

83375

T.C.
H.S.

00514

URGENCIAS MÉDICAS ODONTOLÓGICAS

JUAN CARLOS BAENA PINEDA
DERLY GARZON RAMIREZ
CARLOS EDUARDO OVIEDO BENAVIDES
ORLANDO RIAÑO ESTUPIÑAN
CLAUDIA MARCELA SILVA RIOS

SANTAFE DE BOGOTA, D.C.

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

1996

T.O.
488
B/25

514

URGENCIAS MÉDICAS ODONTOLÓGICAS

JUAN CARLOS BAENA PINEDA
DERLY GARZON RAMIREZ
CARLOS EDUARDO OVIEDO BENAVIDES
ORLANDO RIAÑO ESTUPIÑAN
CLAUDIA MARCELA SILVA RIOS

Monografía presentada como requisito parcial
para optar al título de : **Odontólogo**

Dr. FREDY OSORIO
Director Clínicas X Semestre C.O.C.

SANTAFE DE BOGOTA, D.C.
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

1996

0519

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestros padres que por su valioso esfuerzo, apoyo y constancia hicieron posible la realización de nuestros sueños.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	1
1. JUSTIFICACION	2
2. PROPOSITOS	3
3. DESCRIPCION DEL PACIENTE	4
4. ANTECEDENTES	5
5. OBJETIVOS	6
5.1 OBJETIVOS GENERALES	6
5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	7
6. MARCO TEORICO	8
6.1 URGENCIAS DE TIPO RESPIRATORIO	8
6.1.1 Dificultades respiratorias	8
6.1.2 Obstrucción de la vía aérea	10
6.2 URGENCIAS NEUROLÓGICAS	16
6.2.1 Síncope vasodepresor	16
6.2.2 Convulsiones	20

6.2.3	Reacciones por sobredosis de fármacos	28
6.3	URGENCIAS DE TIPO ENDOCRINO	31
6.3.1	Diabetes	31
6.4	URGENCIAS DE TIPO SANGUINEO	38
6.4.1	Hemofilia	38
6.5	URGENCIAS DE TIPO CARDIOVASCULARES	46
6.5.1	Angina de pecho	46
6.5.4	Hipertensión Postural	52
6.5.5	Paro cardíaco y reanminació pulmonar	57

INTRODUCCIÓN

La profesión odontológica en los últimos años, ha evolucionado significativamente en la forma de realizar los tratamientos, ya que no se tienen en cuenta solamente los problemas orales si no otros factores que comprometan la salud integral del paciente, que en cierto modo influya en el éxito o fracaso de labor del odontólogo.

Es importante, reconocer a tiempo si el paciente presenta o no cualquier tipo de alteración sistémica, que dado el momento; podrían desencadenar una urgencia médica en el consultorio odontológico. Es por esto, la necesidad de una buena preparación del clínico para manejar estos casos, ya que si no se reacciona en forma debida se pone en juego la integridad del paciente.

1. JUSTIFICACIÓN

Queremos presentar a su consideración y a manera de síntesis, este trabajo, con el propósito único de dar a conocer las urgencias posibles que se presentan en el consultorio odontológico. Ello se hace mediante la investigación detallada, de técnicas que de seguir el odontólogo, al presentarse una de ellas evitará, riesgos primordiales, compromisos e integridad física y personal del paciente, actuando de manera precisa y en el momento indicado.

Consideramos importante, que al transcribir y finalizar este trabajo se cumplan nuestros objetivos planteados, así como el poder llegar de manera clara a todos aquellos odontólogos que tengan acceso a ésta monografía, un artículo suficientemente práctico del tema, que intentará desarrollar los puntos que a nuestro parecer son más indicados.

2. PROPÓSITOS

Este trabajo se realizó con el ánimo de dar a conocer detalladamente técnicas sencillas y efectivas que se puedan realizar en el momento de presentarse una urgencia en el consultorio, y que mediante su buen uso se logre poner a salvo la vida del paciente.

3. DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE

En la práctica odontológica se presentan momentos exóticos donde se pone a prueba la capacidad de respuesta del odontólogo, su preparación y sobre todo su conocimiento.

Mantener la calma, manejar la situación y sobrellevar lo que son cualidades primordiales en el buen desempeño del profesional de la salud.



4. ANTECEDENTES

La literatura reporta casos en los cuales la ineficiencia, ineptitud y la falta de conocimiento sobre el manejo de las urgencias médicas por parte del odontólogo han causado graves problemas en la salud física y psicológica del paciente, debido al mal manejo que se le dio a ésta.

Miedo, stress, rechazo son consecuencias de lo anteriormente expuesto.

Por el contrario hay reportes de urgencias manejadas adecuadamente por el odontólogo que lo han llevado a sobresalir con éxito personal y profesionalmente ante sus pacientes y colaboradores.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVOS GENERALES

- Establecer parámetros médicos que nos permitan identificar las urgencias que puedan comprometer la vida del paciente.

- Concientizarnos como odontólogos, sobre la importancia del manejo de la ansiedad y el dolor, al mismo tiempo que el papel que éstas juegan en las urgencias odontológicas para minimizar los riesgos potenciales.

- Presentar descripciones concretas, de ciertas patologías, las cuales nos permitan una imagen más clara de aspectos que requieran énfasis a la hora de tratar una urgencia odontológica, prevención, manejo de complicaciones, fases del tratamiento y medicamentos contraindicados.

- Crear necesidad de una evaluación cuidadosa en cuanto a hallazgos orales se refiere, signos y síntomas, historia médica, y demás que puedan hacer que el odontólogo sospeche de una patología y los riesgos que con ella se puedan presentar.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la capacidad del paciente para tolerar física y psicológicamente el estrés, y ver la necesidad de modificar o no el plan de tratamiento.
- Determinar si existen o no contraindicaciones para utilizar algunos medicamentos en ciertas patologías.
- El paciente comprometido sistemáticamente, puede tratarse efectivamente en el consultorio odontológico, con cambios en la rutina si se toman precauciones, revisar etiología de las enfermedades, patofisiológicas y consideraciones en el plan de tratamiento.
- Conocer manifestaciones orales de las enfermedades, para determinar así un buen diagnóstico.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 URGENCIAS DE TIPO RESPIRATORIO

6.1.1 Dificultades respiratorias. Consideraciones Generales : El estado de dificultad respiratoria puede resultar muy incómoda para el paciente en estado consciente que no pueda respirar con normalidad.

Las causas más frecuentes de dificultad respiratoria son : Hiperventilación, broncoespasmo más conocido como asma y edema pulmonar, estas tres patologías nos pueden producir dado el momento una urgencia médica en el consultorio, pero sin embargo se hace absolutamente necesario su reconocimiento y tratamiento precoz ya que el paciente no podría recibir aporte adecuado de oxígeno y no poder así eliminar adecuadamente dióxido de carbono, presentando un estado llamado hipercapnia o por el contrario si una obstrucción interior de la vía aérea ya sea en la traquea o pulmones se convierte para uno

Manifestaciones Clínicas de los sufrimientos respiratorios. Los sufrimientos respiratorios varían según el grado de dificultad respiratoria, en la mayoría de los casos el paciente se encuentra consciente durante toda la crisis, desarrollando así un estado de ansiedad aguda, en el cual hay un aumento de la frecuencia respiratoria, hiperhidrosis, aumento del stress.

Tratamiento. En presencia de una emergencia de tipo respiratorio se debe realizar primero un rápido y eficaz reconocimiento de la dificultad respiratoria. Paso seguido, el tratamiento odontológico debe ser suspendido tan pronto como se detecten los problemas respiratorios, dado que el stress es el principal factor precipitante de la mayoría de los casos, los signos y síntomas podrían mejorar significativamente con solo detener el tratamiento. En caso de no notar mejora, se procede a colocar al paciente en posición incorporada ya sea de pie o sentado, teniendo en cuenta el grado de ^{en} conciencia en que se encuentre, de esta manera el paciente podrá ^{en} controlar la respiración. En caso improbable de pérdida de conciencia se debe colocar al paciente en posición supina y tratar de forma ideática a cualquier paciente inconsciente. Durante y después de la crisis deben ser controlados todos los signos vitales en intervalos regulares de tiempo y sus deben ser anotadas. En un momento de crisis

paciente debe estar lo más cómodo posible y el odontólogo tratará la ansiedad hablando con el paciente en forma calmada pero firme. Deben aflojarse todas las prendas que se encuentren ajustadas para facilitar la respiración del paciente.

6.1.2 Obstrucción de la vía aérea. Dada la naturaleza súbita y crítica la obstrucción aguda de la vía aérea debe ser reconocida y tratada lo antes posible, por este motivo se hace completamente necesario un diagnóstico inmediato de la obstrucción y su tratamiento rápido y eficaz.

Son frecuentes los accidentes en odontología en los cuales caen objetos a ^{la} parte posterior de la cavidad oral y hacia la laringe pasando así al esófago o por aspiración a la traquea ocasionando una urgencia.

Tratamiento. En el momento en que entra un objeto extraño en la vía oral se debe suspender el tratamiento y permitir que el paciente tome una posición más reclinada y no en posición sentado, para así aprovechar la fuerza de gravedad y hacer que el objeto se acerque a la cavidad oral y sea recuperado más fácilmente. Con ayuda de un instrumento llamado pinzas Magill. Si no se recupera el objeto

deglutido se debe tomar radiografía para determinar la posición y conducir al paciente al servicio de urgencia de un hospital para que sea atendido más objetivamente.

Los síntomas de la entrada de un objeto en la tráquea se traduce por lo general en un brusco comienzo de tos, ahogo, salivación y falta de aire.

En casos que entre un cuerpo extraño a la tráquea se debe seguir el siguiente procedimiento : Impedir que el paciente se sienta o incorpore para evitar la acción de la fuerza de gravedad; se coloca al paciente en posición de cúbito lateral izquierdo con la cabeza hacia abajo, si el paciente no presenta tos se le debe estimular. Producir tos en ciertos casos es suficiente para recuperar el objeto deglutido, si el paciente deja de toser y está claro la deglución de un objeto no se debe dejar de observar hasta que el objeto sea ubicado recientemente asegurándose que no se encuentre en la tráquea y antes de dejar ir al paciente se debe establecer una interconsulta con el médico especialista para prevenir las posibles complicaciones postaspiración, prevención y tratamiento. Si no se recupera el objeto se debe realizar estudio para determinar su tratamiento por parte de un médico especialista.

Maniobras Básicas de la Vía Aérea. Al determinar un caso evidente de obstrucción baja de la vía aérea por deglución de un objeto se debe realizar un establecimiento de una vía aérea realizando las siguientes maniobras :

- Colocar al paciente en posición supina, con los pies ligeramente elevados.
- Inclinar la cabeza y levantar el mentón para conseguir estirar los tejidos del cuello (maniobra frente-mentón).
- Se valora la vía aérea y la respiración colocando el oído 2,5 cm de la boca y nariz del paciente para escuchar el paso del aire y se observa el tórax del paciente para apreciar los movimientos respiratorios.
- Observar el grado de conciencia del paciente.
- Ventilación artificial si fuera necesario en caso de no lograr el paso de aire con los anteriores pasos se debe sospechar de bloqueo de laringe o tranquea, y se llevará a cabo otros procedimientos más

rigurosos que son : traqueotomía y cricotirotomía que requieren de intervención quirúrgica, mucha habilidad y conocimiento en el operador.

Otra maniobra no quirúrgica es la compresión subdiafragmática externa, conocida como golpe abdominal o maniobra de Heimlich que por no ser quirúrgica no produce complicaciones graves y es más atractiva en consulta odontológica.

Técnicas no invasivas para tratar la obstrucción de la vía aérea. en un paciente con obstrucción parcial de la vía aérea que es capaz de realizar una tos forzada y que está respirando adecuadamente se debe dejar tranquilo, si el paciente presenta un escaso intercambio aéreo debe ser tratado como si existiera obstrucción completa.

Las técnicas manuales y no invasivas son :

- Golpes en la espalda
- Golpes con la mano.
- Maniobra de Heimlich
- Golpe torácico
- Barrido con los dedos.



Para la odontología está recomendado la maniobra Hemlich que se describe a continuación : paciente consciente de pie o acostado.

- Situarse detrás del paciente y abrazar su cintura por debajo de los brazos.

- Agarrar un puño con la otra mano poniendo la parte del pulgar sobre el abdomen del paciente, la mano se mantiene en la línea media ligeramente por encima del ombligo y por debajo del apofisis xifoides.

- Repetir golpes hacia adentro y hacia afuera hasta que el objeto sea expulsado. Antes de dar de alta al paciente se debe realizar una evaluación para evitar posibles complicaciones.

Paciente inconsciente :

- Colocar al paciente en posición supina.

- Abrir vía aérea del paciente, maniobra Frente-Mentón y volver la cabeza hacia arriba con el fin de evitar la obstrucción acodando la vía aérea y facilitar el movimiento de las piernas del paciente.

- Colocar al palma de una mano sobre el abdomen del paciente en línea media ligeramente por encima del ombligo y por debajo de la apófisis xifoides.
- Colocar la otra mano encima de la primera.
- Presionar sobre el abdomen del paciente con un rápido movimiento hacia adentro y hacia afuera, la fuerza no debe ser directamente lateral.
- Realizar de 6 a 10 golpes abdominales.
- Abrir la boca del paciente y hacer barrido con los dedos para extraer el objeto.

No debe realizarse sobre estructuras óseas, costillas, esternón.

Evaluar antes de dar de alta al paciente.

Las técnicas quirúrgicas invasivas no son recomendadas y siempre es preferible las técnicas para obtener una vía aérea de urgencia a las anteriores.

El personal que trabaja en la consulta odontológica debería estar entrenado en el tratamiento de la vía aérea obstruida mediante la maniobra Hemlich.

6.2 URGENCIAS NEUROLÓGICAS

6.2.1 Síncope vasodepresor. El síncope vasodepresor, también denominado síncope vasovagal suele conocer como desmayo vulgar.

En dos estudios realizados sobre urgencias en el entorno odontológico, el síncope vasodepresor aparece como la situación de urgencia más frecuente.

El síncope es un nombre genérico que define la pérdida de conciencia súbita y transitoria por lo general secundaria a una isquemia cerebral. También es conocida como : Bradicardia atrial, desfallecimiento benigno, síndrome neurogénico, desmayo, desfallecimiento simple.

Factores Predisponentes. Se pueden dividir en dos grupos : factores psicogénicos y factores no psicogénicos.

Factores Psicogénicos. Como el miedo, temor, ansiedad, estrés

emocional, malas noticias, dolor sobre todo súbito o inesperado, la visión de la sangre o el material quirúrgico. Ejemplo : la jeringa de anestesia.

Factores no Psicogénicos : Sentarse en posición vertical o estar de pie, hambre producida por la dieta o por olvidar una comida, cansancio, mala condición física, entorno cálido, húmedo o multitudinario frecuente en hombres edad promedio 16 y 35 años.

Prevención. La prevención del síncope vasodepresor, va dirigida a eliminar cualquier factor predisponente que pueda existir.

Manifestaciones Clínicas. Los signos clínicos del síncope pueden agruparse en tres fases definidas : Presíncope, Síncope y Postsíncope (período de recuperación).

Presíncope. Los signos prodrómicos son bien conocidos : el paciente en posición erecta o sentado nota calor en el cuello y en la cara; pérdida de color; color de piel cálido o grisáceo; sudación abundante; sensación de sentirse mal o mareado; náuseas; la frecuencia cardiaca aumenta significativamente, Ejemplo : 120 latidos por minuto. Al

continuar el proceso se aprecia dilatación pupilar, bostezos, hiperpnea (aumento de la profundidad de las respiraciones); frío en manos y pies, hipotensión, bradicardia, trastornos visuales, vértigo y se produce el síncope.

Síncope. Al iniciarse el síncope la respiración es irregular, jadeante y ronca, débil o puede cesar por completo (ataque respiratorio o apnea), las pupilas se dilatan, el paciente tiene un aspecto de muerto, frecuencia cardiaca menor de 50 lpm, la tensión arterial desciende a un nivel bajo, ejemplo : 30/15 mm Hg, el pulso se hace débil, obstrucción de la vía aérea parcial o completa, incontinencia fecal.

Postsíncope. (Recuperación). La recuperación (Vuelta de la conciencia) es rápida, el paciente puede estar pálido, débil y sudoroso, en ocasiones los síntomas persisten durante 24 horas. La tensión arterial comienza a elevarse en este período.

Tratamiento. También se tiene en cuenta el tratamiento las tres fases.

Presíncope. Tan pronto como se aprecien signos y síntomas de presíncope, se interrumpirá la técnica y se colocará al paciente en supino, con las piernas ligeramente elevadas si se cree necesario, se

debe administrar oxígeno al paciente utilizando una mascarilla. Se puede romper una ampolla de amoníaco y ponerlo bajo la nariz del paciente. El tratamiento odontológico puede seguir, si hay algún problema se recomienda posponerlo.

Síncope. Para esta fase se deben seguir los siguientes pasos :

- Valorar la conciencia.
- Pedir ayuda, actuar el sistema de urgencia.
- Colocar al paciente en posición supina, con los pies elevados.
- Valorar y abrir la vía aérea, hay que establecer una vía aérea permeable y la respiración, se mira el tórax y escuchar y notar el aire exhalado.
- Valorar la circulación, se debe palpar el pulso carotídeo.
- Administrar oxígeno.
- Monitorizar los signos vitales : tensión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.
- Realizar el tratamiento definitivo : hay que soltar las prendas que pueden apretar con corbatas, cuellos de camisa, cinturones; romper una ampolla de amoníaco aromático y situarlo debajo de la nariz.

Colocar una toalla fría en la frente, si persiste la bradicardia colocar anticolinérgico del tipo atropina IM.

- Mientras se recupera el paciente hay que mantener compostura por parte del personal presente ya que la presencia de un personal aterrorizado puede desencadenar un nuevo episodio.

Postsíncope. Tras recuperar la conciencia el paciente no debe ser sometido a ningún tratamiento odontológico en lo que queda del día.

No se debe dejar que el paciente abandone la consulta hasta determinar cuál fue la causa primaria precipitante y que otros factores pueden haber existido.

6.2.2 Convulsiones. Es una alteración paroxística de la función cerebral, caracterizada por ataques que implican cambios en el estado de conciencia, actividad motora o fenómenos sensoriales, una convulsión tiene un comienzo súbito y una duración breve.

La epilepsia debe ser considerada como un síntoma debido a una excesiva descarga neuronal por causas intra o extracraneales, en las

que se produce una alteración del movimiento, sensorial, de la conducta, la percepción y/o la conciencia.

Tipos de Procesos Comiciales. Las manifestaciones clínicas varían en un amplio rango de actividades sensitivas y motoras, pudiendo afectar alguna parte o la totalidad de lo siguiente : alteración de la función visceral, fenómenos sensoriales olfatorios, auditivos, visuales o gustatorios, movimientos motores anómalos, cambios en la alerta y en la conducta y alteración de la conciencia.

Clasificación clínica de las convulsiones epilépticas. Se dividen en dos grupos : en convulsiones parciales y convulsiones generalizadas.

Convulsiones parciales. Son las que afectan una región específica del cerebro. Los signos y síntomas están relacionados con la zona específica del cerebro afectado. Las convulsiones que no afectan el cerebro se denominan parciales simples, las que lo hacen parciales complejas.

Convulsiones Generalizadas. Son las que se presentan con mayor frecuencia y son las más graves. Estos pacientes desarrollan una de

las siguientes convulsiones generalizadas y son : Crisis de ausencia (petit mal); Convulsiones tónico clónicas (grand mal).

Las convulsiones de Petit Mal. Se producen con frecuencia con numerosos ataques diarios y suelen producirse poco después de despertarse o cuando el paciente está quieto. Clínicamente consisten en una breve pérdida del conocimiento que dura por lo general entre 5-10 segundos, el paciente no realiza movimientos durante el episodio. Se produce fundamentalmente en niños entre los 3 y 15 años.

La Epilepsia de Grand Mal. Denominadas generalmente convulsiones tónico clónicas generalizadas, es la forma más frecuente de proceso comicial, se presenta en un 90%. Esta aparece por igual en ambos sexos y en cualquier edad; pueden estar producidas por procesos neurológicos o pueden desarrollarse en un cerebro neurológicamente sano, secundariamente a una alteración metabólica o tóxica. Las causas son la retirada de fármacos, la estimulación luminosa, la menstruación, la fatiga, el alcohol y otras intoxicaciones.

Causas. Son muchas las causas conocidas de las convulsiones; más del 65% de las personas con convulsiones recidivantes (es decir,

epilépticas) se dice que es idiopática o genética, a esto se le denomina epilepsia primaria.

La epilepsia secundaria, adquirida o sintomática son el 35% y se puede presentar por : Anomalías congénitas, lesiones perinatales, procesos metabólicos y tóxicos, traumatismos craneales, tumores, procesos vasculares, procesos degenerativos, enfermedades infecciosas.

Factores Predisponentes. Entre estos factores desencadenantes se incluyen las luces centellantes, que desencadenan especialmente crisis de Petit Mal; la fatiga o descenso en el estado de salud del paciente, olvidar las comidas, la ingesta de alcohol o el stress psíquico o emocional.

Manifestaciones Clínicas.

Convulsiones Parciales. Comienza de un mal sabor de boca (el aura) seguido de una falta de respuesta, temblor de manos y fruncimiento de labios, el paciente vuelve a orientarse al cabo aproximadamente de un (1) minuto, volviendo a la normalidad en tres (3) minutos.

Petit Mal (Crisis de Ausencia). Caracterizado por una completa supresión de las funciones mentales, que se manifiestan por inmovilidad y mirada en blanco. Esta crisis puede durar horas o días, si se produce el ataque durante una conversación el paciente se puede saltar algunas palabras o quedarse a media frase por algunos segundos. El paciente puede experimentar una sensación de amnesia o una pérdida de tiempo.

Convulsiones Tonicoclónicas Generalizadas. Se pueden dividir en tres fases : Fase Prodrómica, Fase Preictal, Fase Ictal.

Fase Prodrómica. (Presenta ansiedad o depresión antes que se presente la convulsión generalizada), su duración es bastante breve, solo unos segundos.

Fase Preictal. El paciente pierde el conocimiento, si está de pie cae al suelo, se producen contracciones mioclónicas, aumento de la frecuencia cardiaca y tensión arterial, hipersecreción salivar y desviación ocular superior con midriasis y apnea.

Fase Ictal. Se producen contracciones generalizadas de los músculos

esqueléticos, se afectan los músculos de la respiración, pudiendo presentar disnea y cianosis, puede aparecer espuma en la boca, sangre en la boca (por lesiones de tejido blando). Esta fase suele durar 2 a 5 minutos. Esta termina cuando los movimientos respiratorios vuelven a la normalidad y cesan los movimientos tonicodónicos. El paciente recupera gradualmente la conciencia.

Status de Grand Mal. Se define como una convulsión continua o una recurrencia repetitiva de cualquier tipo de convulsión sin recuperación entre las crisis, esta puede persistir durante horas y días. El paciente no responde (está inconsciente), está cianótico, suda, muestra contracciones, el paciente está hipertérmico, presenta taquicardias y arritmias, tensión arterial bastante elevada. El status de Grand Mal que no acaba puede dar lugar a la muerte por parada cardiaca.

Tratamiento.

Convulsiones Parciales y Petit Mal. El tratamiento de estas dos es de tipo protector; pasos :

- Interrumpir el tratamiento odontológico.

- Tranquilizar al paciente cuando cesa la convulsión, hay que hablar con el paciente para ver el grado de alerta.
- Dejar que el paciente se recupere y darle de alta. En el tratamiento odontológico posterior se consideran los factores que puedan haber estado implicados en la aparición de la convulsión.

Convulsiones Tonicoclónicas Generalizadas (Grand Mal)

Fase Preictal. Interrumpir el tratamiento odontológico, retirando de la boca todo el material odontológico que sea posible antes de que pierda el conocimiento.

Fase Ictal. Colocar al paciente si está fuera del sillón, colocarlo en el suelo.

Evitar las lesiones: Controlando suavemente los movimientos intensos de brazos y piernas, sin hacer bastante fuerza ya que ello puede dar lugar a fracturas óseas.

Si el paciente está en el suelo proteger la cabeza con una almohada, si está en el sillón, la eliminación de apoyar cabeza permite extender el cuello.

Levantar la lengua y aumentar la permeabilidad de la vía aérea.

NOTA : Por lo general no está indicado colocar ningún objeto dentro de la cavidad oral durante las convulsiones, ya que se han fracturado dientes y los han aspirado. Para evitar que el paciente se lesione, un miembro del equipo de odontología se coloca a la altura del tórax del paciente y otro se queda de pie junto a sus pies si fuera posible. Se deberá aspirar cuidadosamente la cavidad oral, para extraer las secreciones, el aparato de aspiración debe introducirse entre los dientes y el carrillo.

Fase Posictal.

Tranquilizar y recuperar al paciente, la recuperación puede requerir dos horas, decirle al paciente lo que pasó.

Dar de alta al paciente, que se le dará de alta acompañado de un adulto o persona responsable, si no hay ningún presente, habrá que llamar a un familiar; nunca se dejará ir solo.

Status de Grand Mal. Se solicita ayuda médica ya que este es de mayor complejidad, mientras llega el médico se realizan los mismos pasos que se usaron en las convulsiones tonicoclónicas generalizadas.

6.2.3 Reacciones por sobredosis de fármacos. En odontología existen cuatro tipos de fármacos que se utilizan con frecuencia (un importante potencial de sobredosis : anestésicos locales, vasoconstrictores, como la adrenalina) hipnóticos, sedantes y analgésicos narcóticos. De ellos los anestésicos locales son los más usados.

Manifestaciones clínicas de sobredosis de Anestésico.

Signos : Niveles de sobredosis escasas o moderadas : confusión, pacientes aislados, excitación, tartamudeo, temblor facial, nistagmo, aumento de la tensión, aumento frecuencia cardíaca, aumento de la frecuencia respiratoria.

Niveles de sobredosis moderadas o elevadas : Convulsión tonicoclónica generalizada, depresión generalizada del Sistema Nervioso Central (SNC), depresión de la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y la respiratoria.

Síntomas. Cefálea, vértigo, mareo, visión borrosa, zumbido de oídos, entumecimiento de la lengua, sensación de calor y frío, somnolencia, desorientación, pérdida del conocimiento.

Tratamiento. La mayoría de las sobredosis por anestésicos locales son autolimitadas. Pasos :

- Interrumpir el tratamiento odontológico.
- Colocar al paciente en una posición cómoda.
- Tranquilizar al paciente.
- Pedir al paciente que hiperventile el aire ambiente.
- Valorar la vía aérea, la respiración y la circulación.
- Administrar fármacos anticonvulsionantes, si fuera necesario.

Ejemplo : Diazepam en dosis de 2,5-5 mg Iv.

- Recuperación alta.

Tratamiento Fármacos Hipnótico-Sedantes:

- Interrumpir el tratamiento odontológico.

- Colocar al paciente, puede estar consciente o inconsciente, será colocado en posición supina con las piernas ligeramente elevadas.

- Solicitar ayuda médica su fuere necesario.

- Colocar oxígeno : Se administrará oxígeno mediante mascarilla facial completa con presión positiva (se realiza apretando el botón de la parte superior de la mascarilla hasta que se eleve el tórax del paciente, soltándolo después).

- Monitorizar los signos vitales, si desapareciera la tensión arterial y el pulso, se establecerá de inmediato la reanimación cardipulmonar.

- Tratamiento definitivo : El tratamiento definitivo se basa sobre todo en el mantenimiento de una vía aérea y la ventilación adecuada hasta que se recupere el paciente.

- Recuperación y alta : En caso de la sobredosis sea profunda y se requiere ayuda de personal médico ajeno a al consulta odontológica, el paciente puede necesitar estabilización y traslado a un hospital para ser observado y terminar de recuperarse.

6.3 URGENCIAS DE TIPO ENDOCRINO

6.3.1 Diabetes.

Papel del odontólogo en la detención de un paciente diabético no diagnosticado:

Un paciente con diabetes incontrolada corre el riesgo de desarrollar complicaciones agudas y crónicas.

El Odontólogo debe ser el primer profesional de la salud que tenga la oportunidad de detectar la diabetes correlacionando hallazgos orales con la historia clínica, síntomas físicos y análisis de laboratorio.

Los pacientes diabéticos a menudo se presentan al odontólogo con una enfermedad avanzada o infección de tejido blando tales como

abscesos agudos, el odontólogo puede detectar la diabetes en forma temprana; si no se detecta puede ser la causa del fracaso del odontólogo en cuanto respecta al tratamiento.

La diabetes tiene efecto dinámico en la salud del periodonto, en cuanto que la enfermedad periodontal es más severa en los diabéticos.

Otro aspecto a tener en cuenta es la xerostomia, enfermedad crónica compleja, se caracteriza por trastornos en el metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas y la síntesis de la insulina, mal funcionamiento de las células beta del páncreas. Existe una predisposición hereditaria, obesidad y un mal funcionamiento del páncreas.

CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES

- Diabetes Mellitus dependiente de insulina.
- Diabetes Mellitus no dependiente de insulina.

- Tolerancia transtornada de glucosa.
- Diabetes gestacional.
- Tolerancia transtornada al G.
- Niveles de glucosa por encima de lo normal, pero no se han elevado lo suficiente para considerarse diabetes.
- Gestacional inducida por el embarazo.
- Dependientes de insulina, incluye sólo el 10%. Generalmente es un niño, un adolescente y un adulto joven - No dependiente, del 80% al 90% son obesos.

MANIFESTACIONES ORALES EN LA DIABETES

Cambios periodontales, tejidos gingivales dolorosos, movilidad dental mareada, abseso periodontales múltiples.

Presentan xerostomía que afecta la retención de la prótesis dental, aumenta la incidencia de caries.

Predispone a infecciones fúngicas, candidiasis y mucomicosis.

PRUEBAS EN EL CONSULTORIO PARA EL DIAGNOSTICO DE LA DIABETES

Glucosuria, prueba de glucosa en la sangre.

MANEJO ODONTOLÓGICO

Paciente Insulino Dependiente Controlado.

- Se considera normal.

- Se pueden realizar todos los tratamientos odontológicos que se desee.

- Citas en horas de la mañana y de corta duración.

- Procurar que las citas no intervengan en la dieta o administración de insulina.
- Atenderlo posterior a una ingesta.
- Mantener en el consultorio bebidas azucaradas.
- Educar al paciente sobre su enfermedad.

Tratamiento del paciente consciente en caso de urgencia.

Está recomendada la administración de glucosa oral en el paciente despierto y alerta, y el de pasta de glucosa si el nivel de conciencia del paciente está alterado a la vez que se presta atención al tratamiento de la vía aérea.

Paciente inconsciente en urgencia :

Se siguen los siguientes pasos:

- Interrumpir el tratamiento odontológico.

- Colocar al paciente en postura supina con las piernas ligeramente elevadas.

- Soporte vital básico en caso necesario, (colocación, comprobación de la vía aérea, respiración y signos vitales), estos pasos aseguran una oxigenación y un flujo sanguíneo cerebral adecuados.

- Solicitar ayuda médica cuando cualquier paciente inconsciente no mejore tras iniciar los pasos de soporte vital básico.

- Infusión intravenosa (si está disponible) infusión con dextrosa o salino fisiológico.

A menudo la insulina no se encuentra en el maletín de urgencia de la consulta odontológica.

- Administrar oxígeno.

- Administrar pasta de glucosa en los pliegues bucales.
- Trasladar al paciente a un hospital para su tratamiento.

Tratamiento de la Diabetes. Para el tratamiento de la diabetes se deben seguir los siguientes pasos :

- Interrumpir el tratamiento odontológico.
- Colocar al paciente en posición supina y las piernas ligeramente elevadas.
- Soporte vital básico.
- Si no se recupera solicitar ayuda médica.
- Establecer vía intravenosa.
- Administrar oxígeno.
- Si el diagnóstico es dudoso administrar pasta de glucosa.



- Traslado al hospital para el diagnóstico y tratamiento definitivo.

Tratamiento del paciente Hipoglicémico :

- Pistas diagnósticas sobre la presencia de hipoglicemia : Mareo, debilidad, piel pálida y húmeda, respiración superficial, cefalea, alteración del nivel de conciencia.

6.4 URGENCIAS DE TIPO SANGUÍNEO

6.4.1 Hemofilia. Causas : Síntesis deficiente; factores funcionalmente defectuosos. Hemofilia clásica : estilo de una deficiencia funcional del factor antihemolítico (Factor VIII). El trastorno ocurre casi exclusivamente en varones. El plasma no conoce de factor antihemofílico, lo que ocurre es que contiene una variante no funcional de este factor de coagulación.

Los hijos de varón hemofílico no están afectados y no transmiten la enfermedad, aunque todos lo hijos son portadores.

Manifestaciones Clínicas : Hemofílico Grave : (No se puede demostrar factor antihemofílico en el plasma). Hemorragias graves mortales; Hemorragias en el frenillo del labio superior; Hemorragias de las articulaciones, deformaciones, limitaciones de movimiento. Tobillo, codos y rodillas tienen tendencia a estar afectados. Las hemorragias en tejido blando pueden extenderse ampliamente disecando tejidos cutáneos. Pueden presentarse hematomas que a veces persisten dejando masas duras que se clasifican. Cólicos uretrales, hemorragia del tubo digestivo; Hemorragia excesiva es frecuente después de extracciones dentarias o de intervenciones de cirugía menor.

Amigdalectomía o cirugía mayor, puede causar hemorragia mortal. Hemorragias que comprimen troncos nerviosos pueden provocar pérdidas sensoriales o parálisis.

Diagnóstico pruebas de laboratorio : Estudios específicos para diagnóstico.

Factor VIII-c

Actividad, coagulación del factor VIII (fibrinógeno más fibrina) (prueba funcional).

Factor VIII-cpg

Antiguo coagulante del factor VIII (Actividades activas e inactivas)

Factor VII-R-CUI

Actividad funcional facilita adhesión de plaquetas para diagnosticar enfermedades Von Willebrouwd.

Factor VIII al factor VIII

No da el diagnóstico preciso y adecuado y nos determina la clasificación.

Urgencia Odontológica

Trauma, dolor, infección o hemorragia comúnmente.

Datos historia clínica. Hemoclasificación, tipo de trastorno, presencia de inhibidores, hepatitis, HIV, alergias.

Si la hemorragia es considerable se trata al paciente como hemofílico severo y potencial contaminado.

Si hay sangrado masivo, instaurar terapia de reemplazo del factor faltante y retirar la causa.

Las suturas pueden removerse de 24 a 36 horas cuando ya haya hemostásis, sangrado varios días antes, solicitar hematocrito del paciente que sea comprobado por el banco de sangre antes de alguna cirugía.

Hemorragia intraoral hace ver la necesidad de continuar la terapia sistémica.

Infecciones : (por el descuido de sus dientes), seguido el caso debe hacerse terapia pulpar o drenaje por medición luego enjuagues salinos calientes para evitar una celulitis, terapia antibiótica, analgésicos, observando al paciente 24 horas.

Traumas : Se presenta regularmente. Requiere manejo combinado de medidas locales y sistémicas de reemplazo para controlar la hemorragia. El tiempo se controla con el reemplazo del factor carente hasta un 30% o 40%. El manejo del trauma es el mismo que se le practica a un paciente normal desde una contusión hasta un trauma facial, donde se eleva el factor VIII hasta un 60% - 70%. Previa consulta con el hematólogo.

Dolor : Analgésicos tipo acetaminofén; no aspirina o derivados porque se baja la agregación plaquetaria y sube el sangrado 5 a 7 días.

Anestesia local : Debe manejarse aplicando la aguja contra los tejidos duros fibrosos como encía adherida y periostio, evitar infiltrar los tejidos blandos muy vascularizados. Se puede usar anestesia intrapulpar. Si se produce hematoma, se recomienda usar hielo. No se indican inyecciones intramusculares y se recomienda vía oral, intravenosa o supositorio. Apósitos sí pero se retiran cuidadosamente.

Operatoria : Usar fresas nuevas de alta velocidad, con mínima presión y mano suave.

Cubetas diagnóstico, proteger bordes con parafina para evitar laceraciones y hemorragia, eyectores forrados con gasa, endodoncia como pulpotomía, pulpectomía, no requiere terapia de reemplazo, se utilizan medidas locales.

Terapia de Reemplazo

Procedimiento por el cual se administra el factor faltante por infusión

preoperatoria y posterior a la cirugía o cuando hay presencia de hemorragias. Este factor es dosificado por el hematólogo.

Tratamiento de Operatorio

Uso de tela de caucho liviano y Arco de Young, evitando lastimar la encía, tejidos orales.

Eyectores de saliva, se usan con mucho cuidado para no formar hematomas sublinguales.

Tratamiento Periodontal : Deben tratarse inicialmente los factores locales que desencadenan inflamación como cálculos, placa, trauma oclusal.

Los tratamientos endodónticos en dientes deciduos o en permanentes son preferibles a las exodoncias.

Se recomiendan obturaciones 1 mm antes del ápice radiográfico.

Manejo Quirúrgico : La cirugía en ellos debe evitarse hasta donde sea posible. Si es necesario se requiere contar con el hematólogo y el banco de sangre. Es preferible realizarlo hospitalariamente.

El cirujano oral debe explicar al hematólogo todo el procedimiento.

Para cirugías menores se recomienda elevar el factor hasta un 30% o 40% y para mayores en un 60-70%.

En exodoncia se recomienda debridar con hojas número 15 y el resto del procedimiento como en cualquier exodoncia preservando el coágulo.

Fibrinolisis : Proceso que aparece durante la injuria a un tejido en el cual las actividades celulares entran en contacto con los coágulos de fibrina disolviéndolos.

Los hematomas inexplicables en el proceso post-operatorio pueden ser causadas por el aumento de la actividad fibrinolítica local como puede ocurrir después de algunas exodoncias.

- Control de dolor en hemofilia.
- Medicamentos contraindicados.

Todo medicamento que contenga aspirina está contraindicado en el paciente que tenga tendencias de sangrado.

Butazolidina, Fenacetina, Indocin (Indometacina).

Medicamentos Recomendados en Control del dolor no narcóticos.

1ra opción : Acetaminofén (DdEx) el menos tóxico y seguro.

2da opción : Propoxifeno (Darvon simple).

Prevención

El tratamiento preventivo limitará los problemas odontológicos encaminándolos a un buen control de placa para minimizar caries y odontopatías. Se logra con :

- Programas de educación en higiene oral : instrucciones de cepillado, uso de seda dental, sellantes, fluor.

- Alimentación balanceada.

6.5 URGENCIAS DE TIPO CARDIOVASCULARES

6.5.1 Angina de Pecho. La Angina variante, se presenta más comúnmente en reposo, es un síntoma de arritmias o defectos de conducción. Es causada por un espasmo de las arterias coronarias son síncope, disnea y palpitaciones. Para aliviar el dolor que ella produce se administra nitroglicerina.

Angina Inestable. El paciente que la tiene posee una alta probabilidad de sufrir un infarto del miocardio. Está comúnmente asociada con arterioesclerosis progresiva, el dolor causado puede durar hasta 30 minutos y puede ser desencadenado por cualquiera de los factores desencadenantes de una angina estable. Los pacientes con angina inestable deben ser tratados odontológicamente como paciente con historia de infarto.

Tratamiento odontológico de pacientes con Angina. La disminución del estrés durante las sesiones es de vital importancia puesto que este disminuye el aporte de oxígeno que depositan las arterias coronarias al

miocardio, evitar el dolor durante la sesión disminuir el tiempo de la sesión y si es el del caso administrar sedación son precauciones a tener en cuenta. En pacientes con angina de pecho inestable sólo se deben efectuar tratamientos de urgencia y con interconsulta médica previa.

Duración de la sesión. Los tiempos de las sesiones deben ser cortos para así disminuir el estrés y prevenir una crisis anginosa. El tratamiento odontológico deberá ser suspendido cuando el paciente presente síntomas como fatiga sudoración o ansiedad. Una vez el paciente se haya recuperado podrá salir del consultorio.

Suplemento de Oxígeno. Se recomienda el uso de una cánula nasal la cual proporcionará al paciente un buen aporte de oxígeno durante el tratamiento odontológico.

Control del dolor. Los tratamientos odontológicos sin dolor son requisito indispensable para evitar la ansiedad y el estrés en el paciente con historia de angina. La forma convencional para eliminar el estrés es el uso de anestésico local. Se recomienda usar anestésico local con vasoconstricciones como adrenalina. Teniendo la precaución

de utilizar una técnica adecuada que incluya la succión y la lenta penetración del líquido. Ya que los anestésicos sin vasoconstrictor no brindan un tiempo de anestesia tan adecuado como los que si lo llevan y se ha comprobado que con el estres que genera el dolor la médula suprarrenal libera al torrente circulatorio mucha más cantidad de adrenalina que la que contiene una carpule de anestésico. A los pacientes con estado físico ASA 4 no se les debe aplicar anestésico con vasoconstrictores. En este caso se usará la prilocaina sin vasoconstrictor. El uso de hilos retractores impregnados en adrenalina está totalmente prohibido en pacientes con historia de angina de pecho o enfermedad cardiovascular puesto que corre riesgo la vida del paciente.

Sicosedación está indicada en la consulta odontológica cuando al paciente presenta crisis anginosas una o varias veces a la semana la técnica más recomendada es la inhalación de oxido nitroso y oxígeno.

Signos vitales. El paciente con historia de angina de pecho debe ser sometido a la toma de la presión arterial, pulso, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria antes de la consulta odontológica. Administración profiláctica de nitroglicerina. Es recomendada en

pacientes que presenten varias crisis anginosas a la semana y a los cuales el tratamiento odontológico les genera un gran miedo y estrés.
Signos y síntomas que identifican un dolor de angina.

Sensación de pesadez a nivel de tórax.

El dolor no es agudo.

La inspiración no incrementa la molestia.

El dolor puede irradiarse a hombro izquierdo llegando a la mano y dedos.

El dolor no irradia a hombro derecho ni a ambos.

El dolor puede irradiarse a parte izquierda del cuello, cara y mandíbula.

Manejo de la urgencia en un paciente con Angina de Pecho.

- Suspender de inmediato el tratamiento odontológico, ante la presencia de un dolor subesternal opresivo en tórax es necesario no

continuar con el tratamiento odontológico ya que este puede ser el causante de la crisis anginosa que se presenta.

- Posición del paciente, es recomendable sentar al paciente no colocarlo en posición supino pues está acrecienta el dolor.

- Soporte vital básico es necesario valorar la respiración normal del paciente su estado de conciencia la presencia de pulso carotideo y en la muñeca a nivel de la fosa antecubital.

- Administración de oxígeno y un vasodilatador, para la administración de oxígeno lo más recomendable son las gafas nasales o las cánulas nasales. La administración de nitroglicerina transmucosas ya sea en forma de aerosol más recomendada o en forma de tabletas es de vital importancia. La dosis recomendada es de una tableta cada 5 minutos sin sobrepasar de 3 en 15 minutos en aerosol no pasar de 3 aplicaciones en 15 minutos. La nitroglicerina suele aliviar el dolor anginoso en 4 minutos ya que disminuye la resistencia arterial coronaria y aumenta el flujo sanguíneo coronar.

Administración de nitrato de amilo, cuando el dolor anginoso persiste después de la administración de oxígeno y las tres dosis de nitroglicerina es necesario aplicar nitrato de amilo que es un vasodilatador muy potente y el cual viene en presentación de ampollas de 0,3 ml la cual se rompe y se inhala, luego de la administración el paciente deberá sentir alivio en 10 segundos presentándose algunos efectos secundarios como rubefacción facial pulso saltón cefalea pulsátil y vértigos.

Cambiar los procedimientos odontológicos posteriores. Es necesario analizar cuáles pudieron ser los factores que indujeron la crisis anginosa y evitarlos en futuras sesiones odontológicas. El paciente podrá ser atendido una vez haya pasado la crisis anginosa y sus signos vitales se encuentren en los niveles normales. Si el paciente se encuentra bien puede dejarse ir sólo de lo contrario será necesario solicitar interconsulta médica.

Manejo de Paciente con Angina de Pecho su historia previa de dolor torácico. Si el paciente nunca había experimentado dolor subesternal y opresivo será necesario incluso antes de la administración de oxígeno y nitroglicerina solicitar ayuda médica

inmediata. Así el dolor haya pasado el paciente debe ser remitido de inmediato al médico a fin de que éste haga exámenes y dé un diagnóstico claro de la situación cardiaca del paciente.

6.5.4 Hipotensión Postural. Es la pérdida temporal del conocimiento ante un cambio de posición del paciente, que se debe a una disminución de la presión arterial sistólica en 0 mmhg o más. Esto se explica por que se presenta una alteración en el mecanismo que aumenta la resistencia vascular periférica cuando se producen cambios en la postura del paciente es una de las situaciones de urgencia que más se presenta en el consultorio odontológico.

Causas de la hipotensión postural. Las principales causas son : algunas drogas que el paciente esté tomando entre las que se destacan los antihipertensivos como los bloqueantes de los canales de calcio las drogas sicoterapéuticas como sedantes y tranquilizantes los narcóticos los antihistaminicos y la L dopa las drogas empleadas para calmar la ansiedad y el estres cuando son administradas por vía intra muscular o IV pueden producir hipotensión postural las que con más frecuencia se usan en la consulta odontológica son el diazepam, el pentobarbital IV meperidina IM IV. A los pacientes que estén tomando estas drogas se

les debe hacer los cambios de posición con mucha precaución y lentitud.

La edad. La relación de la edad con la hipotensión es directamente proporcional es decir a mayor edad más riesgo de tener una hipotensión postural.

Períodos de quietud prolongados. Los pacientes que han estado hospitalizados por mucho tiempo tiene mayor probabilidad de tener una hipotensión postural. Los pacientes que han estado en posición acostada durante varias horas en el sillón dental pueden presentar una hipotensión postural en el momento de levantarse.

Embarazo. La paciente embarazada está propensa a la hipotensión postural en el primer trimestre de la gestación y al final del primer trimestre cuando permanece acostada por más de 7 minutos como resultado de una compresión de la vena cava inferior por parte del feto lo que disminuye el retorno venoso desde las piernas.

Venas varices. Causan hipotensión arterial puesto que produce acumulación de sangre en las piernas o enfermedad de Addison.

PREVENCIÓN. El adecuado diligenciamiento de la historia clínica permitirá al odontólogo prevenir un episodio de hipotensión arterial. Preguntas cómo está usted ingiriendo algún medicamento. Se ha desmayado alguna vez son de gran ayuda para determinar si el paciente puede desarrollar una hipotensión arterial. En los pacientes que estén recibiendo tranquilizantes por inhalación o por vía IM o IV o aquellos que refieran o se compruebe historia de hipotensión postural es necesario tener en cuenta las siguientes precauciones : La incorporación del paciente debe hacerse lentamente estando en una posición acostado debe pasar a una posición semiacostado y durar en ella unos minutos después de alcanzar una posición de sentado y permanecer así unos minutos hasta alcanzar la posición erecta.

Signos y Síntomas.

- Disminución de la presión arterial.
- Pérdida del conocimiento.
- Frecuencia cardiaca se mantiene en el nivel basal mayor de 30 lpm.

FISIOPATOLOGIA

Los cambios de la presión arterial debidos a los cambios de posición del cuerpo se explican por la relación que tienen la gravedad con la presión arterial. Cuando el paciente se encuentra acostado la gravedad se distribuye uniformemente por todo el cuerpo y así la sangre es bombeada con facilidad al cerebro. Cuando el paciente está de pie el corazón necesita bombear con más fuerza la sangre hacia el cerebro para contrarrestar la gravedad que es mucho mayor. Para mantener una presión arterial estable cuando se presentan cambios de posición existen ciertos mecanismos reguladores fisiológicos como :

- Constricción arterial.
- Refleja
- Aumento reflejo de la frecuencia cardiaca.
- Constricción venosa refleja.
- Aumento de tono muscular y contracción de piernas y abdomen.

- Aumento reflejo en la respiración.

En los pacientes con hipotensión arterial uno o varios de los mecanismos anteriormente descritos no funcionan adecuadamente.

EN UN TRATAMIENTO DE URGENCIA EN UN PACIENTE CON HIPOTENSIÓN POSTURAL

- Valorar la conciencia, el paciente responde negativamente a los estímulos sensoriales.
- Colocar al paciente en posición de acostado con las piernas un tanto inclinadas hacia arriba con lo cual el paciente debe recobrar la conciencia.
- Valorar y abrir la vía aérea. Si después de la maniobra anterior el paciente no recupera el conocimiento es necesario mantener una vía aérea permeable con la maniobra frente mentón.
- Valorar la circulación con el fin de saber si la circulación es normal se debe palpar el pulso carotideo 5 administrar oxígeno, este se

puede colocar oxígeno en cualquier momento de la hipotensión.

Monitoreo de los signos vitales.

Una vez pasado el episodio el paciente deberá ser reposicionado hacia al posición erecta muy lentamente y dejándolo unos minutos en posiciones intermedias hasta alcanzar la posición de pie.

Si el paciente presenta historia de hipotensión, se dejará salir sólo del consultorio una vez se hallan tomado los signos vitales que deberán estar en los rangos de normalidad y se compruebe que el paciente puede caminar sin ayuda. Cuando el paciente no presenta historia de hipotensión no debe dejarse ir solo del consultorio sino en compañía de una persona y es necesario establecer interconsulta médica.

6.5.5 Paro Cardíaco y Reanimación pulmonar. Paro cardíaco es la suspensión de la circulación sin la cual la vida no es posible.

Ataque Pulmonar. Es la ausencia de respiración no se presenta inspiración ni expiración.

Situaciones que llevan a un paro cardíaco :

- Disociación electromecánica.

Es el resultado de una mala circulación de la sangre como consecuencia de una debilidad en los latidos del corazón. Puede ser producida por fármacos usados en la consulta odontológica como anestésicos locales, puede ocurrir también como consecuencia de una hemorragia grave o un shock.

Fibrilación ventricular. Es una arritmia producida por una descoordinación de la contracción de las fibras del miocardio. Se presenta con frecuencia después del infarto del miocardio.

Parada Ventricular o Asistolia. Se define como la no presencia de movimientos de contracción del miocardio, es el resultado de la falta de oxígeno en el corazón.

Las manifestaciones clínicas de las tres son muy similares e incluyen la pérdida de conciencia y la ausencia de signos vitales como pulso, presión arterial y respiración. Cuando se presenta la parada cardíaca en él la unidad se recomienda colocar al paciente en una posición supino y sobre una superficie dura así se obtendrá una mayor eficacia

en el masaje torácico. Ante la presencia de parada cardíaca se seguirán inmediatamente los siguientes pasos :

- Verificar la inconsciencia.

- Posición del paciente : El paciente debe colocarse en posición supino, su cabeza y su tórax paralelo al suelo, sus pies elevados.

- Valorar y mantener la vía aérea.

- Valorar la respiración y ventilar.

- Ventilación artificial existen dos técnicas la respiración boca a boca y boca mascarilla. Para realizar la técnica se debe tapar la nariz del paciente, a continuación se realizan dos ventilaciones abundantes para lograr expansión torácica el mecanismo de expiración es pasivo y se comprueba con la distensión torácica. Las ventilaciones siguientes se hacen con intervalos de cada cinco segundos por 12 minutos.

Reconocer la presencia de circulación una vez echa la ventilación artificial se procede a comprobar si existe o no circulación palpando

una arteria de importancia como la femoral ubicada en la ingle o la carotida ubicada en el cuello, entre la traquea y el músculo esternocleidomastoideo, la palpación de la arteria se hará con el dedo índice. Si se comprueba pulso carotídeo no se proseguirá con la maniobra de compresión torácica, en caso contrario se procederá con ella.

Hacer uso del sistema de urgencias médicas, llamar al teléfono de urgencias médicas de la localidad y suministrar en forma clara y detallada lo sucedido.

Compresión torácica externa. Se refiere a la presión que se realiza con las manos sobre la mitad inferior del esternón. Al comprimir el esternón se incrementa la presión intratorácica, esta mayor presión es la que da el gasto cardíaco, al hacer presión sobre las arterias se hace que la sangre que está en el corazón salga y cuando la presión se retira la sangre periférica llena las cámaras del corazón. Con una adecuada técnica de ventilación y una buena compresión torácica se evitará la muerte del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

DE PAOLA, Luis G. Educación Continua. El papel del odontólogo en la detección de un paciente diabético no diagnosticado. Vol 1-3, p. 7-14, marzo de 1985.

MAJAMED, Stanley F. Urgencias Médicas en la Consulta odontológica, 4a. edición, 1994.

TRILLOS, Orlando. Tribuna Odontológica. Manejo odontológico del paciente sistémicamente comprometido. Vol. 3, No. 3, p. 9-27. 1995.