcoma de Kaposi -Linfoma de Hodgkin ❖ Enfermedad Periodontal: -Eritema gingival lineal -GUNA -PUNA 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Infecciones Bacterianas: *M. Avium intracelulare *M. Tuberculosis ❖ Hiperpigmentacion Melanica ❖ Estomatitis necrotizante ❖ Alteraciones de las glándulas salivales ❖ Púrpura trombocitopenia ❖ Ulceracion inespecifica ❖ Inf. Virica: *Herpes simple *Papiloma virus (condiloma, hiperplasia, epitelial focal y verruga vulgar) *Virus de varicela zoster (Varicela y herpes zoster) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Infección Bacteriana (Acetomices Israeli y eschericha coli) ❖ Enfermedad por arañazo de gato (Bactronela Henselae) ❖ Reacciones medicamentosas (Ulceras, eritema y liquenoide) ❖ Infecciones Fúngicas (distintas a candidiasis) ❖ Alteraciones neurológicas Parálisis facial y neuralgia del trigémino ❖ Infecciones víricas: *Citomegalovirus *Molluscum Contagiosum

ANESTESIA LOCAL:

- ❖ Minimizar el riesgo de contagio con aguja contaminada
- ❖ Evitar bloqueos regionales por la tendencia al sangrado
- ❖ Interacciona con las amidas

SEDACION CONSCIENTE:

- ❖ Evitar benzodicepinas

ANESTESIA GENERAL:

- ❖ Necesaria la evaluación medica y anestésica

PATOLOGÍA: INFECCIÓN FOCAL		
CONCEPTO: Es una infección generalizada o localizada, causada por la deseminación de microorganismos o sus productos tóxicos de un foco de infección, que en nuestro caso infección focal de origen oral, va estar situado en la cavidad oral		PRINCIPALES INFECCIONES FOCALES DE ORIGEN ORAL: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Absceso cerebral ❖ Endocarditis Bacteriana ❖ Inf sobre prótesis articulares
DISTRIBUCIÓN: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Circulación sanguínea o bacteriemia (Es la mas frecuente y la mas importante) ❖ Distribución linfática ❖ Transporte axoral retrogrado 	ETIOLOGÍA: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Endocarditis bacteriana 70-75% de las EB de origen oral <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Streptococcus spp ❖ Protésis Articulares <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Basilos Gramnegativos ⇒ Staphylococcus aerus ⇒ Staphylococcus Cuagulosa negativos ❖ Abscesos cerebrales <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Anaerobios Estrictos ⇒ Streptococcus spp 	
Desde 1955 se elaboro el primer régimen profiláctico de EB secundaria a procedimientos odontológicos		
QUE ES LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA? <ul style="list-style-type: none"> ❖ Es la administración pre, pri y post-operatoria de un antibiótico para la prevención de una complicación infecciosas focal 	CUALQUIER REGIMEN PROFILACTICO ABARCA: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Pacientes susceptibles ❖ Procedimientos odontológicos de riesgo ❖ Antibiótico de elección y patología ❖ Antisépticos 	ALTERACIONES CARDIACAS PREDISPONENTES (PX DE ALTO RIESGO) Según la sociedad cardiológica Española 2009 (ESC) <ul style="list-style-type: none"> ❖ Cardiopatías congénitas no tratadas , tratadas en los primeros 6 meses post-cirugía y tratadas con defectos residuales) ❖ Prótesis valvular cardiaca ❖ Endocarditis Bacteriana previa ❖ Transplantados cardiacos con valvulopatias "OJO" A LOS PACIENTES CON VALVULOPATIAS NO SE DA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA
PROFILAXIS POR MEDICAMENTOS <ul style="list-style-type: none"> ❖ Paciente no alérgico a la penicilina (30min/ 1 hora antes del tto) <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilina 2gr (50mg/Kg en niños) Via oral ❖ Paciente alérgico a la penicilina (30min/1 hora antes del tto) <ul style="list-style-type: none"> • Clindamicina 600mg (20mg/Kg en niños) Via oral • Azitromicina 500mg (15mg/Kg en niños) • Claritromicina 500mg (15mg/Kg en niños) via oral 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Los pacientes edentulos pueden desarrollar EB de origen oral, es por ello que debemos haber revisiones periódicas para el reajuste de sus prótesis ❖ Preferiblemente hacer sesiones largas, para evitar resistencias y alergias ❖ Si el paciente estaba tomando antibiótico hace un mes debemos administrar como profilaxis un antibiótico de diferente familia ❖ Se el paciente se le ha olvidado tomar el antibiótico como profilaxis antibiótica podemos atenderlo e indicarle que deberá tomarlo hasta dos horas después de su tratamiento ❖ Una única dosis de su tratamiento por via oral le proporciona al paciente concentraciones séricas elevadas que persisten durante horas, es decir no hace falta la segunda dosis de antibiótico ❖ Si el paciente necesita varias sesiones de tto debemos alternar la amoxicilina con clindamicina o macrolidos asi no tendremos que esperar ningún periodo entre sesiones. ❖ Si un paciente es portador de marcapasos no será necesario proporcionarle porfilaxis antibiótica ya que no son pacientes de alto riesgo en EB ❖ Pacientes con antecedentes de murmullo cardiaco o soplo no es necesario administrar profilaxis antibiótica 	
EXISTEN OTROS PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Artropias inflamatorias ❖ Inmunosupresión ❖ Diabetes Millitus tipo I ❖ Desnutrición ❖ Injertos ❖ Insuficiencia renal o hepática no controlada ❖ Esplenectomizados ❖ Hemofilia 		

PATOLOGÍA: DIABETES MILLITUS (Esta enfermedad afecta a un 2% de la población)

CONCEPTO:

- Es un desorden metabólico crónico caracterizado por una ausencia relativa o absoluta de insulina

DIAGNOSTICO:

- Niveles de glucosa en plasma en ayunas (>140mg/dl) HbA1c 7%
- Test de tolerancia a la glucosa
- Curva de glucemia
- Hemoglobina glucosilada en plasma

ETIOLOGÍA:

- Predisposición genética
- Distribución primaria de los islotes pancreáticos de Lagerhans
- Alteraciones endocrinas (como Hipertiroidismos, Hiperpituitarismo)
- Factores iatrogénicos (Radiación, Cirugía, terapia con corticoides)
- Agentes infecciosos (Virus Coxsackie, Paramixovirus)
- Neoplasias

COMPLICACIONES MEDICAS:

- Hallazgos sugestivos en diabetes no diagnosticada
- Infecciones orales
- Hipoglucemia (Esta es la principal complicación del gabinete dental) puede aparecer en minutos en diferencia a la hiperglicemia que necesita un tiempo de evolución

QUE TOMAN:

- Hipoglucemiantes orales los más usados: Sulfonilurias, Clorpropamida, Gliclazida
- Insulina: De Acción Corta, Acción Media, Acción prolongada
- Amoxicilina
- Paracetamol

NUNCA DAR O EVITAR:

- Azitromicina } Induce a hipoglucemia
- Metronidazol } Induce a hipoglucemia
- Ciprofloxacino } Compite con insulina y puede producir Hiperglucemia
- Tetraciclinas } Causan crisis Hipoglucemicas
- AAS } Aumentan ipoglucemiantes y pueden producir Hipoglucemia
- Ibuprofeno } Aumentan ipoglucemiantes y pueden producir Hipoglucemia
- Diclofenaco } Aumentan ipoglucemiantes y pueden producir Hipoglucemia
- Naproxeno } Aumentan ipoglucemiantes y pueden producir Hipoglucemia
- Corticoides } Pueden producir hipoglucemia

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

- Poliuria, Polidipsia y Polifagia (tirada de las 3 P)
- Pérdida de peso y fatiga
- Aliento acetona
- Cefalea, Confusión
- Deshidratación, Náuseas
- Prurito
- Complicaciones a largo plazo
- Retraso de la cicatrización

MANIFESTACIONES DUCALES:

- Xerostomía por tumefacción de glándulas salivales
- Alta prevalencia de caries
- Enf. periodontal/ Periodontitis esta es la más frecuente
- Retraso en la erupción dental en niños
- Síndrome de boca ardiente por neuropatías
- Inflamación crónica bilateral de las glándulas
- Susceptibilidad a infecciones por alteración del sistema inmunológico
- Infecciones fúngicas como Estomatitis protésicas, Quilitis angular o glositis romboidal media, candidiasis
- Abscesos dentoalveolares

TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO:

- Promover la higiene oral y seguimiento periódico
- Retirar prótesis de noche
- Prevenir estomatitis protésica
- Efectuar RAR y aplicar clorhexidina
- No están contraindicados los implantes
- Posponer los ttos si los niveles HbA1c >7%
- Evitar la carga inmediata de implantes
- Profilaxis antibiótica
- Profilaxis antiséptica

CLASIFICACIÓN DE LAS DIABETES MILLITUS:

- Diabetes Primaria *Tipo 1 (Deficiencia absoluta, autoinmune)
- *Tipo 2 (deficiencia relativa de insulina)
- Diabetes Secundaria: *Endocrinopatías (Enf de Cushing, Hipertiroidismo, Hiperpituitarismo)
- *Fármacos (Corticoesteroides, Beta-bloqueantes, diuréticos)
- *Enfermedad pancreática (Neoplasia, Inflamación, Cirugía, Síndrome de Down)
- *Gestacional (Afecta aun 15% de las embarazadas entre el 2do y 3er mes de embarazo)

TEMPORALIZACIÓN:

- Visita a primera hora de la mañana o a media mañana después del desayuno
- Incorporación lenta de la posición supina debido a la posibilidad de hipotensión postural

PACIENTE DIABÉTICO CONTROLADO

- En un paciente diabético controlado abra que ver tipo y severidad de la diabetes (complicaciones tardías y medicación)
- Extensión de la cirugía oral
- Tipo de anestesia (Anestesia local)
- Interferencia con la aplicación de fármacos hipoglucemiantes (nunca interferir con la administración de sus fármacos)
- No interferir en su ingesta normal pre y post-operatoria

PACIENTE DIABÉTICO NO CONTROLADO:

- El paciente diabético no controlado tendrá los niveles de HbA1c >7% y la glucosa en ayunas >250mg/dl
- No se puede realizar ningún tipo de tratamiento odontológico en el paciente, se tiene que referir a su medico para que proceda a un control de la glucemia
- En caso de situación de emergencia dental, hay que remitirlo a un ámbito hospitalario y realizar el tratamiento bajo profilaxis antibiótica

ANESTESIA LOCAL:

- Precaución rutinaria
- Mejor Anestesia sin vasoconstrictor

SEDACIÓN CONSCIENTE:

- Indicadas las benzodiazepinas para el control de estrés

ANESTESIA GENERAL:

- Se precisa protocolo individualizado
- Considerar hipoglucemia, IRC

TRATAMIENTO DE URGENCIA EN HIPOGLUCEMIA:

- El paciente presenta sudor+ temblor + palpitaciones + mareo
- El protocolo a seguir depende del grado de coherencia del paciente
- PACIENTE CONSCIENTE: se administra gel sublingual de dextrosa
- PACIENTE INCONSCIENTE: Se administra 1mg de glucagón IM o subcutánea y después bebida azucarada, si no responde al glucagón se administra 20ml de una solución de glucosa IV monitorizar va aérea y el pulso y contactar con asistencia medica.

NOTA:

- El paciente diabético tipo I controlado o no, se realiza profilaxis antibiótica
- El paciente diabético tipo II controlado no se realiza profilaxis antibiótica
- El paciente diabético tipo II no controlado si se realiza profilaxis antibiótica y antiséptica

PATOLOGÍA: HIPERTIROIDISMO		
CONCEPTO:		DIAGNOSTICO:
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Es el incremento de los niveles sanguíneos de la hormona tiroidea (T3-T4) 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Niveles séricos de T3 y T4 (aumentado) ➤ Niveles séricos de TSH (reducidos) ➤ Inmunoglobulinas circunlantes (Enf. De Graves) ➤ Técnica de imagen (Encintigrafía con radioisotopos)
ETIOLOGÍA:	COMPLICACIONES MEDICAS:	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enfermedad de Graves ➤ Bocio toxico ➤ Adenoma de toroides 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluar el riesgo de desarrollar una crisis tiro toxica porvocada por estrés, epinefrina, infección o trauma (requiere traslado al hospital) ➤ Linfopenia y tendencia al sangrado ➤ Retrasar el tto hasta control hormonal de la enfermedad 	
QUE TOMAN:		EVITAR:
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Beta bloqueantes (propanolol o Nadolol) por taquicardia e HTA ➤ Antitiroideos (Carbinazol) estos pueden causar linfopenia ➤ Metamizol este tiene bastantes efectos adversos ➤ Otro tratamiento es el Yoso radioactivo y la cirugía 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Benzodicepinas ya que potencian drogas antitiroideas ➤ Povedina yodada
MANIFESTACIONES CLÍNICAS:	MANIFESTACIONES DUCALES:	TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO:
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aumento de apetito (flacos) ➤ Amenorrea ➤ Diarrea ➤ Exoftalmos (ojos salidos) ➤ Ginecomasia ➤ HTA ➤ Intolerancia al calor ➤ Irritabilidad y ansiedad ➤ Párpados retraídos ➤ Pier eritomatosa ➤ Taquicardia y fibrilación auricular ➤ Temblor ➤ vitiligo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Erupción y manifestación precoz de dientes ➤ Osteoporosis de hueso alveolar ➤ Caries por la ingesta de carbohidratos ➤ Enfermedad periodontal por respiración bucal ➤ Ulceras orales orofaríngeas por el Carbimazol ➤ Tejido tiroideo ectópico por tiroides lingual 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Potenciar educación de higiene oral ➤ Revisiones periódicas ➤ Aplicar Flúor y antisépticos ➤ Valorar la necesidad de profilaxis antibiótica y la tendencia al sangrado en cirugía
ANESTESIA LOCAL:		TRATAMIENTO DE URGENCIA:
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reducir dosis de Epinefrina 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ El paciente en caso de una crisis tóxicas tiene que ser enviado al hospital
SEDACIÓN CONSCIENTE:		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Esta indicada para el control de la ansiedad Hidroxicina ➤ No indicada Benzodicepinas 		
ANESTESIA GENERAL:		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Corren riesgo de arritmias 		

PATOLOGÍA: HIPOTIROIDISMO			
CONCEPTO: ➤ Es La disminución de los niveles sanguíneos de la hormona tiroidea (T3-T4)		DIAGNOSTICO: ➤ Niveles séricos de T3 y T4 (Reducido) ➤ Niveles séricos de TSH (Aumentado) ➤ Presencia de anticuerpos antitiroideos ➤ Técnica de imagen con detección de zonas atrofiadas	
ETIOLOGÍA: ➤ Tratamiento previo a Hipertiroidismo (cirugía y yodada) ➤ Atrofia primaria espontanea ➤ Fármacos: Amiodarona (Hipotensos) Litio (tratamiento Psiquiátrico)		COMPLICACIONES MEDICAS: ➤ Evaluación de riesgo de coma hipotiroideo o mixedematoso ➤ Riesgo de hipotensión o hipoadrenocorticismos ➤ Riesgo de anemia o CI ➤ Riesgo de Enfermedad de von Willebrand , Hipopituitarismo y síndrome de Sjogren ➤ Existencia de problemas Psicológicos o Psiquiátricos	
QUE TOMAN: ➤ Tiroxina T4 ➤ Eutirox		EVITAR: ➤ Benzodicepinas } El diazepam y codeína y los anestésicos generales pueden desarrollar ➤ Opiaceos } Coma Hipoglucemia y Mixedematoso ➤ Povedina Yodada	
MANIFESTACIONES CLÍNICAS: ➤ Ganancia de peso ➤ Intolerancia al frio ➤ Cansancio/Letargia ➤ Estreñimiento ➤ Voz Ronca ➤ Depresión/ Demencia ➤ Bradicardia ➤ Mixedema (Edema en los tobillos y parpados) ➤ Hipotensión/Bradycardia/ Arritmias ➤ Anemia y Cardopatia isquémica ➤ Enfermedad de Von Willebrand ➤ Hipopituitarismo ➤ Síndrome de Sjogren / síndrome del túnel carpiano ➤ Debilidad mioptica ➤ Parestesia/Polialgia	MANIFESTACIONES BUCALES:		TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO: ➤ Retrasar tratamiento dental hasta control hormonal ➤ Potenciar Higiene oral ➤ Revisiones periódicas ➤ Aplicar fluor y anticepticos ➤ Evaluacion temprana para la prevención de mal oclusiones (con uso de aparatos ortopédicos funcionales) ➤ Valorar la extirpación de tejido ectópico ➤ Considerar la tensión arterial y la tendencia al sangrado
	*CRETINISMO ➤ Respiración oral ➤ Labios hinchados ➤ Lengua larga y protuida ➤ Retraso de erupción dental ➤ Hipoplasia del esmalte ➤ Retrusion mandubular ➤ Mal oclusión clase II	*MIXEDEMA ➤ Respiración oral ➤ Voz ronca ➤ Labios gruesos ➤ Macroglosia ➤ Caries rampante ➤ Gingivitis ➤ Tejido tiroideo ectópico	
ANESTESIA LOCAL: ➤ Es la técnica de elección		NOTA: ➤ El tratamiento dental se retrasa hasta control hormonal de la enfermedad	
SEDACIÓN CONSCIENTE: ➤ Oxido nitroso ➤ Evitar las Benzodicepinas			
ANESTESIA GENERAL: ➤ Pranificar después terapia con tiroxina			

PATOLOGIA: HEPATITIS		
CONCEPTO: Es la inflamación del hígado que puede ser consecuencia de múltiples causas	ETIOLOGÍA: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Virus ➤ Alcohol ➤ Desordenes Autoinmunes 	DIAGNOSTICO: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prueba de función hepática (transaminasas) ➤ Serología viral de Hepatitis ➤ Presencia de auto-Ac en suero ➤ Coagulación (Fundamentalmente tiempo de protombina si vamos a realizar un tto cruento)
MANIFESTACIONES CLINICAS: Puede ser asintomática o subclínica <ul style="list-style-type: none"> ➤ Astenia, Anorexia, Febrícula ➤ Ictericia, Prurito, coluria (pigmentación de la orina), acolia (falta de pigmentación en las heces) ➤ Nauseas, Vomitos, dolor y distensión abdominal ➤ Ictericia conjuntival por acumulo de bilirrubina en las fibras de las esclerótica muchos pacientes tienen hepatitis anictérica 	TIPOS DE HEPATITIS: <ul style="list-style-type: none"> ➤ VHA (Picornavirus) ⇨ Virus de ARN la transmisión es fecal-oral / curación en 6 semanas ➤ VHB (Hepadnavirus) ⇨ Virus ADN la transmisión es por sangre, Suero, Sexual, pinchazo ➤ VHC (Pestivirus/Flavivirus) ⇨ La transmisión es por sangre, suero, sexual. Baja prevalencia en España ➤ VHD ⇨ Si el paciente si esta vacunado contra VHB no le puede dar VHD ➤ VHE ⇨ Afecta sobre todo a embarazadas transmisión fecal-oral similar VHA 	
COMPLICACIONES MEDICAS: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Riesgo de transmisión de hepatitis vírica (Control de infección cruzada) ➤ Tendencia al sangrado, consulta medica, se recomienda administrar vitamina K via parenteral ➤ Si el paciente presenta tiempo de protombina y recuento de plaquetas normales se puede atender de forma segura 		MANIFESTACIÓN BUCAL: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Palidez de paladar duro y suelo de boca en paciente con ictericia ➤ En casos graves, petequias y equimosis (por fallo de factores de coagulación) ➤ VHC puede asociarse con el síndrome de Sjogren ➤ Liquef plano erosivo si tiene VHC
QUE TOMAN: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Combinado de Interferon + Ritonavir ➤ Corticoides o Azatioprina ⇨ En caso de que sea autoinmune seleccionar fármacos alternativos de excreción renal 	Evitar o Nunca Dar: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Halotano ➤ Evitar fármacos de excreción Hepática ➤ Paracetamol ➤ Eritromicina ➤ Tetraciclina 	TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Medidas universales de infección cruzada ➤ Técnica cuidadosa y ampliar las medidas locales de hemostasia para controlar la tendencia al sangrado ➤ Valorar la necesidad de Profilaxis antibiótica y antiséptica en pacientes a tratamiento con inmunosupresores y cobertura adicional con corticoides en pacientes sometidos a corticoterapias
ANESTESIA LOCA: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evitar lidocaína ya que tiene metabolismo hepático ➤ Usar articaina o Prilocaina (Metabolismo no hepático) SEDACIÓN CONSCIENTE: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reducir dosis de benzodiazepinas ➤ Diazepam, Midazolam y Alprazolam están contraindicados en insuficiencia hepática ANESTESIA GENERAL: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Consulta con el Hepatopatologo ➤ Evitar Halotano 		NOTA: <ul style="list-style-type: none"> ➤ En estos paciente se tiene que evitar los fármacos de metabolismo hepático ➤ Durante la fase aguda se debe realizar el tto en el hospital

PATOLOGIA: TRANSPLANTE RENAL		TRATAMIENTO	
CONCEPTO: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Es el reemplazo quirúrgico de un hígado enfermo por un hígado sano en estadios finales de enfermedad hepática 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inmunosupresor de por vida (Ciclosporina) 	
COMPLICACIONES MEDICAS: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Retrasar tto hasta 6 meses post-transplante ➤ Tratamiento de urgencias en medio hospitalario ➤ Riesgo de sepsis (profilaxis antibiótica) ➤ Riesgo de sangrado por administración de anticoagulantes ➤ Valorar presencia de enfermedades concomitantes (Ej. Hemofilia) ➤ Toxicidad asociada a inmunosupresores especialmente asociado a los corticoides, azatriopina incrementa el riesgo de inmunosupresión <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ciclosporina provoca HTA, temblor, hipertrichosis, hepato y nefrotoxicidad ➤ Tacrolimus; provoca cardiomiopatía, hiperglucemia. ➤ Sirolimus provoca hipertipidemia 		MANIFESTACIONES BUCALES: <ul style="list-style-type: none"> ➤ En niños candidatos de transplante retraso de erupción dentaria y dientes hipoplásicos ➤ En niños y adultos candidatos de transplante estado de salud oral deteriorado por abandono ➤ Elevada susceptibilidad a infecciones orales, retraso de la cicatrización de heridas y procesos cancerigenos ➤ En pacientes bajo tratamiento con inmunosupresores (Ciclosporina) hipertrofia gingival ➤ Retrasar el tratamiento 6 meses post-transplante ➤ Valorar la indicación de gingivectomía (debido al agrandamiento gingival por ciclosporina) ➤ Sangrado y riesgo de infecciones valorar necesidades de profilaxis antibiótica y antiséptica 	
ANESTESI LOCAL: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Precaución rutinaria SEDACION CONSCIENTE: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evitar sedantes y opiáceos ANESTESIA GENERAL: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Esta contraindicada ➤ Elevada mortalidad post-operatoria 	TEMPORALIZACION: <ul style="list-style-type: none"> ➤ El paciente recibe corticoterapia después de TH ➤ Visitas a primera hora de la mañana (niveles de cortisol mas elevados) ➤ Riesgo de fracturas (osteoporosis secundaria a los corticoides) 	SELECCION DE FARMACOS: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evitar sedantes ➤ Evitar AAS ➤ Evitar fármacos que interfieran con la ciclosporina como: <ul style="list-style-type: none"> • Eritromicina • Azitromicina • Derivados azólicos • Omeprazol ➤ Evitar fármacos que interfieran con tacrolimus <ul style="list-style-type: none"> • Macrólidos • Derivados Azólicos • Mielprednisolona ➤ Si el paciente recibe corticoides valorar la necesidad de cobertura adicional con corticoides, evitar AINEs 	

PATOLOGIA: CIRROSIS HEPATICA

CONCEPTO: La cirrosis es una perdida irreversible de la estructura del hígado debido a necrosis y fibrosis que ocasiona una disminución del número de hepatocitos y una alteración de la función hepática		DIAGNOSTICO: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Test de función hepática ➤ Nivel de albumina en suero disminuido ➤ Tiempo de protombina aumentado ➤ Serología ➤ Autoanticuerpos ➤ Ecografía abdominal 		ETIOLOGIA: Las principales causas son: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alcohol ➤ Hepatitis víricas (VHB y VHC) ➤ Hemocromatosis Otras causas: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Obstrucción biliar ➤ Enfermedad cardiaco congestiva ➤ Enfermedad autoinmune ➤ Agentes químicos 	
COMPLICACIONES MEDICAS: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Valorar enfermedades concomitantes (alcoholismo, hepatitis y diabetes) ➤ Tendencia al sangrado (Se recomienda vitamina K via parenteral) ➤ Riesgo de peritonitis bacteriana (se recomienda profilaxis antibiótica y antiséptica previo a consulta médica) 		HALLAZGOS ORALES: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Algunos pacientes sialosis y agrandamiento parotídeo ➤ Gingivorragia ➤ Queilitis angular o labial ➤ Atrofias de las papilas del dorso lingual ➤ Petequias y esquimosis ➤ Liquen plano ➤ Erosion dental por regurgitación gástrica ➤ En alcoholismo Glositis o candidiasis 		MANIFESTACIONES CLINICAS: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Asintomática ➤ Signos y síntomas <ul style="list-style-type: none"> • Cutáneos: Ictericia, Leuconiquia, eritema palmar, arañas vasculares • Ginecomastia o atrofia testicular ➤ Complicaciones tardías (son graves) <ul style="list-style-type: none"> • Sangrado, varices esofágicas, ascitis y peritonitis, esplenomegalia, encefalopatía, síndrome de hepatorenal 	
CLASIFICACION DE LAS CIRROSIS HEPATICAS: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nutricional (alcohol) ➤ Biliar (obstrucción) ➤ Post-necrotica (virus o toxinas) 		PRONOSTICO: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alto riesgo de cáncer hepático ➤ Muchos pacientes fallecen en 5 a 10años ➤ En los países desarrollados es la tercera causa de muerte 		TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Profilaxis antibiótica por riesgo de periodontitis bacteriana ➤ Sangrado prolongado con enfermedades concomitantes y cicatrización retrasada ➤ Evitar implantes en alcoholismo por alto riesgo de posibles complicaciones 	
ANESTESIA LOCAL: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Es el método de elección ➤ Usar Prolinaína o articaina SEDACION CONSCIENTE: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los sedantes hipnoticos y opacios pueden desencadenar encefalopatías y coma ➤ Deazepam , Midazolam, Alprazolam están constrañdicados en IH ANESTESIA GENERAL: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Consulta medica con el hepatopatólogo ➤ Evitar barbitúricos y opiáceos (usar menzodiacepinas) ➤ Evitar alotano y Suxametonio (usar iso y sevofluorano) 		SELECCION DE FARMACOS: *Evitar fármacos Hepatotóxicos *Evitar fármacos de metabolismo hepático			
		➤ Recomendados Amoxicilina (no ajustar dosis) Cefalosporina Imipenem Teraciclina Metronidazol en IH grave 250mg/8h Clindamicina en IH grave 150mg/8h Nistatina ⇒ Antifungicos Inhibidores de COX2 Paracetamol } Analgésicos		➤ Contraindicados Aminoglicosidos Amoxicilina/Ac clavulánico Azitromicina Claritromicina Eritromicina } Antibióticos Derivados Azolicos ⇒ Antifungicos Aspirina, Ibuprofeno, Naproxeno, Diclofenaco (contrañdicados en IH grave) Codeína Indometacina y otros aines } Analgesicos	

--	--	--	--

PATOLOGIA: ISUFICIENCI RENAL CRONICA															
CONCEPTO: Es el estado crónico e irreversible de pérdida de la función renal.	ETIOLOGIA: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Glomerulitis ➤ Diabetes (DM) ➤ Pielonefritis ➤ Nefritis intersticial ➤ Cálculos ➤ Riñón poliquistico ➤ Tumores ➤ HTA/ Alteraciones metabólicas ➤ Farmacos ➤ Enf. Sistemicas (LES) ➤ Radioterapia/ Quimioterapia 	DIAGNOSTICO: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Proteína en orina ➤ Aclaramiento de creatinina ➤ Nivel de urea o índice de nitrógeno urémico en sangre ➤ Ecografía renal ➤ Urograma intravenoso ➤ Escaner con dietileno-ácido pentacénico ➤ Prueba de función renal 													
CLASIFICACION DE LAS IRC: El filtrado glomerular renal (FGR) es el volumen del plasma filtrado por los riñones por unidad del tiempo (125ml/min) <ul style="list-style-type: none"> ➤ I Daño renal con FGR normal >90ml/min ➤ II Leve 60-89ml/min ➤ III Moderado 30-59 ml/min ➤ IV Severo 15-29ml/min ➤ V Fallo renal <15ml/min (en esta fase ya es necesario la diálisis o trasplante) Las mas frecuentes son la III y IV	MANIFESTACIONES CLINICAS: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> Insomnio Temblor Parálisis Debilidad Cefalea </td> <td style="width: 25%; vertical-align: middle; text-align: center;">} Nervioso y locomotor</td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> Anorexia Nauseas Vómitos Hemorragias Estreñimiento </td> <td style="width: 25%; vertical-align: middle; text-align: center;">} Digestivo</td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> Amenorrea Esterilidad Abortos Impotencia Hipoglucemia </td> <td style="width: 25%; vertical-align: middle; text-align: center;">} Endocrino</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> Disnea Edema HTA Dolor Precordial Pericarditis </td> <td style="vertical-align: middle; text-align: center;">} Cardio respiratorio</td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> Osteodistrofia Calcificaciones Alt. Del crecimiento Fracturas patológicas </td> <td style="vertical-align: middle; text-align: center;">} Osteoarticular</td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> Palidez Esquimosis Hematoma Prurito Piel seca </td> <td style="vertical-align: middle; text-align: center;">} Piel</td> </tr> </table>			<ul style="list-style-type: none"> Insomnio Temblor Parálisis Debilidad Cefalea 	} Nervioso y locomotor	<ul style="list-style-type: none"> Anorexia Nauseas Vómitos Hemorragias Estreñimiento 	} Digestivo	<ul style="list-style-type: none"> Amenorrea Esterilidad Abortos Impotencia Hipoglucemia 	} Endocrino	<ul style="list-style-type: none"> Disnea Edema HTA Dolor Precordial Pericarditis 	} Cardio respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> Osteodistrofia Calcificaciones Alt. Del crecimiento Fracturas patológicas 	} Osteoarticular	<ul style="list-style-type: none"> Palidez Esquimosis Hematoma Prurito Piel seca 	} Piel
<ul style="list-style-type: none"> Insomnio Temblor Parálisis Debilidad Cefalea 	} Nervioso y locomotor	<ul style="list-style-type: none"> Anorexia Nauseas Vómitos Hemorragias Estreñimiento 	} Digestivo	<ul style="list-style-type: none"> Amenorrea Esterilidad Abortos Impotencia Hipoglucemia 	} Endocrino										
<ul style="list-style-type: none"> Disnea Edema HTA Dolor Precordial Pericarditis 	} Cardio respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> Osteodistrofia Calcificaciones Alt. Del crecimiento Fracturas patológicas 	} Osteoarticular	<ul style="list-style-type: none"> Palidez Esquimosis Hematoma Prurito Piel seca 	} Piel										
COMPLICACIONES MEDICAS: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Valorar presencia de enfermedades concomitantes ➤ Tendencia al sangrado por disminución de plaquetas ➤ Infecciones ➤ A veces toman Heparina por fistula para la diálisis ➤ Solicitar hemograma ➤ Los pacientes con IRC y osteoporosis pueden recibir tto con BF ➤ Valorar riesgo de OQN 	QUE TOMAN: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Paracetamol ➤ Azitromicina ➤ Metronidazol ➤ Doxiciclina ➤ Cloxaciclina ➤ Clindamicina ➤ Naproxeno 	NUNCA DAR: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aminoglicosidos ➤ Cefaloridina ➤ Cafalotina ➤ Tetraciclina ➤ Ibuprofeno ➤ Diclofenaco ➤ Defishedranato No se recomienda su administración													
HALLAZGOS ORALE EN NIÑOS <ul style="list-style-type: none"> ➤ Retraso de la erupción dental ➤ Retraso del crecimiento mandibular ➤ Hipoplasia del esmalte ➤ Baja prevalencia de caries 	HALLAZGOS ORALES ADULTOS: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Edentulismo/ Parestesia lengua y labios ➤ Boca seca, halitosis y sabor metálico ➤ Sangrado gingival purpura/Erosión en el esmalte ➤ Tumefacción de glandulas salivales, Hiposalivacion 	TRATAMIENTO DENTAL NO PERMITIDO: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evitar tratamientos complejos y rehabilitaciones en prótesis extensas 													

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mayores niveles de cumulo de placa 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mucosa oral pálida o anaranjada ➤ Edema palatino y lingual ➤ Ulceras de cubierta pseudomembranosa 	
<p>TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cepillos blandos ➤ Trartrectomias periódicas y RAR ➤ Exodoncias si hay bolsas >7mm ➤ Técnica cuidadosa y aplicar medidas de Hemostasia adicionales por la tendencia al sangrado ➤ Solicitar al hematólogo que reduzca la dosis de heparina o que no se administre si la cirugía va ser compleja o extensa ➤ Considerar la reparación ósea anómala y necesidad de profilaxis antibiótica ➤ Para la xerostomia usar caramelos sin azúcar ➤ Para colocar implante hay que realizar una evaluación previa del estado del hueso ➤ No se recomienda implante en los inmunosuprimidos y en los sometidos a hemodiálisis ➤ Evitar tratamientos complejos y rehabilitaciones protésicas extensas 	<p>ANESTESIA LOCA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lidocaína con Epinefrina <p>SEDACION CONSCIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sedación con oxido nitroso o midazolam por vía IV ➤ No utilizar brazo con fistula A-V ➤ Proporcionar asistencia con diálisis peritoneal que precisan Efectuar la diálisis y estén afectados por la sedación <p>ANESTESIA GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Contraindicada con Hb <10g/dl ➤ Evitar Halotano, usar mejor el sofluroano o el sevofluroano ➤ Riesgo de asidosis metabolica ➤ Proteger el brazocon la fistula aeteriovenosa 	<p>TEMPORALIZACION:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dia posterior a la diálisis ➤ En caso de urgencia si recibe heparina administrar sulfato de protamina IV ➤ Adecuar la posición del sillón en pacientes con dialisis peritonial ambulatoria continua

<p>• PATOLOGIA: INSUFICIENCIA CARDIACA</p>		
<p>CONCEPTO: Es cuando el corazón es incapaz de bombear sangre suficiente. Es decir es un fracaso de bombeo del corazón.</p>		
<p>ETIOLOGIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Función ventricular <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cardiopatía isquémica ✓ HTA ✓ Valvulopatias ✓ Miocardiopatía dilatada ✓ Cardiopatía congénita • Llenado ventricular <ul style="list-style-type: none"> Estenosis mitral Miocardiopatía restrictiva Pericarditis 	<p>DIAGNOSTICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hallazgos clínicos • Ecocardiograma • Electrocardiograma • Rx del tórax <p>QUE TOMAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diuréticos (Flurocemida) • Inhibidores de la ECA (Perindopril) • Beta-Bloqueantes (Carvenidol) 	<p>MANIFESTACIONES CLINICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disnea • Edema • Dificultad para dormir por disnea • Tos productiva • Nicturia • Confusión • Pérdida de memoria <p>EVITAR DAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eritromicina • Tetraciclina • Itraconazol • AINES (interaccionan con los inhibidores de la ECA, incrementando el riesgo de daño renal)
<p>COMPLICACIONES MEDICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tto dental si tienen stress puede provocar arritmias, angina o agrava la IC. • Tos persistente por los inhibidores ECA. • Difunción hepática • Leucopenia por los inhibidores ECA. 	<p>HALLAZGOS ORALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eritema multiforme • Angioedema • Boca ardiente • Reacción similar al lupus (Procainamida) • Parestesia facial (Acetazolamida) <p style="text-align: right;">} Inhibidores de ECA</p>	<p>TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de ansiedad • Restringir uso de vaso-constrictor • Consulta médica obligada <p style="text-align: right;">} GRADOS I y II</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posponer el tto hasta el control de la IC • Emergencia (Antibiótico y Analgésico) <p style="text-align: right;">} GRADOS III y IV</p> <ul style="list-style-type: none"> • En Prótesis fija evitar colocar hilo retractor con epinefrina
<p>ANESTESIA LOCAL:</p>		
<p>CLASIFICACION DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • GRADO I: Asintomática • GRADO II: ligera limitación de actividad Física • GRADO III: Marcada limitación de actividad Física • GRADO IV: Disnea de reposo es un Px hospitalario 		

<ul style="list-style-type: none">• Mepivacaina (Sin vaso-constrictor)• Evitar epinefrina en Px que toman Beta-Bloqueantes• Evitar Bupivacaina ya que es Cardiotoxico	<p>SEDACION CONSCIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none">• Técnica indicada para disminuir la Ansiedad	<p>TEMPORALIZACION Y POSICION:</p> <ul style="list-style-type: none">• Atenderlos a última hora de la mañana o primera de la tarde (niveles altos de epinefrina endógena en la mañana)• Sesiones cortas y relajadas• Posición vertical del sillón dental
<ul style="list-style-type: none">•		

PATOLOGIA: HIPERTENSION ARTERIAL			
CONCEPTO: Es la elevación permanente de la tensión arterial Sistólica, Diastólica o Ambas.		MANIFESTACIONES CLINICAS:	TTO DE URGENCIA EN COMPLICACION CON HTA:
ETIOLOGIA: DESCONOCIDA DE 90-95% DE LOS CASOS <ul style="list-style-type: none"> Hipertensión primaria: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Herencia ✓ Factores medio ambientales (sedentarismo, malas dietas) Hipertensión secundaria: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermedad renal ✓ Coartación de la aorta ✓ Otras causas (Anticonceptivos orales, síndrome de Cushing, hipertiroidismo) 	DIAGNOSTICO: <ul style="list-style-type: none"> Esfigomanómetro/fenendoscopio Monitorización continua 	<ul style="list-style-type: none"> Cefalea Visión borrosa Fatiga vértigo Hemorragia retiniana bilateral (HTA maligna) Artiniosclerosis Fallo renal Proteinuria/ Hematuria 	<ul style="list-style-type: none"> Con un Px con HTA moderada o severa monitoreamos al Px y si aumenta la presión sanguínea, interrumpir el tto. Mantener al paciente recostado Permitir al Px descansar/valorar TA a los 5 min Administrar FLUROSEMIDA 40mg CAPTOPRIL sublingual (de absorción rápida) Si no hay mejoría contactar asistencia médica.
	QUE TOMAN: <ul style="list-style-type: none"> Diuréticos (Tiazidas) Inhibidores de la ECA (Captopril) Beta-Bloqueantes (Atenolol) Antagonistas de CA (Nifedipino) Estatinas Aspirina 	EVITAR DAR: <ul style="list-style-type: none"> Corticoides (incrementan la tensión Arterial) Idometacina Ibuprofeno Naproxeno } reduce la eficacia AH	CLASIFICACION DE LA HTA: <ol style="list-style-type: none"> LEVE-pre HTA >120 y >85 MODERADA GRADO I 140-159 y 90-99 SEVERA GRADO II 160-179 y 100-109 GRAVE GRADO III >180 y >110 mmHg
COMPLICACIONES MEDICAS: <ul style="list-style-type: none"> Valorar tensión Arterial antes del tto dental Consulta médica si están sus niveles altos al normal Tendencia al sangrado (Aspirinas) Tener presente enfermedades concomitantes como insuficiencia cardiaca o insuficiencia renal 	HALLAZGOS ORALES: <ul style="list-style-type: none"> Parálisis facial (HTA maligna) Xerostomía Reacciones linquenoideas Eritema multiforme Angioma (inhibidores de la ECA) Agrandamiento gingival (Nifedipina) Boca dolorosa o parestesia Tumefacción y dolor de glándulas salivales 	TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO: <ul style="list-style-type: none"> Evitar ansiedad y dolor, es importante que el Px este relajado y tranquilo Prótesis fija y odontología conservadora evitar el hilo retractor con epinefrina. Si recibe medicación con antiagregantes plaquetarios (aplicar el protocolo de actuación establecido y las medidas locales de hemostasia) 	
ANESTESIA LOCAL: <ul style="list-style-type: none"> Mepivacaina (Sin vaso-constrictor) Evitar epinefrina en Px que toman Beta-Bloqueantes y en HTA Severa. Evitar Bupivacaina ya que es Cardiotoxico 			

	SEDACION CONSCIENTE: <ul style="list-style-type: none">• Técnica indicada para disminuir la Ansiedad• Temazepam (10mg) o diazepam (6-8mg)	TEMPORALIZACION Y POSICION: <ul style="list-style-type: none">• Atenderlos a última hora de la mañana o primera de la tarde (niveles altos de epinefrina endógena en la mañana)• Sesiones cortas y relajadas• Posición vertical del sillón dental (Control de la hipotensión Ortostática)
•		

• **PATOLOGIA: INSUFICIENCIA CARDIACA**

CONCEPTO: Es cuando el corazón es incapaz de bombear sangre suficiente. Es decir es un fracaso de bombeo del corazón.

ETIOLOGIA:

- Función ventricular
 - ✓ Cardiopatía isquémica
 - ✓ HTA
 - ✓ Valvulopatías
 - ✓ Miocardiopatía dilatada
 - ✓ Cardiopatía congénita
 - Llenado ventricular
- Estenosis mitral
Miocardiopatía restrictiva
Pericarditis

DIAGNOSTICO:

- Hallazgos clínicos
- Ecocardiograma
- Electrocardiograma
- Rx del tórax

QUE TOMAN:

- Diuréticos (Flurocemida)
- Inhibidores de la ECA (Perindopril)
- Beta-Bloqueantes (Carvenidol)

MANIFESTACIONES CLINICAS:

- Disnea
- Edema
- Dificultad para dormir por disnea
- Tos productiva
- Nicturia
- Confusión
- Pérdida de memoria

EVITAR DAR:

- Eritromicina
- Tetraciclina
- Itraconazol
- AINEs (interaccionan con los inhibidores de la ECA, incrementando el riesgo de daño renal)

CLASIFICACION DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA:

- **GRADO I:** Asintomática
- **GRADO II:** ligera limitación de actividad Física
- **GRADO III:** Marcada limitación de actividad Física
- **GRADO IV:** Disnea de reposo es un Px **hospitalario**

COMPLICACIONES MEDICAS:

- Tto dental si tienen stress puede provocar arritmias, angina o agrava la IC.
- Tos persistente por los inhibidores ECA.
- Difunción hepática
- Leucopenia por los inhibidores ECA.

ANESTESIA LOCAL:

HALLAZGOS ORALES:

- Eritema multiforme
 - Angioedema
 - Boca ardiente
 - Reacción similar al lupus (Procainamida)
 - Parestesia facial (Acetazolamida)
- } Inhibidores de ECA

TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO:

- Control de ansiedad
 - Restringir uso de vaso-constrictor
 - Consulta médica obligada
- } GRADOS I y II
- Posponer el tto hasta el control de la IC
 - Emergencia (Antibiótico y Analgésico)
- } GRADOS III y IV
- En Prótesis fija evitar colocar hilo retractor con epinefrina

<ul style="list-style-type: none">• Mepivacaina (Sin vaso-constrictor)• Evitar epinefrina en Px que toman Beta-Bloqueantes• Evitar Bupivacaina ya que es Cardiotoxico	<p>SEDACION CONSCIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none">• Técnica indicada para disminuir la Ansiedad	<p>TEMPORALIZACION Y POSICION:</p> <ul style="list-style-type: none">• Atenderlos a última hora de la mañana o primera de la tarde (niveles altos de epinefrina endógena en la mañana)• Sesiones cortas y relajadas• Posición vertical del sillón dental
<ul style="list-style-type: none">•		

PATOLOGIA: HIPERTENSION ARTERIAL			
CONCEPTO: Es la elevación permanente de la tensión arterial Sistólica, Diastólica o Ambas.		MANIFESTACIONES CLINICAS: <ul style="list-style-type: none"> • Cefalea • Visión borrosa • Fatiga vértigo • Hemorragia retiniana bilateral (HTA maligna) • Artinoesclerosis • Fallo renal • Proteinuria/ Hematuria 	TTO DE URGENCIA EN COMPLICACION CON HTA: <ul style="list-style-type: none"> • Con un Px con HTA moderada o severa monitoreamos al Px y si aumenta la presión sanguínea, interrumpir el tto. • Mantener al paciente recostado • Permitir al Px descansar/valorar TA a los 5 min • Administrar FLUROSEMIDA 40mg • CAPTOPRIL sublingual (de absorción rápida) • Si no hay mejoría contactar asistencia médica.
ETIOLOGIA: DESCONOCIDA DE 90-95% DE LOS CASOS <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión primaria: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Herencia ✓ Factores medio ambientales (sedentarismo, malas dietas) • Hipertensión secundaria: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermedad renal ✓ Coartación de la aorta ✓ Otras causas (Anticonceptivos orales, síndrome de Cushing, hipertiroidismo) 	DIAGNOSTICO: <ul style="list-style-type: none"> • Esfigomanómetro/fenendoscopio • Monitorización continua 	QUE TOMAN: <ul style="list-style-type: none"> • Diuréticos (Tiazidas) • Inhibidores de la ECA (Captopril) • Beta-Bloqueantes (Atenolol) • Antagonistas de CA (Nifedipino) • Estatinas • Aspirina 	CLASIFICACION DE LA HTA: <ol style="list-style-type: none"> 1. LEVE-pre HTA >120 y >85 2. MODERADA GRADO I 140-159 y 90-99 3. SEVERA GRADO II 160-179 y 100-109 4. GRAVE GRADO III >180 y >110 mmHg
COMPLICACIONES MEDICAS: <ul style="list-style-type: none"> • Valorar tensión Arterial antes del tto dental • Consulta médica si están sus niveles altos al normal • Tendencia al sangrado (Aspirinas) • Tener presente enfermedades concomitantes como insuficiencia cardiaca o insuficiencia renal 	HALLAZGOS ORALES: <ul style="list-style-type: none"> • Parálisis facial (HTA maligna) • Xerostomía • Reacciones linfocitoides • Eritema multiforme • Angioma (inhibidores de la ECA) • Agrandamiento gingival (Nifedipina) • Boca dolorosa o parestesia • Tumefacción y dolor de glándulas salivales 	EVITAR DAR: <ul style="list-style-type: none"> • Corticoides (incrementan la tensión Arterial) 	TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO: <ul style="list-style-type: none"> • Evitar ansiedad y dolor, es importante que el Px este relajado y tranquilo • Prótesis fija y odontología conservadora evitar el hilo retractor con epinefrina. • Si recibe medicación con antiagregantes plaquetarios (aplicar el protocolo de actuación establecido y las medidas locales de hemostasia)
ANESTESIA LOCAL: <ul style="list-style-type: none"> • Mepivacaina (Sin vaso-constrictor) • Evitar epinefrina en Px que toman Beta-Bloqueantes y en HTA Severa. • Evitar Bupivacaina ya que es Cardiotoxico 		<ul style="list-style-type: none"> • Idometacina • Ibuprofeno • Naproxeno <p>} reduce la eficacia AH</p>	

	SEDACION CONSCIENTE: <ul style="list-style-type: none">• Técnica indicada para disminuir la Ansiedad• Temazepam (10mg) o diazepam (6-8mg)	TEMPORALIZACION Y POSICION: <ul style="list-style-type: none">• Atenderlos a última hora de la mañana o primera de la tarde (niveles altos de epinefrina endógena en la mañana)• Sesiones cortas y relajadas• Posición vertical del sillón dental (Control de la hipotensión Ortostatica)
•		

PATOLOGIA: TRANSTORNOS ADQUIRIDOS DE LA COAGULACION		
<p>Tenemos dos opciones de tto para estas enfermedades, es importante hacer una interconsulta médica para conocer el tipo y la causa de la coagulación.</p> <ul style="list-style-type: none"> Tto con Heparina Tto con Acenocumarol (Simtron) 		<p>EVITAR DAR: (interfieren con el Acenocumarol)</p> <ul style="list-style-type: none"> Penicilina Ampicilina Amoxicilina + ácido clavulánico Cefalosporinas Metronidazol Eritromicina Azitromicina Claritromicina AAS Naproxeno Metamizol Corticosteroides Ibuprofeno Diclofenaco Derivados azólicos Omeprazol/ Pantoprazol
<p>INR: Es o no deja de ser el cociente entre, el tiempo de protrombina de Px / por el tiempo de protrombina control.</p> <p>INR= TP paciente/ TP control</p>	<p>PUEDEN TOMAR: (No interfieren con el Acenocumarol)</p> <ul style="list-style-type: none"> Clindamicina Paracetamol 	<p>TEMPORALIZACION:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sesiones por la mañana y al principio de la semana Tto en Px con heparina, efectuar el tto como mínimo 6 horas después de la administración. El tto con anticoagulante nunca debe modificarse sin el consentimiento médico o hematólogo responsable.
<p>ACENOCUMAROL INCREMENTA EL INR: (Internacional Normalized Ratio)</p> <ul style="list-style-type: none"> INR: 1 (Situación normal, no anticoagulación) INR: 2-3 (En trombosis venosa valvular) INR: 3.5 (En portadores de prótesis valvular) Altas dosis de Heparina incrementan el INR Se puede medir con Coagulometro portátil y tiene una fiabilidad aceptable. 	<p>ANESTESIA LOCAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mejor anestesia intraligamentosa y/o intrapulpar en procesos endodónticos Mejor anestesia infiltrativa o intraligamentosa en exodoncias. Epinefrina (efecto vaso constrictor) Evitar bloques regionales e infiltraciones linguales en ausencias de reemplazo de factor. Evitar inyecciones en el suelo de la boca por riesgo de Hemorragia. 	<p>NUEVOS ANTIGUAGULANTES ORALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dabigatran Rivaroxaban Edoxaban <p>La gran desventaja es que son caros, pero por el contrario son medicamentos muy estables y prácticamente no intervienen con el estilo de vida del Px.</p>
<p>COMPLICACIONES MEDICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Valorara el INR (el mismo día o a las 24 horas) Complejidad en el tto quirúrgico Tener en cuenta otros factores de riesgo de sangrado Conocer fármacos que interaccionan con el Acenocumarol 	<p>HALLAZGOS ORALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Petequias Equimosis Sangrado de mucosas y purpura Sangrado gingival espontaneo Sangrado prolongado tras manipulación Su estado de salud periodontal es pobre debido probablemente de una inadecuada técnica de cepillado por miedo al sangrado 	<p>TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se necesita programas educables específicos para informar a los Px coagulados que necesitan potenciar la higiene oral porq si no los problemas de sangrado se van a acentuar. CIRUGIA ORAL SIMPLE (1-3 EXODONCIAS E INR MENOR A 3.5 SIN OTROS FACTORES DE RIESGO) <ul style="list-style-type: none"> ✓ No interferencia del tto anticoagulante ✓ Aplicar protocolo peri-postoperatorio ✓ Control del Px a la semana CIRUGIA ORAL COMPLEJA (1-3 EXODONCIAS E INR MAYOR A 3.5 U OTROS FACTORES DE RIESGO) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicar protocolo peri-postoperatorio ✓ Antibioterapia y analgesia, Dieta líquida ✓ Control del Px a la semana En periodoncia mismo protocolo que en cirugía oral La colocación de un implante equivale a 3 exodoncias
<p>SEDACION CONSCIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evitar por vía Intramusculares. Aplicar sedación por vía oral. 		
TTO DE URGENCIA ANTE UNA HEMORRAGIA POST- MANIPULACION		

DENTAL:

- Misma actuación en coagulopatías congénita:
- ✓ Identificar las áreas de sangrado
- ✓ Anestesia local con epinefrina por su efecto vasoconstrictor
- ✓ Presión con gasa empapada de ácido tranexámico durante 10-15min
- ✓ Si hay sangrado controlado, suturar con seda, cuantos menos puntos mejor y con aguja a traumática.
- ✓ Si hay sangrado no controlado seguir con agentes hemostáticos y sutura, si continua el sangrado enviar al HOSPITAL.
- Revertir el tto anticoagulante mediante concentrado de protrombina y plasma fresco (protrombina en caso de Heparina o vitamina K 1 mg en caso de Acenocumarol)

**El tto con anticoagulante NUNCA DEBE
MODIFICARSE sin el consentimiento médico o
hematólogo responsable**

<p>COMPLICACIONES MEDICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Riesgo de hemorragia, dependerá del tipo de tto o procedimiento dental, el sangrado no aparece en el acto quirúrgico, si no posterior y de carácter prolongado. 	<p>HALLAZGOS ORALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Petequias Equimosis Sangrado de mucosas y purpura Sangrado gingival espontaneo Sangrado prolongado tras manipulación 	<p>AGENTES HEMOSTATICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ácido tranexámico Celulosa oxidada Esponjas de fibrina Colágeno Cianocrilato Sutura
<p>PROTOCOLOGO DE MEDIDAS LOCALES:</p> <p>PRE-OPERATORIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Irrigación en la zona con ácido tranexámico ✓ Mínimo trauma al hueso ✓ Suturas reabsorbibles acumula menos placa bacteriana. ✓ Si se utiliza sutura no reabsorbible, los puntos deben ser retirados a los 4- 7 días. ✓ Ante exodoncias complejas de dientes inferiores realizar abordaje por vestibular. ✓ Empleo de agentes hemostáticos. ✓ Realizar presión en la zona mediante gasa empapada en ácido tranexámico (Px muerde durante 10-15 min) 	<p>PROTOCOLOGO DE MEDIDAS LOCALES:</p> <p>POST-OPERATORIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Después del tto, controlar al Px durante al menos 45-60min (permaneciendo en la clínica) ✓ Higiene oral cuidadosa ✓ Dieta líquida y/o blanda, no excesivamente caliente, durante los primeros días ✓ Enjuagues con ácido tranexámico 10ml/4 veces al día por 1 a 2 semanas. ✓ Férulas protectoras de acrílico ✓ Actividad física limitada y evitar deporte durante las primeras 48 horas. ✓ Evitar Fumar. 	<p>TTO DE COMPLICACIONES ANTE UNA HEMORRAGIA POST-MANIPULACION DENTAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar las áreas de sangrado Anestesia local con epinefrina por su efecto vasoconstrictor Presión con gasa empapada de ácido tranexámico durante 10-15min Si hay sangrado controlado, suturar con seda, cuantos menos puntos mejor y con aguja a traumática. Si hay sangrado no controlado seguir con agentes hemostáticos y sutura, si continua el sangrado enviar al HOSPITAL.

PATOLOGIA: TRANSTORNO CONGENITO DE LA CUAGULACION

CONCEPTO:

- **Hemofilia A:** enfermedad congénita ligada al cromosoma X que provoca un déficit del factor VIII.
- **Hemofilia B:** enfermedad congénita ligada al cromosoma X que provoca un déficit del IX.
- **Enfermedad de Von Willerbrand:** enfermedad congénita autosómica dominante que provoca un déficit de factor VW.

DIAGNOSTICO: HEMOFILIAS A y B

- Tiempo de TPTA (Prolongado)
- Tiempo de sangría (normal)
- Tiempo de protrombina (normal)
- Generalmente los Px están diagnosticadas desde la infancia
- Las dos están ligadas al cromosoma X, es decir las padecen mayormente los hombres, para que la padezca una mujer el padre tiene que ser hemofílico y la madre portadora o hemofílica.

DIAGNOSTICO: ENF DE VON WILLERBRAND

- Tiempo de TPTA (Prolongado)
- Tiempo de sangría (prolongado)
- Nivel del factor Von Willerbrand bajo
- Nivel del factor VIII Normal o Bajo
- Prueba de cofactor ristocetina

CLASIFICACION SEGÚN GRADOS DE SEVERIDAD

HEMOFILICA:

- **Normal:** nivel del factor de coagulación VIII O IX al 150-50%
- **Hemofilia leve:** nivel del factor de coagulación VIII O IX al 40-5%
- **Hemofilia moderada:** nivel del factor de coagulación VIII O IX al 5-1%
- **Hemofilia severa:** nivel del factor de coagulación VIII O IX al 1%

QUE TOMAN:

- Paracetamol
- codeína

EVITAR DAR:

- Evitar fármacos que agraven el sangrado.
- Evitar inyecciones intramusculares
- AAS (efecto antiagregante)
- Idometacina (efecto antiagregante)

TTO DENTAL PERMITIDO:

- Todos los Px con coagulopatías congénitas que precisan tto odontológico deben ser evaluados antes de la intervención por un hematólogo.
- Iniciar el tto dental una hora después del reemplazo del factor.

- Realizar todo el tto en una sola sesión
- Requiere nivel de factor VIII y IX del 50-75%
- Medidas locales:
 - ✓ Mínimo trauma a hueso y tejidos blandos
 - ✓ Sutura con pocos puntos y aguja a traumática
 - ✓ Exodoncias complejas de dientes inferiores abordaje por vestibular
 - ✓ Aplicar agentes hemostáticos
 - ✓ Dieta líquida y/o blanda durante 5/10 días
 - ✓ Férulas protectoras de acrílico
 - ✓ Terapia Antimicrobiana

- Evaluación de la hemostasia y comorbilidades
- Requiere nivel de factor VIII y IX del 75-100%
- Mayor riesgo de sangrado el día de la operación y 4-10 días después

- Excepto de hemofilias Severas, Tratectomias solo con cobertura antifibrinolítica.
- Cirugía periodontal
 - ✓ Reemplazo de factor o Desmopresina
 - ✓ Nivel de factor VIII O IX del 50-75%

Cirugía Dento-Alveolar

Cirugía Maxilofacial

Periodoncia

ANESTESIA LOCAL:

- Mejor anestesia intraligamentosa y/o intrapulpar en procesos endodonticos
- Mejor anestesia infiltrativa o intraligamentosa en exodoncias.
- Epinefrina (efecto vaso constrictor)
- Evitar bloques regionales e infiltraciones linguales en ausencias de reemplazo de factor.
- Evitar inyecciones en el suelo de la boca por riesgo de Hemorragia.

ANESTESIA GENERAL:

- Evaluar con hematólogo y anestesista

SEDACION CONSCIENTE:

- Evitar por vía Intramusculares.
- Aplicar sedación por vía oral.
- Óxido nitroso se puede usar (excepto en enfermedad VW)

PATOLOGIA: ANEMIA		
CONCEPTO: Es la disminución del número de glóbulos rojos en sangre periférica. VALOR NORMAL Hb <14gr/dl en varones Hb <12gr/dl en mujeres		CLASIFICACION DE LA ANEMIA EN BASE AL TAMAÑO DE GLOBULOS ROJOS: <ul style="list-style-type: none"> • Microcítica (Anemia perniciosa) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Déficit de Fe ✓ Talasemia (anemia hereditaria) ✓ Infecciones crónicas • Macrocítica <ul style="list-style-type: none"> ✓ Déficit de vitamina B12 ✓ Déficit de ácido Fólico ✓ Hipotiroidismo ✓ Anemia aplásica • Normocítica <ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermedad crónica ✓ Insuficiencia renal ✓ Hipotiroidismo ✓ hemolisis
ETIOLOGIA: <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de Hematíes circulantes • Anormalidad de la hemoglobina (principal causa perdida sanguínea crónica por déficit de Fe/mujeres por menstruación/hombres por origen gastrointestinal o genitourinario). • Déficit en dieta y malabsorción • Déficit de ácido fólico y vitamina B12 	DIAGNOSTICO: <ul style="list-style-type: none"> • Clínica • Hemograma <ul style="list-style-type: none"> ✓ Concentración de hematíes ✓ Valor de Hb ✓ Valor de Hematocrito ✓ Volumen corpuscular medio ✓ Hb corpuscular medio • Niveles séricos de hierro y ferritina • Niveles séricos de vitamina B12 • Niveles de ácido fólico 	QUE TOMAN: <ul style="list-style-type: none"> • Ácido fólico • Sulfato ferroso • Vitamina B12 EVITAR DAR: <ul style="list-style-type: none"> • Metamizol (Nolotil) TEMPORALIZACION: <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones cortas y por las mañanas • Px que reciben transfusiones realizar tto al día siguiente
MANIFESTACIONES CLINICAS: <ul style="list-style-type: none"> • General: Cansancio/Anorexia/Disnea • Piel y mucosas: Palidez de mucosa Oral/Coiloniquia (uñas de cuchara) /Ictericia • Cardiovascular: Taquicardia/Palpitaciones/Angina/IC/Trombosis 	COMPLICACIONES MEDICAS: <ul style="list-style-type: none"> • Hay riesgo de Taquicardias si la Hb <10gr/dl Los Px que presentan un cuadro grave de Beta-talasemia mayor (requiere transfusión sanguínea y presentan cardiomiopatía)	
TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO: <ul style="list-style-type: none"> • En Px con Hb <10gr/dl, hay que hacer tto de urgencia en el ámbito hospitalario, administrar oxígeno y usar pulsioxímetro • Si el Px presenta anemia de células falciformes, tratar infecciones orales agudas, en tto cruentos dar profilaxis antibiótica y antiséptica en Px esplenectomizados. • Si el px presenta beta-talasemia mayor, requiere transfusión de sanguínea y profilaxis antibiótica. • En cirugía, implantología y periodoncia se debe controlar los niveles de Hb, indicada cobertura antibiótica, tto contraindicados en anemia aplásica. • las prótesis removibles son mal toleradas porque les duele la mucosa, sobre todo en anemia por déficit y perniciosa 	HALLAZGOS ORALES: <ul style="list-style-type: none"> • Ulceras • Queilitis angular • Lengua dolorosa (Glosodinia) • Glositis • Parestesia oral • Disgeusia • Xerostomía • Lengua dolorosa • Tumefacción de la glándula parótidas • <p style="text-align: right;"> } anemia por déficit → Talasemia </p>	ANESTESIA LOCAL: <ul style="list-style-type: none"> • Precaución con los vaso-constrictores SEDACION CONSCIENTE: <ul style="list-style-type: none"> • Mejor usar óxido nítrico ANESTESIA GENERAL: <ul style="list-style-type: none"> • Evitar si los niveles de Hb son <10gr/dl

PATOLOGIA: TROMBOCITOPENIA

CONCEPTO: Es cuando la concentración de plaquetas está por debajo de 100.000/ul (Se caracteriza por tendencia a sangrado prolongado y purpura)

VALOR NORMAL PLAQUETAS: 150.000-400.000/ul

ETIOLOGIA:

- Disminución de la producción de plaquetas (QT, Leucemia y Radiación)
- Alteración de la distribución plaquetaria (esplenomegalia)
- Aumento de la destrucción plaquetaria (purpura trombocitopenica idiopática)

DIAGNOSTICO:

- Clínica
- Niveles de plaquetas (reducida)
- Tiempo de sangría (prolongado)

QUE TOMAN:

- Corticoides
- Paracetamol
- Codeína

EVITAR DAR:

- Amoxicilina
- Penicilina
- cefalosporinas
- aspirina
- AINEs → Afecta la función plaquetaria

COMPLICACIONES MEDICAS:

- Tendencia de sangrado inmediatamente después de un trauma vascular.
- En Px con esplenectomía está indicada terapia antibiótica ya que tienen elevada predisposición a infecciones.

TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO:

- Valorar la necesidad de transfusión de plaquetas según la severidad de la trombocitopenia.
- Aplicar el protocolo peri y post- operatorio de medidas locales.

HALLAZGOS ORALES:

- Sangrado gingival espontaneo
- Bullas hemorrágicas sanguinolentas (se relacionan con Px que inhalan corticoides)
- Petequias en paladar (signo inicial de la trombocitopenia)
- Sangrado prolongado tras cirugía.

N° de plaquetas	Cirugía Dento -alveolar	Cirugía mayor
150-100 LEVE	No transfusión plaquetaria Medidas de hemostasia Observación	Considerar transfusión Medidas de hemostasia Observación
100-50 MODERADA	Considerar transfusión Medidas de hemostasia Considerar enjuagues con ácido tranexámico durante 7 días	Transfusión plaquetaria Medidas de hemostasia Enjuagues con ácido tranexámico durante 7 días
50-30 SEVERA	Transfusión plaquetaria Eltrombopag Medidas de hemostasia Considerar enjuagues con ácido tranexámico durante 7 días	Evitar cirugía Transfusión plaquetaria Medidas de hemostasia Enjuagues con ácido tranexámico durante 7 días
<30 MUY SEVERA	Evitar cirugía Transfusión plaquetaria Medidas de hemostasia Enjuagues con ácido tranexámico durante 7 días	Evitar cirugía Transfusión plaquetaria Medidas de hemostasia Enjuagues con ácido tranexámico durante 7 días

ANESTESIA LOCAL:

- Evitar inyecciones tronculares si los niveles de plaquetas están inferiores 30-50/ul (severidad severa)

SEDACION CONSCIENTE:

- Evitar Diazepam

ANESTESIA GENERAL:

- Consultar al hematólogo y hacer evaluación pre-anestésica
- Compromiso de vía aérea por sangrado post- intubación

PATOLOGIA: NEUTROPENIA		
CONCEPTO: es la presencia de niveles anormalmente bajos de determinados glóbulos blancos. Es también conocida como Agranulocitosis o granulocitopenia. VALOR NORMAL NEUTROFILOS: 2.500-6000/ul		EVITAR DAR: <ul style="list-style-type: none"> • Aspirina • AINEs • Terapia con corticoides (valorar suplementación) • Metimazol • Metamizol (produce agranulocitosis)
ETIOLOGIA: <ul style="list-style-type: none"> • Infecciones bacterianas (salmonelosis) • Infecciones víricas: (varicela, Epstein barr, hepatitis A,B y C, VIH) • Alergias • Leucemia • Daños de medula Ósea (Quimioterapia-Radioterapia) • Anemia aplásica • Cáncer 	DIAGNOSTICO: <ul style="list-style-type: none"> • Hemograma 	CLASIFICACION DE LA NEUTROPENIA: <ul style="list-style-type: none"> • Leve: Numero de neutrófilos < 1.000 -1.500 ul • Moderada: < 500-1.000 ul • Severa: <500 ul
MANIFESTACIONES CLINICAS: NO TIENE SINTOMAS ESPECIFICOS <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre • Escalofríos y sudor • Tos grave • Infecciones • Diarrea/ vómitos • Ardor al orinar • Dolores óseos • Debilidad general 	TRATAMIENTO: <ul style="list-style-type: none"> • Leves (No tratamiento) • Antibiótico (infecciones) • Medicamentos para suprimir el sistema inmunológico} • Trasplante de medula ósea 	
TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Odontología preventiva: <ul style="list-style-type: none"> • Higiene oral • Revisiones periódicas • Enjuagues con clorhexidina • Enjuagues con flúor ✓ Tto cruentos: • Tiempo de hemorragia y nivel plaquetario • Cobertura antibiótica 	HALLAZGOS ORALES: <ul style="list-style-type: none"> • Formación de procesos infecciosos • Ulceras en la boca • Dolor agudo • Periodontitis • Estomatitis herpética • Candidiasis 	COMPLICACIONES MEDICAS: <ul style="list-style-type: none"> • Identificación del padecimiento, detectar signos y síntomas. • Interconsulta con el medico: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estado actual del paciente ✓ Control de neutrófilos ✓ Tipo de tto farmacológico que esté tomando • Hemograma (mirar el número de neutrófilos totales antes y después del tratamiento) • Considerar trombopenia (cuando es de origen adquirido por fármacos quimioterapicos) • Considerar profilaxis antibacteriana • Trombopenia severa (urgencias en el hospital)
ANESTESIA LOCAL: <ul style="list-style-type: none"> • Evitar bloques regionales si hay trombocitopenia 		

PATOLOGIA: CANCER DE CABEZA Y CUELLO				
CONCEPTO: Denominamos cáncer a la proliferación celular anormal localizada que puede invadir los tejidos circundantes y diseminarse a distancia afectando a otros órganos (Metástasis). Tiene dos complicaciones fundamentalmente, crece por contigüidad y crece a distancia.		DIAGNOSTICO: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Historia, examen físico y biopsia ➤ Eritroplasia ➤ Apariencia granular ➤ Vascularización anormal ➤ Induración y fijación ➤ Adenopatías cervicales ➤ No cicatrización de ulcera o alveolo post- exodoncia ➤ Radiografía de tórax y endoscopia → Metástasis 		TEMPORALIZACION: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Posición vertical del sillón por compromiso de la vía aérea. ➤ Proteger las vías aéreas mediante dique de gomas, evitando la obstrucción nasal.
ETIOLOGIA: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alcohol y tabaco ➤ Exposición al sol ➤ Genética ➤ Agentes infecciosos (Papilomavirus) ➤ Inmunosupresión ➤ Dieta ➤ Estado de salud oral (trauma mecánico y edentulismo) ➤ Lesiones orales Pre-malignas 	CLASIFICACION (SISTEMA TNM): <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tamaño tumor (T) ➤ Linfáticos regionales (N) ➤ Metástasis a distancia (M) 	Características de Malignidad		
	TRATAMIENTO: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cirugía ➤ Radioterapia ➤ Quimioterapia 	COMPLICACIONES MEDICAS: <p>Como consecuencia de las cirugías:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alteraciones estéticas (Oro facial) ➤ Limitaciones funcionales (Oro facial) ➤ Trastornos psicológicos ➤ Dolor oro facial agudo y neuropatía post-traumática 	ANESTESIA Y SEDACION: <p>Poner precaución con la anestesiad debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Compromiso de la vía aérea (post-cirugía) ➤ Precepción sensorial alterada y localización de la inervación (post-cirugía) ➤ Trismus (post- radioterapia) 	
TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO: <p>Antes de la cirugía consultar plan de tratamiento dental, el tratamiento está condicionado por la localización y la extensión del área reseca.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluación clínica de las estructuras orales (Rx) ➤ Tratamiento resolutivo urgente (Exodoncias) ➤ Tratamiento paliativo (Eliminar caries activas) ➤ Preservar la dentición remanente ➤ Educación: No Fumar, No beber alcohol, higiene oral óptima. 	Después de la cirugía: (Prótesis removible Maxilar) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Obturador <i>quirurgico</i> ➤ Adaptación intraoperatoria ➤ Prótesis dental provisional 3-4 semanas y durante 4-6 meses ➤ El éxito de la prótesis dental definitiva: <ul style="list-style-type: none"> • Es el estado de los dientes remanentes • Fijación y estabilidad (tamaño y morfología) • Motivilidad y adaptabilidad 	Después de la cirugía: (Prótesis removible Mandibular) <ul style="list-style-type: none"> ➤ El éxito de la prótesis dental definitiva dependerá de: <ul style="list-style-type: none"> • Extensión y morfología del hueso remanente • Grado de desviación mandibular • Número y estado de dientes remanentes • Uso de implantes • Reconstruir el defecto óseo con injerto óseo o placas de osteosíntesis. • Reconstruir el defecto de tejido blando En implantología: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ayudan a aumentar la retención y estabilidad de la prótesis ➤ Soportan obturador, sobredentadura, prótesis fija y prótesis facial. 		

PATOLOGIA: RADIOTERAPIA		
CONCEPTO: Es el tratamiento del tumor empleando radiaciones ionizantes.		EVALUACION DE LAS COMPLICACIONES: Antes de la radioterapia: <ul style="list-style-type: none"> • Meticulosa higiene oral • Cuidados terapéuticos preventivos Durante radioterapia: <ul style="list-style-type: none"> • Protección de mucosa y glándulas salivales (amifostina, enjuagues de clorhexidina al 0.2%, antifúngicos, uso tópico de flúor) Después de la radioterapia: <ul style="list-style-type: none"> • Meticulosa higiene oral • Cuidados preventivos (control de dieta, sustitutos de saliva, sialagogos, benzidmida)
COMPLICACIONES ORALES: 1. Semana: Náuseas y vómitos 2. Semana: Mucositis, alteración del gusto 3. Semana: Xerostomía > 3 Semanas: Infecciones, Caries, necrosis pulpar, hipersensibilidad dentaria, Trismus, osteorradionecrosis y defectos cráneo faciales	COMPLICACIONES ORALES: <ul style="list-style-type: none"> • Mucositis (eritema, dolor y ulceración) • Xerostomía (disfagia, disgeusia, disosmia, infecciones como candidiasis, caries) • Trismus (3-6 meses post-radioterapia) • Caries • Pérdida del gusto y el olfato • Alteraciones dentales y óseas • Osteorradionecrosis 	NOTA: A los pacientes que les suele dar 60 Gray, lo que es mucha cantidad de radiación, suelen aparecer complicaciones irreversibles como Ejemplo: puede quemar la glándula parótida y no se recupera.
TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO: Antes de la radioterapia: <ul style="list-style-type: none"> • Exodoncia dientes con mal pronóstico • Exodoncia 10-14 días antes de radioterapia • Periodoncia 10-14 días antes de radioterapia • Cirugía pre-protésica 6 semanas antes de radioterapia. • No debe existir exposición ósea al inicio de radioterapia • Realizar odontología conservadora Después de la radioterapia: (Cirugía) <ul style="list-style-type: none"> • Retrasar tratamientos 6 meses post- radioterapia • Mínimo trauma • Antibiótico profiláctico (24-48 horas antes y hasta 4 semanas después) • Valorar oxígeno hiperbárico 	Después de la radioterapia: (Implantología) <ul style="list-style-type: none"> • Retrasar tratamiento 6 meses post- radioterapia • Evitar inserción sobre hueso irradiado • Valorar oxígeno hiperbárico Después de la radioterapia: (Periodoncia) <ul style="list-style-type: none"> • No quirúrgica, 6 semanas post- radioterapia Después de la radioterapia (prótesis fija y conservadora) <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos simples • Materiales dentales que liberen flúor • Prótesis removible esperar 4-6 semanas post- radioterapia Después de la radioterapia (ortodoncia) <ul style="list-style-type: none"> • Ortodoncia contraindicada 	ANESTESIA LOCAL: <ul style="list-style-type: none"> • Evitar epinefrina por la isquemia que provoca • Evitar técnica intraligamentosa (aumenta el riesgo ORN) SEDACION CONSCIENTE: <ul style="list-style-type: none"> • Utilizada con las precauciones rutinarias ANESTESIA GENERAL: <ul style="list-style-type: none"> • Trismus dificulta la intubación
		MEDICACION: <ul style="list-style-type: none"> • Amifostina: por vía intravenosa (cicloprotector de células acinares de las glándulas salivales), para tratamiento de mucositis y xerostomía. • Enjuagues de benzidamida, lidocaína viscosa 2% o difenhidramina para tratamiento de mucositis. • Pilocarpina o cevimelina se usa de tratamiento de pre-radioterapia para estimulación salival para prevenir la xerostomía.

LOGIA: QUIMIOTERAPIA		
OBJETIVO: Farmacos citotóxicos que actúan por interacción con células cancerígenas inhibiendo la división celular y/o la síntesis de proteínas.		COMPLICACIONES ORALES DE LA QUIMIOTERAPIA:
INDICACIONES MEDICAS: Antes de la quimioterapia: (evaluación y tto dental necesario) Exodoncia de dientes con pronóstico pobre Control de enfermedad periodontal Control de caries Reajuste de prótesis No indicada profilaxis antibiótica Meticulosa higiene oral y cuidados preventivos Durante la quimioterapia: Realizar solo tto de urgencia Profilaxis con Aciclovir 200mg c/d 8 horas Después de la quimioterapia: Meticulosa higiene oral y cuidados preventivos Plan de tto individualizado	COMPLICACIONES CLINICAS DE LA QUIMIOTERAPIA:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presencia de eritema, ulceración y dolor ✓ Aparece a los 7-14 días post- quimioterapia ✓ Tratamiento profiláctico con chips helados de benzidamida durante 30 min antes de la QT ✓ Analgésicos opioides para el control del dolor ✓ Higiene oral optima con enjuagues de clorhexidina al 0.2% cada 12 horas ✓ Enjuague o spray de lidocaína viscosa 2% o benzidamina <p>Provocado por trombocitopenia: gingivorragia, petequia y equimosis xerostomía (menos común en la QT que con la RT) Eritemas dentales (erupción y morfología en niños)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Micosis (tto profiláctico con Nistatina suspensión 4-6 veces al día) ✓ Herpéticas (tto profiláctico con Aciclovir o Valaciclovir) ✓ Por bacterias Gram (-) (tto con Gentamicina o Carbenicilina)
TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO: Prevención de caries (control de dieta, selladores, aplicación de flúor y clorhexidina) En Px con sangrado evitar cepillo interdental y seda dental Control de periodontitis antes de la quimioterapia Tratamientos Exodoncia de dientes con pronóstico dudoso Evitar colocar implantes durante la mucositis Endodoncias antes de la QT Px portadores de prótesis removible recomendar retirarla por las noches Evitar prótesis removibles si hay mucositis Px con ortodoncia retirar bandas y aparatos antes de la QT	ANESTESIA LOCAL Y SEDACION: <ul style="list-style-type: none"> • Considerar enfermedad primaria • Considerar efectos adversos de quimioterapia (anemia y trombocitopenia) ANESTESIA GENERAL: <ul style="list-style-type: none"> • Contraindicada en Anemia severa 	EVITAR DAR: <ul style="list-style-type: none"> • Aspirina • Ibuprofeno • Diclofenaco • Naproxeno • Metotrexato • Penicilina V • Amoxicilina • Amoxicilina con acd clavulanico <p style="text-align: right;">} En Px que reciben tto con</p>

PATOLOGIA: OSTEONECROSIS DE LOS MAXILARES POR MEDICAMENTOS		
<p>CONCEPTO: En el 2017 la Sociedad Americana de Cirujanos Orales y Maxilofaciales definió ONM:</p> <p>Como la persistencia de una lesión o exposición ósea en la cavidad oral, que no responde a un tratamiento adecuado durante un tiempo prudencial de 8 semanas, que se desarrolla en un paciente que no presenta inicios de malignidad en la cavidad oral, que no tiene antecedentes de radioterapia y que sin embargo está recibiendo tratamiento con bifosfonatos.</p>	<p>ETIOPATOLOGIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores predisponentes • Susceptibilidad genética 	<p>DIAGNOSTICO DE SOSPECHA: Si hay Hueso expuesto en el área maxilofacial, aparición espontanea o tras cirugía sin evidencia de curación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas diagnósticas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estudio radiográfico (ortopantomografía y TAC) ✓ Estudio histológico del hueso expuesto ✓ Cultivo y Antibiograma
<p>NOTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se asocian a la administración de bisfosfonatos por vía intravenosa (Pamidronato y Zoledronato) son fármacos indicados en tratamiento en metástasis óseas y mieloma múltiple (procesos tumorales). • Es menos frecuente en bifosfonatos orales en Osteoporosis/Osteopenia, es mucho menos prevalente y también son lesiones muchos menos graves y más fáciles de tratar o de resolver. • Hay una actualización del protocolo, en el año 2014 proponen un cambio de la denominación de las lesiones: • Proponen cambiar ONM asociada a la administración de bisfosfonatos por ONM asociada a la administración de medicamentos, porque están surgiendo casos de ONM debido al consumo de otros medicamentos que no son bifosfonatos. • Todos estos medicamentos actúan inhibiendo la actividad osteoclastica y la reabsorción ósea por distintos mecanismos. • 70% de casos son después de procedimientos odontológicos quirúrgicos (exodoncias) • 30% de casos son esporádicos en los cuales no hay antecedentes de manipulación invasiva. • Riesgo estimado de ONM después de una exodoncia 2 – 15% en BF por vía IV y un 0,5% en BF vía oral. 	<p>OTROS FACTORES DE RIESGO POTENCIALES DE LA ONM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad mayor de 65 años (hay mayor riesgo) • Dosis total elevada (+ de 2 años en IV) (+ de 4 años en VO) • Administración de corticoides o estrógenos • Antecedentes de QT y RT • Patología periapical o peridontitis • Tabaco • Otras comorbilidades (anemia, diabetes, trastorno de coagulación, hipercalcemia) • Factores genéticos predisponentes 	<p>CLINICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ESTADIO I: Exposición ósea con hueso necrótico o ulceración de mucosa sin exposición ósea, asintomático. • ESTADIO II: Exposición ósea con hueso necrótico o ulceración de mucosa sin exposición ósea, sintomático. <ul style="list-style-type: none"> ✓ A: Se controla con tto conservadores ✓ B: No se controla con tto conservadores y progresa a necrosis. • ESTADIO III: Exposición ósea, dolor inflamación, fractura patológica/ fistula extra oral, osteolisis del borde inferior.
<p>TRATAMIENTO ANTES DEL TTO CON BIFOSFONATOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajar antes es muy importante • Colaboración entre el medico que va a prescribir el tto con BF y el dentista. • Identificar de la ONM • Evaluación del estado de salud oral • Pruebas Rx, si hay posibilidad de fractura, ver el estado óseo, si hay posibilidad de secuestros óseos. 	<p>TRATAMIENTO DURANTE EL TTO CON BIFOSFONATOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaboración entre el medico que va a prescribir el tto con BF y el dentista. • Historia clínica detallada (BF y signos clínicos) es importante saber qué tipo de BF está tomando, como se administra, desde cuando se administra. • Pruebas radiológicas (ortopantomografía) • Planificación del tto, vía de administración de BF y duración de la terapia (+ de 2 años en IV) (+ de 4 años en VO) • ES IMPORTANTE MANTENER UNA BUENA SALUD ORAL EN ESTOS PACIENTES Y DISMINUIR FACTORES DE RIESGO PREDISponentes A DESARROLLAR LA ONM. 	<p>TRATAMIENTO DE LA ONM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ESTADIO I: Colutorio de clorhexidina y seguimiento. • ESTADIO IIA: Colutorio de clorhexidina + ATB + Analgésico. • ESTADIO IIB: Colutorio de clorhexidina + ATB + Analgésico + cirugía conservadora de eliminación de necrosis. • ESTADIO III: Colutorio de clorhexidina + ATB + Analgésico + cirugía resectiva. • Colutorios de clorhexidina al 0.12% 3 veces al día por 2 semanas • Antibioterapia: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Amoxicilina + ácido clavulánico 875 + 125mg/ 8h x 15 ✓ Doxiciclina 100mg/ 24h x 15 días ✓ Metronidazol 500mg/ 8h x 15 días • Si toma BF suspensión si es posible, durante 6-12 meses (esto lo decide el medico)

PATOLOGÍA: ENFERMEDAD DE ALZEIMER

CONCEPTO:

Es un trastorno neuro degenerativo progresivo que causa pérdida de las funciones motoras

ETIOLOGÍA:

Su etiología es de causa desconocida pero se puede atribuir a:

- ❖ Defectos genéticos
 - ❖ A polipoproteína E4
 - ❖ Resistencia a la insulina
 - ❖ Infecciones por Herpes Virus
 - ❖ Otros (Isquemia cerebral, Trastornos inmunológicos)
- } Factores de Riesgo

DIAGNOSTICO:

- ❖ Manifestaciones clínicas
- ❖ Test neurociquiátricos
- ❖ Técnicas de imagen cerebral

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

- ❖ Pérdida de memoria
 - ❖ Desorientación en el tiempo y lugar
 - ❖ Ausencia de espontaneidad
 - ❖ Apariencia descuidada
- } Primer estadio
- ❖ Pérdida de inteligencia
 - ❖ Afasia
 - ❖ Incapacidad para comer o vestir solo
 - ❖ Defectos visuales
- } Segundo estadio
- ❖ Apatía
 - ❖ Mutismo/verborrea
 - ❖ Incapacidad para comunicarse
 - ❖ Ansiedad
 - ❖ Depresión
 - ❖ Irritabilidad / Comportamiento agresivo
 - ❖ Dependencia absoluta
- } Tercer estadio

COMPLICACIONES MEDICAS:

- ❖ En los paciente que son colaboradores se debe aprovechar y hacer todo el tratamiento, ya que en la próxima visita no lo podrían ser

MANIFESTACIONES BUCALES:

- ❖ Higiene oral probe
- ❖ Xerostomia (Candidiasis, caries e intolerancia a prótesis)
- ❖ Enfermedad periodontal y Halitosis
- ❖ Pérdida del gusto
- ❖ Lengua fisurada, roja y depapilada
- ❖ Traumatismo (apraxia); el paciente se muerde a si mismo porq no reconoce la morfología del bolo alimenticio

TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO:

- ❖ Implicar a la familia o cuidadores
- ❖ Cepillos eléctricos
- ❖ Clorhexidina
- ❖ Tratamientos simples en estadios iniciales prótesis fija
- ❖ Pérdida, fractura o no tolerancia a las prótesis
- ❖ Los implantes están contraindicados
- ❖ El tratamiento realizado en presencia del cuidador facilita la comunicación y evita problemas medico-legales
- ❖ Consentimiento informado

TEMPORALIZACIÓN:

- ❖ Sesiones cortas y por las mañanas
- ❖ Posición vertical del sillón o ligeramente reclinado
- ❖ Acceso comprometido porq requiere acompañante o atención domiciliaria u hospitalaria

ANESTESIA LOCAL:

- ❖ Se usa en estadios iniciales de la enfermedad si aun colabora

SEDACIÓN CONSCIENTE:

- ❖ Oxido nitroso
- ❖ Benzodicepinas

ANESTESIA GENERAL:

- ❖ Se utiliza por falta de colaboración y comportamiento hostil

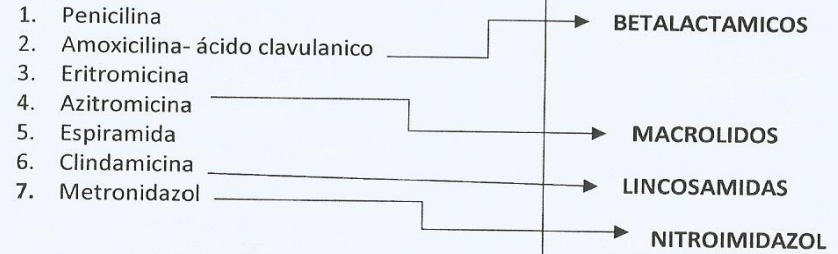
PATOLOGÍA: ENFERMEDAD DE PARKINSON		
CONCEPTO: Es una enfermedad neurodegenerativa que afecta al área encargada de coordinar la actividad muscular, el tono y los movimientos	ETIOLOGIA: Etiología de cauda desconocida ❖ Degeneración de las neuronas de la sustancia negra del mesocéfalo ❖ Bloqueo de dopamina	FACTORES PRESUNTAMENTE IMPLICADOS: ❖ Traumas cráneo faciales recurrentes ❖ Drogas ilícitas ❖ Encefalitis ❖ Enfermedad cerebro vascular/Pesticidas
MANIFESTACIONES CLÍNICAS: ❖ Temblor de reposo ❖ Marcha festinante y propulsiva ❖ Bradicinesia ❖ Habla lenta y monótona ❖ Rigidez ❖ Facies inexpresivas y mirada perdida	COMPLICACIONES MEDICAS: ❖ Dificultad a la comunicación ❖ Movimientos involuntarios ❖ Control de la ansiedad ❖ Precaución en el uso de instrumental cortante y rotatorio ❖ Bebeo y posición de la cabeza (Evitar la hiperextencion)	MANIFESTACIONES ORALES: ❖ Babeo y dificultad de la deglución ❖ Xerostomia (agentes antimuscarinicos) ❖ Enfermedad periodontal ❖ Menos caries por el PH de la saliva aumentado por la Levodopa ❖ Discinesias orofaciales ❖ Dificultad de la masticacion
TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO: ❖ Implicar a familiares y cuidadores ❖ Cepillos eléctricos ❖ Clorhexidina ❖ Precaución con el instrumental rotatorio por las discinesias ❖ Revisiones periódicas por Xerostomia e Higiene oral defectuosa ❖ El tratamiento con implantes mejora las discinesias	QUE TOMAN: ❖ Drogas dopaminergicas (Levodopa, Carbidopa, Antagonistas dopamina) ❖ Drogas antimuscarinas (Benzatropina, Orfenadrina, Prociclidina, trihexifenidilo) ❖ Otro tratamiento para estos pacientes es la cirugía esterotaxica para mejorar el temblor	EVITAR: Evitar los antibióticos macrolidos porque incrementan los niveles de Bromocriptina o Carbegolina
	ANESTESIA LOCAL: ❖ Evitar epinefrina ya que interacciona con Cetecol y Metil-tranferasa provocando arritmias e HTA	TEMPORALIZACIÓN: ❖ Asistencia para acceder al sillón dental ❖ Sesiones cortas ❖ Posición vertical o ligeramente reclinado hasta 45º ❖ Restricción física por movimientos incontrolados
	SEDACIÓN CONSIENTE: ❖ Oxido nitroso ANESTESIA GENERAL: ❖ Se utiliza en pacientes con movimientos incontrolados	

PATOLOGIA: ESCLEROSIS MULTIPLE		
CONCEPTO:	ETIOLOGIA:	DIAGNOSTICO:
❖ Es un trastorno neurológico crónico que se caracteriza por inflamación y destrucción selectiva de la mielina del SNC	❖ Causa desconocida	❖ Clínica durante ataque agudo ❖ RMN u otras técnicas de imagen ❖ Punción lumbar
MANIFESTACIONES CLINICAS:	COMPLICACIONES MEDICAS:	MANIFESTACIONES BUCALES:
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Afecta más a mujeres ❖ Anestesia/ Parestesia de las extremidades ❖ Pesadez y debilidad de las piernas ❖ Neuritis óptica ❖ Diplopia, nistagmo, vértigo ❖ Ataxia, temblor, disartria ❖ Síntomas de Lhermite 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Movilidad restringida ❖ Alteraciones Psicológicas ❖ Movimientos mandibulares involuntarios ❖ Neuralgia del trigémino Bilateral (tic doloroso) ❖ Dificultad para localizar el dolor orofacial ❖ Dificultad en la comunicación ❖ Compromiso respiratorio 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ No hay manifestaciones orales específicas ❖ Neuralgia del trigémino (V par craneal) ❖ Parálisis facial ❖ Sensaciones periorales anormales mioma facial o hemiespasmos (el Px comienza a mover la mejilla) ❖ Disartria ❖ Babeo/ Xerostomia por los agentes atropicos ❖ Edema facial por Glatiramer <p style="text-align: right;">} Sospechar de Esclerosis</p>
TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO:	QUE TOMAN:	NUNCA DAR:
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Implicar a familia y cuidadores ❖ Consejo dietético y fluor topico ❖ Clorhexidina ❖ Cepillos eléctricos o manuales adaptados ❖ Valorar tratamiento protésico complejo (Según pronóstico y grado de higiene oral) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Beta-Interferon ❖ Glatiramer → ❖ Corticoides → ❖ Tizanidina Relajante muscular 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tramadol Si el paciente está Tomando Tizanidina ya que incrementa el riesgo a convulsiones
ANESTESIA LOCAL:	TEMPORALIZACION:	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Precauciones rutinarias <p>SEDACION CONSCIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Técnica indicada por los altos niveles de ansiedad ❖ Consulta médica (riesgo de compromiso respiratorio) ❖ Evitar el óxido nítrico 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Asistencia para acceder al sillón dental ❖ Sesiones cortas por la mañana ❖ Posición vertical o ligeramente reclinado Hasta 45º (por compromiso respiratorio) 	

TEMA: ALERGIAS A MEDICAMENTOS Y MATERIALES ODONTOLÓGICOS

Los antibióticos son los responsables del 61% de las reacciones alérgicas a medicamentos, los antibióticos más frecuentemente implicados son las penicilinas, seguidas de las sulfamidas.

ANTIBIOTICO DE USO COMUN EN ODONTOLOGIA:



REACCIONES ALERGICAS A BETA-LACTAMICOS:

- Urticaria
 - Angioedema
 - Rinitis
 - Broncoespasmo
 - Shock anafiláctico
- Reacción Inmediata
- Exantema
 - Ulceración
- Reacción No Inmediata

DIAGNOSTICO:

- Para las reacciones no inmediatas son útiles los test epidemiológicos
- Para las reacciones inmediatas solo son útiles los test de provocación

REACCIONES ALERGICAS A LOS MACROLIDOS:

- Es extremadamente rara
- Manifestaciones clínicas similares a los betalactámicos
- Son infrecuentes las alergias de GRUPO es decir alergia a un macrolido no implica la alergia a otro del mismo grupo.

REACCION ALERGICA A LAS FLUROQUINOLONAS:

- Ciprofloxacino: es el más utilizado, da reacción cutánea.
- Levofloxacino: alteraciones mucosqueleticas
- Rufloxacino: alteraciones psiquiátricas
- Lomefloxacino: reacciones fototoxicas.

REACCIONES ALERGICAS A AINEs:

- Aspirina
 - Ibuprofeno
 - Ketoprofeno
 - Piroxicam
 - Naproxeno
 - Diclofenaco
 - Idometacina
 - Ketorolaco
 - Metamizol
- Inhibidores de la COX-1
- Meloxicam
 - Celecoxib
 - Rofecoxib
 - Valdecoxib
- Inhibidores de la COX-2

COX: Ciclo- Oxigenasa, enzima que desencadena las reacciones inflamatorias

SITUACIONES DE EMERGENCIA:

REACCIONES ALERGICAS A PARACETAMOL:

- Son infrecuentes
- Puede haber reactividad cruzada con AINEs, es decir si un paciente es alérgico al AINEs, es preferible darle un COX-2 que darle paracetamol.
- Inhibidores de COX-2 pueden prescribirse en pacientes que no toleran paracetamol.
- Los inhibidores de la COX-2 resulta seguro en pacientes con antecedentes de reacciones anafilactoides producidas por AINEs.

TEMA: EMBARAZO Y LACTANCIA		
<p>HALLASGOS ORALES ASOCIADOS AL EMBARAZO:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Caries 2. Gingivitis 3. Periodontitis <p style="margin-left: 150px;">} Secundaria a cambios hormonales Hábitos de higiene oral deficiente Dieta criogénica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Granuloma piogénico • Erosión dentaria • Sialoadenosis 	<p>TRATAMIENTO DENTAL PERMITIDO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potenciar la educación de higiene oral, controlar la aparición de caries. • Si la condición general lo requiere, realizar Tratectomias segundo cuatrimestre. • Aplicación de flúor y clorhexidina • Consejo dietético. • Evitar las Rx durante el embarazo. • No remover las restauraciones de amalgama y evitar las obturaciones con amalgama. • Si hay granuloma piogénico y precisa extirpación preferible post-parto. 	<p>TEMPORALIZACION Y POSICION:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar las citas por las mañanas debido a la mayor susceptibilidad a vómitos. • Programar sesiones cortas ya que la permanencia prolongada en el sillón dental incrementa el riesgo de un evento tromboembólico. • Permitir a la paciente hacer cambios posturales en el sillón. • Evitar la posición supina en el sillón dental durante el segundo y tercer trimestre, porque puede producirse una obstrucción parcial de la vena cava inferior y de la aorta con riesgo de síndrome hipertensivo. • Colocar a la embarazada en una posición decúbito lateral izquierda en el sillón dental.
<p>COMPLICACIONES MEDICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de dieta y fármacos para tratar la Diabetes gestación y HTA presentes en la mujer embarazada. • Otras complicaciones: Hipercoagulabilidad sanguínea/Anemia • Controlar el stress frente a un tto dental • Evitar cualquier tto en el primer trimestre porque acontece la organogénesis, periodo crítico debido a la mayor susceptibilidad a teratógenos y aborto espontaneo. • Evitar cualquier tto en el tercer trimestre debido al desconfort de permanecer en el sillón dental y al compromiso del retorno venoso por la compresión del feto sobre la vena cava inferior en la posición supina. • Posponer cualquier tto dental hasta después del parto, si precisa hacerlo mejor hacerlo en el segundo mes del embarazo 	<p>CONSIDERACIONES CLINICAS RESPECTO A LA PRESCRIPCION DE FARMACOS EN PX EMBARAZADAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda hacer consulta médica antes de prescribir un fármaco. • Evitar la prescripción de fármacos en el primer trimestre del embarazo. • Prescribir fármacos solamente si los beneficios esperados son mayores a los riesgos potenciales. • Usar fármacos que sean comúnmente utilizados en el embarazo. • Prescribir la dosis mínima requerida para conseguir los efectos deseados. • Considerar que la ausencia de datos de un fármaco no significa seguridad. 	<p>SELECCIÓN DE FARMACOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar prescripción de fármacos en las primeras trece semanas de gestación. • Posibles efectos de los fármacos en el feto: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1er trimestre: efectos teratógenos ✓ 2do trimestre: efectos sobre el crecimiento y desarrollo, posible toxicidad • En la lactancia, se recomienda que la madre ingiera el medicamento justo antes de iniciar la toma y retrasar la siguiente más de 4 horas (para disminuir la concentración del fármaco en la leche materna)

ANESTESIA LOCAL:

- Durante el embarazo, la aplicación de anestésicos locales a dosis terapéuticas es segura.
- Anestésicos de elección:
 - ✓ Lidocaína
 - ✓ Prilocaina
- Minimizar el uso de vasoconstrictores.
- Durante la lactancia:
 - ✓ Lidocaína
 - ✓ Procainamida

SEDACION CONSCIENTE:

- Evitar la administración de agentes sedantes (barbitúricos/benzodiacepinas).
- Óxido nítrico está contraindicado en el primer trimestre, evitar su uso en el embarazo.
- Consultar al médico si precisa su utilización.

ANESTESIA GENERAL:

- Evitar esta técnica durante el embarazo.
- Riesgo de depresión respiratoria del feto.

NUNCA DAR EN EL EMBARAZO Y LACTANCIA:

- Sulfamidas
- Tetraciclinas
- Vancomicina
- Fluconazol
- Aciclovir
- Evitar los protectores gástricos
- Evitar AINEs (Por riesgo de disfunción plaquetaria y síndrome de Reye)
- Inhibidores de la COX-2 (Durante la lactancia)
- Analgésicos Opiáceos
- Corticoesteroides

QUE PUEDEN TOMAR DE FORMA SEGURA EN EL EMBARAZO Y LACTANCIA:

- Penicilinas
- Cefalosporinas
- Eritromicina
- Clorhexidina tópica se puede aplicar de forma segura durante el embarazo.
- Durante la lactancia, los antibióticos administrados pueden provocar diarrea y fiebre a los bebés.
- Paracetamol
- Amoxicilina
- Amoxicilina + ácido clavulánico
- Clindamicina
- Azitromicina
- Ibuprofeno (solo en lactancia)
- Difenhidramina