

271
201



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Odontología

S I N C O P E
Prevención y Tratamiento en Odontología



T E S I S
Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
Presentan
Norma Alicia Martínez Navarrete
María Teresa Velázquez González



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION.

CAPITULO I.

DEFINICION, ETIOLOGIA Y CLASIFICACION.

CAPITULO II.

- a) HISTORIA CLINICA.
- b) CUADRO CLINICO.
- c) FISIOPATOLOGIA.
- d) DIAGNOSTICO.
- e) TRATAMIENTO Y PREVENCION.

CAPITULO III.

CASO CLINICO.

CAPITULO IV.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION.

Es de primordial importancia que el Odontólogo tome en cuenta la posibilidad de algún accidente y los peligros que pueden presentarse en el paciente, dentro de la práctica clínica en el Consultorio Dental, así como la importancia de su prevención.

Aunque no se trata de medidas estrictamente preventivas, se debe estar capacitado y preparado para enfrentarse en forma precisa a la rápida y adecuada atención de urgencias, Médicas Odontológicas o casos inesperados en el Consultorio Dental.

El profesional de esta rama debe tomar conciencia de la responsabilidad que adquiere en el momento en que el paciente decida confiarle el cuidado Dental, ya que además estará en nuestras manos toda su persona, convirtiendo al Dentista en el responsable directo de la seguridad y el bienestar del paciente en su totalidad.

En esto último nos basamos para afirmar la vital importancia de evaluar a cada uno de nuestros pacientes integralmente, incluyendo un estudio general sistemático, para poder reconocer a tiempo cualquier padecimiento de tipo local o sistémico que pudiera desencadenar una reacción indeseable, aunque esta no fuera padecimiento estrictamente Odontológico.

La presente investigación toma como modelo de estudio a el Síncope, siendo nuestro objetivo el manejo en forma correcta de los problemas Médicos urgentes que se presentan en el Consultorio Dental.

CAPITULO I.

DEFINICION.

SINCOPE VASOVAGAL: Es la perdida súbita y transitoria, total, de la conciencia debido a una disminución del riego sanguíneo cerebral. -
Con las siguientes características:

- a) Es fugaz.
- b) Es absoluto.
- c) Es reversible.
- d) No necesariamente va ligado a enfermedad, ya que puede ser con secuencia de un trastorno funcional pasajero.

ETIOLOGIA: El 50 a 75% de los casos se presentan en individuos - aparentemente sanos, con padecimientos que realmente parecen coincidentes. En la gran mayoría de ellos hay un fondo nervioso evidente y generalmente previo al periodo sincopal, ha habido un "stress" psíquico o a veces físico desencadenante.

Como factores desencadenantes que constituyen un impacto psíquico -

- 1) Las tensiones emocionales.
- 2) El miedo.
- 3) La ansiedad.
- 4) El dolor.

Y se sabe también que algunos efectos fisiológicos predisponen a esta entidad:

- 1) La fatiga.
- 2) Periodo de ayuno prolongado.
- 3) El estar de pie por mucho tiempo.
- 4) La convalecencia de algunas enfermedades.
- 5) En ciertas circunstancias, puede influir el encontrarse en un sitio pequeño, mal ventilado o pletórico de gente.

CLASIFICACION DE LOS SINCOPEs:

1) SINCOPEs "CARDIOCIRCULATORIOS"

Ejemplos más comunes:

- Reflejos:
- 1) Síncope del seno carotídeo.
 - 2) Síncope vaso-vagal.
- Orgánicos:
- 1) Insuficiencia cardiaca.
(Coronaria u otras)
 - 2) Estenosis aórticas.
 - 3) Stokes-Adams por arritmias.
 - 4) Estenosis pulmonar y cardiopatías congénitas, cianógenas o no.
 - 5) Embolia pulmonar.
 - 6) Hipertensión arterial pulmonar.

2) SINCOPEs "CEREBRALES"

Ejemplos más comunes:

- Funcionales:
- 1) "Síncopes vasoespásticos cerebrales".
 - 2) Hipocápnia (por alcalosis respiratoria).
- Orgánicos:
- 1) Encefalopatía hipertensiva.

3) SINCOPEs "TOXICO-METABOLICOS"

Ejemplos más comunes:

- Funcionales:
- 1) Síncope hipóxico de las alturas, ó de aviación.

2) Hipocapnia (alcalosis).

- Orgánicos: - Enfermos hipóxicos, hipercápnicos, hipocápnicos, hipoglicémicos, etc.
Ej: Síncope hipóxica de la tetralogía de Fallot.

4) SINCOPE "MIXTOS"

- Daño celular de varios orígenes.

Existen diversas estadísticas con cifras conflictivas acerca de la frecuencia general del Síncope. Sin embargo, en grandes lotes de población humana arrojan cifras que oscilan entre el 15 y 25%. De estos, - 50 a 75% son Síncopes funcionales, es decir, reflejos (tipo vagal) y - cuyo pronóstico es más o menos benigno. Es curioso el hecho de que a - mayor edad haya menor tendencia al Síncope; este es más frecuente en jó - venes alrededor de los 20 años, como si el aparato cardiovascular se - hiciera con la edad menos labil a los reflejos y por ello, más resis - tente al Síncope. Así, los mecanismos productores más frecuentes son los vasovagales.

CAPITULO II.

PRINCIPIOS PARA LA ELABORACION DE UNA HISTORIA CLINICA.

La capacidad para hablar y escuchar es importante en cualquier relación humana. Muchos aspectos de la vida están basados en la capacidad para la comunicación. Para el médico y el dentista, la comunicación con los pacientes es esencial ya que deben reunir información pasada, presente y futura del paciente. Además, no solo deben enterarse de los deseos, metas y expectativas del paciente, sino que también deben conocer los propios. El paciente debe sentir que el dentista está realmente interesado en el bienestar de su cliente y que está dispuesto a trabajar con él para lograr sus metas.

Muchos pacientes nunca han tenido la experiencia de una revisión a fondo de su historia médica por el dentista. Esto puede preocuparlos ya que no entienden el por qué de tantas preguntas. Además, algunos pacientes no comprenden que puede haber alguna relación entre su dolor dental y un problema médico. El dentista debe conocer la inquietud y tranquilizar al paciente, explicándole la necesidad y utilidad de un intercambio espontáneo de información.

Entre los numerosos factores que pueden influir en la comunicación y que pueden afectar la interpretación de las preguntas, cabe señalar la edad del paciente, su estado mental. Cuanto mayor sea la simpatía demostrada por él, tanto más probabilidades habrá de establecer una comunicación útil. La comunicación eficiente se basa en la capacidad para comprender los factores que participan en la obtención de la información. Solo se logra una historia exacta si el dentista persigue y analiza la información obtenida durante el interrogatorio.

Aunque el tema de este trabajo de investigación no es la correcta elaboración de una Historia Clínica Médico Dental completa, se pone este ejemplo como modelo que puede servir de base para algunos dentistas, o bien como proyecto a partir del cual otros podrán desarrollar sus propios conceptos.

HISTORIA CLINICA.

FICHA DE IDENTIFICACION.

NOMBRE: _____ SEXO: _____

EDAD: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____

OCUPACION: _____

DOMICILIO: _____ TELEFONO: _____

ESTADO CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____

GRUPO SANGUINEO Y RH: _____

NOMBRE DE SU MEDICO Y DIRECCION: _____

FECHA DE LA ULTIMA REVISION MEDICA: _____

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Sistema de vida del paciente.

Número de habitaciones.

Habitación del paciente.

Si tiene o no servicios intradomiciliarios sanitarios.

Agua potable.

Número de personas con que vive.

Ventilación.

Habitos de Higiene.

Se cambia de ropa diario.

Baño.

Habitos alimenticios.

Habitos Generales.	Cantidad.
- Tabaquismo.	
- Etilismo.	
- Estimulantes.	
- Si acostumbra premedicarse.	
- Ejercicio.	

Protesis.

- Marcapasos.
- Dentaduras.
- Lentes.
- Aparatos de sordera.
- Otras .

Immunizaciones.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

a) Enfermedades propias de la infancia.	Edad.
- Sarampión.	
- Rubeola.	
- Varicela.	
- Escarlatina.	
- Tosferina.	
- Tifoidea.	
- Difteria.	
- Parotiditis.	
- Poliomiелitis.	
- Tuberculosis.	
- Paladar hendido.	
- Epilepsia.	
- Trastornos del lenguaje.	
- Otras.	

- b) Propias de la pubertad.
- Hepatitis.
 - Acné.
 - Fiebre reumática.
 - Endocarditis bacteriana.
 - Otras.

- c) Propios de la edad.
- Trastornos tumorales.
 - Cánceres.
 - Vehemencia senil.
 - Otras.

ANTECEDENTES OTORRINOLARINGOLÓGICOS:

ANTECEDENTES ANESTÉSICOS:

Local y general.

Complicaciones.

Alergias a:

1) Medicamento.

Cual

2) Alimento.

3) Material.

4) Sustancia.

Infecciones Frecuentes.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:

Intervenciones.

Complicaciones.

Hospitalizaciones, motivo y fecha.

ANTECEDENTES DE TRANSFUSIONES:

APARATO DIGESTIVO:

- Caries dental.
- Hernia hiatal.
- Gastritis.
- Ulcera péptica.
- Sangrado digestivo.
- Pancreatopatias.
- Hemorroides.
- Enteropatias.

APARATO CARDIOVASCULAR:

- Cardiopatias.
- Hipertensión arterial.
- Enfermedades vasculares.

APARATO RESPIRATORIO:

- Asma.
- Bronquitis frecuentes.
- Neumopatias.
- Pleuresias.

APARATO URINARIO Y RIÑON:

- Nefropatias.
- Infecciones urinarias.
- Litiasis.
- Hematuria.

ENDOCRINOS, METABOLICOS Y DEL TEJIDO CONECTIVO:

- Diabetes.
- Enfermedades de tiroides.
- Gota.
- Corea.
- Artritis reumatoide.
- Lupus.

HEMATOLOGICOS:

- Anemia.
- Sangrado fácil.
- Adenopatias.

INFECCIOSAS Y PARASITARIAS:

- Tifoidea.
- Brucelosis.
- Paludismo.
- Amibiasis.
- Tuberculosis.
- Venereas.
- Parasitosis intestinal.

SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO:

- Artritis.
- Fracturas.
- Traumatismos:

Tumorales.

Neurológicos.

Psiquiátricos.

Dermatológicos.

Transfusionales.

GINECO OBSTETRICOS:

- Menarca.
- Ritmo.
- FUM
- USA
- Matrimonio G _____ P _____ A _____ C _____ Complicaciones.
- Menopausia.
- Fecha de última citología vaginal.
- ¿Esta embarazada?
- Medicamentos. Los que ha tomado durante los últimos 5 meses y actualmente.

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES:

- Padecimientos.
- Consanguinea inmediata.
 - Padres y abuelos. Estado de salud o causa y edad de fallecimiento.
- Consanguinea lateral.
- Hermanos.

- Línea descendente.
- Hijos.
- Antecedentes Diatésicos.
- Antecedentes Finicos.
- Antecedentes Luéticos.
- Antecedentes Oncológicos.
- Antecedentes Cardiovasculares.
- Antecedentes Neuropsicógenos.
- Antecedentes Alcohólicos.
- Asma.
- Tendencia hemorrogípara.
- Obesidad.

Motivo de la consulta.

Padecimiento actual, sintomatología, tiempo de evolución, si ha re cibido algún tratamiento, o consultado a un profesional de la salud. -
Ultima cita con el médico y la causa por la que fué, enfermedad que se esta atendiendo, fecha de su última visita al dentista y el motivo por el cual asistió, y el tratamiento que le dió, medicamento prescrito para el padecimiento, tiempo del tratamiento y resultado del mismo, dosis.

APARATOS Y SISTEMAS.

APARATO DIGESTIVO:

- Xerostomia.
- Halitosis.
- Deglución, disfagia.
- Pirosis.
- Regurgitación.
- Eructos.

- Distensión.
- Meteorismo.
- Nausea.
- Vómito.
- Diarreas o estreñimiento.
- Agruras.
- Dolor abdominal (Tipo, localización, intensidad, irradiaciones, duración, ritmo, relación con los alimentos.)
- Fatigabilidad.
- Defecación (Moco, sangre, melena)
- Hemorroides.
- Prurito anal.
- Molestias rectales.

APARATO RESPIRATORIO:

- Dolor torácico (Tipo, localización, irradiaciones, duración.)
- Tos (Seca, productiva, caracteres de ella, horario), espectoración (Purulenta, sanguinolenta, amarillenta, transparente, dolor).
- Cianosis, Edema (Horario y localización).
- Hipo.
- Frecuencia con que se presenta resfriado común durante un año.
- Dolor en oído.
- Dolor en senos paranasales.
- Infección en oído.
- Frecuencia de faringoamigdalitis en el periodo de un año.
- Dificultad para respirar a nivel de la nariz.
- Rinorrea.
- Hemoptisis.
- Disnea.

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

- Cefalea.
- Epistaxis frecuentes.
- Vértigos.
- Mareos a cambios de posición.
- Fosfenos.
- Acúfenos.
- Debilidad, astenia.
- Visión borrosa.
- Adinamia.
- Dolor precordial.
- Dolor retroexternal (Tipo de dolor: Punzante, ardoroso o quemante).
- Irradiaciones.
- Dolor premenstrual.
- Palpitaciones.
- Taquicardia.
- Fragilidad capilar.
- Várices (Dolor).

URINARIO:

- Orina (Volumen, olor, turbidez, sangre, sedimento).
- Número de micciones al día.
- Nicturia.
- Poliaquiuria.
- Disuria (Dolor tipo, relación, irradiaciones, duración intensidad).
- Incontinencia.

Femenino.

- Menstruación (Dolor duración).
- Duración, ritmo, sangrado anormal.
- Dismenorrea.
- Tensiones premenstruales.
- Leucorrea.
- Prurito.
- Ardor.
- Si existen flujos.
- Embarazos, número.
- Legrados, número.
- Abortos, número.

MUSCULO ESQUELETIVO:

- Cuello.
- Columna vertebral.
- Articulaciones (ATM).
(Dolor, edema, calor, rigidez matutina, limitación funcional, deformidad, número y localización).
- Locomoción.

SISTEMA NERVIOSO:

- Cefalea (Que regiones afecta, si se acompaña de vómito).
- Estado de conciencia (Pérdida del conocimiento completo, ausencias, desmayos y somnolencia).
- Orientación.
- Parálisis.
- Paresias.
- Movimientos anormales.

- Temblor, tics, convulsiones.
- Coordinación de los movimientos.
- Marcha.
- Transtornos del lenguaje.
- Organos de los sentidos. Alguna alteración.
- Gusto.
- Olfato.
- Audición.
- Tacto.
- Transtornos de las sensibilidad.
- Endócrino y Metabólico.
- Poliuria.
- Polidipsia.
- Polifagia.
- Pérdida de peso.
- Intolerancia al calor, al frío.
- Bochornos.
- Diarrea.
- Temblor.
- Taquicardia.
- Torpeza al hablar.
- Dolor oseo.
- Si existe edema sin traumatismo.
- Alteraciones de carácter.
- Contracciones espasmódicas dolorosas.
- Acromegalia.
- Cambio de color de la piel.
- Caída de pelo.
- Cambios de pigmentación.
- Exoftalmos.
- Cuello abultado.

PIEL:

- Textura.
- Sudoración.
- Pigmentación.
- Prurito.
- Lesiones pelo y vello; uñas, equimosis y petequias).
- Intolerancia al sol.

ESFERA PSIQUICA:

- Ansiedad.
- Depresión.
- Euforia.
- Irritabilidad.
- Insomnio.
- Fallas de la memoria.
- Fobias.
- Ideas obsesivas, sensaciones.
- Compulsiones.
- Ideas delirantes.
- Alucinaciones.
- Errores de la conducta.

GENERAL:

- Apetito.
- Sueño.
- Pérdida o aumento de peso.
- Fiebre.
- Escalofríos.
- Adenopatías.
- Edema.

EXPLORACION FISICA:

- Registro de los signos vitales.
- Pulso.
- Tensión arterial.
- Temperatura.
- Talla.
- Peso.
- Frecuencia cardiaca.
- Registro de la integridad física del paciente.
- Cara (Simetría, acné, lesiones, pigmentaciones).
- Ojos (Pupilas, reflejos, movimiento de las conjuntivas).
- Oídos (Simetría).
- Cejas (Simetría).
- Nariz (Alineamiento).

CAVIDAD ORAL:

- Labios.
- Mucosa bucal.
- Organos dentales.
- Encinas.
- Lengua.
- Piso de la boca.
- Paladar duro y blando.
- Orofaringe (Amígdalas, úvula, pilares).
- Cadena ganglionar.

CUELLO:

- Ganglios.
- Trquea.

- Tiroides.
- Pulso carotideo.

LUGAR DE ELABORACION Y FECHA: _____

QUIEN LO ELABORO: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

CUADRO CLINICO.

El proceso puede iniciarse bruscamente, se caracteriza por la caída de la presión arterial acompañada de diversas manifestaciones neurovegetativas que el sujeto experimenta.

En la primera fase puede haber:

- 1) Debilidad motora.
- 2) Molestia epigástrica.
- 3) Perspiración.
- 4) Inquietud.
- 5) Respiración sudorosa.
- 6) Bradicardia, ésta habitualmente es intensa al comienzo de la pérdida del conocimiento.
- 7) El paciente puede parecer ansioso.
- 8) Presenta cara pálida y fría.
- 9) Extremidades húmedas.
- 10) Después de varios minutos de aturdimiento puede presentar visión borrosa.
- 11) Hay pérdida súbita de la conciencia con disminución del tono muscular.

Cambios EEG ocurren después de iniciada la inconciencia. Estos consisten en la aparición de ondas muy lentas, difusas y de gran amplitud.

En el periodo postsíncope el paciente puede quejarse de:

- 1) Cefalea.
- 2) Debilidad.
- 3) Nerviosismo.
- 4) Ligera confusión.

La duración del síncope es breve, desde unos pocos segundos a varios minutos. (1 o 2 máximo).

FISIOPATOLOGIA.

Aunque su patogenia aún no está muy claramente comprendida, se acepta que es debido a un reflejo vasodepresor, que actúa sobre el lecho vascular sistémico. Las vías aferente-eferente depresoras son vagales (o sea vasodepresoras). Este estímulo parece estar en el propio sistema --vascular esplácnico, el cual sería hipersensible en estos casos. Así, --ante la vasodilatación del lecho esplácnico, habría un estancamiento periférico del volumen sanguíneo, lo que disminuiría el retorno venoso al corazón derecho y traería disminución en el gasto cardiaco y consiguientemente en el flujo sanguíneo cerebral. Todo esto explicaría la hipotensión arterial y el colapso vascular por caída brusca de las resistencias periféricas, factores ambos de acción súbita y reversible.

MECANISMO FUNCIONAL REFLEJO COMO CAUSA DE SINCOPE CARDIOCIRCULATORIO

REFLEJO INICIADO EN: CAVIDADES CARDIACAS, GRANDES VASOS, PULMONES, CORONARIAS, CAROTIDAS, ACTUANDO POR VIA VAGAL
SOBRE:

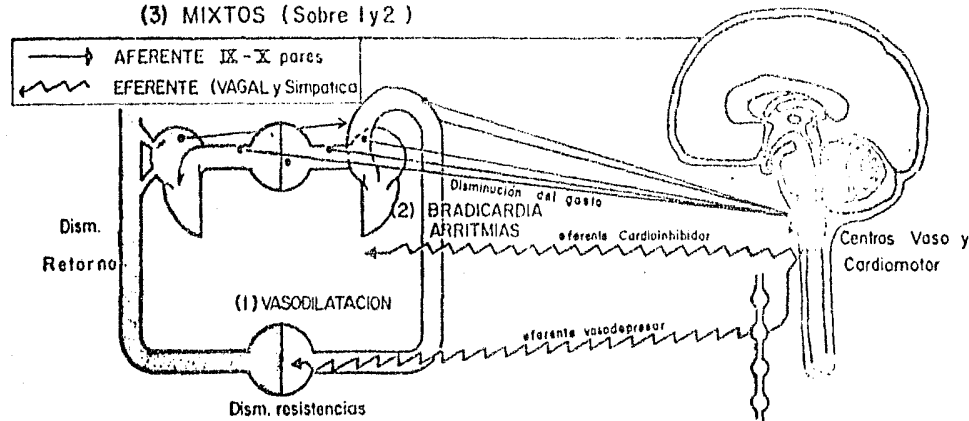
- (1) LECHO VASCULAR SISTEMICO (VASODILATAION) → Estancamiento caída de resistencias periféricas → Disminución del retorno venoso → Disminución del gasto sistémico → Síncope ("Reflejo vaso depresor").
- (2) CORAZON (BRADICARDIZACION con o sin Arritmias o Asistolia) → - Disminución del gasto sistémico → Síncope ("Reflejo Cardioinhibidor").

Fig. 417

MECANISMO FUNCIONAL. REFLEJO COMO CAUSA DE SINCOPE CARDIOCIRCULATORIO

REFLEJO INICIADO EN: CAVIDADES CARDIACAS, GRANDES VASOS, PULMONES, CORONARIAS, CAROTIDAS, ACTUANDO POR VIA VAGAL SOBRE:

- (1) LECHO VASCULAR SISTEMICO (VASODILATACION) → Estancamiento caída de resistencias
P. Disminución del retorno venoso → Disminución del Gasto Sistémico → Síncope ("Reflejo-vaso depresor")
- (2) CORAZON (BRADICARDIZACION con o sin Arritmias o Asístole) → Disminución del gasto Sistémico → Síncope ("Reflejo Cardioinhibidor")
- (3) MIXTOS (Sobre 1 y 2)



Ejemplos: S. seno-carotídeo; S. vasovagal; S. tusígeno; S. post-valsalva; S. hipotensión ortostática; Hipertensión pulmonar, Embolia pulmonar, Aneurisma disecante, valvulopatías, etc. —

COMA, SINCOPE Y SHOCK

DIAGNOSTICO.

En el Síncope vasodepresor el paciente suele presentar signos prodrómicos de hiperactividad neurovegetativo, como:

- 1) Palidez.
- 2) Diaforesis.
- 3) Bradicardia.

Después del Síncope la confusión postsincopal:

- 1) Cefalea y
- 2) Debilidad ocurren muchas veces.

El diagnóstico de las causas que lo originan depende de la adecuada búsqueda e interpretación de la información que nos brinda el paciente y de las manifestaciones clínicas.

El diagnóstico del Síncope depende casi totalmente de una Historia clínica cuidadosa, de los ataques y el medio donde tiene lugar. El Síncope es pues, un diagnóstico esencialmente clínico.

Generalmente se presenta cuando el sujeto se encuentra de pie o sentado, nunca en decúbito.

La diferenciación del Síncope puede resultar difícil.

Si se contara con EEG durante el episodio, esto permite distinguir estos procesos.

Estos factores también son útiles para realizar el diagnóstico diferencial del Síncope.

TRATAMIENTO.

Mencionaremos en este capítulo auxiliares terapéuticos que pueden aplicar a la práctica Odontológica.

Se han diseñado varios métodos puramente psicológicos:

La respiración controlada, en ésta se le enseña al paciente a respirar una determinada cantidad de veces por minuto (generalmente ocho o diez veces). De esta manera, no solamente controla uno de los síntomas más visibles de su agitación, sino que también dedica su mente a una actividad que, aparentemente, está muy lejos de su tratamiento Odontológico, que es la raíz de su angustia.

También han resultado eficaces las ya muy conocidas técnicas de relajamiento muscular. De acuerdo con ésta técnica, se logra reducir la tensión muscular mediante el sencillo método de enseñarle al paciente cuales son sus grupos musculares fundamentales y luego, solicitarle que tense y relaje sucesivamente, varias veces cada uno de esos grupos. La repetición de éste ejercicio varias veces, suele hacer mucho por aflojar los músculos y minimizar la tensión emocional que provocó la contracción de los mismos.

Ya hemos mencionado que el Síncope es frecuente en la práctica dental, se recomienda premedicar al paciente sensible al desmayo, usando tranquilizantes (Diacepam) y barbitúricos suaves (Pentobarbital o Secorbarbital), ocasionalmente se pueden utilizar inductores anestésicos o narcóticos por inhalación antes de alguna maniobra dental.

Es muy importante el estar alerta y saber reconocer los primeros síntomas del Síncope. En cuanto el paciente muestra los primeros signos estas son las medidas de atención:

El sillón dental deberá colocarse en posición horizontal y el paciente se colocará en posición de Trendelenburg, o sea con la cabeza más baja que el cuerpo y elevar sus extremidades inferiores, lo que mejora el flujo cerebral y con esto se puede evitar la pérdida de la conciencia. El punto crítico de isquemia cerebral varía según la postura del paciente y la capacidad de los vasos cerebrales para dilatarse.

En las pacientes embarazadas no se usa esta posición debido a que el peso del producto se recarga en el diafragma y la paciente cae en hipoxia. En estas pacientes solo se usa la posición de decúbito dorsal.

En pacientes con insuficiencia cardiaca derecha tampoco se usará la posición de Trendelenburg por que se produce aumento de líquido en la zona y mueren debido a esta posición. En estos pacientes se usará la posición semifowler.

Afloje la ropa apretada, desamarrar la corbata si el paciente es masculino y quitar la faja si es un paciente femenino.

Se aplicarán estímulos periféricos como son:

Las compresas frías en la cara y la frente, inhalación de vapores de amoníaco, ya que desde hace mucho tiempo tienen gran prestigio; por lo menos carecen de peligro.

Si el paciente ha perdido la conciencia pero tiene una adecuada ventilación, la recuperación del sensorio acontece rápidamente con las medidas antes indicadas.

Esta evolución descrita es la característica del Síncope simple y transitorio que tiene base neurogénica o emocional.

Sin embargo, los cuadros más severos de insuficiencia circulatoria y respiratoria pueden comenzar con manifestaciones similares o indistinguibles del Síncope simple.

Cuando el paciente no responde en los dos minutos siguientes, se utiliza oxígeno, manteniendo la vigilancia de los signos vitales, si no obtiene respiración satisfactoria se debe pensar en la posibilidad de paro cardiorespiratorio por lo que el dentista en estos casos debe estar alerta para instituir un tratamiento adecuado de resucitación en caso de que el cuadro persista y se agrave.

Los desmayos de más de una hora son de base psicológica o neurológica si el paciente tiene todos los signos vitales estables dentro de la normalidad.

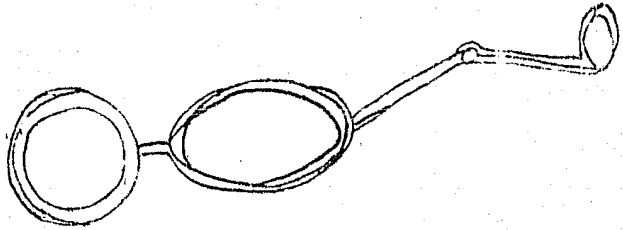
En los pacientes con arteriopatía degenerativa el Síncope puede -- agravarse en razón de la enfermedad vascular previamente existente secundaria a arterioesclerosis o hipertensiva. En estos casos la hipotensión y la caída del flujo pueden tener consecuencias importantes en razón de la existencia previa de una disminución del flujo arterial como consecuencia del problema vascular. En estos casos, que se dan especialmente en ancianos o en sujetos con enfermedad vascular previamente conocida, es necesario elevar más rápidamente la presión arterial para sostener el flujo en órganos vitales, para lo cual es necesario utilizar la Fenilefrina en dosis de 0.5 a 1.5 mg., por vía intravenosa ya que por inyección intramuscular, el fármaco no es efectivo en caso de que la circulación periférica esté enlentecida.

Si la urgencia no es tan grande puede utilizarse Efedrina en dosis de 25 a 30 mg., o Deoxiefredina de 5 mg.

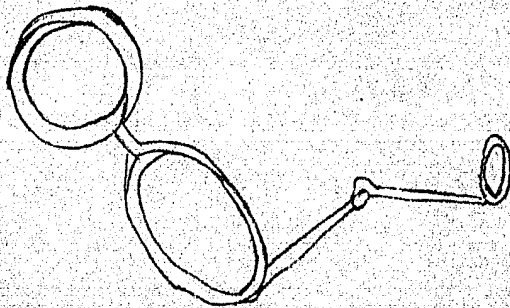
Debe recordarse que el riesgo de la hipotensión es siempre mayor que el de la hipertensión en los pacientes arteroescleróticos.

DIAGRAMA QUE ILUSTRA POSICIONES.

TRENDELENBURG,



SEMIFOWLER.



PREVENCION.

Nadie podrá asegurar que la práctica Odontológica diaria se desenvuelve de una manera rutinaria, incluso, ni siquiera los especialistas tienen un trabajo siempre igual, se estima que el comportamiento de cada diez nuevos pacientes que llegan al consultorio dental, por lo menos dos casos que no correspondan a un patrón general de conducta y de los cuales uno de los aspectos que deberemos lograr en el paciente es la relajación.

Los factores psicológicos de temor y la tensión nerviosa son las razones fundamentales por las que muchas veces nos enfrentamos a problemas de emergencia en el consultorio dental.

Si un paciente llega al consultorio dental en un estado mental relajado es capaz de controlar sus emociones, el tiempo del dentista será empleado de una manera más productiva, más agradable y con menos complicaciones.

En la mayoría de los casos, una vez reducido el temor, cualquier experiencia desagradable se hace más tolerable para el paciente.

La experiencia del paciente en el consultorio dental será el momento más oportuno para ganarse su confianza o introducirlo en la relajación.

Este es el momento ideal para desarrollar y cultivar la confianza que debe existir entre el Odontólogo y sus pacientes.

Hay que obtener la Historia Clínica completa sobre el estado físico y las experiencias pasadas en consultorios dentales.

Establecer cuando fué la última visita al dentista, lo que tuvo de desagradable algún procedimiento y por que no volvió al dentista.

Buscarle una etiología al medio constituye una pérdida de tiempo - para el Odontólogo. Se trata de una de las emociones primarias e ins - tintivas del hombre, radica en los confines más profundos del inconcien - te, ahí donde los propios científicos de la mente tienen dificultades - para ponerse de acuerdo sobre algunos preceptos fundamentales.

Pero no es ninguna pérdida de tiempo estudiar el fenómeno del mie - do y tratar de identificar algunas de sus formas más comunes. Estas - formas, con toda seguridad, están sentadas en el sillón del Odontólogo con extraordinaria frecuencia.

De lo que se trata es de aprender a identificar primero, al pacien - te ansioso y una vez logrado esto, aprender a distinguir entre el que - padece ansiedad leve o moderada y que es, casi seguramente, susceptible de tratamiento con un poco de psicoterapia y aquel individuo con ansie - dad severa, para quien las palabras no significan nada y que, en muchos casos, pueden empeorar aún más su estado emocional.

En algunos casos, se pudo comprobar también que el dolor puro no - era la causa fundamental del miedo al sillón dental, sino que este últi - mo se basaba en una angustia frecuentemente fundada en conductas inadecu - adas por parte del profesional.

Otros signos útiles para detectar pacientes aprensivos son: el pul - so, el ritmo respiratorio, la sudoración y la rigidez muscular. Se ha comprobado que el enfermo nervioso suele tener un pulso bastante más - acelerado que la normalidad (entre el 15 y el 20%), siendo comunes lec - turas de entre 90 y 100 pulsaciones. Esto no puede tomarse como una re - gla inflexible, ya que el pulso normal varía mucho de una a otra perso - na, pero es un dato digno de atención.

La respiración, que suele ser fácil de observar sobre la superficie del espejo dental, es otro indicio útil: alientos breves, rápidos y poco profundos deben llamar la atención sobre un enfermo excesivamente tenso.

La sudoración es también fácil de observar y tiende a confirmar los datos anteriores, mientras que la rigidez muscular suele observarse en el grado de apertura de la boca y en la resistencia de la lengua ante cualquier esfuerzo por maniobrarla mediante instrumentos.

Por práctica y patrón de referencia el dentista deberá tomar el pulso a sus pacientes.

Cada paciente debe de ser evaluado individualmente en cuanto a su estabilidad emocional, pues los pacientes con tendencias psicóticas deben ser manejados muy cuidadosamente.

Es prudente valerse sólo de un acercamiento afectuoso con el paciente que manifieste tendencias psicóticas o neuróticas. Hay que poner cuidado en no alarmarlo, sino más bien en probarle que sus temores pueden ser reducidos, mediante la atención con simpatía.

Los estudios dedicados al empleo de la anestesia indicaron que cuando se reduce el nivel de angustia y el temor, se reduce, asimismo mucho, la cantidad de anestesia necesaria para producir insensibilidad al dolor.

El umbral doloroso del paciente es el nivel efectivo de dolor que percibe. Un paciente tenso y ansioso que espera ser lastimado experimentará dolor en un grado mucho mayor que el paciente relajado. El uso adecuado de una terapia de apoyo para ayudar al paciente puede elevar su umbral doloroso.

Con repetidas experiencias de relajación, ésta alcanzará cada vez estados más profundos. El paciente adquiere así confianza en la capacidad y buen juicio del Odontólogo y cooperará más con el profesional en cada visita.

Método de relajación. Vea que el paciente esté cómodamente sentado en el sillón dental, con las piernas descruzadas y sin que la ropa le esté orpimiendo. Sus manos deben estar abiertas, con los brazos en suave descanso sobre los apoyos del sillón; explique al paciente que - al relajarse primero, el tratamiento dental por realizar será mucho - más cómodo.

Cuide de utilizar instrucciones afirmativas y no negativas. Elegir las palabras que denoten placer y liberación de todo lo dañino o - doloroso.

Jamás sugiera una posibilidad de dolor o malestar; por ejemplo: - "Su tratamiento será más cómodo". Con el ejercicio constante desarrollará su propio estilo y la relación entre usted y sus pacientes se - tornará fácil y natural. Hable lenta y claramente, con expresión ca - rante de monotonía.

Algunas situaciones especiales pueden requerir el uso de tranquilizantes, pero se empleará únicamente en el caso de que la relajación hecha de manera verbal no haya tenido el resultado que esperabamos. O bien, en algunos casos específicos, para apoyar y aumentar dicha relajación. La moraleja de esto debe ser; "Usa psicofármacos, pero sólo - cuando no tengas otra alternativa".

La relajación del paciente se inicia desde el momento que entra a la sala de espera, por lo que el ambiente deberá ser agradable, tranquilo, los colores de ella deben invitar al descanso, a la relajación, puede ayudar una música suave, tranquila, el personal del consultorio deberá ser agradable y estar dispuesto a servir al paciente en lo que se ofrezca antes de pasar a la consulta.

Con repetidas experiencias de relajación, ésta alcanzará cada vez estados más profundos. El paciente adquiere así confianza en la capacidad y buen juicio del Odontólogo y cooperará más con el profesional en cada visita.

Método de relajación. Vea que el paciente esté cómodamente sentado en el sillón dental, con las piernas descruzadas y sin que la ropa le esté orpiendo. Sus manos deben estar abiertas, con los brazos en suave descanso sobre los apoyos del sillón; explique al paciente que - al relajarse primero, el tratamiento dental por realizar será mucho - más cómodo.

Cuide de utilizar instrucciones afirmativas y no negativas. Elegir las palabras que denoten placer y liberación de todo lo dañino o - doloroso.

Jamás sugiera una posibilidad de dolor o malestar; por ejemplo: - "Su tratamiento será más cómodo". Con el ejercicio constante desarrollará su propio estilo y la relación entre usted y sus pacientes se - tornará fácil y natural. Hable lenta y claramente, con expresión ca - rente de monotonía.

Algunas situaciones especiales pueden requerir el uso de tranquilizantes, pero se empleará únicamente en el caso de que la relajación hecha de manera verbal no haya tenido el resultado que esperabamos. O bien, en algunos casos específicos, para apoyar y aumentar dicha relajación. La moraleja de esto debe ser; "Usa psicofármacos, pero sólo - cuando no tengas otra alternativa".

La relajación del paciente se inicia desde el momento que entra a la sala de espera, por lo que el ambiente deberá ser agradable, tranquilo, los colores de ella deben invitar al descanso, a la relajación, puede ayudar una música suave, tranquila, el personal del consultorio deberá ser agradable y estar dispuesto a servir al paciente en lo que se ofrezca antes de pasar a la consulta.

Para que exista un buen ejercicio Odontológico, se necesita el cumplimiento de ciertos requisitos, entre estos; la tranquilidad del dentista juega un papel muy importante, sin embargo, parece ser que cada día las condiciones de vida son más adversas, por lo menos en las grandes poblaciones.

Una vez que el paciente entre al cubículo dental debe vernos con una sonrisa en la cara. Siempre que vayamos a hacer algo en la boca del paciente, será conveniente aplicar la técnica de "Decir - Mostrar Hacer".

Los pacientes deprimidos, pueden presentar pesimismo, aflicción, desesperación, falta de motivación, angustia, en ciertas ocasiones agitación fijación de la atención del paciente en las vivencias dolorosas y transformación pesimista de la imagen que tiene de sí mismo. Hay pérdida de la autoestima y exaltación de la autocrítica que se expresa por sentimientos de devaluación y autoreproches constantes.

A menudo hay disminución del apetito, pérdida de peso. perturbaciones de sueño y disfunciones de distintos aparatos y sistemas, en especial del digestivo y el cardiaco-circulatorio. Ciertos síntomas de la conducta neurótica tales como: obsesiones, fobias, síntomas conversivos, astenias y actitudes hipocondríacas pueden ser prominentes. En otras formas más severas, relativamente menos frecuentes, hay delirios y alucinaciones (psicosis).

Desde el punto de vista médico debemos tomar en cuenta todos los antecedentes del paciente para prevenir cualquier accidente o complicación, por lo que el Odontólogo debe ser minucioso en el momento de realizar su Historia Médico-Dental, e investigar detalladamente cualquier indicio de una posible alteración fisiológica o patológica que nos podría desencadenar alguna complicación.

La formulación de un plan de tratamiento dental no sólo debe incluir consideraciones referentes a las dolencias o deficiencias dentales, sino también ha de tener en cuenta sí el método propuesto es compatible con el estado general del paciente.

Cuando la medicación se administra para que actúe sobre el sistema general del paciente, la evaluación médica aún resulta más importante.

Nosotros como dentistas, debemos reconocer que normalmente hacemos tres cosas que pueden afectar el bienestar del paciente: Inspiramos mido por tradición a casi todos, administramos medicamentos a la mayoría y realizamos en todos manipulaciones diversas y múltiples con sus tejidos.

En resumen podríamos concluir que la psicoterapia se basará en: -- Ser activo, apoyar al paciente, ser sensible, meticulouso, amable, saber escuchar al paciente, recapacitar antes de hacer cualquier maniobra, en "Como nos gustaría que la efectuarán en nosotros en caso de ser pacientes y no dentistas", comprender los miedos y aprensiones del paciente y tratar de darles una salida positiva.

CAPITULO III

CASO CLINICO.

Paciente femenina de 24 años de edad.

Procedente y radicada en México, D.F., desde su nacimiento.

De nivel socioeconómico medio.

Estudiante a nivel Licenciatura de Trabajo Social.

Habita en zona que cuenta con todos los servicios de urbanización, alimentación adecuada suficiente en calidad y cantidad.

Con adecuados hábitos de higiene.

Niega tabaquismo, alcoholismo y el uso de estimulantes.

Vida Sedentaria.

No refiere ningún antecedente ni datos patológicos.

Niega estado de embarazo.

Esfera psíquica normal.

Acude con frecuencia al médico en visitas de revisión general, no - esta bajo ningún tratamiento.

Siendo el motivo de su consulta la atención dental y refiere que es su primer consulta con el dentista.

Se revisó cavidad oral en la paciente y se le dió próxima cita.

En la segunda cita la paciente entró al consultorio dental, se sentó en el sillón en posición semifowler, se observó que la paciente presentaba angustia leve en su estado emocional y se entabló una comunicación entre paciente-dentista, para establecer una buena relación y explicar así el plan de tratamiento que se efectuará en su cavidad oral con la técnica de Decir-Mostrar-Hacer; al efectuar las maniobras dentales, se observó en la paciente: 1) Palidez, 2) Diaforesis, la paciente perdió el conocimiento y se le colocó en posición de Trendelenburg, se le tomarón los signos vitales: T/A 100-60, F.R. 24, Temp. 36.5, Pulso 100, al mejorar el fluido cerebral tuvo una recuperación rápida (aproximadamente 30 seg.) a los pocos minutos sus signos vitales se normalizaron.

Por el cuadro clínico que presentó la paciente y el medio donde tuvo lugar se llegó al diagnóstico de Síncope vasovagal de base neurogénica.

CAPITULO IV

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

CONTUSION CEREBRAL

La contusión cerebral se puede presentar como un estado de falta de respiración total y breve debido al trauma de la cabeza pero que invariablemente se asocia con periodos de amnesia retrograda y anterograda. La duración total de tal episodio usualmente es menor de 8 a 12 horas y casi siempre menor de 24 horas. Cuando hay contusión a nivel cerebral están ocurriendo anormalidades cerebrales.

SINCOPE CONVULSIVO

Esta entidad se presenta más frecuentemente en niños que en adultos en que el cese repentino del flujo sanguíneo del cerebro precipita una breve convulsión tónica o una serie de movimientos clónicos simétricos en las extremidades. No es una expresión de epilepsia y la anomalía motora sigue casi inmediatamente a la pérdida de la conciencia y representa una depolarización difusa de las neuronas cerebrales como resultado de la anoxia.

HIPERTENSION INTRACRANEAL AGUDA

La elevación repentina de la hipertensión intracraneal, que se aproxima a la presión sanguínea sistólica media crea una causa rara de pérdida breve de la conciencia que potencialmente es fatal.

La elevación abrupta impide la adecuada perfusión cerebral de modo que se produce amplia pérdida de la función cerebral y el síncope. Tal incremento en la presión puede provocar la ruptura abrupta de un vaso sanguíneo dentro del espacio subaracnoideo o un ventrículo cerebral. Si la hipertensión intracraneana no se eleva más el estado de conciencia se recupera rápidamente de modo que el parénquima cerebral no es directamente dañado en áreas críticas.

COMA

En realidad el estado de coma a diferencia del Síncope, siempre va a ser una situación patológica, y en el Síncope no necesariamente, además no será característicamente fugaz e incluso puede ser prolongado a más de horas o días.

Todos los comas comparten estas características para diferenciarlos del Síncope sin embargo mencionaremos algunos comas más usuales.

El coma puede ser debido a una variedad de causas como la diabetes, accidente vascular cerebral, alcohol, toxicidad y drogas, también el -- trauma craneano, etc. El paciente diabético en ocasiones puede desarro-- llar coma y los más frecuentes son: El coma Cetoacidótico y el coma - Hiperosmolar. El coma Cetoacidótico usualmente es precedido por un -- día o más por datos de hiperglucemia como son: poliuria y polidipsia, - que se asocia con fatiga marcada, nausea, vómito y finalmente estupor - mental que puede progresar a franco coma neurológico. El paciente pre-- senta glicemia elevada en sangre y glucosuria, cetonia.

COMA HIPEROSMOLAR

Se puede presentar como primera manifestación en un paciente diabé-- tico o en diabéticos descompensados de larga evolución; lo distintivo - de esta situación clínica es el profundo estado de deshidratación, la - hipernatremia, hiperglicemia y prácticamente la ausencia de cetonas en sangre.

COMA HIPOGLICEMICO

La hipoglicemia se caracteriza por niveles bajos de glucosa en san-- gre menores de 40 mgrs/100 ml. La sintomatología de la misma va a de - pender de la velocidad de producción y duración.

A fin de cuentas la hipoglicemia después de un proceso bioquímico, va a producir depresión del metabolismo neuronal lo que va a ocasionar estimulación simpática e hipersecreción adrenal, e incluso coma, y - - pudiendo producirse también edema y lesiones celulares neuronales.

En estos casos el tratamiento debe de instalarse de inmediato, a fin de prevenir lesiones irreversibles en el sistema nervioso central.

Se administra solución glucosada hipertónica al 50% en 100 ml., de solución intravenosa directa, después se continuará con solución glucosada al 10%.

En esta situación clínica, el diagnóstico se diferenciará del Síncope por medio de una glucocinta y clínicamente por la reacción adrenal que es más sostenida y con persistencia de datos neurológicos (cefalea, somnolencia, convulsiones, coma.) Si no se corrige el cuadro.

La hipoglicemia de cualquier origen puede causar episodios breves y/o recurrentes de alteración o reducción de la conciencia. La hipoglicemia tiene una propensión de afectar diferentes áreas del cerebro en ocasiones de una manera no predecible. Los ataques de hipoglicemia pueden variar en su expresión de persona a persona y de ataque a ataque en la misma persona.

La mayoría de los ataques deprimen las funciones cerebrales lo que produce confusión episódica, hipersomnolencia o un lento estado disártrico que asemeja la intoxicación por alcohol.

Los pacientes en coma profundo por hipoglicemia generalmente están flácidos e hipotermicos.

El coma hipoglicémico puede deberse a muchas causas sin embargo, - la dosis excesiva de insulina o los agentes orales hipoglucémicos son - los fenómenos desencadenantes más comunes.

SINDROME DE SOTKES - ADAMS

El paciente con este síndrome habitualmente presenta un bloqueo aurículo ventricular de tercer grado, generalmente secundario a atero - esclerosis coronaria. Entre otras causas que también originan éste sín - drome se encuentra la cardiopatía reumática, la sifilítica y las malfor - maciones congénitas.

Se caracteriza por pérdida de la conciencia asociada a pulso lento y persistente de 40 por minuto, la pérdida de la conciencia la mayoría de las veces se presenta durante el cambio de ritmo, posiblemente con - asistolia ventricular, fibrilación ventricular y taquicardia. Al recu - perar el conocimiento, el paciente suele mostrar poca confusión o pocos residuos postsincopales.

Las crisis pueden ocurrir varias veces al día y no guardan rela - ción ni con la postura, ni con la actividad, y se deben a la incapaci - dad del miocardio para mantener una irrigación adecuada al cerebro.

Basta un período de asistolia de 4/5 segundos para que se produzca pérdida del conocimiento en posición erecta. Si el período de asisto - lia se prolonga se pueden observar manifestaciones neurológicas como: - Movimientos convulsivos, Dilatación pupilar y Confusión prolongada.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES.

1.- El Odontólogo tiene que enfrentarse en repetidas ocasiones con un paciente al cual el sólo hecho de sentarse en el sillón dental le altera su estado emocional. Ante esta actitud, el profesional debe responder con otra que implique tanto táctica médica como comprensión.

2.- Todos los pacientes tienen derecho a la toma de una historia Médico-Dental detallada y, aunque a pesar de esto pueden ocurrir accidentes, el no averiguar y apuntar todos los datos relevantes referentes a la historia médica pasada y presente se puede considerar como una falta profesional.

Una historia Médico-Dental completa es el arma más importante en el arsenal del diagnóstico y prevención y debe aprovecharse completamente.

3.- Es absolutamente indispensable que el dentista sea muy competente en el manejo de estas urgencias de alta prioridad y disponga de los medicamentos, equipos y conocimientos para utilizarlos.

Por tanto, el dentista debe vigilar cuidadosamente el estado del paciente para determinar a que situación se tendrá que enfrentar. Por supuesto esto no se logra fácilmente en el ambiente de angustia creado de repente en un consultorio por la urgencia, pero aquí también "espere y este preparado para lo peor". Es probablemente el mejor principio que puede seguir el dentista.

4.- La toma de medidas para disminuir el riesgo médico durante el tratamiento dental. Para el paciente sano existen pocos, peligrosos durante el tratamiento Odontológico; en cambio para el paciente con salud afectada desde el punto de vista Médico existen riesgos que deben ser identificados y valorados antes de iniciar el tratamiento dental, aunque al dentista no le incumbe el diagnóstico del problema médico pero si debe llegar al diagnóstico de los trastornos bucales y de sus relaciones médicas.

5.- Si se reconocen los síntomas clínicos a tiempo, es posible - disminuir la probabilidad de su aparición y atenuar su importancia.

BIBLIOGRAFIA

- MARTIN
Fundamentos del Diagnóstico
2 Ed. 1975
Editor. Francisco Mendéz Cervantes.

- GRIVE O.
Medicina y Psicología
Revista Española de Estomatología
Tomo XXIII 1975

- SODEMAN AND SODEMAN
Mechanisms of Disease
6 Ed. 1979
Saunders

- JOSEPH G., C.
Neuroanatomía correlativa y Neurología Funcional
4 Ed. 1977
Manual Moderno

- SARASQUETA. P / ZAVALA. F / CRISTOBAL. C /
Revista Práctica Odontológica
Tratamiento de Emergencias en el consultorio Odontológico
Marzo 1984
Vol. 5 N. 2

- Revista el Odontólogo Moderno
Abril 1972

- CECIL - LOEB
Tratado de Medicina Interna
14 Ed. 1971
Interamericana
Tomo I

- JORGENSEN, N.B. / HAYDEN. J.
Anestesia Odontológica
3 Ed. 1982
Interamericana

- BRICKER. S / LANGLAIS. R
Clínicas Odontológicas de Norteamérica
El paciente con mayores riesgos médicos
Interamericana
Volumen 2/ 1983

- CHAVEZ RIVERA
Coma, Síncope y Shock
1966
UNAM