

254
20



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

SEMINARIO DE EMERGENCIAS
MEDICO - DENTALES

SINCOPE VASOVAGAL

T E S I S
Que para obtener el Titulo de
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a

OTILIO PEREZ CORONEL



México, D.F.

1993

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.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO 1 DESCRIPCION DEL SINCOPE

1.1 DEFINICION

1.1.1 CONCEPTO DE SINCOPE

1.1.2 CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL ESTADO DE CONCIENCIA

1.1.3 MECANISMOS DE LA INCONCIENCIA

CAPITULO 2 SINCOPE VASOVAGAL

2.1 FACTORES DESENCADENANTES

2.2 MECANISMOS FISIOPATOLOGICOS

2.3 CUADRO CLINICO

CAPITULO 3 DIAGNOSTICO DE SINCOPE

3.1 VASOVAGAL

CAPITULO 4 PREVENCION

4.1 HISTORIA CLINICA

4.2 VIGILANCIA SISTEMICA

4.3 CONTROL DEL PACIENTE

4.4 POSICION DEL PACIENTE

CAPITULO 5

TRATAMIENTO

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Hay una gran variedad de síncope y muchas causas que los originan también existen diferentes cuadros sincopales, diagnósticos y tratamientos, siendo extensa la descripción de cada uno de ellos.

En la revisión de casos reportados en la práctica odontológica, se dice que el síncope más común es el vasovagal.

Se calcula que la incidencia oscila entre el 40 y 50% de todos los síncope le sigue en segundo término el síncope de hipotensión ortostática o postural, es causa común la perdida transitoria de la conciencia; ambos síncope poseen diferentes aspectos importantes y no siempre puede asociarse con el miedo, la ansiedad, conociendo los factores que predisponen a estos problemas en el consultorio dental, nos ayudará a prevenirlos.

CAPITULO I DESCRIPCION DE SINCOPE

1.1 *Definición: Síncope del griego SYNCOPEP, pérdida momentánea y pasajera de la conciencia, causada por trastornos reversibles de la función cerebral que depende de los siguientes factores:*

- 1) *Isquemia cerebral pasajera.*
- 2) *Cambios químicos en la composición de la sangre.*
- 3) *Disminución de la presión arterial (frecuencia cardíaca).*
- 4) *Disminución brusca y pasajero del gasto cardíaco.*

El síncope se caracteriza por la pérdida súbita y casi siempre inesperada de la conciencia y de las fuerzas, pérdida del tono postural.

1.1.1 *Concepto de Síncope.*

El síncope es una manifestación fisiopatológica, - es un trastorno fugaz del riego sanguíneo en los centros nerviosos superiores con un cuadro transitorio, reversible, no es necesario que esté ligado a una enfermedad, es consecuencia de un trastorno funcional pasajero, puede presentar shock y terminar en coma; o bien presentarse en forma aislada que es lo más común y puede ser de pronóstico gra-

ve ó relativamente grave, cuando un paciente ha sufrido un cuadro sincopal el cirujano dentista - debe saber si fue básicamente de origen orgánico; esto sería de mal pronóstico, o si fue funcional es de buen pronóstico.

1.1.2

Consideraciones Generales Sobre el Estado de Conciencia.

La conciencia es la capacidad de darse cuenta de las cosas, esto quiere decir:

- A) De percibir estímulos sensitivos ó impresiones como son oír, ver, gustar, oler, dolor, etc.
- B) Manifestar funciones mentales, pensar, razonar, moverse.

Esta capacidad del individuo de la conciencia - lleva consigo una respuesta para cada uno de los estímulos recibidos.

La conciencia es un estado funcional activo que - depende del Sistema Nervioso Central, que mantiene en estado de alerta al hombre y le permite darse cuenta del ambiente que lo rodea y de reaccionar - como es debido a los estímulos visibles y perceptibles de manera que, pueden ser instintivos, emotivos intelectivos; la inconciencia nos indica la pérdida total de todos ellos.

1.1.3

Mecanismos de la inconciencia.

El oxígeno es el elemento indispensable para mantener la conciencia en condiciones normales, por lo tanto, si este elemento nos falta hay pérdida de la conciencia también, existe una disminución general del tono muscular. Cuando se priva de oxígeno al cerebro por medio de bloqueo completo de la circulación, éste cae en estado de inconciencia de 0 a 6 segundos, cuando hay obstrucción total se puede presentar un daño neurológico entre 4 a 6 minutos, y de 5 a 10 minutos paro cardíaco.

Se reporta que en algunos casos de duración de 3 minutos ha causado daños neurológicos irreversibles en las neuronas, el tejido nervioso no tiene capacidad regeneran.

La glucosa aporta energía al cerebro, el oxígeno es necesario con la glucosa para brindar energía.

Mecanismos que causan la inconciencia (fisiopatológica).

1) Aporte inadecuado de sangre u oxígeno al cerebro. Los trastornos fisiológicos que resultan de la disminución del flujo sanguíneo cerebral son:

- A) Dilatación de las arteriolas periféricas.*
- B) Insuficiencia vasoconstricción periférica.*

- C) Reducción del gasto cardíaco por enfermedad o hipovolemia.
 - D) Vasoconstricción cerebral debida a la pérdida de CO_2 durante la hiperventilación.
 - E) Asistolia ventricular.
 - F) Estrechamiento de la luz de la carótida interna o por otras que irrigan al cerebro.
- 2) Deficiencias metabólicas locales ó sistémicas. Las situaciones clínicas que con más frecuencia conducen a una pérdida de la conciencia - son la hiperventilación, la administración ó ingestión de medicamentos u las reacciones alérgicas agudas (en estos casos la conciencia se recupera hasta que se corrija la causa clínica ó metabólica).
- 3) Mecanismos físicos que afectan los niveles de la conciencia. Tales como los disturbios emocionales.
- 4) Arco reflejo ó efectos directos sobre los centros del sistema que regulan la conciencia y el equilibrio.

El término síncope vasovagal se reserva para las formas de síncope vasodepresor en las que el arco reflejo se localiza en el interior del vago, clínicamente se caracteriza por la aparición de bradicardia extrema e incluso asistola y bloque auriculoventricular.

Este síncope es el que más observamos en la práctica dental, es un desmayo común, es una situación relativamente benigna en la que rara vez se puede producir la muerte.

El síncope vasodepresor conduce a la pérdida de la conciencia y aunque sea muy breve produce alteraciones fisiológicas en el paciente; en la continuación de su vida; ejemplo, los cambios cardiopulmonares que se suceden en forma secundaria a la hipoxia o anoxia, es debido a la obstrucción de las vías respiratorias en el paciente inconciente. Este tipo de síncope es una emergencia común, se puede prevenir cuando se le reconoce rápidamente, tiene un bajo índice de mortalidad.

2.1

Factores desencadenantes.

El 50 al 75% de síncope vasovagales se presentan generalmente en individuos aparentemente sanos.

En la mayoría de ellos hay un fondo nervioso evidente y generalizado previo al período sincopal; - en estos hay gran "estrés", psíquico o a veces

puede haber estímulos físicos.

1.- Estrés psíquico.

MIEDO. El paciente se asusta por la idea de recibir una inyección, u observar el instrumental que se utiliza. Este nerviosismo puede agravarse porque el paciente ha sufrido dolor "de piezas dentarias", por lo que causa intranquilidad en el individuo.

El síncope vasodepresor se presenta por lo general en personas jóvenes sin que esto quiera decir que se presente exclusivamente en este grupo. La incidencia del síncope es más frecuente en los hombres que en las mujeres entre los 16 a 35 años, esto se debe a la forma de ser de cada individuo, hay quienes piensan que pueden hacer o soportar cualquier cosa. Nuestra sociedad no permite que los hombres expresen libremente su miedo y temor; porque el miedo que reprimen se refleja en una incidencia muy alta de síncope vasodepresivo.

2.2

Mecanismos fisiopatológicos

Los mecanismos causales del síncope son explicados en las siguientes formas. Como una reacción a la tensión física o emoción, el organismo libera una mayor cantidad de catecolaminas (adrenalina, noradrenalina) hacia el sistema circulatorio. Esto es parte de la reacción de adaptación al estrés llamada respuesta de "pelea o confusión".

Los cambios que se presentan en el torrente circulatorio preparan al individuo para una actividad muscular.

En muchos casos el sistema nervioso simpático genera un fenómeno conocido como descarga masiva. Esta suele ocurrir cuando se activa el hipotálamo por un susto, miedo o dolor intenso. El resultado es una reacción generalizada de todo el cuerpo llamada "respuesta de alarma o respuesta de estrés del sistema nervioso simpático". La capacidad del cuerpo para llevar a cabo actividades musculares vigorosas aumenta de formas muy variadas, estas son las siguientes:

- Aumento de la presión arterial.
- Aumento del flujo de sangre a músculos activos, a la par que disminuye el riego sanguíneo a órganos, como el tubo digestivo y los riñones, que no se necesitan para una actividad motora rápida.
- Aumento del metabolismo celular a todo el cuerpo.
- Aumento de la velocidad de coagulación de la sangre.
- Aumento de la actividad muscular.
- Hiperglucemia.

- Incremento de las fuerzas musculares.

Estos factores permiten a las personas llevar a cabo actividades físicas mucho más agotadoras, como es el estrés físico o mental que suele excitar al sistema simpático; también se le llama reacción de fuga o lucha.

Cuando no hay actividad muscular, esto sucede estando sentado en el sillón dental, se presentan una concentración de sangre en los músculos y extremidades inferiores hay descenso de presión arterial y retorno venoso inadecuado al corazón, esto contribuye a disminuir el flujo sanguíneo al cerebro y la pérdida de la conciencia.

Hay diversos reflejos del sistema cardiovascular que ayudan a controlar la presión arterial y el ritmo cardíaco, uno de ellos es el reflejo de los barorreceptores, localizado en las paredes de las principales arterias entre ellas las carótidas y aorta también.

Los barorreceptores entran en una actividad mucho mayor de lo usual. Estos mecanismos pronto se cansan y se descompensan y ocurre el reflejo de bradicardia (por reflejo vagal) esto hace que la frecuencia cardíaca se disminuya a menos de 50 latidos por minuto. Al reducir la frecuencia cardíaca se reduce el gasto cardíaco, disminuye la presión arterial y el resultado será el síncope vasovagal.

2.3 Cuadro clínico.

Los signos y síntomas se presentan por lo - -

general inmediatamente después de un estímulo apropiado, sin embargo; la pérdida de la conciencia no ocurre sino hasta que pasa un cierto tiempo. Por esta razón algunos pacientes reciben aviso de un desmayo inminente al empezar a sentirse mal; y tienen tiempo de sentarse o acostarse antes de perder la conciencia.

Las manifestaciones clínicas son en tres fases de finitivas.

1.- Período previo al síncope.

2.- Período sincopal.

3.- Período de recuperación.

1.- Período previo al síncope: El paciente está sentado en posición vertical y dice que se siente caliente de la cara y cuello, su piel pierde color se pone pálida, sudoración fría y pegajosa, principalmente en la frente; en este momento se quejará de que se siente mal o va a desmayarse, tendrá náuseas, su presión estará por debajo de lo habitual, la frecuencia cardíaca estará un poco aumentada, habrá dilatación pupilar y bostezo.

La presión arterial y la frecuencia cardíaca se deprimen súbitamente antes de que se tenga pérdida de la conciencia, en este momento hay vista borrosa, con mareos y caerá en la inconciencia si está sentado en posición vertical los signos y síntomas principales nos conducen al síncope en

tiempo relativamente corto de 30 segundos.

- 2.- **Período sincopal:** Con la pérdida de la conciencia la respiración se torna irregular, espasmódica, podrá ser tranquila, un poco profunda y apenas perceptible o cesar completamente, las pupilas se dilatan y el paciente tendrá la apariencia de un muerto y los movimientos convulsivos o los espasmos musculares en las manos, piernas, o los músculos faciales son comunes cuando hay pérdida de la conciencia, la presencia de pocos movimientos clónicos de la cara o de los miembros durante un período sincopal no significa epilepsia; deberá tenerse cuidado para no decirlo. Una historia clínica completa puede darnos el diagnóstico diferencial entre síncope y epilepsia, se tendrá que hacer en 10 segundos como máximo, ya que el cerebro tendrá falta de oxígeno.

En este período se presentan los siguientes síntomas:

- Bradicardia
- Hay caída súbita de la presión arterial a niveles muy bajos en 30/15 mm Hg y permanece así durante esta fase y resulta muy difícil registrarla.

La duración de la inconciencia será breve: si la inconciencia persiste más de 5 minutos después de haber colocado al paciente en posición supina, si no tenemos evidencias de recuperación entre 15 a 20 minutos debe considerarse la presencia de otras causas.

3.- *Período de recuperación:* Con la colocación apropiada - del paciente; la recuperación de la conciencia generalmen- te sucede rápidamente. En este período el paciente - puede presentar palidez, sentir náusea, debilidad y sudo- ración, síntomas que persistirán algunos minutos o varias horas ocasionalmente durarán 24 horas, durante el período inmediato posterior al síncope hay desorientación.

La presión arterial empieza a elevarse durante estos mo- mentos, sin embargo, sus valores normales los alcanzará - varias horas después de que ocurrió el episodio sincopal. La frecuencia cardíaca que también estaba deprimida, re- gresará lentamente a la normalidad y el pulso se vuelve - más intenso.

Recientemente se ha mencionado el síncope asociado a la inducción de anestesia general con el paciente en el si- llón dental.

Esto puede ser muy peligroso, ya que el síncope puede ser confundido fácilmente como el principio de anestesia, lo que impide tomar los pasos necesarios para evitar la is- quemia cerebral.

En relación a los datos que ayudan a la diferenciación de los síncope estàn varios factores como son:

- Edad del paciente
- Factores desencadenantes (estrés psíquico)
- Posición corporal
- Ingestión de fármacos
- Presencia de cefaleas previas a caídas al suelo por traumatismos o convulsiones.
- Frecuencia cardíaca y carácter del pulso durante el cuadro sincopal.

3.1 La naturaleza de la mayoría de los episodios sincopales, previamente desconocidos, recientemente se han aclarado por técnicas nuevas, como la prueba de ortostatismo.

El síncope vasovagal puede ser diagnosticado clínicamente por medio de la prueba de ortostatismo, la pérdida transitoria de la conciencia durante el ortostatismo prolongado está típicamente asociado con hipotensión y bradicardia repentina, los cuales son comunmente precedidos por taquicardia relativa y síntomas premonitorios, como palidez, náuseas, astenia, hiperventilación, vidriasis, bostezos, y zumbido, con

duración de varios minutos, la naturaleza del - reflejo vasovagal es ahora mejor entendido: en sujetos con síncope vasovagal durante el ortostatismo (de pie) prolongado, se observa una caída en el retorno venoso induciendo estimulación simpática cardíaca, con efecto inotrópico y cronotrópico positivo, con bajo llenado ventricular . La contracción poderosa de una cámara cardíaca casi vacía induce la activación de mecanorreceptores ventriculares y a través de un mecanismo de reflejo un incremento repentino en la estimulación vagal y una reducción repentina en la estimulación simpática.

Estos cambios autonómicos son responsables de - hipotensión y bradicardia repentina.

El tratamiento del síncope vasovagal está basado en el uso de beta bloqueadores, escopolamina, disopiramida, expansores del plasma está en discusión.

Se describe el caso de un paciente sin enfermedad cardíaca y con estudio electrofisiológico normal, se le realizó la prueba del ortostatismo de plano inclinado, durante este estudio el paciente sufrió asistolia cardíaca por 20 segundos. Recuperó su ritmo 19 segundos después al adoptar la posición supina, ya que con maniobras de resucitación

en tan prolongada de la prueba del ortostatismo, donde el síncope con convulsiones por vasodilatación y paro cardíaco -- tuvieron una duración de 9.8 segundos, la prueba del ortostatismo a 60° la inyección de Nitroglicerina e Isoproterenol -- provoca reacción vasovagal, aunque un beta bloqueador no fue efectivo en prevenir la hipotensión y la bradicardia, el -- clonhidrato de Nododrine (estimulante Alfa I) o Atropina lo -- previene. En este paciente con una constricción insuficiente de la capacitación de los vasos puede haber logrado un papel importante en la activación o inhibición del reflejo de los -- mecanismos receptores cardiopulmonares, los cuales causan hipotensión y bradicardia.

Síncope vasovagal maligno: diagnóstico y ensayo -- terapéutico basado en el test de ortostatismo se evaluaron -- mediante el test de plano inclinado a 70 pacientes con episodios sincopales recurrentes de causa desconocida, con una -- duración de los síntomas de 35.2 ± 16 meses. Se trataba de 42 varones y 28 mujeres de edad entre 7 y 86 años (media, -- 49.4 ± 20.2). Todos ellos fueron evaluados mediante la -- exploración clínica, pruebas cardiológicas (Holter de 24 horas, ecodoppler, test de esfuerzo), y pruebas neurológicas. -- Diez y seis pacientes (22.9%) tuvieron una respuesta normal al test con síncope o presíncope asociado a hipotensión (2 -- pacientes), bradicardia o asistolia (3 pacientes); en 11 pa-- cientes con test basal normal se repitió la prueba bajo perfu

sión con Isoproterenol (protocolo de Waxman), apareciendo 4 casos de test positivos. Ocho pacientes con test positivos fueron tratados con Escopolamina transdérmica (1.5mg), normalizándose el test en 5 de ellos, en 6 pacientes se empleó Metoprolol (25mg/día), y el test se negativizó en 5. La Clonidina (0.075mg/día), normalizó el test en 3 de 5 pacientes tratados. El tiempo hasta la aparición de síntomas incrementó en los tres tratamientos, considerando 45 minutos en los casos - en los que se normalizó y pasando de 11.9 - 16 minutos basal a 34.4 - 17 minutos con Escopolamina (P 0.05) y a 37.7, 16.7 minutos con Clonodina (P = NS) se concluye que el test de - tabla inclinada es útil en el diagnóstico y tratamiento de - los pacientes con síncope de origen desconocido. El empleo - de algunos medicamentos puede ser evaluado mediante este - test.

3.2 Diagnóstico de síncope por hipotensión postural.

Si la historia clínica que se efectuó al paciente indica, que si estaba de pie y desmayó sin causa - aparente, ello constituye probablemente indicación de hipotensión postural (ortostático).

Este no presenta síntomas, de miedo o ansiedad, - con el caso de síncope vasovagal.

El paciente que súbitamente se incorpora de una posición supina a la erecta y presenta un síncope, no tiene síntomas y signos de:

- Presión arterial y pulso alterados.

Va que estos se encuentran relativamente normales y no presentan síntomas residuales como son: cefalea ni somnolencia.

Por ejemplo, este tipo de síncope (hipotensión -- postural) se presenta con más frecuencia en pacientes de edad avanzada; son más susceptibles porque disminuyen sus reflejos basorreceptores y entonces es cuando el paciente se desmaya.

El diagnóstico de la hipotensión ortostática se establece en presencia de síntomas sugestivos de hipotensión y de una notable reducción de la presión arterial al adoptar el paciente la posición vertical. No obstante, debe investigarse el diagnóstico etiológico específico, el cual se fundamenta en las circunstancias presentes y en los fenómenos asociados a cada uno de los pacientes.

La prevención estriba en comprender y evitar los mecanismos fisiopatológicos que contribuyen a los desmayos y éstos dependen de los siguientes factores: historia clínica, vigilancia sistemática, control de la ansiedad y posición del paciente.

4.1 Historia clínica. Esta debe ser precisa y bien elaborada.

Armado con tales conocimientos; el cirujano dentista podrá enfrentar una urgencia de este tipo; sin ello podrá hacer un mal diagnóstico y por lo tanto un mal tratamiento.

En la historia clínica debe incluirse varios puntos, dentro de éstos se encuentran los antecedentes patológicos, aquí se le pregunta al paciente si ha tenido antecedentes de desmayos, inducidos por lesiones, cirugía menor, dolor grave, por la vista de sangre, punción de alguna vena, inyecciones dentales, o situaciones que provocan angustia.

Se deberá estar alerta al hecho que existe mayor posibilidad de que tales episodios vuelvan a ocurrir.

En la historia clínica; se anotarán tratamientos

médicos anteriores y la ingestión de fármacos -- tales como antihpertensivos, diuréticos, sedantes, antibióticos, insulina, esteroides, y anti-coagulantes, también son importantes las tendencias alérgicas.

Es preciso conocer todo esto antes del tratamiento con anestesia local, sedantes o anestesia general. Los métodos escogidos para la anestesia y sedación deben basarse en los requerimientos para el tratamiento odontológicos.

4.2 Vigilancia sistemática.

Se debe registrar los signos vitales del paciente como son: frecuencia respiratoria, presión arterial y pulso; esto debe ser antes de empezar cualquier tratamiento dental y llevar un control sistemático. La comparación de estos valores, con los obtenidos durante la visita inicial del paciente sirven como indicador del estado físico del individuo.

Por ejemplo, la hipotensión ortostática puede ser detectada si se registra la presión arterial del paciente estando sentado y en decúbito. Se debe verificar la presión arterial en cada cambio de posición.

4.3 Control de la ansiedad. las tensiones psíquicas

son las que precipitan al desmayo en el consultorio dental, también son los factores que más fácilmente se corrigen y se previenen.

El tratamiento con drogas es eficaz: por ejemplo, podemos mencionar al Diazepam, este fármaco tiene mucha utilidad en odontología; ya que está indicado como premedicación para los procedimientos dentales en individuos ansiosos e hiperexcitados. Se recomienda en general, por vía oral y las dosis terapéuticas en adultos de 1 a 2 comprimidos de 5mg. cada 24 horas. El establecimiento de comunicación íntima con el paciente durante la visita inicial sirve para disipar angustias y temores que hacen que las visitas dentales subsecuentes sean más tolerables y aún más agradables. El ingrediente necesario para establecer comunicación y confianza es simpatía.

4.4

Posición del paciente. El paciente debe ser colocado en posición supina al administrarle un analgésico local, ya que con esta posición se evitará la posibilidad de un síncope vasovagal. Para evitar o prevenir el síncope de hipotensión ortostática, el paciente debe evitar dejar la posición supina a la erecta en forma brusca, ya que esto precipita la caída de la presión arterial.

Esto en especial en los pacientes de edad avanzada el principal peligro no radica en la enfermedad - que lo produce, sino más bien en la posibilidad de recibir golpes ó fracturas por caídas. En la hipotensión postural, se le advertirá del peligro de incorporarse bruscamente y se le aconsejará que ejercite primero las piernas durante unos segundos antes de caminar.

En el tratamiento de síncope ocurren dos situaciones diferentes; una cuando el paciente siente los síntomas del presíncope (casi síncope), el paciente con frecuencia se refiere a este estado, "sentirse mal" o sea debilidad, náusea, mareo, palidez, si se detecta este cuadro a tiempo, se aplicará el tratamiento adecuado, el cuadro sincopal se deprime; y el paciente estará fuera de peligro pero si el cirujano dentista no se percata de esta situación a tiempo puede ocurrir la inconciencia; entonces hay que tomar medidas urgentes para evitar un desenlace catastrófico. Estas situaciones como ya se mencionó con anterioridad pueden originarse por la reacción psíquica del paciente al tratamiento dental, por la existencia previa de alguna enfermedad o por reacción a algún medicamento administrado. En cualquiera de estos casos debe establecerse inmediatamente el tratamiento adecuado para que el paciente recupere su estado de salud.

5.1

Tratamiento del presíncope (paciente conciente)

1. Cuando el paciente siente desfallecer, estando sentado en el sillón dental, el dentista inmediatamente tiene que suspender cualquier --

procedimiento dental. Tiene que observar los signos del paciente, si se pone pálido, si tiene náuseas (todos los síntomas que ya se han mencionado).

2. El dentista inmediatamente tiene que cambiarlo de posición en la que estaba trabajando al paciente, que es la semi fowler, a la supina, esta es con las piernas ligeramente elevadas. Se le dirá al paciente que empiece a mover las piernas vigorosamente, el estancamiento de la sangre será menor y disminuirá la severidad de la reacción.
3. Se le toman los signos vitales, y esperar que le pase la sensación de mareo o debilidad.
4. El cirujano dentista puede tomar medidas de apoyo como son: aflojar la ropa ceñida, cinturones, corbatas que pudieran interferir en el suministro de sangre al cerebro y el retorno venoso al corazón. La estimulación del paciente puede acelerar su recuperación con toallas frías o agua aplicada en la cara y cuello, además de inhalantes de amoníaco resultan útiles.

5.2 Tratamiento del paciente inconciente. En el paciente inconciente se tomarán las siguientes medidas:

1. Tan pronto se reconozca el estado del paciente, éste debe ser colocado en posición supina -

horizontal, esto es, el cerebro al mismo nivel del corazón, y los piés ligeramente elevados. La posición donde la cabeza está ligeramente más abajo - que los piés (ó trendelemburg), debe evitarse - porque la fuerza de gravedad hará que las vísceras abdominales superiores empujen el diafragma hacia arriba y restrinjan los movimientos respiratorios. En el manejo de las inconciencia, el primer objetivo es facilitar la llegada de oxígeno al cerebro y la posición supina ayuda a hacerlo. Una situación donde hay que modificar la posición supina - cuando el paciente está inconciente, es en la mujer embarazada que está en el último trimestre del - embarazo; pues produce descenso del retorno venoso al corazón. De tal manera que decrece el aporte de sangre al cerebro, y el útero obstruye la circulación sanguínea debido a que comprime la vena cava inferior en el lado derecho del abdomen, de tal manera que quedan atrapadas grandes volúmenes de sangre en las piernas. Esta deberá ser colocada - en posición decúbito lateral izquierdo.

2. El paciente inconciente debe tener una vía aérea permeable. Se tiene que restablecer la respiración y permitir la entrada de aire, constituye una medida básica en el soporte de la vida. Aquí se

tomará en cuenta varios puntos importantes, como son:

- a) Quitar el cabezal del sillón dental, porque con este soporte el cuello queda flexionado y dificulta el mantenimiento de la entrada de aire. (mientras se puede bajar al piso al paciente).
- b) Bajar al paciente al suelo y levantar la cabeza - dándole hiperextensión y levantar el cuello. Ya hecha esta maniobra, se verifica si fue bien hecha o rectificar, viendo el pecho del paciente, y sintiendo el aire expirado colocando el oído en las fosas nasales para ver la respiración.
- c) Hay que tomar en cuenta si el paciente tiene alguna evidencia de algún cuerpo extraño, por ejemplo, (sangre, agua, vómito) o una prótesis removible, puede ser pequeña de tres unidades, uya que ésta puede estar bloqueando la entrada de aire, - imposibilitando al paciente para espirar. Aquí el paciente morirá sofocado de 2 a 4 minutos si no se toma una acción inmediata para salvarlo.

Procedimiento para sacar un cuerpo extraño:

1. Introducir los dedos en la boca del paciente para remover cualquier resto de la cavidad bucal. El movimiento debe ser de barrido, se debe empezar - en la porción superior de la boca, luego atrás, -

abajo y adelante.

2. *Es válido aplicar la "maniobra de Heimlich" en un paciente inconciente, por sí se tiene atrapado - algún puente removible ó algún cuerpo sólido.*

Esta consiste en hacer presión al diafragma de - abajo hacia arriba, comprimiendo el aire en los - pulmones y lo expulsará el objeto que bloquea la respiración de la víctima.

Pasos para realizar la maniobra de Heimlich:

- a) *Se golpea al paciente cuatro veces sucesivas en la espalda, inclinando la parte superior - del cuerpo, por acción de la gravedad, el cuerpo extraño tiende a salir; si esto no ocurre - haremos la maniobra de Heimlich. Situar -se detrás de la víctima y abrazarla alrededor de - cintura; a la altura del epigastrio, agarrar un puño con una mano y colocarlo contra el abdomen de la víctima, ligeramente encima del ombligo y debajo de las costillas; presionar el puño y contra el abdomen de la víctima con un movimiento rápido hacia arriba, repetir cuatro veces sucesivas.*

Cuando el paciente yace en el piso se puede hacer la misma maniobra ya que éste está colocado en una superficie - dura,

RESUMEN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTE INCONCIENTE

Pérdida de la conciencia

*Criterio
No hay respuesta
a la estimulación*

*Posición del paciente:
supina*

*Mantener libre
las vías aéreas:
inclinarse la cabeza;
revisar vías aéreas
y respiración*

RECUPERACION

- . Dolor de cabeza*
- . Nerviosismo*
- . Confusión leve*

*Desvanecimiento
en posición
erecta*

SINCOPE VASOVAGAL

**HIPOTENSION
ORTOSTATICA**

PERSISTE LA INCONCIENCIA

*Mantener vías
aéreas y
respiración*

Vigilar pulso

*Pedir asistencia
Médica*

C O N C L U S I O N E S

El síncope es una situación que no necesariamente es una emergencia; porque se pierde la conciencia por algunos segundos, si el paciente no recupera la conciencia pudiera uno pensar en complicaciones más serias. Como por ejemplo, infarto al miocardio, arritmias cardíacas o hipoglucemia, ésta está relacionada con el síncope.

El cirujano dentista tendrá que aplicar las maniobras de sustentación básica de la vida; tendrá que contar con los recursos necesarios para afrontar cualquier emergencia teniendo en su botiquín los fármacos necesarios para cuando se presente cualquier emergencia. Deberá estar preparado psicológicamente y mentalmente para evitar la angustia o la desesperación ante un paciente inconciente, ya que si no está preparado no podrá brindarle atención adecuada al paciente.

La historia clínica bien elaborada podrá prevenir estos problemas en el consultorio dental. Ya que nos brinda datos importantes sobre enfermedades del paciente de alto riesgo.

B I B L I O G R A F I A

- 1) MALLAMED. "Urgencias m\u00e9dicas en el consultorio - dental" , Editorial Cient\u00edfica S. A. de C. V.; - Segunda edici\u00f3n, 1986.
- 2) Ch\u00e1vez. R. I. "Coma, S\u00edncopa y Shock" , M\u00e9xico, D. F., 1980, Biblioteca INP.
- 3) Firedberg Ch "Enfermedades del coraz\u00f3n" , 3a. Edici\u00f3n. Editorial Interamericana: M\u00e9xico, D.F. 1969.
Cap\u00edtulo 13 Insuficiencia circulatorio s\u00edncopa y muerte s\u00fabita.
- 4) Cyril Mitchell Mac Bryde.
4a. Edici\u00f3n, Signos y S\u00edntomas. 4a. Edici\u00f3n, 1966.
- 5) Portugal Z M "Terap\u00e9utica M\u00e9dica para el odont\u00f3logo" , 1a. Edici\u00f3n, 1983. Editorial Limusa, M\u00e9xico, D. F.
- 6) Tratado de Fisiolog\u00eda M\u00e9dica, 8a. Edici\u00f3n, Editorial Interamericana de Espa\u00f1a, 1991.
- 7) Luis Mart\u00ednez Cervantes. "Cl\u00ednica Proped\u00e9utica - M\u00e9dica, M\u00e9xico, D. F.

ESTA TESIS NO PUEDE
SALIR DE LA BIBLIOTECA