

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTOLOGO**

TEMA:

Medidas Pre y Post Operatorias en Cirugía Bucal

AUTOR:

Sandy Estefania Piloso Pazmiño

TUTOR:

Dr. Juan José Macio Pincay

Guayaquil, junio 2012

CERTIFICACION DE TUTORES

En calidad de tutor del trabajo de investigación:

Nombrados por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el trabajo de graduación como requisito previo para optar por el Título de tercer nivel de Odontólogo

El trabajo de graduación se refiere a:

EL TEMA.

“Medidas Pre y Post Operatoria en Cirugía Bucal.”

Presentado por:

Piloso Pazmiño Sandy Estefania

0930010715

**Dr. Juan José Macio Pincay
Tutor Académico**

**Dr. Juan José Macio Pincay
Tutor Metodológico**

Washington Escudero Doltz

DECANO

Guayaquil, junio 2012

AUTORIA

Los criterios y hallazgos de este trabajo responden a propiedad intelectual del
Autor

Sandy Estefania Piloso Pazmiño

C.I 0930010715

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por haberme dado la fuerza, perseverancia y constancia para poder alcanzar esta meta, siguiendo agradezco a mi familia quien siempre ha estado conmigo brindándome su comprensión, paciencia y apoyo incondicional en todos los aspectos de mi vida permitiéndome lograr los diferentes objetivos que me eh propuesto hasta el momento.

También debo agradecer a los diferentes catedráticos de la facultad de odontología que contribuyeran en mi formación profesional y personal a través de la transmisión de conocimientos y experiencias con las que enriquecieron mi vida y con las que me han preparado para poder llevar por el camino de la ética mi vida profesional

Y por ultimo un especial agradecimiento a mi tutor de tesis el Dr. Juan José Macio Pincay por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica y profesional en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo.

DEDICATORIA

Dedico el esfuerzo a mis padres por brindarme su apoyo incondicional en todos los momentos de mi vida quienes desde temprana edad me inculcaron el valor del trabajo duro y de superarse día a día así como los diferentes valores humanos bajo los cuales dirijo mi vida, también dedico el esfuerzo a la memoria de mi querida abuelita quien en vida fue Maria Luisa Flores de Pilozo la cual se sentía muy orgullosa de mi y aunque ya no este conmigo sé que desde el cielo guía mis pasos y me apoya en todas mis decisiones.

INDICE GENERAL

Contenidos	pág.
Caratula	
Carta de Aceptación de los tutores	I
AUTORIA	II
Agradecimiento	III
Dedicatoria	IV
Índice General	V
Introducción	1
CAPÍTULO I	2
1 EL PROBLEMA	2
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Preguntas de investigación	2
1.3 Objetivos	3
1.3.1 Objetivo General	3
1.3.2 Objetivos Específicos	3
1.4 Justificación	3
1.5 Viabilidad	4
CAPÍTULO II	5
MARCO TEORICO	5
2 Antecedentes	6
2.1 Fundamentos teóricos	6
2.1.1 Definición del Pre Operatorio en Cirugía Bucal	6
2.1.2 Objetivos del Pre Operatorio en Cirugía Bucal	6
2.1.3 Historia Clínica.	6
2.1.3.1 Datos de Filiación	6
2.1.3.2 Motivo Principal de la Consulta	7
2.1.3.3 Enfermedad Actual	7
2.1.3.4 Antecedentes Personales	7
a) Diabetes Mellitus	8

b) Fracaso Renal Agudo	10
c) Enfermedad Renal Crónica	10
d) Epilepsia	12
e) Hemofilia	12
f) Leucemia	13
g) Cirrosis Hepática	14
h) Endocarditis Bacteriana	16
i) Hipertensión Arterial	17
j) Enfermedades Autoinmunes	18
k) Síndrome de Behcet	18
l) Neumonía Bacteriana	19
m) Bacteremia	19
n) Hipertiroidismo	19
ñ) Trombocitopenia	20
o) Déficit de la Vitamina k	21
p) Arritmias	22
2.1.3.5 Antecedentes Familiares	22
2.1.3.6 Historia Social	22
2.1.3.7 Examen Clínico	22
a) Examen Extraoral	23
b) Examen Intraoral	24
2.1.4 Estudios Complementarios	26
2.1.4.1 Examen Radiográfico	26
2.1.4.2 Exámenes de Laboratorio	26
2.1.5 Bioseguridad	27
2.1.5.1 Medidas de Protección	27
a) Vestimenta del Profesional	27
b) Lavado de Manos	28
c) Desinfección Higiénica	28
d) Desinfección Quirúrgica	28
e) Protectores Oculares	29

2.1.5.2 Métodos de Esterilización	29
2.1.6 Definición del Post Operatorio en Cirugía Bucal	30
2.1.7 Complicaciones Post Operatorio	31
2.1.7.1 Complicaciones en el Post Operatorio Locales	31
a) Infección	31
b) Inflamación	31
c) Hematoma	31
d) Equimosis	31
e) Edema	32
f) Dolor	32
2.1.7.2 Complicaciones en el Post Operatorio Generales	32
a) Sincope	32
b) Shock	33
c) Depresión Cardíaca	36
d) Angor Pectoris	37
e) Infarto de Miocardio	38
f) Angina de Pecho	38
g) Coma	38
h) Paro Cardiopulmonar	39
i) Hemorragia	40
2.1.8 Cuidados que se deben de tener en un Post Operatorio Local	42
2.1.9 Tratamiento del Post Operatorio General.	42
2.2 Elaboración de Hipótesis	42
2.3 Identificación de las variables	42
2.4 Operacionalización de las variables	43
3 CAPÍTULO III	44
METODOLOGÍA.	44
3.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN	44
3.2 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN	44
3.3 Recursos Empleados	44
3.3.1 Recursos Humanos	44

3.3.2 Recursos Materiales	44
3.4 Universo y muestra	44
3.5 Tipo de la investigación	44
3.6 Diseño de la investigación	45
CAPÍTULO IV	46
CONCLUSIONES Y RECOMENACIONES	46
4.1 Conclusiones	46
4.2 Recomendaciones	46
Bibliografía	48
Anexos	50

INTRODUCCION

Con el contenido de esta investigación se pretende preparar al estudiante en el área quirúrgica, llevando una secuencia en la atención de sus pacientes y los procedimientos quirúrgicos en las mejores condiciones de seguridad. Primero se abordan los temas que lo facultan para elaborar un diagnóstico global, un plan de tratamiento y la secuencia del procedimiento quirúrgico para determinar el manejo de las posibles complicaciones.

Reforzando las medidas, normas o acciones que debemos de utilizar en el área de trabajo con la finalidad de evitar accidentes en las intervenciones cruentas del acto quirúrgico.

En lo que se refiere al pre operatorio podemos nombrar aspectos relacionados con el paciente, odontólogo, su equipo de trabajo y la cirugía. Teniendo en cuenta las debidas precauciones antes de tocar al paciente para el momento de ser intervenido.

Realizando unas series de pruebas complementarias y exploraciones programadas, con lo que lograremos detectar algún factor que modifique la evolución del paciente o el plan anestésico, ocasionando molestias. También un punto muy importante en el preoperatorio es el cuidado del instrumental con su correcta esterilización y asepsia del paciente.

En la etapa postquirúrgica la atención del paciente se centra, en torno a la valoración integral del mismo, identificando las potenciales complicaciones siendo estas tempranas o tardías de acuerdo a la presentación de las mismas. Considerando todos estos aspectos de relevante importancia no solo para nosotros como odontólogos sino para el paciente en general en su recuperación.

Debemos concluir que las medidas pre y post operatorias en cirugía bucal constituyen un tema fundamental en el conocimiento y aprendizaje de todo estudiante en formación y Odontólogo para nuestra práctica clínica diaria y por tanto es menester el conocimiento del mismo.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Establecer Medidas Pre y Post Operatorias en Cirugía Bucal para evitar consecuencias posteriores en la intervención quirúrgica, provocada por los estudiantes de la Facultad Piloto de Odontología debido a las falencias de conocimiento.

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los pasos a seguir para obtener un correcto diagnóstico en el paciente?

¿Qué medidas de bioseguridad debemos tener en cuenta antes de realizar cualquier intervención quirúrgica?

¿Cuáles son los exámenes de laboratorio que debemos realizar en todo paciente que se va a someter a una cirugía bucal?

¿Qué comprende el post operatorio inmediato y post operatorio tardío?

¿Cuáles son las complicaciones locales que se presentan en el post operatorio en cirugía bucal?

¿Cómo debería ser la alimentación de el paciente en su post operatorio?

¿Cómo inicia la evaluación de un paciente que se va a realizar una Cirugía Bucal?

¿Cuáles son las complicaciones que se pueden producir en un paciente que se somete a una cirugía bucal?

1.3 OBJETIVOS.

1.3.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar medidas pre y post operatorias en cirugía bucal para un mejor manejo del acto quirúrgico.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Identificar las posibles complicaciones que puedan surgir en el trans y post operatorio en Cirugía Bucal.

Determinar mediante la historia clínica y exámenes de laboratorio si el paciente esta apto para ser intervenido.

1.4 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.

El siguiente trabajo de investigación se justifica porque los egresados de la Facultad Piloto de Odontología van a tener un medio de consulta para poder establecer un buen tratamiento antes, durante y después de la intervención quirúrgica. Logrando que el estudiante y futuro profesional en Odontología domine las diferentes técnicas básicas de anestesia local utilizadas en la cavidad oral, para que pueda aplicarlas según la necesidad de sus pacientes, en los distintos procedimientos que a sido capacitado en esta escuela, para que pueda de esta manera ayudar a los futuros pacientes, con un adecuado control del dolor y solucionar con propiedad, los distintos problemas que lo aquejan. No dejando a un lado lo importante que es la actualización del profesional con respecto a las diferentes medidas eficaces para poder ofrecer a nuestros pacientes una atención odontológica libre de cualquier riesgo de infección cruzada, es inherente a ello, el manejo de la historia clínica y su importancia en la prevención de complicaciones con la anestesia (riesgo anestésico), por la responsabilidad que implica el uso de estas drogas en los seres humanos. Este trabajo pretende mostrar una visión

general de los protocolos a seguir en cada tratamiento. Las medidas se aplican a nivel de cada elemento que puede ser el origen de la infección, así pues se busca asepsia a nivel del paciente, del odontólogo, personal auxiliar, del instrumental y del equipo y superficies; y esto se consigue mediante el uso de barreras protectoras, esterilizando todo el material que sea posible y desinfectando las superficies que se hayan podido contaminar. Espero que con este trabajo de investigación sea una ayuda muy útil para el desenvolvimiento del futuro profesional y con los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos e impartidos por nuestros docentes obteniendo así excelentes resultados ya sea tanto en su pre como en su post operatorio.

1.5 VIABILIDAD.

Esta investigación es viable porque este trabajo contiene información que nos va a servir para actualizar nuestros conocimientos y profundizar tópicos importantes relacionados con el tema debido a que la Cirugía Bucal nunca va a estar en desuso.

CAPITULO II

MARCO TEORICO.

ANTECEDENTES.

Las Medidas Pre y Post Operatorias en Cirugía Bucal han evolucionado progresivamente con respecto al manejo del cuidado del paciente, el instrumental, los tratamientos utilizados, el ejercicio profesional y el avance de la tecnología como es el aparato de rayos x, el que nos permite determinar patologías de las estructuras internas de las piezas dentarias y que en civilizaciones antiguas no existían y no se aplicaban dichas medidas de ahí la presencia de infecciones las cuales tenían el nombre de aftas denominado así por los griegos y la utilización de la belladona para aliviar el dolor e instrumentos rudimentarios para la extracción de piezas dentarias. Estas infecciones relacionadas con la cirugía bucal han plagado la humanidad a través de los años y los esfuerzos para ser controladas han determinado tres épocas: la primera, desde la prehistoria hasta 1860, en la cual se manejaba en forma empírica las heridas, la segunda de 1863 a 1940 dada por la práctica quirúrgica aséptica y antiséptica a partir del conocimiento de la patogénesis bacteriana de la infección y la tercera desde 1940 hasta el presente determinada por la aparición de los antibióticos. La verdadera revolución de la era de los antibióticos determinó que los procedimientos quirúrgicos fuesen cada vez más complejos, invasivos, y en definitiva fuesen un impulso importante para el desarrollo de la cirugía moderna. La utilización de métodos de barrera como guantes, mascarillas, instrumental quirúrgico estéril fue convirtiéndose en rutina estándar para los procedimientos quirúrgicos. Es importante que el odontólogo utilice la totalidad de recursos que hoy día se encuentran disponibles con el fin de prever futuras complicaciones y así mismo evitarlas.

2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS.

2.1.1 DEFINICION DEL PRE OPERATORIO EN CIRUGIA BUCAL.

Es el tiempo que transcurre desde el momento en la que se encamina el acto quirúrgico hasta el momento en el que se realiza la intervención.

2.1.2 OBJETIVOS DEL PREOPERATORIO ENCIRUGIA BUCAL.

Elección del tipo de anestesia a aplicar.

Disminuir el riesgo quirúrgico.

La premeditación y preparación del paciente.

2.1.3 HISTORIA CLINICA.

La Historia Clínica es un documento Médico- Legal que se basa en la recolección de datos de manera sistemática, ordenada y cronológica que nos sirve para investigar la enfermedad del paciente. Su estructura es la siguiente:

Datos de Filiación.

Motivo principal de la consulta.

Enfermedad Actual.

Antecedentes Personales.

Antecedentes Familiares.

Historia Social.

Examen Clínico.

2.1.3.1 Datos de Filiación.

Comprende: nombres, apellidos, fecha de nacimiento, sexo, estado civil, profesión, lugar de nacimiento, lugar de residencia actual, teléfono, edad, nombre de un

familiar más cercano para comunicarle sobre el diagnóstico, pronóstico, tratamiento del mismo.

2.1.3.2 Motivo Principal de la Consulta.

El paciente debe ser sometido a las siguientes preguntas:

¿Qué refiere?

Es el relato que hace el paciente con sus propias palabras.

¿Desde cuándo?

Desde el mismo momento que comenzó la enfermedad, es la duración del proceso narrada por el paciente.

¿Cuál fue el motivo?

Es la respuesta del paciente que se compara con determinadas causas las cuales serán importantes para el profesional.

2.1.3.3 Enfermedad Actual.

Se refiere a los signos, síntomas, su localización, su evolución si esta ha sido rápida o lenta y la fecha en que apareció.

Se le realiza una encuesta al paciente a cerca de su tratamiento anterior de su enfermedad actual, se registra el tipo de tratamiento, nombre del médico, medicinas tomadas y la evolución del tratamiento.

2.1.3.4 Antecedentes Personales.

Se le pregunta al paciente sobre sus enfermedades de la infancia, sus secuelas, lesiones, operaciones. Anotando primero sus padecimientos más antiguos y luego los recientes.

Dentro de estas tenemos dos grupos de preguntas las cuales nos ayudaran a conocer el antecedente personal del paciente:

Fisiológicas.

Fecha de Nacimiento.

Desarrollo y crecimiento.

Vida Sexual.

Alimentación, costumbres y tóxicos habituales: café, tabaco, alcohol.

Condiciones del ambiente, clima, condiciones de la vivienda que habita.

Patológicas.

Enfermedades anteriores.

Enfermedades padecidas en la infancia.

Enfermedades de transmisión sexual.

Enfermedades que puedan interferir en los tratamientos que debemos instaurar.

El número y la fecha de intervenciones quirúrgicas realizadas anteriormente.

Vacunas.

Fármacos (medicamentos que consume habitualmente y su posología. Alergias a penicilinas, antiinflamatorios, etc.)

Evaluación Psicológica: afectividad, nerviosismo, etc.

Afecciones torácicas: tuberculosis pulmonar, disfagia baja.

Afecciones abdominales: gastrectomía (ablación total o parcial del estomago con la finalidad de eliminar la zona en la que se sienta la lesión).

Afecciones Renales: hipernefroma.

Patología craneofacial: cuero cabelludo, cara y boca.

a) Diabetes Mellitus.

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica que tiene como característica principal la hiperglucemia.

La diabetes mellitus actualmente está clasificada en dos tipos:

- ❖ Diabetes Mellitus tipo 1
- ❖ Diabetes Mellitus tipo 2

Diabetes tipo 1:

Se caracteriza por tener una patogenia de carácter inmunológico debido a que existe una destrucción muy temprana de las células pancreáticas (islotes de Langerhans), produciendo así una pérdida casi total de la función pancreática exocrina y endocrina llevando a la hiperglucemia. Es una enfermedad que se presenta en pacientes menores de 30 años y cuyo hábito corporal se describe como pacientes delgados con enfermedades inmunológicas asociadas o no y como se dijo anteriormente casi siempre adultos jóvenes.

Diabetes Mellitus tipo 2:

Este síndrome clínico tiene como patogenia lo que se denomina “resistencia a la acción de la insulina” en pacientes que por lo general tienen síndromes metabólicos: hipertensión arterial, aumento del perímetro abdominal, hipercolesterolemia.

La edad de comienzo generalmente se da a partir de los 30 años en pacientes que por lo general son obesos con hipertensión arterial y enfermedad vascular.

Paciente Bien controlado

Sensibilidad

Cambios en la mucosa

Alteraciones reparativas

Periodontitis

Paciente No controlado

Aliento Cetónico.

Hipo salivación.

Gingivitis

Enfermedad Periodontal

Presencia de bolsas periodontales

Pérdida acelerada de hueso alveolar

Cicatrización retardada

Candidiasis/ Liquen plano

Hipertrofia parótida bilateral/ sialoadenitis

Queilitis angular.

Cambios en la mucosa oral (atrofia, adelgazamiento y eritema).

Cambios gustativos.

Lengua inflamada, depapilada, fisurada, dolorosa.

Disestesias.

Dolor.

Ardor.

b) Fracaso Renal Agudo:

Es un síndrome clínico caracterizado por el fallo renal agudo que se expresa por:

- Oligoanuria (volumen urinario inferior a 400 ml)
- Aumento de productos nitrogenados: Urea y Creatinina
- Molestias en flancos

Es un síndrome que puede ocurrir a cualquier edad en pacientes de cualquier raza pero los más vulnerables son los pacientes añosos debido a sus enfermedades asociadas.

c) Enfermedad Renal Crónica.

Es una enfermedad crónica que se caracteriza por falla renal progresiva por el lapso de los años desencadenada por una causa subyacente, esta falla renal se expresa por un sin numero de alteraciones tanto en la función renal, metabolismo, función cardiovascular y en los casos mas avanzados respiratorias.

Sus parámetros de diagnostico son la progresión de un daño renal expresado por elevación de los productos nitrogenados de desechos debidos a la incapacidad del riñón para mantener la homeostasis de los compartimientos líquidos y electrolíticos además de funciones endocrinas y alteraciones del metabolismo del agua en nuestro cuerpo.

Entre sus principales causas podemos citar:

Diabetes Mellitus.

Hipertensión Arterial.

Enfermedad renal poli quística.

Enfermedades del tejido conectivo.

Nefrolitiasis.

Manifestaciones Odontológicas que se pueden presentar por insuficiencia renal

Disgeusia, sabor metálico y salado.

Halitosis urémica.

Ardor y sialorrea.

Úlceras bucales.

Glositis.

Hipoplasia del esmalte.

Color marrón de los dientes.

Cálculos dentales.

Baja incidencia de caries.

Infecciones sobre agregadas por fuso bacterias.

Petequias, equimosis, varices linguales.

Lesiones liquenoides.

Alteraciones asociadas a infección por VIH-SIDA.

Candidiasis.

Leucoplasia vellosa.

Úlceras aftosas.

Lesiones ulcerativas

d) Epilepsia.

Es un síndrome clínico caracterizado por trastornos de la conductividad eléctrica a nivel cerebral (impulsos eléctricos que se descargan automáticamente), lo que se manifiesta clínicamente por lo que se llama un síndrome convulsivo:

Contracciones tónico- clónicas

Perdida del conocimiento

Sialorrea.

Midriasis.

Diaforesis.

Crisis de ausencia (sin contracciones tónico-clónicas).

Características Odontológicas de un paciente epiléptico.

Hiperplasia gingival.

Trastornos periodontales.

Abrasión dental marcada y fracturas coronales de dientes.

Cicatrices visibles en piel, labios carrillos y cara.

Petequias y hematomas.

e) Hemofilia.

Es una enfermedad hematológica que se puede dividir en varios tipos (tipo a y tipo b) y cuyo defecto básico es una alteración en la cascada de la coagulación debido a un déficit que en la mayoría de los casos depende del factor VIII llevando a manifestaciones tales como: hemorragias a cualquier nivel que incluyen hemartrosis, epistaxis, hemorragias gastrointestinales, hemorragia del sistema nervioso central, etc.

Hemorragias en frenillos y lengua.

Hemorragia gingival sin causa aparente.

Petequias y equimosis.

f) Leucemia.

Es una enfermedad hematológica cuya patogenia se basa en la proliferación de células mieloides de carácter neoplásico dentro de la medula ósea que puede ser aguda o crónica y de acuerdo al linaje de cada proliferación, esta puede ser linfocítica o mielocítica.

Clínicamente sus manifestaciones se presentan al inicio como anomalías de la piel como equimosis o petequias, seguida de fiebre y anomalías en los datos de laboratorio como pancitopenia (eritropenia, trombocitopenia, leucopenia).

Manifestaciones Odontológicas.

Linfadenopatías cervicales.

Mucosas orales pálidas.

Gingivorragias espontáneas.

Petequias y equimosis.

Úlceras orales.

Hipertrofia gingival localizada o generalizada por infiltración de células blásticas.

Xerostomía.

Herpes simple recidivante intraoral.

Insuficiencia Cardíaca Congestiva.

Debilidad del músculo cardíaco que lleva a una acumulación de líquido en los tejidos del cuerpo.

Manifestaciones Orales.

Cianosis de labios, piel y mucosas.

Pulsación de venas del cuello.

Agrandamiento gingival.

Infecciones por Cándida.

g) Cirrosis Hepática.

Esta entidad clínica de carácter crónico y de ascenso en las estadísticas mundiales en la población de más de 40 años, presenta una alta morbi-mortalidad en este grupo de pacientes.

Dentro de sus manifestaciones clínicas tenemos las siguientes:

Sub ictericia o ictericia

Hígado pequeño y de bordes irregulares

Hábitos cirróticos de Chvostek (ginecomacia perdida de la cola de la ceja, asicis, inversión del bello púbico).

Contractura de Dupuyeren.

Arañas vasculares.

Todas estas manifestaciones se producen debido a la destrucción progresiva de los hepatocitos junto a la formación de tejidos cicatrizal tipo nodular todo lo cual lleva en estadios terminales a la insuficiencia hepática y el consiguiente trasplante hepático.

Manifestaciones Orales.

Halitosis ("fetor hepaticus"), se asocia a encefalopatía hepática avanzada.

Gingivorragia: Sangrado de las encías.

Otras manifestaciones dependen de las causas específicas de la cirrosis: Por ejemplo, liquen plano en la infección por hepatitis C, caries por xerostomía asociada a síndrome de Sjögren en cirrosis biliar primaria, etc.

Neoplasias Malignas (Linfoma Hodgkin, GA de pulmón, CA gástrico).

En general todas las neoplasias malignas pueden producir manifestaciones orales de diversos tipos, todas ellas tiene como denominador común la inmunodepresión que le produce la neoplasia.

EL Linfoma de Hodgkin es una neoplasia de células linfoides que se caracteriza por la proliferación neoplásica de las mismas y que compromete a muchas localizaciones dentro de las principales tenemos pulmón, cabeza y cuello.

El GA de pulmón es una neoplasia muy agresiva y que afecta a millones de personas cada año como factores de riesgo se citan el tabaquismo, el alcoholismo y alteraciones genéticas. Su tipo histológico mas frecuente es el Adenocarcinoma pero también podemos encontrar Linfoma MALT que puede desarrollarse sobre una mucosa gástrica que presenta inflamación crónica.

Todas estas neoplasias presentan metástasis tanto por vía hematógica como por vía linfática muchas de las cuales pronostican como máximo 5 meses de vida, de ahí la importancia de detectarlas a tiempo.

En la boca pueden presentar diversas manifestaciones tales como candidiasis y úlceras orales. En el caso de presentar el paciente úlceras extremadamente grandes en la boca, se debe agranulocitosis y debe ser referido al médico tratante, si presenta tendencia a sangramiento, debe solicitarse hemograma completo, recuento de plaquetas, y tiempo de tromboplastina parcial. No debe indicarse aspirina si el recuento de plaquetas está en menos de 50.000.

En los pacientes que han tenido cáncer de cabeza o cuello y han sido irradiados existen problemas relacionados con esta terapia tales como xerostomía, más tendencia a caries y osteoradionecrosis. La xerostomía se debe a la pérdida de acinos glandulares por la radioterapia la que también produce cambios en la vasculatura, en los huesos, especialmente en la mandíbula y puede ocasionar la osteoradionecrosis. Por estas posibilidades es imprescindible que cualquier paciente en oncología sea referido antes a consulta dental para eliminar cualquier foco de infección y aprovechar esta ocasión para prescribir saliva artificial (o por lo menos enjuagues con agua de manzanilla), aplicar fluoruros tópicos, e indicar enjuagues con Clorhexidina para disminuir las posibilidades de infección periodontal y cándida. Además de candidiasis es frecuente en los pacientes con cáncer de la cabeza que presenten mucositis post-irradiación, caries radicales a consecuencia de la xerostomía, lo cual se puede prevenir con un buen programa de atención odontológico preventivo en base a fluoruros, colutorios con Clorhexidina y la colaboración activa del paciente para mantener una buena higiene oral, aspectos importantes en cualquier caso de compromiso sistémico, pero si no debemos olvidar la debilidad propia del paciente y comprender su mucho mayor labilidad para el compromiso de las estructuras orofaciales por patógenos que en otras ocasiones no serían importantes.

h) Endocarditis Bacteriana.

Es una enfermedad infecciosa de etiología bacteriana que se caracteriza por afectar el endocardio del corazón (tejido valvular y de sostén).

Dentro de las bacterias que generalmente ocasionan endocarditis podemos citar a los estreptococos viridans pero también tenemos a los estafilococos dorado y bacterias del grupo HAGEK.

Clínicamente se manifiesta por un soplo cardiaco de reciente aparición, fiebre, malestar general, artralgias, mialgias e incluso bacteriemia, ruidos en el corazón, anemia.

Clasificación.

Endocarditis Aguda.- Causada por *Staphylococcus aureus*.

Endocarditis Subaguda.- Causada por *Streptococcus Viridans*. Mas frecuentemente involucrado en Cirugía Oral.

i) Hipertensión Arterial.

El alza de la presión generalmente está asociada con estrés y las principales consecuencias durante la atención dental pueden ser infarto, un ataque anginoso o infarto al miocardio. Las consideraciones más importantes a tener durante la atención odontológica se refieren a asegurar una presión diastólica bajo los 100 mm de Hg, antes de iniciar cualquier atención dental. Es preferible utilizar anestésico local con vasoconstrictor para asegurar una efectividad en la anestesia, si la presión diastólica es mayor de 100 mm de Hg, preferible utilizar anestésico sin vasoconstrictor. En el caso de utilizar anestésico con vasoconstrictor no utilizar más de cuatro tubos y tratar de aspirar para asegurar que la inyección no está siendo colocada intravascular. También debe evitarse el uso de hilos bañados con epinefrina. El problema del hipertenso en odontología no solo se refiere a las consideraciones a tener con él durante su tratamiento odontológico, si no también a que muchas veces presenta diversas lesiones a consecuencia de los tratamientos que él está recibiendo, indicados por su médico tratante, por ejemplo:

- Hiperplasia gingival por bloqueadores del canal del calcio (nifedipino)
- Xerostomía: por las drogas antihipertensivas, las cuales lo harán más susceptible a caries y enfermedad periodontal. Además por la xerostomía no es raro que tengan síndrome de boca urente y pobre tolerancia de aparatos protésicos.
- Reacciones liquenoides, se ha demostrado que varias drogas tales como propanolol, metildopa, captopril, labetalol, tiazidas y otras producen lesiones similares a liquen plano en cara interna de mejillas.

- Enfermedad periodontal, los pacientes ateroscleróticos y que han tenido enfermedad cardíaca isquémica frecuentemente tienen enfermedad periodontal severa que complica más su enfermedad.

j) Enfermedades Autoinmunes.

Algunas enfermedades autoinmunes como Síndrome de Sjogren y lupus eritematoso, presentan manifestaciones bucales, especialmente la primera de ellas. En el caso de la artritis reumatoidea, que tiene una etiología pos infecciosa subsecuente a estreptococcus del grupo A, debe tenerse en cuenta que puede haber enfermedad cardíaca reumática y estos pacientes normalmente están en tratamiento con esteroides y aspirina y tienen riesgo de infección y hemorragia, además que puede haber síndrome de Sjogren asociado a la artritis reumatoidea. En el lupus eritematoso también existe riesgo de infección por la terapia a que están sometidos los pacientes, cuando el tratamiento con prednisona es de 40 mg diarios o más existe riesgo de infecciones orales, especialmente candidiasis. En estos pacientes además frecuentemente se encuentran lesiones en la mucosa oral, parecidas al liquen plano, con manchas rojas y estrías blancas.

k) Síndrome de Behcet.

Es una enfermedad reumática crónica que causa una inflamación de los vasos sanguíneos (vasculitis) de causa desconocida, que puede afectar a casi cualquier parte del organismo (distribución generalizada o sistémica) y esta catalogada como una enfermedad rara. Las aftas orales se dan en prácticamente la totalidad de los casos y son dolorosas, tienen un tamaño y aspecto variable y se curan solas en un periodo de una a tres semanas, sin dejar cicatrices.

Tratamiento.

Los medicamentos están dirigidos a reducir la inflamación o bien a intentar regular el sistema inmunitario. Algunos de los medicamentos usados son:

- Corticoides locales, que pueden aplicarse directamente en las lesiones de la piel, boca u ojos para reducir la inflamación y el dolor.

- Antinflamatorios no esteroideos y analgésicos, como la aspirina, ibuprofeno y el paracetamol para aliviar la inflamación articular y el dolor.
- Colchicina, que se usa en el tratamiento de las aftas.
- Corticoides orales, como la prednisona, para reducir la inflamación.
- La pentoxifilina y la dapsona se utiliza en algunas ocasiones.

l) Neumonía Bacteriana.

La neumonía es una infección del parénquima pulmonar causada por una variedad de agentes infecciosos que incluyen a bacterias, hongos, parásitos y virus. Bacterias de la flora oral como *Actinobacillus actinomycete-mcomitans*, *Actinomyces israeli* y las anaerobias *P gingivalis* y *Fusobacterium*, pueden ser aspiradas hacia las vías inferiores y causar neumonía. La fuente puede ser la Placa dental y especialmente en casos de periodontitis. Las personas con enfermedad respiratoria tienen índices de higiene oral significativamente más alta que aquellas sin enfermedad respiratorias.

m) Bacteremia.

Bacteremia es la presencia de bacterias en la sangre. La sangre es normalmente un ambiente estéril, por lo tanto la detección de una bacteria en la sangre (sobre todo con un hemocultivo) es siempre nivel de infección. Las bacterias presentes en la cavidad bucal, más abundantes en casos de sepsis bucal, puede (y de hecho lo hacen) ingresar al torrente sanguíneo durante la manipulación de los tejidos orales; que van desde los simples destartraje dentales hasta las intervenciones de orden quirúrgico 2 - 4 .Sin embargo, en personas sanas e inmunológicamente competentes las bacterias son eliminadas y la bacteriemia no pasa de ser transitoria. La frecuencia de cultivos sanguíneos positivos es máxima a los 30 s después de la extracción dentaria, y la mayoría de las bacteriemias asociadas a procedimientos dentales duran menos de 10 minutos.

n) Hipertiroidismo.

Es el exceso de hormonas tiroideas circulantes (T3 y T4) debido a enfermedad de graves, bocio multinodular o adenoma tiroideo.

Características clínicas de los Sujetos hipertiroides como el pelo fino y frágil, hiperpigmentación cutánea, sudoración, taquicardia, pérdida de peso, exoftalmos y labilidad emocional.

ñ) Trombocitopenia.

Recuento plaquetario inferior a 100.000/ mm. Es la causa mas frecuente de hemorragia en el paciente quirúrgico, para una correcta hemostasia quirúrgica se requieren niveles de al menos 70.000 plaquetas/ mm.

Etiología.

1.- Disminución de la producción de plaquetas.

Esto se debe a una falla de la medula ósea, este fallo puede ser congénito (como el síndrome de Fanconi) o adquirido debido a los efectos tóxicos de radiaciones o fármacos. La medula ósea puede ser sustituida por otro tejido, neoplásico o fibrotico. El tratamiento consiste en eliminar, si es posible, los efectos sobre la medula ósea de la enfermedad o el fármaco responsable de la alteración.

2.- Alteración en la maduración plaquetaria.

Puede estar causada por una anemia megaloblastica. El tratamiento consistirá en cubrir el déficit vitamínico causantes de la anemia mediante vitamina B12 y/o ácido fólico.

3.- Distribución Anormal de las plaquetas.

Suele deberse a esplenomegalia (en condiciones normales el bazo contiene mas del 30% de las plaquetas circulantes).

4.- Incremento de la destrucción de plaquetas.

Puede deberse a varias causas:

- a) Enfermedades autoinmunes (purpura trombocitopenia idiopática)
- b) Reacción de hipersensibilidad a fármacos (quinidina o sulfonamidas)
- c) Coagulación intravascular diseminada.
- d) Hemorragia.

Alteración en la Función Plaquetaria.

Recuento plaquetario normal con trastorno de las pruebas de coagulación.

Etiología.

1. enfermedad de Von Willebrand
2. Uremia. La insuficiencia renal, tanto aguda como crónica, altera la función plaquetaria alargando el tiempo de sangría.
3. Fármacos. La aspirina y otros antiinflamatorios no esteroideos inhiben la agregación plaquetaria bloqueando la síntesis de endoperóxidos. Los pacientes que deben ser intervenidos deberían suspender la aspirina una semana antes de la cirugía.

Tratamiento.

Si la cirugía puede posponerse se retirara el fármaco responsable. En caso de necesitarse una cirugía urgente se transfundirán plaquetas normales.

o) Déficit de la Vitamina K.

El hígado requiere de vitamina k para la síntesis de factor II, VII, IX Y X. La vitamina k es producida por la flora intestinal. Su déficit es frecuente en pacientes quirúrgicos como resultado de malnutrición, terapia antibiótica que perturba la flora normal del intestino, ictericia obstructiva con alteración de la circulación entero hepática de las sales biliares o por nutrición parenteral sin suplementos de vitamina k.

Tratamiento.

La administración de 10-20 mg de vitamina k empieza a corregir el defecto a las 8-12 h. Se administrara una nueva dosis a las 12h hasta lograr corregir el TP.

p) Arritmias.

La causa más frecuente de la arritmia son las alteraciones metabólicas (hipoxia, hipocalcemia e hipercalcemia).

La incidencia de arritmias aumenta en los siguientes casos:

- 1.- Duración de la intervención quirúrgica mayor de 3h.
- 2.- Procedimientos craneomaxilofaciales.
- 3.- Durante la entubación endotraqueal.

Patología Valvular.

La estenosis aortica es un factor de alto riesgo y se asocia con una mortalidad preoperatoria del 13%. El riesgo operatorio de la insuficiencia aortica y de la insuficiencia mitral se correlaciona más con la función del ventrículo izquierdo que con el grado de regurgitación. En la estenosis mitral el riesgo quirúrgico se relaciona con el estado hídrico del paciente y con el ritmo cardiaco.

2.1.3.5 Antecedentes Familiares.

Es el motivo por el cual fallecieron sus padres, abuelos, hermanos por la existencia de enfermedades hereditarias, transmisibles y de consanguinidad.

2.1.3.6 Historia Social.

Se trata de su profesión, ocupación, lugar de trabajo del paciente ya que estos se pueden relacionar con los diferentes peligros comunes como son las enfermedades de transmisión sexual, barrenderos, mineros.

2.1.3.7 Examen Clínico.

Antes de todo debemos saber como están los signos vitales del paciente: temperatura, presión arterial, pulso cardiaco y frecuencia respiratoria. Luego procedemos a realizar la exploración clínica del paciente que es extrabucal e intrabucal.

Presión Arterial: es la fuerza o presión que lleva la sangre a todas las partes de su cuerpo. Al tomar la presión arterial se conoce el resultado de la presión que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias. El resultado de la lectura de la presión arterial se da en 2 cifras. Una de ellas es la sistólica que está arriba o sea el primer número en la lectura. La otra es llamada diastólica que está abajo y es el segundo número en la lectura. Valor normal: 120/80 mm Hg

Frecuencia Cardiaca: es la pulsación provocada por la expansión de sus arterias como consecuencia de la circulación de sangre bombeada por el corazón. Se obtiene por lo general en partes del cuerpo donde las arterias se encuentran más próximas a la piel, como en las muñecas o el cuello. Valor normal: 70 a 80 lpm.

Frecuencia Respiratoria: es el número de respiraciones que efectúa un ser vivo en un lapso específico (suele expresarse en respiraciones por minuto). Movimiento rítmico entre inspiración y espiración, está regulado por el sistema nervioso. Valor normal: 15 a 20 r.pm

a) Examen Extrabucal.

Contorno, simetría y armonía del rostro.

Ojos- parpados presencias de edema, cicatrices.

En los labios se observa su simetría, color, ulceración y sequedad.

Relieves fisiológicos: glabella, pirámide nasal, eminencias malares y el mentón.

Relieves patológicos: tumefacciones.

Músculos masticadores externos: masetero y temporal.

Dinámica mandibular.

Concluido el Examen Extrabucal procedemos hacer que el paciente abra su boca para observar lo siguiente:

Movimientos Mandibulares.

Los movimientos de la mandíbula son tres:

- 1.-Sagital.
- 2.-Horizontal.
- 3.-Frontal.

El movimiento sagital es para medir la distancia de apertura, cuyo valor normal es de 40mm.

Trayectoria Mandibular

Al abrir la boca el paciente podemos observar la desviación de la mandíbula. La cual puede ser una patología articular o muscular.

Patología Articular.-Cuando la desviación es igual en la apertura y en cierre bucal.

Patología Muscular.- Cuando la desviación es en el momento de la apertura bucal es distinta a la del cierre.

Ruidos Mandibulares.

El ATM en su estado normal no produce ruidos durante su función, pero en condiciones patológicas presenta dos ruidos:

- 1.-Chasquidos o Clicking: Alteración menisco- condilar.
- 2.-Crepitacion: Es unaalteración estructural producida por un frotamiento entre las superficies articulares lesionadas.

Estos ruidos articulares tienen la particularidad de ser escuchados claramente incluso a varios metros del paciente.

b) Examen Intrabucal.

Es la exploración interna de la boca del paciente. Mediante inspección, palpación, percusión y auscultación.

La Inspección.

Mediante la inspección podemos identificar lesiones en las coronas dentarias, tumefacción, enrojecimiento de las mucosas, presencia de fistulas, secreción de pus.

La Percusión.

Este se realiza con el mango del espejo, y en dos sentidos, vertical y horizontal, el cual es muy útil para valorar enfermedades relacionadas con los elementos dentarios (lesiones periodontales, endodónticas periapicales).

La Auscultación.

En cirugía oral es muy raramente indicada.

La Palpación.

Nos ayuda para poder determinar la extensión de la lesión, consistencia del tejido, dolor a la compresión, secreciones desde trayectos fistulosos y presencia de movilidad dentaria.

La palpación debe ser bimanual y bilateral y debe realizarse de la siguiente manera:

- Paladar duro y blando buscando fisuras, torus y desviaciones de la úvula.
- Glándulas salivales y glándulas submaxilares.
- Encía para detectar la existencia de bolsas periodontales.
- Lengua, en la cual observamos sus movimientos, papilas, color y bordes laterales.
- Y para terminar revisaremos los dientes.

2.1.4 ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

Con los cuales podremos obtener el diagnóstico y plan de tratamiento adecuado, mediante toma de radiografías y exámenes de laboratorio.

2.1.4.1 Examen Radiográfico.

Las radiografías son un medio de apoyo muy importante para determinar la relación que tiene la pieza dentaria con sus órganos vecinos tales como seno maxilar, fosas nasales, nervio mentoniano, nervio dentario inferior, estado del hueso, saco pericoronario, también para observar la presencia de patologías como dientes retenidos, supernumerarios, quistes, tumores, etc.

Las radiografías más usadas en cirugía bucal son las periapicales que son las más precisas para hacer un diagnóstico certero. A parte de las radiografías panorámicas, oclusales, laterales, cefalométricas.

2.1.4.2 Exámenes de Laboratorio.

Se realizarán los siguientes exámenes:

Hemograma Completo

Hematíes: Hombres: 5.000.000 x mm³

Mujeres: 4.500.000 x mm³

Hemoglobina: Hombres: 13.5 a 18 x 100 ml.

Mujeres: 11.5 a 16 x 100 ml.

Hematocritos: Hombres: 40 a 54 x 100 ml.

Mujeres: 36 a 47 x 100 ml.

Leucocitos: de 6.000 a 10.000 x mm³. En adulto.

Tiempo de Coagulación:

Valor normal hasta 20 minutos.

Tiempo de Sangría:

Valor normal hasta 7 minutos.

Bioquímicos:

Glucosa: 60 a 100 mg/100 ml.

Colesterol: 150 a 250 mg/100 ml.

Triglicéridos: 40 a 170 mg/100 ml.

Urea: 15 a 40 mg/100 ml.

Creatinina: 90 a 120 ml/min

Especiales:

H. I.V. (sida).

2.1.5 BIOSEGURIDAD.

Es el conjunto de medidas preventivas que tiene como objetivo proteger la salud y la seguridad del personal, de los pacientes y de la comunidad frente a diferentes riesgos producidos por agentes biológicos, físicos, químicos y mecánicos.

2.1.5.1 Medidas de Protección.

Consiste en la preparación del operador y ayudante comenzando por el cambio de ropa, colocación del tapaboca y el gorro, luego la técnica de lavado de mano para la colocación de los guantes.

a) Vestimenta del Profesional

La bata para el trabajo profesional en tratamientos rutinarios debe ser cómoda, preferiblemente de manga corta para evitar que las mangas, cercanas a la boca del paciente sean contaminadas. La bata para intervenciones quirúrgicas debe tener mangas largas, manga que queda debajo del mango de los guantes de goma, debiendo estar estéril y empacada de tal manera que el cirujano se la

coloque sin contaminarla. Ambas batas deben de ser de color blanco que resultan aceptables estéticamente y de fácil lavado.

El profesional y el asistente deben de usar un gorro por razones de estética y para prevenir la contaminación del instrumental por los cabellos.

El tapaboca se usa para evitar ser contagiado de enfermedades respiratorias agudas.

b) Lavado de Mano.

Al iniciar el trabajo diario en el consultorio se deben quitar los anillos y reloj, por medio de la desinfección higiénica de las manos se espera destruir gérmenes patógenos extraños que pudieran haber contaminado al odontólogo o a su personal auxiliar, provenientes del medio exterior o de otros pacientes durante maniobras de examen o tratamientos conservadores anteriormente efectuados. El odontólogo durante su actividad regular dentro del consultorio deber evitar contaminarse las manos lo menos posible.

En la desinfección de las manos se distinguen dos grupos que son: la desinfección higiénica (lavado de mano para la consulta o para un tratamiento rutinario) y la desinfección quirúrgica.

c) Desinfección Higiénica.

El odontólogo al llegar a su consultorio debe lavarse las manos con un jabón desinfectante o un antiséptico y un cepillo de lavado.

d) Desinfección Quirúrgica.

Se tiene que hacer antes de empezar una intervención quirúrgica, utilizando un jabón líquido desinfectante y un cepillo estéril. Antes el tiempo de duración de lavado de mano era de 15 minutos pero ahora en la actualidad se ha reducido a 5 minutos por la aparición en el mercado de variados desinfectantes jabonosos muy poderosos.

La técnica de lavado quirúrgico tiene la siguiente secuencia : se toma mas o menos 5 ml, del liquido jabonoso desinfectante con las manos mojadas para frotarse las mismas y los antebrazos hasta el codo, seguido de un enjuague con agua estéril por unos 2 minutos seguido a eso se coloca 1 ml de desinfectante sobre un cepillo estéril para cepillarse cuidadosamente las manos y cada uno de los dedos, cuidando que las uñas sean cepilladas con detenimiento por 1 minuto, y se repite el enjuague, se vuelve a tomar 4 ml de la solución con la cual se frota detenidamente las manos por 2 minutos y por ultimo se procederá al enjuague final. Para el secado de las manos se hará con toallas desechables, esterilizadas.

Estos productos de desinfección pueden provocar alergias al operador en sus manos por lo que es recomendable usar después de terminado el trabajo cremas protectoras especiales. La forma de presentación de los desinfectantes es de formas en tarros y en tubos las mas útiles son las de los tubos porque a diferencia de la de los tarros estas se podrían contaminar al introducir los dedos en ellos.

e) Protectores Oculares.

Evitan las lesiones oculares causadas por partículas proyectadas hacia el rostro del operador, a la vez que protege contra infecciones considerando que muchos gérmenes de la flora oral normal son patógenos oportunistas. Debido a la dificultad para su esterilización hay que lavarlos entre paciente y paciente con agua, jabón germicida ó soluciones antisépticas. Luego de ser enjuagados deben ser secados con toallas ó servilletas de papel. El procedimiento no debe dañar la superficie del protector.

2.1.5.2 Métodos de Esterilización.

Es la destrucción de todos los microorganismos vivientes. Los métodos de esterilización más usados son:

- Autoclave (Calor húmedo): consiste en vapor saturado bajo presión a altas temperaturas. La norma universal dice que debe usarse a 121°C 1 atm por 20

minutos.

Horno esterilizador (Calor seco): es el más usado por la mayoría de los odontólogos, a 180°C por 30 minutos o 160°C por 1 hora, pero haciendo la salvedad de que se debe calcular el tiempo que tarda el horno en alcanzar esas temperaturas y luego sumarle el tiempo requerido para la correcta esterilización.

Para ambos métodos, los instrumentos deben ser muy bien lavados con cepillo, agua y jabón, luego secados y organizados por cajetines, o en bolsas o envueltos en papel especial para esterilizar y antes de meterlos al horno o autoclave colocarles una porción de cinta testigo que nos indicará que lo que esté ahí recibió la temperatura indicada para lograr la esterilización, si no cambia de color debidamente presumimos que existe algún problema y puede ser corregido a tiempo.

Las turbinas y pieza de mano son fabricadas para poder ser esterilizadas en el autoclave pero lo primero que se debe hacer una vez terminada la actividad, es poner a funcionar la turbina unos 30 segundos sólo con salida de agua, limpiarla muy bien con un agente desinfectante, lubricarla con su correspondiente aceite y envolverla para esterilizarla; siempre que las instrucciones del fabricante lo permita, de no ser así, se desinfectará la parte activa con solución de glutaraldehído al 2%.

Desinfección.

Son todas las medidas que se encargan de la destrucción de los microorganismos patógenos en todos los ambientes, materias o partes donde estos puedan ser infectantes. Por medio de este procedimiento se eliminan la mayoría de los gérmenes vegetativos patógenos y los virus causantes de males, mientras que los microorganismos apatógenos concomitantes y algunas esporas pueden permanecer sin ser destruidas.

2.1.6 DEFINICION DEL POST OPERATORIO EN CIRUGIA BUCAL.

Este empieza luego de ser terminada la cirugía.

2.1.7 COMPLICACIONES EN EL POST OPERATORIO.

La mayoría de las veces, la mala evolución de una intervención de cirugía oral y maxilofacial se va a deber a una complicación aparecida a nivel de la herida operatoria, son mas frecuentes las complicaciones de tipo local que las de tipo general.

2.1.7.1 Complicaciones Post Operatorias Locales.

Tenemos las siguientes: infección, inflamación, hematoma, equimosis, edema, dolor y hemorragia.

a) Infección.

Por lo general la Infeccion no es frecuente en cirugía bucal y cuando esta existe pues la común es la alveolitis. Para darnos cuenta de la presencia de una infección pues se notara por el cambio de color de la herida quirúrgica producida por la aparición del exudado.

b) Inflamación.

Es una respuesta de los tejidos a una agresión local. Y la cual consiste en la reparación tisular post quirúrgica.

c) Hematoma.

Es la acumulación hemática entre las partes blandas o entre estas y los planos óseos, se produce por la falta de hemostasia o por la ruptura de un vaso sanguíneo en el momento de la punción del anestésico. Se presenta un cambio de coloración sobre el sitio de la operación, en la piel o en las regiones vecinas.

d) Equimosis.

Es una variedad del hematoma, en que la colección hemática infiltra los tejidos blandos situándose por debajo de los planos cutáneos o mucosos.

e) Edema.

Este suele aparecer tras realizada la cirugía oral, el edema localizado, suele presentar cierta tumefacción la que desaparece a las 24 o 48 horas. Cuando esta persiste puede ser como consecuencia de una infección. Existen dos tipos de edemas: Edema Post operatorio que consiste en una tumefacción que desaparece a las 24 o 48 horas a diferencia del Edema Infeccioso que presenta mayor temperatura cutánea, mayor enrojecimiento y presencia de fiebre.

f) Dolor.

El dolor en el Post Operatorio en condiciones normales es moderado y este debe desaparecer a las 24 o 48 horas cuando el mismo persiste su causa será la presencia de una infección motivo por la cual el paciente deberá recurrir a la consulta.

2.1.7.2 Complicaciones Post Operatorias Generales.

a) Sincope.

Se considera como la respuesta al miedo quirúrgico con las siguientes características palidez, diaforesis, taquipnea. El cual se mantiene por varios minutos.

Clínicamente.

Suele ir precedido de un aura de malestar vago, sudoración, molestia abdominal y visión borrosa. Tras unos instantes, hay pérdida de conciencia y caída, la piel esta pálida y sudorosa. Casi nunca existen contracturas, pero cuando estas se presentan son débiles, de corta duración, bilaterales y simétricas.

Tratamiento.

Lo primero que hay que hacer es colocar al paciente en posición horizontal, con la cabeza mas baja que los pies para aumentar el riego cerebral, junto a ello se debe aplicar oxigeno con mascarilla.

b) Shock.

Es una complicación general que se puede presentar en un traumatismo o durante un acto quirúrgico.

Etiología y tipos de Shock.

Es un estado sindromico de múltiples y variadas causas. Aunque su fisiopatología y su comportamiento clínico no suele ofrecer grandes variaciones, resulta practico clasificar el Shock en cuatro categorías principales: hipovolémico, cardiogenico, obstaculizantes y por aumento de capacidad pulmonar. Existe además, una forma combinada, difícil de agrupar, de gran trascendencia clínica en nuestra especialidad y la cual es conocida como Shock traumático.

Shock Hipovolémico.

Es la forma mas frecuente, se identifica con la hemorragia masiva que puede producir entre otras situaciones tales como: vómitos intensos, obstrucción intestinal, diabetes, insuficiencia suprarrenal, pancreatitis, quemaduras, peritonitis, y otras situaciones que se acompañan de creación de volúmenes compartiméntales y deshidratación marcada.

Shock Cardiogenico.

Este representa el fracaso del corazón en el ejercicio de sus funciones para mantener el gasto cardiaco. La causa mas frecuente es el infarto agudo del miocardio, pero las posibilidades etiológicas son múltiples: arritmias, afectaciones miocárdicas (miocarditis, estenosis subaortica hipertrófica, etc.), afecciones valvulares (insuficiencia mitral y aortica, estenosis aortica, etc.) y otros problemas mecánicos.

Shock Obstaculizantes.

Se trata de aquellas causas que producen una obstrucción central al paso de la sangre en su salida de los ventrículos o en su regreso a las aurículas, tal como es en los casos de taponamientos cardiacos.

Shock por Aumento de Capacidad Vascular.

Comprende la mala distribución del volumen intravascular por vasodilatación periférica excesiva. Esto ocasiona una marcada disminución de las resistencias periféricas con el consiguiente descenso de la presión arterial sistémica, no siempre ocurre la disminución inicialmente del gasto cardiaco, sino que incluso puede elevarse, en cuyo caso se habla de Shock de “alto gasto”. Se incluyen aquí los casos de sepsis, factores metabólicos (ingestión de drogas, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, intoxicaciones por metales pesados, etc.) trastornos hidroelectrolíticos (acidosis y alcalosis sistémicas), enfermedades endocrinas (diabetes, insuficiencia suprarrenal, hipotiroidismo, etc.)

Shock Traumático.

Se presenta en los estados de graves politraumatismos y su mecanismo etiológico resulta básicamente de la asociación de la hipovolemia secundaria a la hemorragia y de un aumento de la capacidad del árbol vascular provocado por el dolor intenso, a través de la estimulación del sistema nervioso vegetativo y de la liberación al torrente sanguíneo de componentes tóxicos vaso activos procedentes de la destrucción tisular asociado al traumatismo.

Aspectos Clínicos.

El Shock tiene tres etapas clínicas de carácter evolutivo que son: etapa no progresiva (etapa compensada), etapa progresiva y etapa irreversible.

Etapa No Progresiva.

No es suficientemente intenso para causar su propia progresión o si cesa la causa, puede ser la única fase, en cuyo caso el paciente acaba por recuperarse. Los diferentes factores que entran en juego para “compensar” un Shock de

niveles moderados son mecanismos de retroalimentación de la circulación que intentan normalizar el gasto y la presión arterial. Se incluyen los siguientes:

Reflejos Barorreceptores.

Desencadenan una poderosa estimulación simpática de la circulación a tres niveles: las arterias se contraen en la mayor parte del organismo, con lo que aumenta la resistencia periférica total; las venas y reservorios venosos se contraen en un intento de mantener o incrementar el retorno venoso al corazón y, por último, la actividad cardíaca aumenta mucho incrementándose la contractibilidad miocárdica y la frecuencia de latidos desde un valor normal de unos 70 por minuto hasta 200.

Respuesta Isquémica del Sistema Nervioso Central.

Desencadena una más poderosa estimulación simpática.

Relajación invertida de Alarma del Sistema Circulatorio.

Hacen que los vasos sanguíneos reduzcan su calibre para adaptarse a un volumen disminuido.

Activación del Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona.

Va a producir la vasoconstricción de las arterias y venas periféricas y aumento en la conservación de agua y sal por los riñones.

Liberación de Catecolaminas.

Por parte de las glándulas suprarrenales con efectos similares a los de la estimulación simpática.

Liberación de la Hormona Antidiurética e Instauración de otros Mecanismos Compensadores.

Devuelven el volumen de sangre a la normalidad e intenta mantener el retorno venoso.

Shock Progresivo.

Se instaura cuando la intensidad del cuadro desborda y hace insuficientes los mecanismos de compensación descritos anteriormente. Se caracteriza por el deterioro progresivo de las propias estructuras del aparato circulatorio y por el desarrollo de diversos mecanismos retroalimentados que introducen al organismo en un círculo vicioso de disminución progresiva del gasto cardiaco.

Shock Irreversible.

Se caracteriza porque el estado de Shock a progresado hasta tal intensidad que cualquiera que sea la terapéutica utilizada resultara incapaz de salvar la vida del paciente. El Shock se hace irreversible por la alta concentración de tejidos destruidos, por la elevada proporción de enzimas destructoras en los líquidos corporales, por la extrema acidosis y por tantos otros factores destructivos que van progresando. Presenta deterioro en diversos sistemas orgánicos y que la degeneración de cualquiera de ellos pudiera ser tan intensa que acabara resultando incompatible con la vida, el deterioro cardiaco el que hace que el estado de Shock se hace irreversible.

c) Depresión Cardíaca.

Esta asociada a la disminución del flujo coronario a consecuencia de la caída de la presión arterial.

Insuficiencia Vasomotora.

Llega a un punto en el que la disminución del flujo de sangre al propio centro vasomotor lo deprime haciéndole perder actividad de forma progresiva hasta que, finalmente, queda inactivo.

Insuficiencia Vasular

Además de la vasodilatación vascular causada por la insuficiencia vasomotora, la vasodilatación progresiva puede ser el resultado directo de la disminución de elementos nutritivos que llegan a los vasos durante el Shock.

Microtrombosis.

El flujo de sangre a través de los tejidos se hace muy lento, lo que unido a la acidosis tisular que progresivamente se va instaurando, favorece la aparición de fenómenos tromboticos en la microcirculación.

Permeabilidad Capilar Aumentada.

Es gradual y comienza a trasudar gran cantidad de líquido hacia los tejidos, reduciéndose más todavía el gasto cardiaco.

Degeneración Celular Generalizada.

Cuando la progresión del estado de Shock se encuentra muy evolucionada aparecen en toda la economía alteraciones funcionales a consecuencia del deterioro celular generalizado. En el pulmón, se pueden producir trastornos de permeabilidad de membrana con resultado clínico de edema agudo de pulmón o atelectasias. En el riñón, esta misma insuficiencia perfusional va a ocasionar un estado de insuficiencia renal aguda inicialmente reversible, pero irre recuperable si continúa la progresión del Shock.

d) Ángor Pectoris.

Este se presenta momentos antes de iniciar el acto quirúrgico bajo anestesia local, incluso en la sala de espera. Comúnmente, su causa es la enfermedad oclusiva de las coronarias subsiguiente a ateromatosis, estenosis ostial sifilítica o anomalías vasculares congénitas, en otras ocasiones puede aparecer sin preexistencia de alteraciones vasculares siempre que la demanda supere al aporte del oxígeno.

Clínicamente.

El síntoma dominante es el dolor en zona precordial izquierda, dolor profundo y constrictivo que es definido como una puñalada y es inducido por el esfuerzo, aliviándolo por el reposo, el dolor se irradia hacia la cara interna del brazo izquierdo y mandíbula, pudiendo aparecer en ambos lados del tórax, cuello y ambos brazos y en ocasiones hacia la espalda.

e) Infarto de Miocardio.

Casi el 75% de los casos de infarto de miocardio ocurren por trombosis coronaria si bien puede aparecer aquel sin esta oclusión reciente, y puede acontecer esta sin que aparezca el infarto.

Clínicamente.

El síntoma fundamental es el intenso dolor precordial de carácter constrictivo, el dolor se irradia a brazo, cuello, mandíbula y arcada dentaria, pudiendo a veces extenderse al brazo derecho y la espalda.

Tratamiento.

Se inicia mediante la administración de oxígeno y aliviando el dolor por medio de morfina (5mg I.V) o de nitroglicerinasublingual y trasladando urgentemente al paciente a un hospital para prevenir las complicaciones (arritmias, trastornos hemodinámicos, etc.).

f) Angina de Pecho.

Caracterizado por episodios de dolor retroesternal intenso que puede irradiar hacia el brazo izquierdo y región mandibular como consecuencia de la isquemia miocárdica. Típicamente es precipitado por el ejercicio y es aliviado por el reposo o por nitroglicerina sublingual.

g) Coma.

Es el signo más expresivo del fallo cerebral, en el que la conciencia queda abolida, al igual que la sensibilidad y la motilidad voluntaria. Es un estado de falta

total de respuesta a todo estímulo sensitivo-sensorial y de pérdida completa de la motilidad voluntaria, existiendo al mismo tiempo una depresión de reflejos.

El semicoma es una situación en la que no hay pérdida absoluta de la conciencia, existiendo un cierto grado de respuesta a los estímulos dolorosos y soliendo conservarse la actividad refleja. Se conoce como confusión mental a la situación en la que el enfermo no es capaz de pensar con claridad y coherencia, por lo que responde equivocada y tardíamente a las órdenes que recibe.

h) Paro Cardiopulmonar.

Es un fallo respiratorio, cesa el intercambio gaseoso lo que conduce a la acumulación de dióxido de carbono y a la subsecuente aparición de acidosis respiratoria. La falta de oxígeno y la hipoxia conducen al metabolismo anaerobio y a la acidosis metabólica. El organismo responde con un aumento de la actividad del sistema nervioso simpático que acelera el pulso, crea vasoconstricción periférica, reduce el volumen minuto cardíaco y puede ocasionar alteraciones del ritmo que llevan al paro cardíaco.

Diagnostico.

Se puede lograr mediante signos indirectos o directos

Signos Indirectos.

La ausencia de pulso, la apnea, la ausencia de sangrado, la caída de la tensión, la piel grisácea y de modo tardío, la midriasis

Signos Directos.

Es la manifestación electrocardiográfica.

El paro cardíaco puede conducir a lesiones irreversibles como las encefálicas que a los cuatro minutos son irrecuperables.

Tratamiento.

Ventilación manual o mecánica, siendo preferible la intubación endotraqueal para optimizarla.

Establecer la circulación por masaje externo.

Recuperación de la tensión arterial mediante expansión del volumen plasmático.

Corregir la acidosis por medio de bicarbonatos.

Tratamiento de la fibrilación ventricular.

Fármacos (adrenalina, cloruro cálcico, dopamina, potasio).

i) Hemorragia.

La hemorragia en sus múltiples variantes cualitativas y cuantitativas no es exclusivamente una complicación del acto quirúrgico, sino que puede ser una complicación postoperatoria o incluso un cuadro de aparición espontánea como síntoma de cualquier tipo de patología de base.

La hemorragia la podemos clasificar de acuerdo a los siguientes parámetros:

- a) Por su forma de aparición: Aquí se distinguen por ser hemorragias espontáneas, que no siguen a un traumatismo quirúrgico o accidental. A las hemorragias espontáneas se las denomina como “hemorragias medicas”. La hemorragia espontánea obliga a un estudio metódico en busca de su causa.

- b) Por el momento de aparición: Se refiere a la hemorragia primaria o inmediata. Es la típica hemorragia quirúrgica o traumática. Mientras que la hemorragia secundaria se presenta después de horas o días de la intervención. Su etiopatogenia se encuentra en la lisis de del coagulo, en la vasodilatación reactiva a la vasoconstricción provocada por los fármacos unidos a los anestésicos locales.

- c) Por la causa: En gran parte las hemorragias tienen una causa local, en la mayoría de los casos esta es un desgarro vascular aunque en otras ocasiones puede ser la inflamación local o la no formación del coagulo. Las causas generales cabe citar las vasculopatías y las coagulopatias.
- d) Por el origen anatómico: Realizamos una separación en la hemorragia que proceden de los tejidos blandos. Primero las hemorragias procedentes de arteriolas o vénulas, que en el territorio buco facial pueden ser bastante agresivas como consecuencia del fuerte pulso arterial. Y la hemorragiaprocedente de venas de mediano o grueso calibre puede o no ser pulsátil, el flujo es menos rápido y el color sanguíneo suele ser oscuro. La hemorragia procedente del alveolo tras una Exodoncia es una hemorragia ósea que tiene particularidades.

Hemorragia Extravasular.

Se clasifica de acuerdo con los tipos de vasos involucrados y el tiempo de la hemorragia.

Tipos de vaso.

La hemorragia arterial se distinguirá por su característica pulsante, el vigor del flujo y la coloración rojo brillante de la sangre. La hemorragia venosa puede no tener la cualidad de ser pulsátil, el flujo será menos rápido y habrá una coloración roja más oscura. La hemorragia capilar será en napa, no pulsátil, y de un rojo intermedio, color que esta entre rojo brillante de la sangre arterial y el rojo oscuro de la sangre venosa.

Oportunidad de la Hemorragia.

La hemorragia primaria se produce como parte normal de la cirugía, así como laceraciones causadas durante traumatismo.

La hemorragia secundaria se produce durante la fase postoperatoria. Aparece después de las primeras 24 horas.

2.1.8 CUIDADOS QUE SE DEBEN DE TENER EN UN POST OPERATORIO LOCAL.

El paciente se retirara a su domicilio con un apósito degasa en la herida haciendo presión sobre la misma lo cual ayudara en la formación del coagulo para evitar problemas de sangrado.

El paciente debe realizarse enjuagues con agua y sal (suero fisiológico) con el objetivo de mantener limpia la herida, los puntos de sutura e impedir la acumulación de los restos de comida que pueden producir una infección en la herida.

No deberá tocarse la herida por ningún motivo para evitar la irritación de la misma.

La alimentación será basada en dietas blandas y liquidas durante las primeras 24 horas. Los puntos de sutura pueden ser retirados a los 8 días.

2.1.9 TRATAMIENTO DEL POST OPERATORIO GENERAL.

Es importante recetar siempre después de una cirugía bucal un analgésico, antiinflamatorio y un antibiótico.

2.2 ELABORACION DE LA HIPOTESIS.

Si se aplican las correctas medidas para el Pre y Post operatorio en Cirugía Bucal se obtiene una mejor evolución para el paciente.

2.3 IDENTIFICACION DE LAS VARIABLES.

Independiente:Análisis de las medidas pre y post operatoria en Cirugía Bucal.

Dependiente: Identificación de las complicaciones que se presentan en el pre y post operatorio.

2.4 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

Variables	Definición conceptual	Definición operacional Aspectos/ dimensiones	Indicador	Ítems
Análisis de las Medidas Pre y Post Operatoria en Cirugía Bucal.	Son las diferentes medidas que se deben de aplicar antes y después de una intervención quirúrgica.	Efectuando las correctas medidas reduciremos el nivel de Complicaciones Post Operatorias.	Obtener un adecuado diagnostico del paciente. Ausencia de las complicaciones post operatorias.	¿Cuál sería la importancia del empleo de las Medidas Pre y Post Operatorias?
Identificación de las Complicaciones que se presentan en el Pre y Post Operatorio.	Son las complicaciones producidas por la mala ejecución de la técnica quirúrgica que ocasiona un retardo en la evolución del paciente.	Aplicación de las técnicas quirúrgicas adecuadas.	Recuperación optima del paciente.	El conocimiento de la aplicación de las Medidas Pre y Post operatorias en Cirugía Bucal conlleva al éxito del tratamiento del paciente.

CAPITULO III

METODOLOGIA.

3.1 LUGAR DE LA INVESTIGACION.

Biblioteca de la Facultad Piloto de Odontología – Biblioteca de la Facultad de Ciencias Medicas Escuela de Medicina.

3.2 PERIODO DE LA INVESTIGACION.

Periodo Lectivo 2011- 2012

3.3 RECURSOS EMPLEADOS.

3.3.1 Recursos Humanos:

Estudiante de Odontología” Sandy Estefania Piloso Pazmiño”.

Tutor:”Dr. Juan José Macio Pincay”.

3.3.2 Recursos Materiales.

Libros de Cirugía Bucal y Maxilofacial y Libros de Medicina.

3.4 UNIVERSO Y MUESTRA.

Este trabajo de investigación es de tipo descriptivo, por lo cual no cuenta con un universo y muestra, ya que se ha realizado en base bibliográfica. Describiendolas medidas pre y post operatorias en Cirugía Bucal.

3.5 TIPO DE LA INVESTIGACION.

Esta investigación es de tipo bibliográfica, ya que por medio de libros, atlas, artículos, etc., nos guiaran para realizar nuestra investigación.

Esta investigación es de tipo descriptiva, porque vamos a ir describiendo la información encontrada de los diferentes libros con el fin de obtener una idea determinada del tema.

3.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

Descriptiva, porque se comparan los diferentes conceptos encontrados a cerca de la investigación.

Capitulo IV

Conclusiones y Recomendaciones

4.1 CONCLUSIONES.

Aplicando las Medidas Pre y Post Operatorias en Cirugía Bucal logramos la disminución de las falencias que se comenten en la Clínica de la Facultad de Odontología, tanto en su pre como en su post operatorio del acto quirúrgico, ya que no es solo importante el conocimiento teórico, la correcta ejecución de la técnica del profesional y la disminución del riesgo de contaminación del campo quirúrgico sino también de la colaboración del paciente con un buen estado nutricional, su inmunidad y su recuento celulares sanguíneos que estén en los niveles óptimos lo cual reduce la aparición de infección postquirúrgica que da como resultado su excelente recuperación. Los elementos de protección personal son un complemento indispensable de los métodos de control de riesgos para protegernos. Para los efectos de nuestra profesión, consideraremos a todo paciente contaminado y por lo tanto deberemos cuidarnos con todos mediante el uso de estas medidas. Se entiende por invasivo todos los procedimientos que irrumpen la barrera tegumentaria o mucosa del paciente.

Por ende es de gran importancia emplear todas estas medidas ya que con esto obtendremos la reducción de riesgos de enfermedades infectocontagiosas relacionadas con el trabajo de equipo de salud.

4.2 RECOMENDACIONES.

Se recomienda que el trabajo de Medidas Pre y Post Operatoria en Cirugía Bucal sea publicado para que los futuros odontólogos pongan en práctica estas medidas muy necesarias, útiles en su trabajo diario en el área odontológica.

Una forma práctica de recordar las medidas de seguridad en el área quirúrgica, lo constituyen las advertencias, precauciones, póster y cualquier ayuda visual que pueda lograr los resultados deseados. Empleando las adecuadas precauciones antes de tocar al paciente y eso lo hacemos con las medidas de protección universales tanto como para el odontólogo como para el paciente. Cuyo objetivo principal es lograr la disminución de las complicaciones que se presentan en el post quirúrgico, esto lo logramos realizando una correcta evaluación del paciente sin ejecutar equivocaciones en la historia clínica documento de gran relevancia. Ya que en la actualidad esta falencia se nota reflejada en el post operatorio del paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Bartolomei S. – Aranalde G. – Keller L. 2010, "Manual de Medicina Interna Cálculos, Scores y Abordajes", Buenos Aires- Argentina; Editorial Corpus pág. 39-41.
2. Carlos Navarro Vila, 2008, "Cirugia Oral", Madrid- España: Editorial Aran, pág. 259.
3. Cosme Gay Escoda- Leonardo Berini Aytes 1999 "Cirugía Bucal", Madrid; Editorial Ergon pág. 6-11.
4. Dr. Kleber Lalama Gonzalez, 2002, "Libro de Cirugía Bucal", Guayaquil- Ecuador, Sin Edición, pág. 47-58 67-77.
5. Farreras y Rozman 2009, "Medicina Interna de Farreras", Barcelona- España; Editorial Elsevier pág. 1955- 1969.
6. Gerald L. Mandell, Jhon E. Bennett, Raphael Dolin, 2006, "Enfermedades Infecciosas Principios y Practica", Madrid- España: Editorial Elsevier pág. 2345.
7. Guillermo A. Ríes Centeno 1973 "Cirugía Bucal con Patología Clínica y Terapéutica". Argentina; editorial El Ateneo pág. 114-115 136-140.
8. Guillermo Raspall 2006 –"Cirugía Oral e Implantología", España; Editorial Medica Panamericana pág. 1-13.
9. Gustavo Quintero, Julio Nieto, Carlos Lerma, "Infeccion en Cirugía", Colombia: Editorial Medica Panamericana, pág. 42-45 124.
10. Hernán F. Sailer - Gion F. Pajarola 1999 "Atlas de Cirugía Oral". Barcelona- España; editorial Masson pág. 49-32 32-33.
11. José Gutiérrez-Pedro Infante- Manuel Romero, 1998, "Manual de Enseñanzas Practicas en Cirugía Bucal", Madrid-España. Sin Edición, pág.15-20.
12. Kruger 1982, "Cirugía Buco- Maxilo –Facial". Buenos Aires – Argentina; editorial Medica Panamericana pág. 206- 229.
13. Kenneth D. Boffard, 2007, "Manejo del Paciente Poli traumatizado", Madrid-España: Editorial Medica Panamericana, pág. 19-28.

14. Manuel Donado 1999, "Cirugía Bucal Patología y Técnica", Barcelona-España; editorial Masson pág. 163- 173.
15. Manuel Donato, 2005, "Cirugía Bucal Patología y Técnica", Barcelona-España: Editorial Masson pág. 7-10.
16. Matteo Chiapasco, 2004, "Cirugía Oral texto y atlas", Barcelona-España: editorial Masson, pág. 1-7.
17. Olaf Sandner M. 2007 "Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial". Venezuela; editorial Amolca pág. 55-69.
18. Patiño Restrepo, 2000, "Lecciones de Cirugía", Colombia: Editorial Medica Panamericana, pág. 93-95.
19. Patiño Restrepo, 2006, "Metabolismo, Nutrición y Shock", Colombia-Bogotá: Editorial Medica Panamericana, pág. 272-281.

ANEXOS



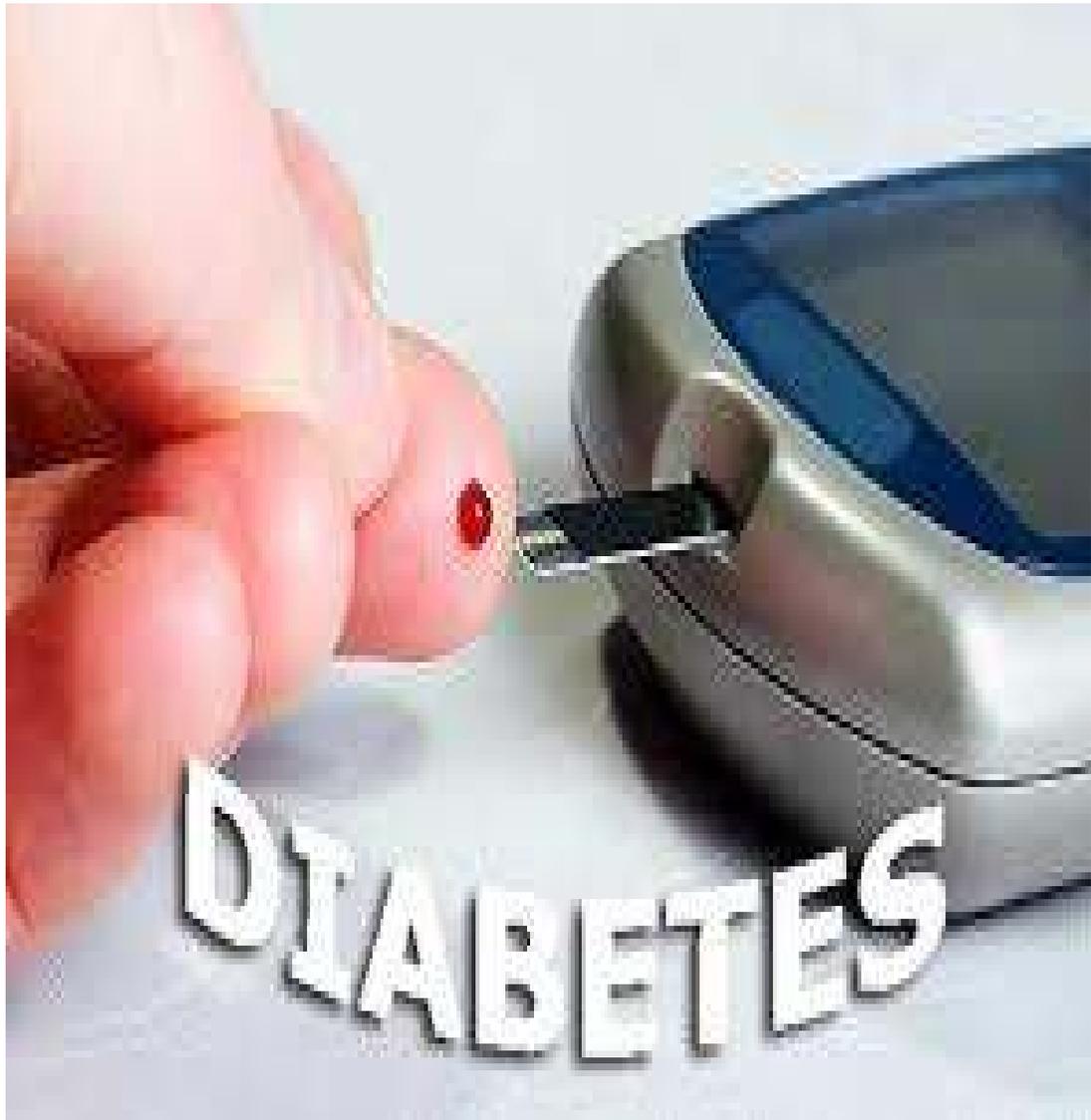
Anexo 1:Elaboración de la Historia Clínica.

Fuente:<http://noscuidamos.com/salud/imagen/medico-paciente-mujer>.



Anexo 2: Presión Arterial.

Fuente: <http://antoniopelaez7.blogspot.com/>



Anexo 3:Diabetes.

Fuente:<http://apuntesauxiliarenfermeria.blogspot.com/control>.



Anexo 4: Shock.

Fuente: <http://yasalud.com/shock/>



Anexo 5: Hemorragia.

Fuente: http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=Hemorragia+Bucal&lang=2



Anexo 6: Lavado de Manos..

Fuente: <http://www.ultramed.com.ar/salud/lavado-de-manos.html>



\$ 1.20

UN dólar Americano CON
VEINTE Centavos
beP*-w>?*-

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA 13 - 5492
NOMBRES: 0930010715 PILOSO PAZMIÑO SANDY ESTEFANIA
NORTE V-R N:
FACULTAD: 1002 18/04/2012 08:45:30

Guayaquil, 14 de Junio del 2012

Doctor,
Washington Escudero D.
Decano de la Facultad Piloto de Odontología
En su despacho.-

De mis consideraciones.

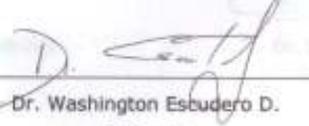
Yo, **Sandy Estefania Piloso Pazmiño** con numero de C.I. **0930010715**, alumno del **QUINTO AÑO PARALELO # 5**; del periodo lectivo 2011 - 2012, solicito a usted, me asigne tutor para poder realizar **EL TRABAJO GRADUACION**, previo a la obtención del titulo de Odontologo, en la materia de **Cirugía**.

Por la atención que se sirva dar a la presente, quedo de usted muy agradecido.

Muy atentamente,

Sandy Estefania Piloso Pazmiño
C.I. 0930010715

Se le ha designado al Dr. (a) Dr. Juan Macio para que colabore en su trabajo de graduación.


Dr. Washington Escudero D.
DECANO

C9-N° 0084888



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA

13 - 5494

NOMBRES: SANDY ESTEFANIA PILOSO PAZMIÑO

PILOSO PAZMIÑO SANDY ESTEFANIA

FACULTAD: 1002

18/04/2012 09:45:30

\$ 1.20

UN dólar Americano CON
VEINTE Centavos
be#-w#12#

Guayaquil, 11 de Mayo del 2012

Doctor
Washington Escudero Doltz
DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
Ciudad.-

De mi consideración:

Yo, **Sandy Estefania Piloso Pazmiño** con C.I. No **0930010715** Alumna de Quinto Año Paralelo No 5 periodo lectivo 2011 – 2012, presento para su consideración el tema del trabajo de graduación.

"MEDIDAS PRE Y POST-OPERATORIAS EN CIRUGIA BUCAL."

Objetivo General:

Determinar las medidas pre y post-operatorias en cirugía bucal para un mejor manejo del acto quirúrgico.

Justificación:

El siguiente trabajo de investigación se justifica porque los egresados de la Facultad Piloto de Odontología van a tener un medio para poder establecer un buen plan de tratamiento, durante y después de la intervención quirúrgica.

Agradezco de antemano la atención a la presente solicitud.

Sandy Estefania Piloso Pazmiño
C.I. 0930010715

Dr. Juan José Macío Pincay
TUTOR ACADEMICO

C9-N° 0084890