

73
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TECNICA DE RCP EN
PACIENTES EMBARAZADAS

T E S I N A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presentan:

ADRIANA OLIVIA CARRILLO AVILES
CELIA MARISOL LORA CABALLERO

Asesor:

M.C. JUAN ARAU NARVAEZ



MEXICO, D.F.

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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 esta 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.

Fecha de Examen: 10 de Junio de 1996
Hora: 14:00 hrs.

PRESIDENTE:

M.C. PORFIRIO JIMENEZ VAZQUEZ

VOCAL:

C.D. VICTOR MANUEL BARRIOS ESTRADA

SECRETARIO:

M.C. HUMBERTO PEREZ RAMIREZ

SUPLENTE:

C.D. LUIS HUMBERTO RIOS GARCIA.

SUPLENTE:

C.D. IRMA VILLALPANDO GALINDO.

TESIS CON
FALLA EN ORIGEN

GRACIAS :

A mi querida Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), porque en ella adquirí los conocimientos, con los cuales me forje, así como a todos mis profesores y compañeros que me acompañaron durante toda mi carrera.

Al M.C. Juan Arau Narvaes por sus conocimientos, confianza brindados para obtener la elaboración de esta tesina.

A mis padres:

La Sra. Olivia Avilés Toledo por el gran apoyo y esfuerzo brindados para que yo lograra mi superación.

Al Sr. Silverio Carrillo Jiménez por permitirme ver la luz para un buen entendimiento de mi ser.

A mis hermanos:

Ing. Leonarda Carrillo Avilés por su apoyo, así como a su esposo el Ing. Roberto Canchofa e hijos Paola, Vittoria y Roberto.

Al Sr. J. Arturo Carrillo Avilés por su apoyo y cariño.

Al Ing. Juan Manuel Carrillo Avilés por su confianza, apoyo y cariño, así como a su esposa Silvia Esquivel e hijo Alan.

A la Familia Rodríguez Martínez:

Que pusieron en mi toda su confianza y me permitieron continuar con mi superación ayudándome cuando más lo necesite, en especial a mi novio M.C. Mauricio Rodríguez a quien amo y a su madre la Sra. Irene Martínez.

Al Sr. Pedro García por el apoyo incondicional a mi madre y a mi.

Carlos Campos por el tiempo que nos brindó y la toma de las fotografías que presentamos.

A todos mis amigos que me ayudaron de alguna manera para que yo pudiera llegar a este camino.

A MI MADRE

Gracias a ti mamá por darme siempre tu apoyo incondicional, por ayudarme siempre y en todos mis momentos más difíciles y por tu amor doble por la ausencia de mi padre que ya no pudo estar con nosotras.

A MIS HERMANAS

Beatriz, Lourdes, y a ti Tola gracias por tu apoyo de siempre en mi carrera y en mi vida y en todos los sentidos.

A MI ESPOSO OSCAR

Gracias por darme tu apoyo y amor en todo y más en la etapa más difícil y por tener conmigo a mi hija a la que quiero tanto.

AL DR. JUAN RAÚL NARVAEZ

Gracias por su apoyo, conocimientos y tiempo y paciencia para la elaboración y terminación de este trabajo.

AL DR. VÍCTOR BARRIAS

Gracias por su ayuda y por brindarme y su afecto siempre.

GRACIAS CARLOS CAMPOS

Que colabore con la toma de la fotografías, así como con el tiempo empleado para ello

RAYMUNDO

Gracias por ayudarme a superarme, por tener confianza en mi y apoyo incondicional, así como a la Sra. Ana y el Sr. Cesar.

ÍNDICE

CAPITULO 1	2
INTRODUCCION.	
CAPITULO 2	5
LA CONSULTA DENTAL A LA PACIENTE EMBARAZADA.	
2.1 NUMERO E INCIDENCIA.....	5
2.2 CAUSAS.....	6
2.3 DIAGNOSTICO.....	6
2.4 CONSIDERACIONES ESPECIALES.....	7
CAPITULO 3.....	8
FISIOLOGÍA DEL EMBARAZO.	
CAPITULO 4	14
TOXEMIA GRAVÍDICA COMO CAUSA PREDISPONENTE DE PARO CARDIOPULMONAR	
4.1 PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA.....	14
CAPITULO 5.....	18
SOSTÉN BÁSICO DE LA VIDA.	
5.1 A,B,C.....	18
5.2 R.C.P.....	23
CONCLUSIONES.	33
BIBLIOGRAFÍA.....	35

CAPITULO 1

INTRODUCCION.

Es sabido, durante décadas, que el tratamiento odontológico para la paciente embarazada es un controversia y de gran preocupación para el Cirujano Dentista; hasta llegar al grado de negar, en ocasiones, la atención estomatológica, independientemente de la urgencia o necesidad de esta.

También se es conocido y de gran sustentación, por una vasta literatura científica, que el embarazo constituye una serie de cambios sistémicos (biológicos, psicológicos, pero sobre todo fisiológicos para la mujer), los cuales deben ser bien comprendidos para tener la seguridad de que el tratamiento y los fármacos que se prescriban resulten inocuos o bien ocasionen el mínimo daño esperado en la paciente gestante y al producto o ambos, según el número de semanas de vida intrauterina.

Hay que tomar en cuenta que, el periodo de gestación más importante desde cualquier punto de vista es sin duda el organogénico (primer trimestre), en el cual se forman los sistemas vitales como lo son el cerebro, corazón, pulmones, etc.

y ya después de éste, el feto sólo gana tamaño, peso y madura las estructuras orgánicas ya formadas.

Debe de ser claro, tanto para el Odontólogo, como para los profesionales de la salud, que existen muchos fármacos, radiaciones, alimentos, procedimientos, procesos patológicos (infecciosos e infestaciones) capaces de ocasionar efectos teratogénicos moderados o graves sobre el producto, así pues, la atención a pacientes gestantes deben ser bajo ciertas normas terapéuticas especiales.

Una inconveniencia para las mujeres embarazadas es la depresión del sistema Inmunológico, entre otros, que da como resultado, que las pacientes sean más lábiles a Infecciones odontogénicas o sistémicas (emergencias), neoplasias como la hiperplasia gingival etc. y por lo tanto requieren de atención dental ya sea electiva o de urgencia para el odontólogo.

En la experiencia clínica por sí misma, no se garantiza un desempeño óptimo ante una emergencia o urgencia, tanto médica como dental. Para mantener una actitud eficaz en esos casos se requiere sentido común, además de conocimientos médicos. Mucho depende de proporcionar la información correcta a las personas correctas en el momento correcto y de cerciorarse de que las personas que lo apoyan estén disponibles cuando usted las necesite, la prevención y la comunicación son de suma importancia.

El estudio que se realiza en esta tesina se enfoca primordialmente en la técnica de reanimación cardiopulmonar (RCP) en pacientes embarazadas.

El entendimiento a groso modo de la fisiología normal durante el embarazo será suficiente para poder alcanzar un buen razonamiento de la utilización de la técnica antes mencionada, así como de el factor predisponente, como lo es la toxemia gravídica (preeclampsia-eclampsia).

Hay estudios que nos revelan las estadísticas de la consulta dental en mujeres en estado de embarazo y que nos muestran un índice muy bajo, aproximadamente de un 100% el 10% son embarazadas, las cuales por diferentes factores no asisten a la consulta, uno de ellos es la falta de educación en la salud, pues no se percatan los cambios que normalmente le ocasiona el embarazo y deja que los problemas de salud dental avancen hasta un punto que se le tenga que extraer la pieza o llegar a severas complicaciones, originando así las emergencias. Otro factor, este más grave, que el propio cirujano dentista por no tener los conocimientos suficientes no atiende a la paciente, hasta que no termine el periodo de embarazo, pues en realidad muy pocos saben los procedimientos que se deben realizar para el tratamiento dental.

En este estudio damos una atenta invitación para que los colegas o cualquiera que se interese, puedan tener acceso a información relacionada a la consulta dental en el embarazo, de paciente a dentista y lo que el mismo dentista debe de tomar en cuenta para este fin.

LA CONSULTA DENTAL A LA PACIENTE EMBARAZADA.

2.1 NUMERO E INCIDENCIA.

La atención de la paciente en estado de embarazo es sin duda un problema que enfrentan a los cirujanos dentales, en el que intervienen muchos factores; tales como, la falta de conocimientos que se tienen sobre el tema, por lo que es común que se le niegue la misma atención que al resto de los pacientes, pues se tiene un cierto "temor" por el daño que se le pueda causar a la mujer o al producto por el estado en que se encuentra. Los cambios normales que sufre la misma mujer, son sin duda otro factor que hay que tener en cuenta. En porcentaje, de 100 mujeres que se atienden, solamente un 10% son embarazadas, lo que nos indica más la poca experiencia que se le puedan tener en esos casos. Sin duda es un problema al cual de alguna manera se tiene que afrontar , ya que nadie está exento de no enfrentarlo.

2.2 CAUSAS.

Desafortunadamente en la paciente embarazada el sistema Inmunológico, entre otros, presenta depresión moderada causado por el proceso normal del embarazo dando como resultado, que estas pacientes sean más susceptibles a infecciones odontógenas, caries, infecciones sistémicas, neoplasias, enfermedad periodontal, lo cual conlleva a requerir de atención dental.

También la falta de conocimientos de la misma paciente sobre su estado de salud tanto bucal como medica implica que existan más complicaciones en el cuadro de la mujer embarazada. Así pues debemos tomar en cuenta si la paciente ha tenido o tiene enfermedades sistémicas (cardíacas o renales principalmente) lo que implicar la elaboración de una excelente historia clínica para obtener un mejor desempeño de nosotros o redundaría en una mejor atención a ella.

2.3 DIAGNOSTICO.

Para realizar un buen diagnostico se deber hacer una historia clínica la cual nos permitirá conocer a fondo a la paciente; por lo que la historia clínica debe de recabar la información más completa del estado de salud de la paciente y los datos suficientes para poder asistirle en caso de emergencia.

Por lo general a la paciente embarazada se le detectará una alta prevalencia de parodontopatías y aumento de caries dental. Es muy común que la paciente atribuya a esto al embarazo (cada hijo un diente) lo que es una creencia falsa, como lo está bien documentado. Las condiciones bucales en que la mujer llega al embarazo y sus conocimientos limitados sobre técnicas higiénicas y sobre ciertas causas de la patología oral más frecuente, ponen alerta al cirujano dentista para dirigir sus esfuerzos preventivos desde antes de la etapa reproductiva.

2.4 CONSIDERACIONES ESPECIALES.

El Cirujano Dentista se enfrenta con frecuencia a la experiencia de las repercusiones y consideraciones que tienen las infecciones odontógenas en las pacientes embarazadas. La observación más importante en estos casos es la disminución en la capacidad inmunitaria que está infundida por los cambios metabólicos propios de la gestación. El cirujano dentista debe enfocarse al valor de los riesgos potenciales de una infección a sus vías de transmisión así como a la misma lesión, implicando al dolor, como a su tolerancia; la función de la masticación, muy importante, tomando en cuenta su alteración, ya que afectaría de modo directo al producto.

Debemos de valorar el problema para poner de inmediato el plan de tratamiento apropiado o la técnica de emergencia que se requiera en dado caso.

También consideraremos como factores predisponentes el dolor, tipo de infección, consideraciones farmacológicas, para así manejar a la paciente y disminuir el grado de estrés al que es más susceptible, la mujer embarazada.

Dado la necesidad de la utilización de fármacos, debemos de ponernos atentos pues así, como a una paciente no embarazada, nuestra paciente embarazada corre los mismos riesgos de posible emergencia y llegar al paro cardíaco, ya sea por una intoxicación medicamentosa o shock anafiláctico.

CAPITULO 3

FISIOLOGÍA DEL EMBARAZO.

Los cambios fisiológicos, bioquímicos y anatómicos que ocurren durante el embarazo son de gran significado en casi todos los aparatos y sistemas. Sin embargo la mayoría de los sistemas recuperan el estado que tenían antes del embarazo entre el momento del parto y aproximadamente seis semanas posteriores a este. Las alteraciones que se producen, conservan un ambiente sano para el producto, sin comprometer la salud tanto de la madre como el producto. Por lo tanto se incrementa en gran parte de los casos la actividad metabólica en la mujer. Es esencial comprender los cambios normales inducidos por el embarazo para comprender la presencia patológica coincidente.

Para la didáctica de la tesina lo presentaremos por regiones específicas del cuerpo humano. Cabe mencionar que todo es en términos generales y que para mayor conocimiento realizar estudios de Ginecología.

Aparato digestivo.

En el embarazo, se incrementa la necesidad nutrición, incluyendo vitaminas y minerales.

Se producen varias alteraciones maternas para satisfacer dichas necesidades ; tienden a descansar más frecuentemente para conservar su energía , de esta manera se mejora la nutrición fetal.

El apetito de la madre se incrementa, lo que ocasiona una mayor ingesta de alimentos. Algunas pacientes experimentan disminución de apetito (nauseas y/o vómito).

Hay disminución de la motilidad gastrointestinal y relajación de esfínter esofágico, lo que predispone a la aspiración del contenido gástrico cuando se esta inconsciente. La compresión aortocava durante la segunda mitad de la gestación puede causar disminución del retorno venoso y del gasto cardíaco e hipotensión sistémica (síndrome de la vena cava).

Cavidad bucal.

Durante el embarazo, ocurren algunos cambios en cavidad bucal, como, incremento de la salivación, la saliva se vuelve más ácida lo que ocasiona o incrementa la destrucción dental. Esta destrucción no se le puede atribuir a la falta de calcio o pérdida de calcio en los dientes, en realidad, el calcio dental, es estable y no se moviliza durante el embarazo, como sí ocurre en el calcio óseo.

La encía se hipertrofia, se vuelve hiperhémica y sangra con facilidad, su causa puede deberse a el aumento en el metabolismo del estrógeno y la disminución de vitamina C puede producir sensibilidad y una gingivitis; pero todos estos cambios se normalizan después del puerperio.

Pero debemos de tomar en cuenta que es cuando la madre descuida más su boca, puesto que no toma en consideración los cambios anteriores y esto aunado a posibles enfermedades sistémicas nos podría llevar a una emergencia.

Riñones y aparato urinario.

La longitud de cada riñón (aprox. 1.5 cm.) con un aumento de su peso; la pelvis renal se dilata hasta alcanzar una capacidad de 60 ml (la capacidad normal es de 10 ml). Conforme aumenta en tamaño el útero la vejiga se desplaza hacia arriba, aplacándose en su diámetro anteroposterior, la presión ocasionada por el útero aumenta la frecuencia de la micción.

Sistema hematológico.

Volumen sanguíneo. Quizá la alteración más importante durante el embarazo sea el aumento del volumen sanguíneo, éste varía según el tamaño de la mujer, el número de embarazo, el número de hijos al que ha dado a luz. En una mujer de complexión pequeña el aumento por arriba de lo normal puede ser de 20%, y en una mujer de mayor complexión puede ser de 100%. Este aumento progresa hasta el término, no se ha dilucidado el mecanismo de incremento, y quizá contribuya a éste el efecto la aldosterona que se encuentra aumentada, lo mismo que el metabolismo y aumento de estrógeno y progesterona.

Aparato Cardiovascular.

Por el aumento del tamaño uterino y la elevación del diafragma el corazón se desplaza hacia arriba y la izquierda con rotación sobre su eje, por lo que el latido de la punta se percibe en la posición más lateral. La capacidad cardiaca aumenta, quizá por la elevación del volumen o hipertrofia del músculo cardíaco. El tamaño del corazón parece incrementarse en un 12 %. Al ocurrir estos cambios, el corazón suele presentar alteraciones del ritmo cardíaco y en un ECG, ocasionalmente suele presentarse soplo no patológico, esto debido probablemente al cambio de la posición del corazón.

El gasto cardíaco se incrementa aproximadamente en un 40 % llegando a su máximo entre la semana 20 o 24 de gestación, el aumento del gasto puede ser de 1.5 litros por minuto. La presión arterial sistémica disminuye ligeramente, la resistencia periférica es igual a la presión arterial dividida entre el gasto cardíaco y el flujo sanguíneo, como ocurre en riñón; el flujo hacia útero y mamas se incrementa en la gestación y el grado de aumento depende de la etapa de gestación.

Aparato respiratorio.

El embarazo ocasiona cambios anatómicos y fisiológicos que afectan la función respiratoria. Ocurre dilatación capilar en todo el aparato respiratorio por lo que ocurre regurgitación nazofaríngea, laríngea, traquea y bronquios, lo que ocasiona dificultad respiratoria, este síntoma se incrementa con infecciones del sistema respiratorio y la preeclampsia.

Durante el trabajo de parto la ansiedad, el miedo y otras reacciones emocionales pueden afectar la frecuencia y profundidad de la respiración y por lo tanto el contenido de Co_2 de la sangre aumenta, a menudo la paciente se pone disneica, puede haber hiperventilación y un desarrollo de alcalosis respiratoria lo que podría culminar en desequilibrio ácido básico.

Metabolismo.

Conforme el producto y la placenta aumentan de tamaño y peso requieren mayor demanda de la madre. Se producen grandes alteraciones del metabolismo así como cambios físicos; entre estos los más manifiestos son el aumento de peso y la alteración en la forma del cuerpo. El aumento de peso no solo es producido por el útero y su contenido sino también por incremento de tejido mamario, volumen sanguíneo y volumen de agua. El aumento promedio normal es aproximadamente de 12.5 kilogramos.

Tomando en cuenta los cambios normales que sufre la paciente embarazada, a esto le aünamos alteraciones patológicas como lo es la toxémia gravídica, llegaremos a estados de emergencia (paro cardíaco).

CAPITULO 4

TOXEMIA GRAVIDICA.

4.1 PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA.

Como se ha dicho, en el embarazo se producen varios ajustes circulatorios y metabólicos básicos, generando signos distintivos en mujeres sanas, creando situaciones y riesgos anormales en mujeres con enfermedades preexistentes que vierten las circunstancias apropiadas para posteriores complicaciones graves como son la preeclampsia-eclampsia, llevandonos a casos de emergencia..

Es probable la presencia de hipertensión grave, cuya causa se desconoce, durante el embarazo. Si no se trata este trastorno, que se caracteriza por retención de sodio y progresión rápida de las lesiones vasculares y renales, llegaremos a alteraciones como lo son las encefalopatías, convulsiones y muerte. Esto es lo que se conoce como toxemia gravídica. Esta forma de hipertensión grave es común durante el embarazo, tiene mayor probabilidad de aparecer en mujeres mayores de edad y en aquellas con hipertensión preexistente.

Los aumentos súbitos de la presión arterial hasta cifras graves (diastólicas mayores de 120 mmHg) se vinculan con una morbi-mortalidad materna (agudas y a largo plazo).

Tales episodios de hipertensión pueden causar hemorragias intracerebrales, encefalopatía hipertensiva, insuficiencia renal aguda, insuficiencia cardíaca congestiva, arritmias ventriculares malignas o desprendimiento prematuro de placenta normoinserada con coagulopatías intravasculares diseminadas resultantes. Como una emergencia hipertensiva, debe intentarse disminuir la presión arterial hasta una cifra segura en la hora que sigue al diagnóstico.

Los factores causales no están definidos por completo, la hipertensión en la preeclampsia es consecuencia de vasoconstricción arterial generalizada. Biopsias demuestran glomérulos inflamados, la luz glomerular está obstruida por inflamación citoplásmica de la célula endotelial. La microscopía electrónica demuestra engrosamiento de la membrana basal. Los estudios de inmunofluorescencia demuestran depósito de fibrina en glomérulos, la patología renal puede explicarse por la trombocitopenia y aumento en la degradación de fibrina en suero y orina. La patología de la hipertensión no está aclarada.

Se puede definir a la preeclampsia como: La triada de edema, hipotensión y proteinuria que ocurre en nulíparas después de la vigésima semana de gestación y a menudo cerca del término.

La preeclampsia se puede dividir en leve y grave según los siguientes criterios:

- La tensión arterial oscilar entre 160/110 mmHg registrada en estado de reposo.

- Proteinuria, de más de 5 g en 24 hrs.
- Oliguria , mayor o igual de 500 ml en 24 hrs
- Alteraciones visuales o cerebrales
- Dolor epigástrico
- Trombocitopenia
- Edema pulmonar.

También podemos referir un fenómeno de rechazo (producción deficiente de anticuerpos bloqueadores), el riesgo placentario alterado, disminución de la filtración glomerular con retención de sodio y agua, disminución del volumen intracelular, aumento de la irritabilidad en el SNC, coagulación intravascular diseminada, así como los factores genéticos.

Cuadro clínico.

- Edema con hipertensión de más de 180/90 mmhg
- Cefaleas
- Trastornos visuales y nerviosos
- Dolor epigástrico.

Tratamiento.

El cuidado prenatal, con particular atención a los aumentos de la presión arterial, es más importante para prevenir la toxemia, ya que las presiones arteriales arriba de 125 sistólica y 75 diastólica antes de la trigésima segunda semana de embarazo se acompañan de mayor riesgo fetal.

El edema con hipertensión suele indicar el principio de la enfermedad, cuando las dimensiones del feto hacen dudosa su viabilidad, el control de la enfermedad con medicamentos antihipertensivos y diuréticos quizá permita que siga desarrollando el feto. Si la proteinuria o la hiperazoemia persisten debe vaciarse el útero; hay pocas señales de que el crecimiento fetal prosiga si persiste la toxemia.

Cuando la preeclampsia es leve, se requiere reposo absoluto, nivelar la tensión arterial antihipertensivo (captopril), un diurético, un sedante (diazepam 10 mg cada 12 horas) y la disminución del sodio (dieta sin sal).

La preeclampsia nos lleva a episodios de emergencia grave, el paro cardiaco, ya que esta en juego directo el sistema cardiaco y respiratorio de la paciente, así como también la vida del producto.

CAPITULO 5

SOSTÉN BÁSICO DE LA VIDA.

1.1 .- A.B.C.

Se la denomina sostén básico de la vida a la ventilación y compresión cardiaca con tórax cerrado, sinónimo de RCP. Son procedimientos que tienen por objeto tratar de manera diferente el trastorno que presenta el paciente.

Incluye el A.B.C. que nos permite identificar con facilidad los términos que debemos de manejar ante una emergencia.

A = Vías Aéreas permeables y libres.

B = Respiración "Breath".

C = Circulación.

Puede ser aplicado por cualquier sujeto adulto sano. Con la reanimación cardiopulmonar, durante los últimos treinta años ha habido grandes avances médicos para tratar víctimas de colapso circulatorio profundo y paro cardíaco.

Se la puede definir al paro cardíaco como el cese abrupto de la función de bomba del corazón , reversible con una intervención pronta pero que conducirá a la muerte si no hay tal intervención (cese irreversible de todas las funciones biológicas).

Colapso cardiovascular es un término inespecífico que indica la pérdida súbita de riego sanguíneo eficaz por factores vasculares periféricos o cardíacos que pueden desaparecer espontáneamente.

Cuando cesan las funciones cardíacas o respiratorias normales hay un periodo crítico breve antes de que la anoxia produzca daño orgánico. Cuando la intervención se realiza entre los cuatro y seis minutos después del paro cardiopulmonar, es de esperar lesión neurológica permanente en un número significativo de casos. Si pasan más de seis minutos antes de la intervención, casi siempre ocurre daño cerebral. Por ello es vital iniciar la intervención rápida tan pronto como sea posible después de que ocurra el paro cardíaco, a fin de llevar al máximo las posibilidades de supervivencia sin pérdidas.

Algunos de los cambios recientes en el sostén básico de la vida son una respiración de rescate (emergencia) más lenta (el tiempo tomado durante la ventilación aumenta a 1.5 a 2 segundos por respiración para disminuir la distensión gástrica, la regurgitación y la aspiración) y colocar la víctima en la posición de recuperación.

Cuando se nos presenta el caso de un paro cardíaco en mujeres embarazadas tenemos que tener un plan preciso para poder asistirle, para ello utilizaremos el tratamiento indicado (cuadro 1), el cual sintetiza de manera fácil lo que en caso de la emergencia se llegara a presentar.

VALORACIÓN DE LA REACCIÓN

SI HAY REACCIÓN:

- Observe
- Determinar que tan alterada esta la conciencia
- Ubicación de tiempo y espacio

SIN REACCIÓN:

- Valorar la respiración
- Abrir las vías respi -
ratorias, observe, es-
cuche y capte.

SI HAY RESPIRACIÓN:

- Coloque al paciente en posi-
ción de recuperación (despla-
zamiento del útero grávido a
la izquierda).

SIN RESPIRACIÓN:

- Insufle lentamente dos
veces.
- Valorar la circulación

SI HAY PULSO:

- Respiración de rescate (más

SIN PULSO:

- INICIE RCP.

lenta en el tiempo tomado durante la ventilación de 1.5 a 2 seg. por respiración).

SOLICITAR AYUDA.

- Vigilar signos vitales.
- Administrar oxígeno.
- Antecedentes.
- Exploración física.

SOSPECHE CAUSAS.

- Embolla pulmonar
- Traumatismos
- Hemorragia e hipovolemia
- Embolla del líquido amniótico.
- Cardiopatías congénitas o adquiridas
- Taponamiento cardiaco
- Infarto al miocardio

En general se realiza RCP en la gestante de la misma manera que en la que no lo esta. Las modificaciones de la reanimación cardiopulmonar en etapas avanzadas del embarazo son:

- 1.- Sin cambios en el tratamiento
 - 1.1- Masaje cardiaco cerrado
 - 1.2- Sostén de la ventilación.

1.3- Farmacoterapia.

2.-Durante el embarazo

2.1- Desplazamiento del útero grávido.

2.2- Cesárea peri-mortem.

2.3- Tratamiento intensivo de las vías respiratorias.

2.4- En general evitar el bicarbonato de sodio.

Aunque varios de los fármacos pueden tener consecuencias adversa técnicas sobre el feto, el propósito principal es la reanimación materna y, por tanto, ninguno de los fármacos está contraindicado en absoluto.

El útero se inclina hacia la izquierda durante el RCP por uno de varios métodos: desplazamiento manual, inclinación lateral izquierda de la paciente con una cuña de reanimación de Cardiff.

1.2.- R.C.P.

Debemos de constatar que el paciente esta en estado de inconsciencia, vigilando si tiene respiración verificar el ritmo, frecuencia, duración e intensidad, determinándola con la valoración de la respiración (ver, oír y sentir, foto 1).

La circulación se determina palpando un gran vaso central generalmente es la carótida, su punto exacto es colocando tres dedos sobre el canal formado por el borde exterior del esternocleidomastoideo y el cartílago cricoides, y tiroideos (foto 2).

El estado de inconsciencia se determina cuando el paciente no presente tono muscular, aplicándole estímulo doloroso y no responda, palidez, piel húmeda y fría o tenga un aspecto de muerto.

La reanimación cardiopulmonar externa es la más simple de las medidas de emergencias inmediatas. De entrada debe practicarse la ventilación, que irá seguida de la compresión cardiaca externa.

Se coloca al paciente en posición supina sobre una superficie dura (foto 3), una modificación para la mujer embarazada es colocarla con inclinación del útero hacia la izquierda, para una perfusión de un 80 % en comparación de la posición supina, utilizando la cuña de reanimación de Cardiff (foto 3.1), se limpia la boca y, con la cabeza en hiperextensión (foto 4), se la ventila (boca a boca, foto 5) con aire espirado. Con una mano, el resucitador pinza la nariz y la usa también para mantener la cabeza en hiperextensión. La otra mano agarra la mandíbula por el borde y empuja hacia arriba y adelante, para abrir al máximo la vía aérea. La boca del resucitador se abre ampliamente, se hace una inspiración profunda, y se aplica la boca a la del paciente, procurando que haya un cierre perfecto. Se insufla luego el aire al interior de la víctima para que el tórax se eleve. El resucitador saca la cabeza y permite que el

aire se exhale pasivamente. Se hacen dos o tres respiraciones lentas, entonces se pasa a practicar la compresión cardiaca externa. La zona tener - hipotenar de la mano se coloca sobre el tercio medio del estemón y la mano contraria se coloca encima de ella (foto 6).

A continuación se utiliza todo el peso del cuerpo del resucitador, codos extendidos, presión perpendicular para comprimir hacia atrás el estemón, de manera que se comprima el corazón contra la columna vertebral. Se deprime el estemón unos cuatro o cinco centímetros, y se mantiene la presión durante medio segundo, para liberarla luego rápidamente. Se aplica luego la presión manteniendo una frecuencia aproximada de ochenta veces por minuto. Debe de volver de nuevo, el resucitador aproximadamente cada quince segundos a practicar una o dos ventilaciones rápidas. La ventilación artificial y la circulación artificial deben ser continuadas hasta que se restaura la espontaneidad de estas funciones.

La efectividad de la circulación de sangre oxigenada se evidencia por la contracción de la pupilas, por el tinte rosado que adquiere la piel y las membranas mucosas y, en ocasiones, por movimientos espontáneos.



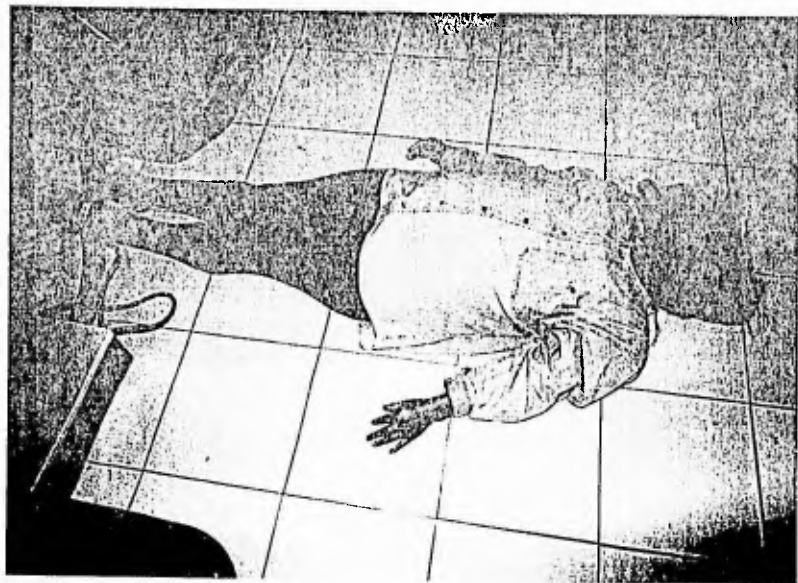
VALORACION DE LA RESPIRACION VER, OIR Y SENTIR.

FOTO 1



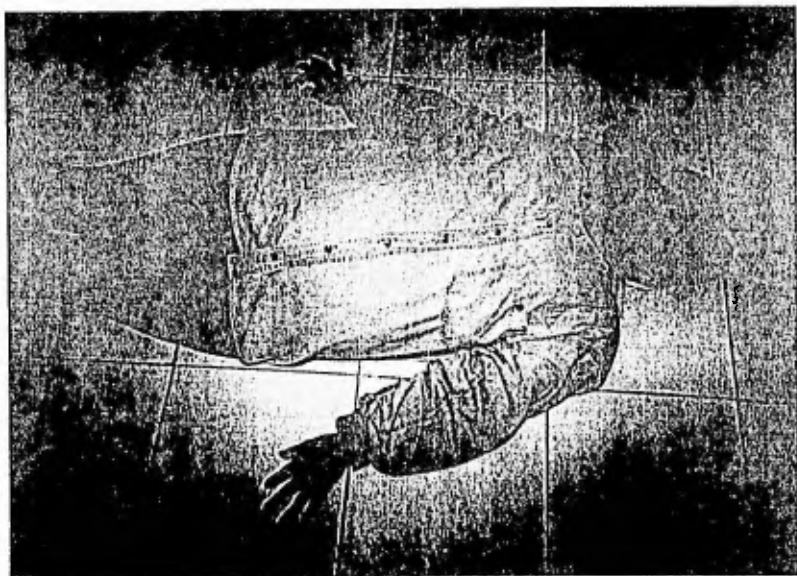
REVISIÓN DEL PULSO

FOTO 2



POSICIÓN SUPINA

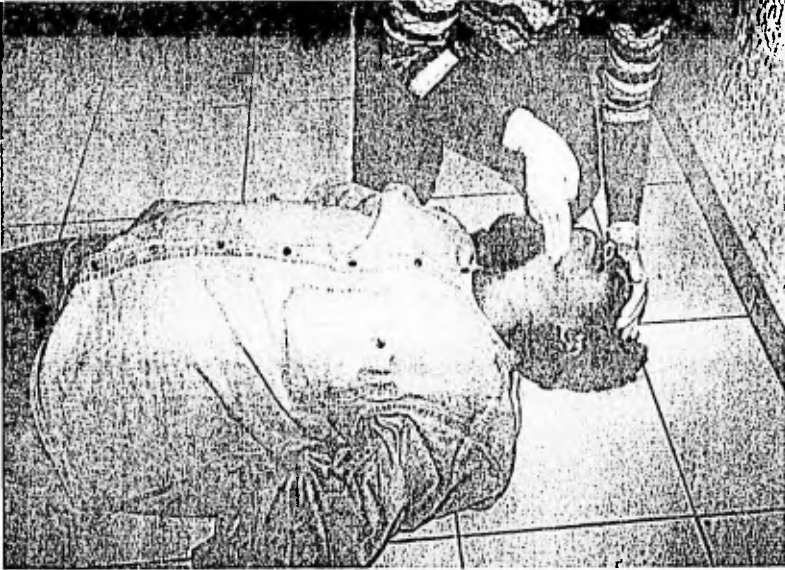
FOTO 3



MODIFICACIÓN DE CARDIFF

FOTO 3.1

EST. TENS. NO. DEFE.
SALA LA BIBLIOTECA



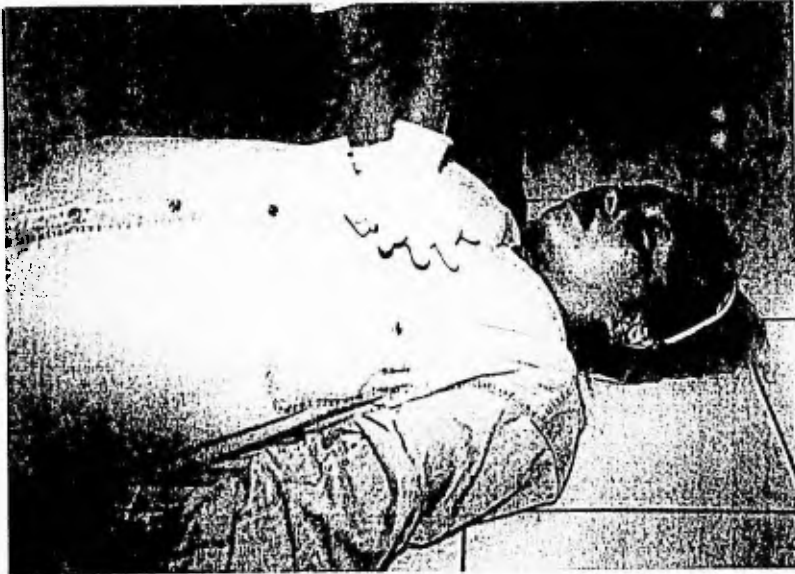
ABERTURAS DE VÍAS AÉREAS

FOTO 4



RESPIRACIÓN DE BOCA A BOCA

FOTO 5



COMPRESIÓN TORÁCICA

FOTO 6



RECUPERACIÓN DE LA CONCIENCIA

FOTO 7

CONCLUSIONES.

Como se ha descrito hasta el momento la atención de la mujer embarazada debe de ser igual a una que no lo esta, ya que el negarle la atención por temor o por ignorancia ya es un mito. El cirujano dentista debe estar preparado para la atención, para ello debe tener conocimientos de la fisiología materno fetal y tomar los cambios más importantes.

Es esencial comprender los cambios normales en el embarazo para comprender la patología. Los cambios que debemos resaltar son: depresión del sistema inmunológico, cambios del sistema respiratorio, digestivo , cardiovascular y en el volumen sanguíneo así como su metabolismo.

La hipertensión grave (preeclampsia) que es común en el embarazo, puede causar hemorragias intracerebrales, insuficiencia renal aguda , insuficiencia cardiaca , arritmias ventriculares, que pueden causarnos el paro cardiaco.

Cuando se llega al paro cardiopulmonar, lo cual es raro, el trastorno de la supervivencia de madre y feto depende de la intervención oportuna.

El método de la reanimación cardiopulmonar que se aplica en este caso es igual al que se hace a una persona no embarazada, pero con cierta consideración vital como lo es el efecto del útero grávido sobre la compresión vascular y el gasto cardiaco. El útero se inclina hacia la izquierda durante el RCP, con la cuña de

reanimación de Cardiff , proporcionándonos un 80 % de perfusión ,comparado con la posición supina.

La utilización de fármacos depende de la gravidez de la paciente, ya que no se debe contraindicar ningún medicamento , por que el propósito principal es la reanimación materna.

CITAS BIBLIOGRÁFICA

- 1.- Harrison, TR. Medicina Interna; Madrid, España, Interamericana-McGraunw-Hill, v.II, p.1520, 1994.
- 2.- Frank, HN. Corazón, Colección Ciba de Ilustraciones Médicas, Edit. científicas y técnicas, Salvat, p.56, 1993.

CITAS HEMEROGRÁFICA

- 1.- Gwen, G . Special Resucitation situations. part IV, JAMA, 266(16);p.2299, 1992.
- 2.- Díaz, RM. Educación para la salud dental durante el embarazo. Salud Pública; 31(4); p.530-534; 1986.
- 3.- Ortega, JJ. La estomatología en el paciente comprometido sistémicamente: embarazo y odontología. Práctica Odontológica; 15(11); p.3; 1994.
- 4.- Lurie, KG. Nuevo Método para mejorar el RCP. JAMA; 271(41); p.1405-1411; 1994.
- 5.- Kinsella, SM. Reducing autocaval compresion: how much tilt is enough. BMJ.305;p. 539-540; 1992.
- 6.- Gary, AD. Paro Cardíaco Durante el Embarazo. Clínicas de ginecología y obstetricia, 2; p. 283-293. 1995.