

148
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

POSICIONES DEL PACIENTE PARA
PREVENIR Y MANEJAR
EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA

T E S I S A

Para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a

María de la Luz Jiménez Colín



México, D. F.

1992

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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	I
I. DESCRIPCION DE LAS POSICIONES MEDICAS	3
2. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	
2.1 Accidentes Cerebrovasculares	12
2.2 Crisis Convulsivas Generalizadas	14
2.3 Inconsciencia.	16
3. APARATO CARDIOVASCULAR	
3.1 Angina de Pecho	18
3.2 Infarto del Miocardio	20
3.3 Paro Cardiorespiratorio	22
3.4 Crisis Hipertensiva	32
3.5 Síncope	33
4. APARATO RESPIRATORIO	
4.1 Obstrucción de Vías Aéreas.	38
4.2 Asma Bronquial.	42
5. TRANSTORNOS ENDOCRINOS METABOLICOS	
5.1 Insuficiencia Suprarrenal Aguda.	43
5.2 Hipoglucemia	45

6. SHOCK	
6.1 Shock Hipovolémico	46
6.2 Shock Neurogénico	48
6.3 Shock Cardiogénico	48
7. TRANSTORNOS RELACIONADOS CON FARMACOS	
7.1 Sobredosis	50
7.2 Anafilaxia	51
7.3 Intolerancia e Idiosincrasia	52
8. POSICIONES INCORRECTAS.	54
9. CONCLUSIONES.	56

INTRODUCCION

La mayoría de los odontólogos creen poco posible la presencia de una emergencia médica en el consultorio dental, o simplemente no están preparados para prevenirlas e incluso tratarlas.

Debemos concientizarnos que no sólo una persona enferma o con antecedentes patológicos va a presentar un caso de emergencia, sino que el mismo dentista lo puede provocar; por tal motivo es necesario que el odontólogo conozca el curso o cuadro de cada emergencia, así como tener equipo y medicamentos adecuados para cada una de ellas y por lo consiguiente saberlos utilizar; sin pasar por alto las posiciones del paciente para el manejo requerido, de esta manera podrá tratar o prevenir dichas emergencias médicas.

Todo lo anterior puede ser logrado si nos decidimos a tomar cursos o leer acerca de las emergencias médicas en el consultorio dental.

Los profesionistas dentales aún careciendo de equipo y medicamentos deben conocer que está a su alcance para salvar la vida de su paciente. Por lo tanto las posiciones médicas durante las emergencias en el consultorio dental son vitales para salvar la vida del paciente.

Aún teniendo medicamentos y equipo adecuado para el manejo de una emergencia, si la posición en que se colocó al paciente es antagonista a lo que su organismo requiere en ese

momento, será más difícil o quizá imposible sacar adelante a la víctima. Por esto remarcamos la importancia de las posiciones durante las emergencias médicas que pueden remediar tales emergencias y no solo eso sino que impedirá el avance y dará tiempo a que el odontólogo obtenga ayuda especializada en caso necesario o simplemente un tiempo mayor para tratarle.

Además el conocimiento de éstas posiciones médicas en muchas ocasiones podrán evitar una situación difícil en pacientes de alto riesgo.

CAPITULO I

DESCRIPCION DE LAS POSICIONES MEDICAS.

POSICION DE DECUBITO DORSAL.

También llamada Decúbito Supino. Es la posición en la cuál el cuerpo se encontrará en reposo.

El paciente reposará sobre su espalda, las extremidades inferiores estarán extendidas y poco separadas, las superiores se colocarán sobre la superficie y paralelas a los lados del cuerpo, las palmas de las manos estarán hacia abajo.



Posición de Decúbito Supino.

POSICION TRENDELEBURG

El paciente estará colocado sobre su dorso, con las rodillas a nivel del dobles de la mesa, exactamente en la articulación para que los pies queden más abajo de la posición, queuando un ángulo en rodillas de 30 a 40 grados aproximadamente. Se colocan cojines por debajo de los hombros a fin de levantarlos. los brazos y las manos quedarán con las palmas hacia abajo. La cabecera bajará a un ángulo de 45 grados.



Posición de Trendelenburg.

POSICION TRENDELEBURG INVERTIDA.

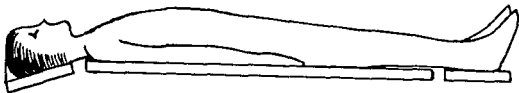
El paciente estará en posición supina, la cabeza quedará más alta que lo horizontal, es decir más arriba que el nivel de los pies, esto se logrará colocando la mesa en sentido inverso.



Posición Trendelenburg Invertida.

POSICION TRENDLENEBURG MODIFICADA.

El paciente está en posición de Decúbito Supino, se moverá el cabezal para que la cabeza quede a una altura más baja que los pies aproximadamente de 1 a 5 grados. Se usará cojines para los hombros. Los brazos estarán colocados a los lados sobre la superficie.



POSICION DE VESICULA.

El paciente estará en posición de Decúbito Dorsal, Haciendo una curvatura a nivel de las vertebrae lumbares, esto se logra colocando almohadas en esta región de la columna. Los brazos estarán colocados a los lados sobre la superficie.



Posición de Vesícula.

POSICION DE DECUBITO VENTRAL.

También llamada de Decúbito Prono.

La frente del paciente reposa sobre un cabezal, los hombros y las espinas iliacas estarán elevadas moderadamente con almohadas. Los tobillos estarán elevados ligeramente por un cojín, de esta manera quedarán colocados en hiperextensión. Los brazos podrán quedar extendidos contra el cuerpo o separados como en natación de braza.

Esta posición puede variar y llamarse:

POSICION DE LAMINECTOMIA.

Aquí el paciente estará en posición de Decúbito Ventral solo se modificará las extremidades inferiores las cuales solo descienden y esto se logrará flexionando el raquis ligeramente.

POSICION DE NAVAJA.

También llamada posición de Kraske.

Esta es otra variante de la posición de Decúbito Ventral.

El doblez central de la mesa debe coincidir con la cadera del paciente. La flexión se realiza con una angulación apro-

ximadamente de 90 grados. Se inclinará la cabeza y las extre-
midades inferiores para poder elevar la pelvis. .



Posición de Decúbito Ventral.



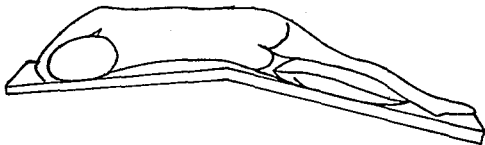
Posición de Laminectomía.



Posición de Navaja o Kiraske.

POSICION DE DECUBITO LATERAL.

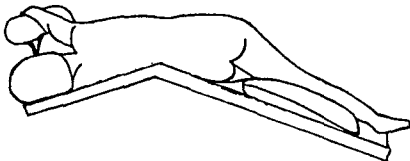
Al paciente lo colocaremos de lado derecho o izquierdo según sea más cómodo para el operador o según las circunstancias. Aquí la región lumbar debe coincidir con el doblez central de la mesa. Se apoya la cabeza sobre una almohada y otra sobre los brazos. Se coloca un cojín entre las rodillas, se flexiona la pierna inferior y la superior flexionarla ligeramente.



Posición de Decúbito Lateral.

POSICION DE LUMBOTOMIA.

Se coloca al paciente en Decúbito Lateral. Flexionando la mesa en su articulación central separando el reborde costal de la espina iliaca anterosuperior.



Posición de Lumbotomía. 3

POSICION DE FOWLER.

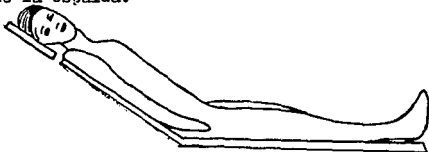
Es la posición de Decúbito dorsal inclinada. Se logra colocando hacia arriba la cabecera de la camilla unos 50cms aproximadamente.



Posición de Fowler.

POSICION MODIFICADA DE FOWLER.

También llamada posición sentada. El paciente se coloca sobre los puntos de flexión de la mesa. Elevamos el respaldo, se coloca el tablero para los pies. Flexionamos las rodillas colocando almohadas. Los brazos se sostienen hacia enfrente. Los hombros permanecieran erectos ya que es muy importante la posición de la espalda.



Posición de Fowler Modificada.

POSICION DE SIMS.

Llamada también posición Inglesa.

El paciente estará de Decúbito Lateral. Se flexionará el muslo infrayacente del paciente. (Se usará para drenar secreciones de la boca.



Posición de Sims.

POSICION DE SIMS MODIFICADA.

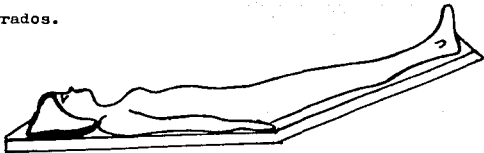
El paciente se colocará de Decúbito Lateral. EL antebrazo y la extremidad inferior flexionados aseguran el cuerpo sobre una mesa o camilla. La cabeza descansa sobre el brazo, con la boca hacia abajo, para aliviar cualquier presión que se pudiera ejercer sobre la cara y mandíbula, también podremos drenar por acción de la gravedad.



Posición de Sims modificada.

POSICION DE SHOCK.

El paciente se colocará en posición de Decúbito Dorsal.
Flexionaremos la cadera levantando las piernas en angulación de 45 grados.



Posición de Shock.

CAPITULO 2

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

2.1 ACCIDENTES CEREBROVASCULARES.

Los accidentes cerebrovasculares son trastornos neurológicos localizados, causados por la destrucción del tejido cerebral como resultado de una hemorragia intracerebral, una trombosis o insuficiencia vascular.

Los accidentes cerebrovasculares se clasifican de acuerdo a la causa que los producen, y pueden ser:

- a) Isquemia cerebral e infarto.
- b) Hemorragia intracraneal.
- c) Aterosclerosis y Trombosis.
- d) Aneurisma arterial.

En un paciente inconciente con accidente cerebrovascular, el pulso en la mayoría de los casos es saltón y amplio, la frecuencia cardiaca es en ocasiones normal y otra lenta.

La mayoría de las veces la presión arterial se eleva demasiado (La presión sistólica es mayor de 200mmhg). Por esta situación el paciente inconciente no se va a colocar en posición Decúbito Supino verdadero, porque existe un aumento de flujo cerebral y elevación marcada de presión arterial misma del accidente cerebrovascular hemorrágico, Por esa razón el paciente se colocará en posición de Trendelenburg inverti

da, es decir en posición Decúbito supino con la cabeza levantada, de esta manera evitaremos una sobrecarga cardiaca por el aumento de presión arterial y aumento de flujo cerebral así como la formación de un trombo por hemorragia intracerebral.

Cuando no existe pulso ni presión arterial, será necesario La R.C.P. (Reanimación Cardio Pulmonar), en esta situación colocaremos a la víctima en posición de Decúbito supino para poder realizar la reanimación.

En un paciente conciente se colocará en posición de Fowler modificada (Sentado), para evitar aumento de flujo sanguíneo al cerebro principalmente, por la hipertensión característica de accidente cerebrovascular.

2.2 CRISIS CONVULSIVA GENERALIZADA.

Las convulsiones se presentan debido a descargas repontinas y desordenadas de las neuronas cerebrales en el Sistema Nervioso Central; y se presentan con espasmos de los músculos respiratorios. Además existen contracciones rígidas por lo cuál se producen movimientos bruscos, los cuales se presentan como sacudidas fuertes de cabeza volviéndose lentas hasta cesar.

Esto es provocado en ocasiones por una sobredosis de agentes anestésicos, embolia gaseosa, retención de anhídridos carbónicos, hipoxia y epilepsia principalmente.

La epilepsia se presenta a manera de contracciones produciéndose una extensión rígida de las extremidades y del tronco.

Al presentarse estos movimientos involuntarios en el paciente, debemos colocarlo de inmediato en el suelo en posición de Decúbito supino. Si no es posible pasarlo al suelo, en el sillón dental colocarlo también en posición de Decúbito Supino para dejar que pase su ataque. Se coloca en esta posición para que el paciente no vaya a caerse o golpearse. No es muy conveniente dejarlo en el sillón dental ya que puede lastimarse con instrumentos cercanos o con el mismo mueble.

Es importante colocarle al paciente su cabeza extendida hacia atrás, de esta manera dejaremos una vía aérea permeable, porque por lo regular en estos pacientes su respira -

ción es inadecuada, además sufren apnea (detención de la respiración) que es momentánea.

Con la cabeza hacia atrás podremos colocar un eyector y succionar secreciones como sangre y saliva en caso necesario.

No olvidar colocar alguna prenda por debajo de la cabeza a manera de almohada así evitaremos golpes en esta. Meter entre la boca un pañuelo o gases.

2.3 INCONSCIENCIA.

La causa de la inconsciencia se debe principalmente al estrés en el cuál se encuentra el paciente; el desgaste del estado físico hace que el paciente sea más susceptible a perder la conciencia así como también la administración o ingestión de medicamentos.

En el consultorio dental se puede prevenir la pérdida de la conciencia si relajamos sobretodo al paciente y lo colocamos en posición de Decúbito supino, con esta posición podemos evitar la falta de oxígeno al cerebro ya que es el principal motivo de esta inconsciencia, también lograremos un suficiente riego sanguíneo y gasto cardiaco normal.

Con la pérdida de la conciencia habrá disminución del tono muscular, por lo que la lengua hará que la parte posterior de la hipofaringe caiga por causa de la gravedad, lo que provoca obstrucción de la vía aérea. En ocasiones esto se debe a que la cabeza del paciente esta flexionada o en una posición intermedia.

Si en el consultorio dental se presenta un caso de inconsciencia, se colocará en posición de Decúbito Supino, con el cerebro al mismo nivel del pecho y los pies ligeramente elevados o en posición de shock. En esta situación nunca colocar al paciente en posición Trendelenburg, donde la cabeza esta ligeramente más abajo, y habría restricción de movimien

tos respiratorios a causa de la presión que ejercen las vísceras abdominales superiores en el diafragma hacia arriba por la fuerza de la gravedad.

En un paciente inconciente lo primero, es hacer que el oxígeno llegue al cerebro y la posición de Decúbito supino ayuda que esto sea más fácil para el corazón, y si elevamos los pies del paciente, el retorno venoso será mayor.

El manejo de una mujer embarazada inconciente será diferente ya que si a estas personas en su estado las colocamos en posición de Decúbito supino descenderá el anorte de sangre al cerebro, ya que existe una disminución del retorno sanguíneo venoso al corazón. El útero obstruye la circulación sanguínea por la compresión a la vena cava inferior en el lado derecho del abdomen, provocando un atrapamiento de sangre en las piernas. Cuando una mujer embarazada en el tercer trimestre pierde el conocimiento, en el consultorio dental, lo que se hace es bajar la parte posterior del sillón dental, colocarla del lado izquierdo y colocar un cojín o toalla debajo de la espalda para mantenerla en esa posición o posición de Decúbito Lateral. De esta manera no habrá presión en la vena cava por parte del útero y el retorno sanguíneo será mejor desde las piernas.

CAPITULO 3

APARATO CARDIOPULMONAR.

3.1 ANGINA DE PECHO.

La angina de Pecho es un síndrome de dolor cardiaco con sensación opresiva en el pecho. El dolor por lo general se irradia al hombro o al brazo izquierdo y rara vez al brazo derecho, espalda, cuello y maxilar inferior.

Esto se debe a la incapacidad temporal de las arterias coronarias para abastecer adecuadamente con sangre oxigenada al miocardio, y se da cuando el paciente suele tener temor, angustia o dolor durante el tratamiento dental. Se puede prevenir esto, si relajamos al paciente y lo colocamos en posición más cómoda para el.

En caso que se presente molestias ocasionadas por angina de pecho. Permitir que el paciente se coloque lo más comodo posible. Nunca colocar al paciente en posición de Decúbito supino ya que en esta posición provocaremos que el trabajo cardíaco aumente y por tal motivo aumentará la demanda de oxígeno lo que hará que exceda la capacidad del sistema arterial. Además la presión diastólica ventricular izquierda aumentará provocando congestión pulmonar. Y por aumento de presión arterial aumentará gasto cardiaco haciendo que la fuerza cardíaca sea mucho mayor. Por estas razones al colo-

car al paciente en posición de Decúbito Supino sufre porque intensifica el dolor y prefiere pararse o sentarse (Posición de Fowler modificada).

3.2 INFARTO DEL MIOCARDIO.

El infarto del miocardio es la consecuencia directa de la oclusión de un vaso coronario principalmente en la coronaria izquierda.

Esta obstrucción suele ser el resultado de trombosis aguda, hemorragia subíntima o la ruptura de una placa arteromatosa la cuál inicia la formación de un coágulo y por lo tanto hay deficiente oxigenación al miocardio.

Al llegar el paciente al consultorio es muy importante relajarlo para prevenir el infarto, y esto casi siempre se logra colocando al paciente en una posición confortable vertical, para que el paciente se sienta menos tenso.

Si se nos presenta en el consultorio dental un paciente que sufra en esos momentos de infarto al miocardio. Ver cuál fue la causa de su infarto. Cuando el paciente cae en shock lo más seguro es que sufra de embolia cerebral por tal motivo se colocará al paciente en posición de Shock, ya que en este caso hay una disminución de oxígeno al corazón, y con esta posición aumentará el retorno venoso, aumentará la presión arterial que estará disminuida y por supuesto aumentará el gasto cardiaco.

Quando existe fibrilación cardíaca, colocar al paciente en posición de Decúbito Supino para poder hacer las maniobras para la reanimación cardio pulmonar.

Quando el infarto es por acumulo de sangre en las venas

pulmonares, se colocará al paciente en posición fowler o semisentado para no provocar un edema pulmonar, ya que si lo colocamos en de Decúbito Supino aumentará el retorno venoso y habrá una sobrecarga cardíaca cayendo en edema pulmonar.

3.3 PARO CARDIORRESPIRATORIO.

El Paro Cardiopulmonar, se define como el colapso súbito de un individuo con paro circulatorio y apnea.

Cuando el paciente sufre un paro cardiocirculatorio se --
procede a las siguientes medidas:

- a) Establecer la existencia de paro cardiopulmonar.
- b) Obtener ayuda para maniobras.
- c) Colocar al paciente en posición correcta.
- d) Establecer vía aérea.
- e) Proporcionar respiración, boca a boca con presión posi
tiva.
- f) Asegurar la respiración.
- g) Proporcionar masaje cardiaco.

- a) Establecer la existencia de paro cardiopulmonar.

Cuando el paciente ha sufrido un colapso de forma súbita o está inconciente, revisar signos vitales para ver si en realidad padece paro cardiopulmonar.

- b) Obtener ayuda si es posible.

Lo mejor es que haya dos personas para la reanimación. De esta manera será más rápido y habrá más posibilidades de supervivencia de la víctima.

c) Colocar al paciente en posición correcta.

La reanimación cardiopulmonar generalmente se realiza en el sitio donde el paciente sufrió el colapso, y se coloca en decúbito supino. Colocar bajo la espalda del enfermo un apoyo firme desde hombros hasta cintura, como por ejemplo — una tabla. De esta manera podremos realizar las compresiones contra el apoyo firme.

Elevaremos las extremidades inferiores del paciente para facilitar el retorno venoso y aumente el mantenimiento artificial de la circulación.

d) Establecer vía aérea permeable.

En el paciente inconciente la lengua suele producir obstrucción de la vía aérea y puede actuar como mecanismo valvular de obstrucción durante la inspiración. Si existe un tono muscular normal al inclinar la cabeza hacia la espalda abre adecuadamente la vía aérea. Si por el contrario el tono muscular está ausente deberá adelantar la mandíbula tanto como sea necesario para separar la lengua de la cara posterior de la garganta.

Cuando se establece la vía aérea, el reanimador inspecciona tórax y el abdomen. Se coloca una oreja cerca de la nariz y boca de la víctima para ver la elevación del descenso espontáneo de la pared torácica, así como escuchar la salida del aire durante la espiración y sentir el flujo del aire en

la mejilla.

Inclinación de la cabeza.

La primera medida para abrir la vía aérea es inclinando la cabeza, la podemos aumentar mediante la elevación del mentón o del cuello. Una de las manos del reanimador se coloca bajo el cuello de la víctima, y la otra sobre la frente. El cuello se elevará con una mano mientras la otra inclina la cabeza con cuidado hacia atrás haciendo una ligera presión sobre la frente.

La elevación de los hombros del paciente puede ayudarnos a la inclinación de la cabeza. Estas maniobras pueden abrir la boca del enfermo de tal forma que se observen ventilaciones espontáneas. En caso contrario se puede hacer presión positiva en la vía aérea mediante la técnica de boca a boca. En algunos pacientes se precisan manipulaciones adicionales para desplazar la mandíbula hacia adelante.

Inclinación de la cabeza y elevación del cuello.

El reanimador inclina la cabeza del enfermo colocando una mano sobre la frente del paciente y haciendo presión firme cuidadosamente hacia atrás. El reanimador coloca la otra mano debajo del cuello, sujetándole y desplazándolo hacia arriba. La mano que eleva el cuello deberá estar cerca de la nuca para reducir al mínimo la extensión de la columna cervical y evitar lesión medular, en pacientes con traumatismos craneal o de cuello. Si de esta manera no abre la boca del pacien

te para conseguir una ventilación espontánea adecuada, se hace en esta posición, presión en la vía aérea de boca a boca. En algunos pacientes se hacen manipulaciones adicionales para desplazar la mandíbula hacia arriba por elevación del mentón.

Inclinación de la cabeza y elevación del mentón.

La elevación del mentón es una maniobra eficiente para -- abrir la vía aérea. Puede ser efectiva en algunas personas en la que la inclinación de la cabeza y elevación del cuello no tuvo éxito. Aquí el reanimador levanta el mentón del paciente con la mano que se utilizó para elevar el cuello, colocando los extremos de los dedos de esta mano bajo el maxilar inferior o la porción ósea de la barbilla y elevando el mentón mientras sujeta la mandíbula. Los dedos no deberán -- comprimir los tejidos blandos bajo la barbilla. La otra ma no del reanimador continúa haciendo firme presión sobre la -- frente del enfermo con el fin de inclinar la cabeza hacia -- atrás. La barbilla la levanteremos de tal manera que los -- dientes estén juntos, pero la boca no esté completamente cerrada. En ocasiones se usa el pulgar del reanimador para reprimir ligeramente el labio inferior con objeto de mantener la boca abierta.

Presión sobre la mandíbula con inclinación de la cabeza.

La presión de la mandíbula con inclinación de la cabeza -- se puede hacer cuando es necesario mayor desplazamiento de --

la mandíbula hacia adelante. El reanimador coloca las manos a los lados de la cabeza de la víctima sujetando los ángulos del maxilar inferior del enfermo y elevandole con ambas manos, desplazando la mandíbula hacia delante por inclinación de la cabeza hacia atrás. Los codos del reanimador quedan sobre la superficie en la que la víctima está tumbada. El dedo pulgar del reanimador podrá retraer el labio inferior del enfermo.

- e) Proporcionar respiración boca a boca con presión positiva.

Cuando conseguimos abrir la boca de la víctima, establecido la vía aérea e inclinando la cabeza hacia atrás, el reanimador pinza cuidadosamente la nariz del enfermo con los de dos pulgar e índice impidiendo que pase el aire. Después de hacer una inspiración profunda, el reanimador coloca su boca abierta alrededor y fuera de la boca del paciente. De tal manera que no produzca escape de aire, y exhale fuertemente el aire en ella. El volumen de aire expirado debe ser el do ble del volumen corriente normal del adulto en reposo (1.000 a 1.500 ml). Se hacen cuatro ventilaciones en rápida sucesión sin dejar la espiración pasiva de los pulmones de la víctima. El reanimador observa el tórax del enfermo para comprobar si de sciendo durante la espiración, siente la resistencia al flujo en los pulmones de la víctima cuando se insufla y escu

cha el ruido del aire que escapa de las vías aéreas del enfermo con la espiración pulmonar.

Si el tórax no desciende, debe sospecharse obstrucción de las vías aéreas superiores e iniciarse el tratamiento adecuado. Si el tórax desciende durante la espiración, deben comen- zarse los ciclos ventilatorios con presión positiva. Se rea- lizan dos ventilaciones rápidas después de cada ciclo de cinco compresiones tóricas para una R.C.P. realizada por un - solo reanimador.

f) Asegurar la respiración

Además del mantenimiento de las vías aéreas y de ventila- ción con presión positiva, es preciso para que la reanima- ción sea efectiva. que haya un flujo de sangre oxigenada -- que perfunda a los tejidos. Si el tórax asciende y desciende en respuesta a la ventilación con presión positiva, el reani- mador revisa el pulso del paciente con falta de respuesta me- diante palpación cuidadosa con dos dedos del pulso carotídeo o femoral, del mismo lado que está el reanimador. La ausen- cia de presión arterial media sugiere paro cardíaco.

Es posible generar flujo de sangre durante la R.C.P. por medio de dos mecanismos: El de la bomba torácica y el de la bomba cardíaca. El mecanismo de flujo predominante en una - víctima dada probablemente depende de varios factores: El - diámetro anteroposterior del tórax. La existencia de cardio

megalia, la compliencia de la pared torácica y del pulmón, la aplicación simultánea o intermitente de las ventilaciones con las compresiones torácicas, así como el volumen pulmonar y las presiones que se aplican en las ventilaciones.

Compresión Torácica Externa.

Mecanismos de la bomba cardiaca.

El flujo de sangre que simula una sístole artificial se puede conseguir con la compresión externa manual o mecánica del tórax. Esta teoría del mecanismo de la bomba cardiaca de flujo hacia adelante dice que la compresión cardiaca origina una presión más elevada en el ventrículo que en cualquier otra parte del tórax. Con la compresión torácica, las válvulas mitral y tricúspide se cierran mientras la aórtica y la pulmonar se abren la sangre es impulsada a las grandes arterias y se generan en el tórax una diferencia de presión arteriovenosa positiva. Al cesar la presión sobre el esternón, aumenta la presión intracardiaca, las válvulas mitral y tricúspide se abre y el corazón se llena con los depósitos de sangre venosa pulmonar y sistémica. El aire escapa de las vías aéreas durante la compresión del tórax y cuando ésta finaliza se produce un pequeño flujo de aire hacia adentro. Pero el volumen corriente generado es insuficiente para un intercambio de gases alveolares adecuado, por lo que se debe ventilar con presión positiva. Los mecanismos que limitan el llenado o vaciado de la bomba cardiaca puede limitar el

flujo de sangre.

Mecanismos de la bomba torácica.

La compresión del tórax aumenta la presión intratorácica en el lecho vascular pulmonar tanto como en el corazón. En esta teoría, el corazón no actúa como una bomba sino como un conducto para la sangre procedente de los pulmones. Así el flujo en los vasos extratorácicos depende de si permanecen abiertos o colapsados. El flujo puede ser resultado de un gradiente de presión entre la arteria carótida y la más comprimible vena yugular.

Durante la sístole artificial, la compresión torácica genera un aumento de presión intratorácica y se inicia un flujo arterial hacia los tejidos periféricos. El cese de la presión permite el llenado diastólico artificial.

Si el paciente está despierto, el flujo de sangre se consigue por medio de la tos. La presión intratorácica aumenta por la contracción del diafragma y de los músculos intercostales y abdominales contra la glotis cerrada.

Técnicas del R.C.P.

El reanimador estará cerca del tórax del paciente, deben tocar su costado, las piernas del reanimador deben estar ligeramente separadas. Los dedos medio e índice del reanimador localizan el borde inferior de la parrilla costal en el punto en que las costillas hacen ángulo con el esternón. Después de colocar un dedo en esta escotadura el reanimador

pone el adyacente al primero en el extremo inferior del esternón y el talón de la mano en la mitad inferior de aquel. La base de la otra mano se coloca por arriba de la apófisis xifoides, sobre la mitad inferior del esternón y encima de la otra mano. Los dedos están separados de la pared torácica y entrelazados. Las bases de las manos están paralelas entre sí y los dedos están extendidos en dirección que se aleja del reanimador.

Los codos del reanimador están estirados y apretados con los hombros paralelos al esternón del enfermo, de tal forma que la presión es hacia abajo.

En un adulto con paro cardiopulmonar, el reanimador debe aplicar la suficiente presión para deprimir el esternón, 4 a 5 cm, a una frecuencia de 60 ciclos/minuto.

Con un solo reanimador la compresión torácica es interrumpida para ventilar. La frecuencia de la compresión torácica es 30 ciclos/min.

La relación compresión/ventilación debe ser 15/2, 15 compresiones por cada dos ventilaciones. El volumen en cada ventilación será, lo del volumen corriente normal del adulto en reposo es decir 1.000 a 1.500 ml y la ventilación rápida en un período de 5 a 6 segundos.

Con dos reanimadores. Uno al lado del paciente mantiene la circulación artificial por compresiones torácicas externas.

El segundo reanimador estará a la cabecera del enfermo -- establece la vía y proporciona ventilación con presión positiva.

La frecuencia de compresión es de 60 ciclos/min. Las -- compresiones son uniformes regulares y continuas, 5 compresiones por 1 ventilación.

3.4 CRISIS HIPERTENSIVA.

La presión arterial puede aumentar aún antes del tratamiento dental como consecuencia del stress, efecto intensificado por el estímulo de una inyección o del procedimiento. De cualquier manera, la principal causa de este fenómeno es la hipersecreción de adrenalina endógena.

En general, en pacientes con afecciones cardiovasculares o cerebrales, la presión arterial aumenta con cualquier estímulo nocivo.

La regulación aguda de la presión sanguínea arterial se opera principalmente en el sistema nervioso mediante el desplazamiento de líquido entre el espacio intersticial y la sangre, y por el mecanismo de relajación del estrés del aparato vascular. Sin embargo, estos factores, aún teniendo en cuenta el sistema nervioso, parecen no revestir importancia en la regulación a largo plazo de la tensión arterial. Se comprobó que la regulación a largo plazo depende casi por entero de los riñones.

Por lo tanto, al elevarse la presión sanguínea, la víctima no debe permanecer en posición supina verdadera, por el aumento de flujo sanguíneo cerebral y la elevación marcada de la presión arterial. El paciente se colocará en posición de Decúbito supino con la cabeza levantada, de esta manera el flujo sanguíneo disminuirá al cerebro.

3.5 SINCOPE

Se define síncope a la pérdida transitoria del conocimiento. Se dice que es síncope vasodepresivo cuando existe pérdida del conocimiento causado por reducción transitoria del aporte sanguíneo al cerebro, como consecuencia de una caída de la presión sanguínea, que en ocasiones es provocada en el consultorio por el dolor y la ansiedad. Los episodios son más frecuentes en posición erecta y la conciencia retorna en segundos o minutos al colocar al paciente en posición de shock, es decir en posición de decúbito supino con los pies elevados.

Los síncopec se clasifican en:

a) Cardiovasculares. Su origen es extracraneano.

Existe isquemia cerebral generalizada. Hay disminución del retorno venoso, restricción del llenado cardíaco y mal vaciado del corazón a grandes vasos (obstrucciones al flujo).

b) Cerebrales. Su origen es intracraneano.

Habría isquemia cerebral localizada consecutiva al aumento de las resistencias vasculares intracraneanas, sin disminución del gasto cardíaco.

c) Tóxico Metabólicos. De origen extracraneano.

Existe trastorno en la calidad de la sangre.

Puede ser isquémico y no isquémico, pero siempre depresor celular fugaz.

Síncope Psicogénico. También llamado síncope vasovagal.

Cuando el paciente tiene alguna experiencia emocional fuerte, fatiga o miedo.

Se presenta cuando el paciente esta en posición erecta.

El pulso será debil, la presión arterial es baja y la regpiración poco profunda.

Una vez que el paciente adopte la posición horizontal o supina, ya sea por haber caído o porque fué acostado, la gravedad ya no impide el flujo de sangre al cerebro.

El paciente siente gran debilidad física y puede presentarse síncope recurrentes si se levanta demasiado rápido.

Existe vasodilatación repentina en vasos intramusculares si hubo una actividad física que provoco el síncope.

Si faltó la actividad física, por ejemplo: si el paciente esta sentado en el sillón dental y hay una concentración repentina de sangre en los músculos, un descenso de presión arterial y un retorno venoso inadecuado al corazón por lo tanto disminución de flujo sanguíneo al cerebro. La pérdida de la conciencia se presenta cuando la presión sistólica baja hasta 60 o 70 mmhg.

Por lo anterior, cuando el paciente presente síncope en el sillón dental nunca dejarlo en posición erecta ya que puede sufrir daño cerebral irreversible.

La hipotensión asociada con el síncope, así como la pérdida de la presión para la perfusión al cerebro que se pre-

senta por la posición puede comprometer aún más al flujo sanguíneo cerebral, con resultados peligrosos.

Hipotensión Postural. Se presenta en pacientes con algún defecto crónico o inestabilidad en sus reflejos vasomotores. La característica es el desmayo o síncope que se presenta al levantarse de una posición recumbente o cuando se ha estado de pie durante un tiempo prolongado. Cuando una persona conserva una posición erecta, se presenta un descenso en la presión arterial cerebral por efecto de la gravedad sobre la presión hidrostática. Al mismo tiempo la concentración de sangre en las extremidades inferiores disminuye el retorno venoso y gasto cardiaco. El hombre posee mecanismos para que su circulación se ajuste a la posición erecta.

Síncope Valsalva. La maniobra de valsalva es la espiración forzada contra la glotis cerrada, puede ser causa de un síncope. Durante esta maniobra hay aumento de presión intratorácica así como una obstrucción subsecuente del retorno venoso al corazón y reducción de gasto cardiaco. Un aumento de la presión intratorácica puede ser provocada por ataques de tos y ocasionar síncope (Síncope tusígeno).

Episodios en que se sostiene la respiración. En la niñez, se presentan episodios en que se suspende la respiración momentánea en son de juego (fenómeno de valsalva). De esta manera existirá una disminución del retorno venoso y gasto cardiaco reducido.

Síncope Cardíaco. Puede ser secundario a una variedad de estados patológicos cardíacos, aunque se presentan de forma similar a los tipos de síncope anteriormente tratados. Una excepción a esto es que si el síncope se presenta en la posición recumbente, deberá ser considerado de origen cardíaco.

Síndrome por Hiperventilación. La hiperventilación y la sobreventilación pueden ser definidas como un aumento de la ventilación alveolar que suministra oxígeno y retira el exceso de bióxido de carbono. El bióxido de carbono es un factor primordial en la autorregulación del flujo cerebral, que es independiente de la presión arterial. Por lo tanto con perfusión cerebral inadecuada existiera una acumulación de bióxido de carbono que causa vasodilatación cerebral y aumenta el flujo sanguíneo local. Además, la presencia de bióxido de carbono en la sangre aumenta la libertad con que la hemoglobina cede el oxígeno; promueve la oxigenación de los tejidos vitales.

Por lo anterior la posición que se usará para el tratamiento de este síndrome será la posición de shock, principalmente por la hipocapnia (disminución de CO_2 en la sangre) ya que si sigue esta disminución de CO_2 en sangre puede dar como resultado isquemia cerebral y síntomas consecuentes.

En una persona embarazada que presente síncope y es durante el tercer trimestre, el útero grávido puede causar presión sobre la vena cava inferior con la paciente en posición

de Decúbito supino, lo que impide el retorno venoso al corazón. En esta situación deberá ser reclinada y colocarla a la posición lateral izquierda que también sirve para evitar la aspiración si la paciente regurgita mientras está en estado de inconciencia.

Para poder prevenir un síncope de un paciente en el consultorio dental es muy importante realizar una buena historia clínica, pero si en esta sugiere que el paciente ha sufrido síncope anteriormente, hipotensión postural o medicamentos dudosos; se registrará la presión arterial en estos pacientes, en posición supina, sentados y de pie.

Cuando un paciente sufra un síncope en el consultorio dental se colocará inmediatamente en posición de Decúbito su pino con las piernas elevadas (posición de shock). De esta manera permitiremos el máximo riego sanguíneo al cerebro.

No se recomienda en un síncope, colocar la cabeza del pa ciente entre las rodillas, ya que de esta manera se ve comprometido el retorno venoso y el flujo de sangre al cerebro, aumentando la presión intratorácica. Con el paciente en posi ción de decúbito supino será mejor el retorno venoso.

Es muy importante mantener una vía aérea permeable y esto se lograra extendiendo el cuello hacia atras y bajando la nuca.

Mantengamos al paciente en posición horizontal hasta que los signos vitales hayan vuelto a su nivel preoperatorio.

CAPITULO 4

APARATO RESPIRATORIO

4.I Obstrucción de Vías Aéreas.

La permeabilidad de las vías aéreas es fundamental, por el corto tiempo que el organismo puede tolerar la anoxia y recuperarse completamente desde el punto de vista físico y mental. Este lapso varía entre 3 y 5 minutos de anoxia cerebral completa. Por tanto, es necesario investigar cualquier signo de obstrucción respiratoria, entre ellos dificultad para espirar o inspirar, respiración trabajosa, estridor la ríngeo, etc. Cualquier manifestación que se presente indicando obstrucción requiere atención inmediata desobstruyendo la vía aérea, colocando al paciente en posición adecuada y manteniendo una buena ventilación pulmonar.

La posición es muy importante, particularmente en el naciente inconciente y cuando no se dispone de un intubador. Si existe un colapso de las estructuras óseas, o si por alguna otra razón el paciente ha perdido el control de su lengua, la posición en que se coloca puede mejorar la ventilación. En tales circunstancias se aconseja la posición de Sims modificada, que es confortable y muy adecuada para mantener una ventilación natural. Esta posición permite que las secreciones bucales, los detritos y la sangre salga de la boca por acción de la gravedad. Además, el mismo peso de las partes

fracturadas y laceradas tienden a evitar que obstruyan el paso del aire. Todo esto puede facilitarse aún más elevando el resto del cuerpo por encima de la cabeza, por ejemplo, con una posición de Trendelenburg leve.

Cuando hay obstrucción por moco, vómito o ambos. El moco puede eliminarse de las vías aéreas, bien con el dedo, por medio de torundas o realizando aspiración con un eyector.

Limpieza de vías aéreas.

Para asegurar la ventilación, el primer paso es colocar al paciente en posición de Decúbito supino. Se coloca una mano por detras del cuello y otra en la frente. Se inclina la cabeza hacia atrás; esta maniobra levanta la lengua desde la parte posterior de la garganta, con lo que se logra la desobstrucción automática de las vías aéreas. Al mismo tiempo debe extraerse cualquier cuerpo extraño de la boca o de las fauces. Con esta maniobra algunas veces se consigue la re-
tauración de la ventilación y su recuperación.

Institución de la ventilación.

Técnica boca-boca. La institución de la ventilación se puede realizar mediante diversas técnicas.

Técnica boca-boca. El reanimador mantiene la cabeza del paciente hacia atrás con una mano y con la otra ocluye la nariz. La boca del reanimador se coloca por encima de la boca del paciente de manera que no se escape el aire. Haciendo que la inspiración del reanimador exhala el aire dentro de

la boca del paciente. Si se realiza de forma apropiada se verá como el tórax del paciente se eleva al aumentar el volumen intratorácico. Después de inflar los pulmones, se separa la boca del reanimador de la boca del paciente, permitiendo que los pulmones se desinflen. Durante este período se oirá cómo el aire se escapa de los pulmones.

Técnica boca-nariz. Puede también emplearse con el paciente con su cabeza retirada hacia atrás con una mano. Con la otra mano se mantendrá la mandíbula apretada de manera que la boca se mantenga cerrada. El reanimador coloca su boca sobre la nariz del paciente y después de una inspiración profunda exhala su aire a través de la nariz del paciente. Las indicaciones de la maniobra son las mismas que las descritas con la técnica anterior. La ventilación debe realizarse a un ritmo de 12 ciclos/min. tanto en la respiración boca-boca como en la de boca nariz.

Problemas con la ventilación.

Si existe una resistencia a la insuflación de los pulmones, deberá sospecharse la oclusión de las vías aéreas por un cuerpo extraño. En este caso debe darse la vuelta al enfermo sobre sí mismo y golpear cuatro veces sobre su espalda entre ambas escápulas, con la intención de eliminar el cuerpo extraño. Luego se explorará la boca y la faringe del paciente con la idea de encontrar un cuerpo extraño. Otra forma para la extracción de un cuerpo extraño es la maniobra de

Heimlich. El paciente puede estar de pie o en Decúbito Supino. Si el paciente esta de pie, se le sostiene por detrás por debajo de la caja torácica, con el puño contra su abdomen. Si el paciente está en Decúbito Supino, se colocan ambas manos una encima de la otra sobre el abdomen del paciente, entre la caja torácica y el ombligo. En ambos casos la mano es apoyada rápidamente en el abdomen del paciente. El empuje aumenta la presión dentro de la vía aérea principal, expulsando el cuerpo extraño.

Algunas veces puede presentarse el vómito en estas maniobras, en este caso colocaremos al paciente en posición de Sims Modificada.

4.2 ASMA BRONQUIAL.

El asma bronquial es una enfermedad alérgica que se caracteriza por disnea espiratoria y sibilancias espiratorias. Hay contracción de la musculatura lisa de los bronquios de tamaño mediano, lo cuál hace una resistencia anormal al paso del aire. También existe edema y tumefacción del revestimiento mucoso y secreción de moco. Las vías aéreas tienen menor calibre durante la espiración que durante la inspiración, por la variación en la presión intratorácica; en consecuencia, el paciente expulsa el aire de los pulmones con dificultad. Al disminuir la oxigenación de la sangre, puede instalarse cianosis, la menor eliminación de anhídrido carbónico da lugar a somnolencia y narcosis.

Por lo anterior colocaremos al paciente en la posición más confortable para él o colocarlo en posición Fowler modificada, también podemos inclinar el cuerpo hacia adelante con las manos apoyadas en el costado del sillón, o colocar los brazos hacia adelante, para facilitar sobre todo la respiración, aunque muchos pacientes desean estar en Decúbito supino o parados.

CAPITULO 5

TRANSTORNOS ENDOCRINOS Y METABOLICOS

5.1 INSUFICIENCIA SUPRARRENAL AGUDA.

Existe la posibilidad de provocar una insuficiencia suprarrenal en aquellos pacientes que estan tomando adrenocorticoesteroides en los 6 meses previos a la consulta. En ocasiones se puede provocar un shock irreversible, por traumatismos, incluso aquellos mínimos como la anestesia local o una simple extracción dentaria, por tanto, debe consultarse al médico del paciente antes de todo tratamiento odontológico.

Generalmente el paciente que se haya bajo terapéutica con corticosteroides, son aquellos que padecen alguna afección crónica del colágeno, como la artritis reumatoidea, el lupus eritematoso difuso y otras enfermedades autoinmunes.

Se puede presentar algún caso de insuficiencia suprarrenal en el consultorio dental y para esto debemos colocar al paciente en posición de Decúbito Supino con las piernas ligeramente levantadas (Posición de Shock), de esta manera elevaremos la presión arterial, que esta disminuida porque al existir insuficiencia suprarrenal se presenta concentración sanguíneas bajas de sodio y de cloruro y séricas altas de potasio. Estas alteraciones del equilibrio electrolítico

produce un aumento de la excreción de agua con deshidratación grave, aumento de la concentración del plasma, volumen disminuido, por lo tanto hipotensión y colapso circulatorio. También el gasto cardiaco estará disminuido y con esta posición reduciremos la posibilidad de presentarse insuficiencia circulatoria por la disminución de volumen sanguíneo.

5.2 HIPOGLUCEMIA.

Se define como la disminución de glucosa en sangre, esta disminución provoca un aumento de la actividad de los sistemas nerviosos parasimpático y simpático. Parte de esta respuesta se debe al aumento de la secreción de la adrenalina. La disminución de glucosa en sangre provoca que el funcionamiento de la corteza cerebral sea inoedido.

La reacción de un paciente hipoglucémico se presentará con un colapso circulatorio con hipotensión arterial, el paciente estará frío, con las extremidades húmedas, en este caso debemos colocar al paciente en posición de Decúbito Supino con los pies ligeramente elevados (Posición de Chock), de esta manera aumentaremos la presión arterial principalmente

EL shock Hipoglucémico se presenta con manifestaciones como: confusión mental, enojo repentino sin causa aparente, hambre intensa, debilidad, mareos y transpiración viscosa. En este caso el paciente se trata principalmente con la posición de Decúbito Supino sobre todo si se presentan crisis convulsivas, sin olvidar establecer una vía aérea permeable con la cabeza de lado, para el desalojo de secreciones bucales.

CAPITULO 6

SHOCK

6.1 SHOCK HIPOVOLEMICO.

Este shock es producido por la reducción del volumen sanguíneo circulante, sea por pérdida de sangre total, pérdida de plasma o de agua y electrolitos.

Cuando se observa signos de shock, el paciente debió haber perdido cerca de la tercera parte de su volumen sanguíneo normal. Las reservas están agotadas y al reducirse la capacidad de transporte de oxígeno, los tejidos caen en hipoxia.

Al examinar los tegumentos estarán fríos y húmedos, el paciente siente náuseas y fatiga por el metabolismo anaerobio, existe postración por hipoxia cerebral. El gasto cardiaco disminuye y esto se manifiesta por taquicardia y disminución de la presión venosa central y caída de la presión arterial. La oliguria compensatoria puede llegar a insuficiencia renal aguda.

Por lo anterior podemos decir que la posición del paciente es fundamental, y no requiere ningún equipo especial salvo el ingenio del operador. Se usará la posición de Shock, aquí el tronco del paciente estará horizontal y elevadas las extremidades inferiores ya que el hecho de subir las piernas, ayudará a deslazar algo de sangre hacia los centros vitales.

No se recomienda la posición Trendelenburg, porque no permite la ventilación pulmonar, las víceras abdominales pesan sobre el diafragma y disminuyen la capacidad del torax. Así como eleva la presión venosa en el territorio cerebral, hecho que impide el libre flujo arteriolar.

6.2 SHOCK NEURGENICO

Este shock es ocasionado por vasodilatación secundaria o disminución del tono vasoconstrictor con la pérdida de resistencia periférica. Esto sucede por la anestesia, por histamina, alcohol y estados de anafilaxia. Estas reacciones son transitorias y no son capaces de mantener un estado de shock prolongado.

El gasto cardiaco disminuye por lo que habrá taquicardia y disminución de la presión venosa y presión arterial será baja.

La posición que usaremos será la de shock, la cuál ayudará a la elevación de la presión venosa y presión arterial, así como el aumento del gasto cardiaco.

6.3 SHOCK CARDIOGENICO.

Se dice que este shock es ocasionado por falla de la bomba cardiaca. La causa es de origen central y ocasiona hipoperfusión tisular aún cuando el volumen sanguíneo y el tono vasomotor sean normales o elevados.

Las causas más comunes son la isquemia miocárdica, el infarto del miocardio y trastornos del ritmo.

La posición usada en este caso es la de Fowler, evitando complicaciones como edema pulmonar y mejorando el funcionamiento a nivel bomba de manera regular.

CAPITULO 7

TRANSTORNOS RELACIONADOS CON FARMACOS.

7.I SOBREDOSIS.

Una reacción por sobredosis que se desarrolla entre 3 y 5 minutos después de la administración del medicamento se considera de inicio rápido. Entre sus posibles causas se hallan una dosificación muy alta de anestésicos. Cuando se preserva el estado de la consciencia, habrá un grado moderado de excitación del sistema nervioso central y se presentará locuacidad, aumento de la ansiedad, espasmos musculares, anestesia perioral, aumento de la frecuencia cardiaca, presión arterial y frecuencia respiratoria. Aquí todavía el anestésico local se redistribuye y metaboliza, su concentración sanguínea será inferior o menor que una sobredosis en breve tiempo.

El paciente está consciente y debe ser colocado en una posición confortable, el paciente puede elevarla o colocarlo en posición de Fowler. Nunca colocarlo en posición supina, debido a que acentúa los efectos cardiovascularres particularmente, aumenta la circulación sanguínea cerebrovascular. La posición de Fowler o erecta disminuye en grado mínimo la elevación de la presión arterial cerebral.

Una reacción severa es cuando los signos y síntomas de la sobredosis aparecen mientras la jeringa de anestesia esta to-

davía en la boca del paciente. Las manifestaciones clínicas serán severas por la rápida elevación de la concentración sanguínea. Los signos clínicos pueden ser las convulsiones con o sin pérdida de la conciencia.

En esta situación, la posición del paciente es muy importante sobre todo por las convulsiones, debemos colocarlo en posición de Decúbito Dorsal y evitarle de posibles lesiones durante las convulsiones.

Cuando hay pérdida de la conciencia es importante realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar.

7.2 ANAFILAXIA.

Es la reacción alérgica más severa, amenazando la vida del paciente, ya que puede causar la muerte en unos cuantos minutos. Se puede desarrollar después de la administración de un antígeno por cualquier vía. El tiempo que requiere el antígeno para desencadenar la reacción es rápida de 5 a 30 minutos, o también puede darse la respuesta después de una hora y esto es por la velocidad con que entra el antígeno al aparato respiratorio.

Los signos y síntomas son muy variables. Pueden ser cuatro síndromes clínicos: reacciones cutáneas, espasmos de la musculatura lisa (en tractos gastrointestinales, genitourinarios y en el árbol respiratorio), dificultad respiratoria y colapso cardiopulmonar.

En estos pacientes la posición adecuada será semierecta o posición de Fowler, de esta manera el paciente tendrá vías aéreas permeables en caso de dificultad respiratoria o si existen reacciones como vómito por espasmos musculares, será más fácil vomitar sin provocar broncoaspiración.

7.3 INTOLERANCIA IDIOSINCRASIA.

Se define como la reacción adversa que se explica por cualquier mecanismo farmacológico o bioquímico. Las reacciones adversas no es por sobredosis ni alergia. Un ejemplo de reacción idiosincrática es la estimulación del SNC.

Se puede presentar cualquier tipo de reacción por ejemplo, depresión después de administrar un estimulante; estimulación después de administrar un depresor; hipernirexia (elevación de la temperatura corporal) después de la administración de un relajante muscular. No se sabe en que personas ocurrirá o el tipo de reacción idiosincrática resultante. Aproximadamente el 85% se debe a efectos farmacológicos del medicamento y el 15% es por reacciones inmunológicas.

Las reacciones idiosincráticas son extremadamente amplias en su expresión clínica, por tal motivo es importante determinar que reacción es y como se da para determinar que posición se escogerá.

De gran importancia para el control de estas situaciones son los pasos esenciales del soporte básico de la vida: man-

tenimiento de una vía aérea permeable, ventilación y circulación adecuada.

CAPITULO 8

POSICIONES INCORRECTAS.

Es muy importante el buen manejo de las posiciones para evitar sobre todo posibles lesiones.

Es indispensable evitar posiciones forzadas y zonas de compresión en las extremidades.

La hiperextensión de las extremidades superiores, si se mantienen por tiempo prolongado, pueden provocar síndrome de elongación del plexo braquial con incapacidad funcional de varios meses.

Es muy importante al querer una vía aérea permeable, extender la cabeza lo suficiente para elevar la lengua, de manera de restablecer la entrada de aire, pero también es igualmente importante evitar la hiperextensión de la cabeza (Probable lesión a nivel vertebral o de la médula espinal). Cuando la cabeza no está lo suficientemente extendida, la parte más prominente del mentón se halla por debajo de los lóbulos de los oídos y entonces la vía aérea del sujeto inconsciente permanece obstruida.

Las posiciones forzadas de las extremidades inferiores en los ancianos puede causar luxaciones. La mas común de ellas es la articulación coxofemoral.

Se han descrito numerosos síndromes de compresión nerviosa por posiciones inadecuadas. Las más frecuentes son la compre

sión del nervio mediano, radial y cubital en extremidades superiores y del nervio peroneo común en las inferiores.

Se deben impedir pesos en el torax y en el abdomen, que obstaculizan los movimientos respiratorios.

En la posición de Trendelenburg. Tiene el inconveniente de dificultar los movimientos respiratorios y la hematosis, porque las vísceras pesan sobre el diafragma, impidiendo su libre excursión.

En la posición de Sims es importante que sea adecuada, ya que se usa cuando drenamos secreciones de la boca y para vomitar y si no es correcta podemos provocar broncoaspiración.

CONCLUSIONES

La importancia de que está revestido este tema estriba de una manera especial, en la relación existente entre el uso de las posiciones en el paciente dentro de las emergencias médicas en Odontología.

En particular las posiciones médicas de las que hacemos referencia, pueden servir como base a tratamientos adecuados durante las emergencias médicas en el consultorio dental.

Esta pequeña recopilación de datos nos ayudará para el buen uso de las posiciones en el paciente. Queriendo hacer un llamado de atención a todos nuestros compañeros, hacia este tipo de tratamiento, para que en el momento debido podamos asistir y en ocasiones aliviar las manifestaciones de dichas emergencias médicas y los problemas que nos pueden ocasionar al no hacer lo adecuado.

BIBLIOGRAFIA

Pailias J.E y Col: Tratado de Técnicas Quirúrgicas, Tomo VI. España Barcelona. Ed Toray Masson S.A. 1977.

Ellen J.M: Técnicas en el Quirófano Manual para Personal de Sala de Operaciones. México D.F. Ed. Interamericana S.A de C.V, 1990.

Archundia G.A: Educación Quirúrgica Para el Estudiante de Ciencias de la Salud. México D.F, Ed. Francisco Mendez Cervantes.

Brooks S.M: Enfermería de Quirofano. México D.F, Ed. Interamericana, 1983.

Harding A.J: Urgencias y Cuidados Intensivos. Barcelona España. Ed. Toray S.A, 1977.

Kravis T.C, Warner C.G: Urgencias Medicas. Barcelona España. Ed. Salvat Editores S.A, 1984.

Weil M.H: Diagnóstico y Tratamiento del Shock. México D.F, Ed. Librería de Medicina, 1973.

Méndez O.F: Coma, Síncope y Shock. México D.F, Ed. Librería de Medicina, 1980.

Elair M.D. Cantrell J.R: Urgencias Médicas en el Consultorio Dental. Clinicas Odontológicas de Norteamericana. México. D.F, Nueva Editorial Interamericana, 1982.

Malamed S.P: Urgencias Médicas en el Consultorio Dental.

México D.F, Editorial Científica, 1986.

McCarthy F.M: Emergencias en Odontología. Buenos Aires, Argentina. Ed. El Ateneo, 1976.

Palamed S.F: Urgencias Médicas en el Consultorio Dental.

México D.F, Editorial Científica, 1986.

McCarthy F.M: Emergencias en Odontología. Buenos Aires, Argentina. Ed. El Ateneo, 1976.