

119
28



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**PREVENCION DE LAS EMERGENCIAS
CARDIOVASCULARES**

T E S I N A

PARA OBTENER EL TITULO DE :
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :
FABIOLA GPE. GUTIERREZ SANCHEZ



CIUDAD UNIVERSITARIA MEXICO, D. F. 1991

**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

	PAG.
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I PREVENCIÓN	
DEFINICIÓN DEL CONCEPTO	3
PREVENCIÓN PRIMARIA, SECUNDARIA Y TERCIARIA.	3
HISTORIA CLINICA	5
DETECCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIACAS	6
SIGNOS VITALES	11
CAPÍTULO II CONTROL DEL ESTRÉS	
EL PODER DEL ESTRÉS	17
PROTOCOLO DE REDUCCIÓN DE ESTRÉS	18
CAPÍTULO III CONTROL DEL DOLOR	
FISIOLOGÍA DEL DOLOR	22
MANEJO ADECUADO DEL DOLOR	25
CAPÍTULO IV MODIFICACIÓN DEL MANEJO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIACAS.	
POSICIÓN DEL PACIENTE	27
PREMEDICACIÓN	27

CUIDADOS ESPECIALES	27
SOPORTE BÁSICO DE LA VIDA DURANTE LA INCONSCIENCIA	29
MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR	33

CAPÍTULO V PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES
CARDIOVASCULARES ESPECÍFICAS

HIPERVENTILACIÓN	35
ARRITMIAS	36
SÍNCOPE DE ORIGEN CARDIACO	37
INSUFICIENCIA CARDIACA	39
ANGINA DE PECHO	42
INFARTO AL MIOCARDIO	45
PARO CARDIACO	47

CAPÍTULO VI HIPNOSIS Y ACUPUNTURA
EN ODONTOLOGIA

HIPNOSIS	
ANTECEDENTES HISTORICOS	49
CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE LA HIPNOSIS	50
ACUPUNTURA	
HISTORIA DE LA ACUPUNTURA	55
TÉCNICA	57
CONCLUSIONES	59
BIBLIOGRAFÍA.	62

I N T R O D U C C I O N

LAS EMERGENCIAS QUE OCURREN EN EL CONSULTORIO DENTAL AUNQUE SON POCAS OCURREN, POR LO CUAL, LO MEJOR ES ESTAR PREVENIDOS PARA ASISTIRLAS. DE ENTRE TODAS LAS EMERGENCIAS, LAS DE TIPO CARDIOVASCULAR QUE OCUPAN ALTOS NIVELES DE FRECUENCIA SON: -- HIPERVENTILACIÓN, ANGINA DE PECHO, INFARTO AL MIOCARDIO Y PARO CARDIACO.

DEBEMOS PENSAR TAMBIÉN QUE NO SOLO OCURREN EN EL PACIENTE QUE SE VA A ATENDER Y EN EL MOMENTO DEL TRATAMIENTO, SINO QUE PUEDEN OCURRIR EN EL PERSONAL, ACOMPAÑANTES, ETC, Y EN LA SALA DE ESPERA - ANTES O DESPUÉS DEL TRATAMIENTO.

LOS FACTORES QUE LAS DESENCADENAN SON MUY VARIADOS Y CADA VEZ SE AGREGAN NUEVOS A LA LISTA; ÉSTOS PUEDEN SER PREDISPONENTES COMO LA OBESIDAD, -- HIPERTENSIÓN, EL HÁBITO DE FUMAR ENTRE OTROS Y, -- CUANDO LA ENFERMEDAD YA EXISTE CON EL ESTRÉS, POSICIÓN SUPINA, ADMINISTRACIÓN DE VASOCONTRACTORES, - SUSPENSIÓN DEL MEDICAMENTO TERAPEÚTICO ETC...

LA PREVENCIÓN ES EL FACTOR MAS IMPORTANTE PARA LA ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS, YA QUE CON ÉSTA SE EVITA SU LLEGADA.

EL ARMA MÁS IMPORTANTE CON LA QUE SE CUENTA, - ES LA REALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA, LA CUAL DEBE CONTENER SATISFACTORIAMENTE LOS SÍNTOMAS QUE-

INDIQUEN ENFERMEDAD O EN SU CASO, LA EVOLUCIÓN DE ÉSTA PARA ANTICIPAR LOS RIESGOS Y DE ÉSTA MANERA-TOMAR LAS MEDIDAS NECESARIAS.

EL DEBER DEL CIRUJANO DENTISTA, SERÁ EL DE - RECONOCER LOS ESTADOS DE RIESGO, SABER LAS MEDIDAS QUE SE DEBEN TOMAR PARA EL TRATAMIENTO DENTAL Y SABER LOS PASOS A SEGUIR EN CASO DE EMERGENCIA-COMO SON: LA VENTILACIÓN ARTIFICIAL Y LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR.

EL MANEJO ADECUADO DEL ESTRÉS Y DEL DOLOR ES DE SUMA IMPORTANCIA YA QUE POR ESTOS FACTORES - OCURREN MUCHAS EMERGENCIAS.

EL CONOCIMIENTO DE OTRAS OPCIONES TERAPÉUTICAS COMO LA HIPNOSIS Y LA ACUPUNTURA RESULTAN SER DE MUCHA AYUDA, YA QUE TODOS LOS CAMINOS TOMADOS-DIRIGIDOS A EVITAR UNA EMERGENCIA SE TRADUCIRÁN - EN CONSERVACIÓN DE LA VIDA DEL PACIENTE.

CAPITULO I

PREVENCIÓN

P R E V E N C I O N

LA PREVENCIÓN SE DEFINE COMO LA PREPARACIÓN Y DISPOSICIÓN QUE SE HACE ANTICIPADAMENTE PARA EVITAR UN RIESGO O PARA EJECUTAR UNA COSA; PROVISIÓN DE ALGO PARA UN FIN. MEDICAMENTE LA PREVENCIÓN CONSISTE EN TODOS LOS ESFUERZOS POR PONER BARRERA AL AVANCE O LLEGADA DE LA ENFERMEDAD EN TODOS Y CADA UNO DE SUS ESTADIOS.

LA ENFERMEDAD SEGÚN LEAVELL Y CLARK SE COMPONE DE 3 PARTES PRINCIPALES:

- 1.- ESTADIO PRECLÍNICO.- PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD SIN EVIDENCIA DE SUS SIGNOS.
- 2.- ESTADIO PATÓGENO.- SIGNOS CLÍNICOS EVIDENTES.
- 3.- ESTADIO FINAL.- RELACIONADO CON LA DISCAPACIDAD O LA MUERTE.

LA PREVENCIÓN ASÍ COMO LA ENFERMEDAD, SE DIVIDE EN DISTINTOS PERIODOS: LA PREVENCIÓN PRIMARIA, SECUNDARIA Y TERCIAIA.

PREVENCIÓN PRIMARIA.

1ER. NIVEL. ACTÚA SOBRE EL ESTADIO PRECLÍNICO DE LA ENFERMEDAD, NO ES ESPECÍFICO, ES DECIR, NO

ESTÁ DIRIGIDO A LA PREVENCIÓN DE ALGUNA ENFERMEDAD E INCLUYE TODAS LAS MEDIDAS QUE TIENEN POR OBJETO MEJORAR LA SALUD GENERAL DEL INDIVIDUO. EJ: NUTRICIÓN BALANCEADA, CONDICIONES DE TRABAJO ADECUADAS, DESCANSO Y RECREACIÓN.

2o. NIVEL. PROTECCIÓN ESPECÍFICA.

CONSTA DE MEDIDAS PARA PREVENIR LA APARICIÓN O LA RECURRENCIA DE ENFERMEDADES ESPECÍFICAS. EJ: VACUNAS Y FLUORACIÓN DEL AGUA.

PREVENCIÓN SECUNDARIA.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TEMPRANOS.- COMO SU NOMBRE LO DICE, COMPRENDE LA PREVENCIÓN SECUNDARIA: EN LA ACTUALIDAD ES EL NIVEL MAS APROPIADO PARA INICIAR UN TRATAMIENTO. EJ: TOMA DE LA PRESIÓN ARTERIAL PARA DETECCIÓN DE HIPERTENSIÓN, -- PRUEBA DE LA GLUCOSA.

PREVENCIÓN TERCIARIA

INCLUYE MEDIDAS QUE TIENEN POR OBJETO LIMITAR EL GRADO DE DAÑO PRODUCIDO POR LA ENFERMEDAD. DESPUÉS DE ESTO SE INCLUYE LA REHABILITACIÓN COMO EL CUARTO Y QUINTO NIVELES DE PREVENCIÓN.

LA PRINCIPAL PREOCUPACIÓN DE LA PREVENCIÓN, ES EL INDIVIDUO COMO UN SER TOTAL, LA ENFERMEDAD O EL ÓRGANO AFECTADO REPRESENTA UN PAPEL SECUNDARIO.

EL ENFOQUE DE LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES

DES CARDIOVASCULARES SERÁ EL DE EVITAR LOS FACTORES QUE ENCADENAN DICHAS ENFERMEDADES.

SE CALCULA QUE DE TODOS LOS PACIENTES ATENDIDOS, APROXIMADAMENTE EL 90% DE LAS SITUACIONES QUE PONEN EN PELIGRO LA VIDA, PUEDEN SER PREVENIDAS. EL 10% RESTANTE OCURRIRÁ A PESAR DE TODAS LAS MEDIDAS-TOMADAS, POR LO QUE ES NECESARIO CONOCERLAS Y ESTAR PREPARADOS PARA CUANDO SUCEDAN.

HISTORIA CLINICA

ANTES DE OFRECER SERVICIOS DENTALES A CUALQUIER PACIENTE, ES NECESARIO VALORAR EL ESTADO DE SU SALUD EN GENERAL, PARA SUMINISTRAR UN TRATAMIENTO SEGURO ACORDE CON SUS REQUERIMIENTOS.

LA HISTORIA CLÍNICA NOS AYUDARÁ A EVITAR URGENCIAS MÉDICAS Y A IDENTIFICAR PRECAUCIONES QUE SE DEBEN ADVERTIR. PARA RECABAR LA INFORMACIÓN SE UTILIZA EL CUESTIONARIO EL CUAL SE DETERMINA EN GRAN MEDIDA POR LA CAPACIDAD DEL PROFESIONAL PARA COMUNICARSE. LA INFORMACIÓN QUE DE ESTO SE OBTENGA, ES A MENUDO LA PRIMERA PISTA PARA RECONOCER TRASTORNOS CARDIOVASCULARES ESPECÍFICOS. EN ALGUNOS CASOS BASTARÁN SOLO LOS ANTECEDENTES QUE DETERMINAN LA CAPACIDAD FUNCIONAL DEL PACIENTE O EL GRADO EN QUE EL TRASTORNO LIMITA SUS ACTIVIDADES Y SU FORMA DE VIDA.

POR LOS ANTECEDENTES SE PUEDEN DEDUCIR, TRASTORNOS O HÁBITOS CONCOMITANTES COMO ESTRÉS O CONSU-

MO DE CIGARRILLOS, QUE PUEDEN AFECTAR O PONER EN PELIGRO LA FUNCIÓN CARDIOVASCULAR.

LA HISTORIA MÉDICA COMPRENDE 3 PARTES PRINCIPALES:

- 1.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN
- 2.- ESTADO DE SALUD ACTUAL
- 3.- DATOS HISTÓRICOS DE LA SALUD.

LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN COMPRENDE LOS DATOS PERSONALES DEL PACIENTE.

EL ESTADO DE SALUD ACTUAL SERÁ LA CLAVE PARA DETERMINAR EL ESTADO Y CONDICIÓN DEL PACIENTE PARA RECIBIR EL TRATAMIENTO. EN ESTA PARTE SE INCLUYE INSPECCIÓN DEL PACIENTE QUE PUEDE DAR PISTAS DE LA PRESENCIA DE TRASTORNOS SISTÉMICOS, HEREDITARIOS O ADQUIRIDOS COMO FACTORES DE RIESGO PARA ANORMALIDADES CARDIOVASCULARES ESPECÍFICAS.

LOS DATOS HISTÓRICOS REVELAN LA PREDISPOSICIÓN Y CAUSAS DE LOS PADECIMIENTOS.

DETECCION DE ENFERMEDADES CARDIACAS

DENTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA, PUEDE HABER PACIENTES QUE NO NOS REFIERAN ENFERMEDAD CARDIACA PERO QUE, SIN EMBARGO, ESTÉN PREDISPUUESTOS A PADECERLAS O QUE LAS PADEZCAN Y LO IGNOREN POR LA NATURALEZA DE ÉSTAS.

PARA EL PRIMER GRUPO DE PACIENTES, QUE TIENEN PREDISPOSICIÓN A LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES SE DEBERÁN OBSERVAR:

1.- ANTECEDENTES FAMILIARES.

PADECIMIENTO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, -- MUERTES PREMATURAS O SÚBITAS PRINCIPALMENTE.

2.- FACTORES DE RIESGO.

PARA REALIZAR LAS ESTIMACIONES DE RIESGO, SE DEBEN CONSIDERAR MÚLTIPLES FACTORES SIMULTÁNEOS. - ESTOS FACTORES SON:

- LA EDAD COMO FACTOR PREDOMINANTE, YA QUE SE HA OBSERVADO LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES A PARTIR DE LOS 45 AÑOS.

- PACIENTES FUMADORES.

EN ESTOS PACIENTES EL RIESGO DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ES MUY ALTO, POR LO QUE EL ANTECEDENTE DE ÉSTE HÁBITO ES UN INDICADOR DE PRECAUCIÓN. SE HAN ESTUDIADO LOS EFECTOS DEL TABACO Y SE ENCONTRÓ QUE ES UN FACTOR DE RIESGO PODEROSO EN EL DESARROLLO DE LA ATEROESCLEROSIS EN LA AORTA Y EN ARTERIAS PERIFÉRICAS, PRINCIPALMENTE EN HOMBRES JÓVENES, Y EN MUJERES QUE INGEREN A LA VEZ ANTICONCEPTIVOS ORALES.

- OBESIDAD.

- PRESION ARTERIAL ELEVADA.

- INTOLERANCIA A LA GLUCOSA (DIABETES)

- FACTORES PSICOSOCIALES. ANSIEDAD, ESTRÉS, PROBLEMAS, IMPACIENCIA, AGRESIVIDAD, HABLA Y MOVIMIENTOS BRUSCOS Y TENSIÓN.

- DEPORTISTAS CON UNA ACTIVIDAD INTENSA Y MUY - CONSTANTE.

- MUJERES EN LA EDAD DE LA MENOPAUSIA.

- INGESTIÓN DE ALCOHOL

- INGESTIÓN DE CAFEÍNA, YA QUE INDUCE A ARRITMIAS, ENFERMEDAD CORONARIA Y AUMENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL.

ESTOS EFECTOS SE PRODUCEN POR LA ASOCIACIÓN - O ANTAGONISMO DE LA CAFEÍNA CON OTRAS SUSTANCIAS - DEL CUERPO, TALES COMO ADENOSINA, CATECOLAMINAS -- (PRODUCIDA DURANTE EL ESTRÉS), CORTISOL ETC.,

EN CONSUMIDORES CONSTANTES Y DE MUCHO TIEMPO - NO SE PRESENTAN ESTOS EFECTOS CON TANTA FRECUENCIA.

LOS SÍNTOMAS ASOCIADOS CON LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR PUEDEN SER PROVOCADAS POR UNA ENFERMEDAD EXTRACARDIOVASCULAR Y, EN ALGUNAS SITUACIONES DE ENFERMEDAD CARDIACA AVANZADA, LOS SÍNTOMAS SON MÍNIMOS O SE CARECE DE ELLOS. ANTE LOS SÍNTOMAS - OBTENIDOS, EL MÉDICO DEBE COMPRENDER PLENAMENTE -- QUÉ LOS PRODUCE, CUÁNTO DURAN, QUÉ LOS ALIVIA Y CÓMO LIMITAN LA FUNCIÓN DIARIA DEL PACIENTE.

ESTOS SÍNTOMAS SON:

DISNEA SE PRODUCE O EMPEORA CON EL ESFUERZO EN LA CONGESTIÓN PULMONAR SECUNDARIA A INSUFICIENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA. LA DISNEA TAMBIÉN EMPEORA CARACTERÍSTICAMENTE EN POSICIÓN HORIZONTAL. LOS PACIENTES SE PUEDEN DESPERTAR DESPUÉS DE VARIAS HORAS DE SUEÑO POR DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA (DISNEA PARÓXISTICA NOCTURNA), QUE LOS OBLIGA A SENTARSE O PARARSE Y BUSCAR " AIRE FRESCO "; ÉSTAS ES MAS INTENSA Y ALARMANTE QUE LA ORTOPNEA, Y TARDA MAS EN MEJORAR. A VECES LA DISNEA SE PUEDE ACOMPAÑAR DE SIBILANCIAS.

ORTOPNEA SE PRODUCE AL TIEMPO QUE EL PACIENTE TOMA UNA POSICIÓN HORIZONTAL Y LA REFIERE COMO SENSACIÓN DE "ASFIXIA".

FATIGA CUANDO LA FATIGA EXCESIVA ES UN RESULTADO DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, SE LA SUPONE COMO MANIFESTACIÓN DE GASTO CARDIACO INSUFICIENTE Y COMO TAL, SE RELACIONA CON EL ESFUERZO.

EL MÉDICO DEBERÁ ENTONCES CONOCER LOS TIPOS DE INTENSIDAD DE LAS ACTIVIDADES QUE LA PROVOCAN, ASÍ COMO SU PAUTA DE DESARROLLO. LAMENTABLEMENTE LA FATIGA ES UN SÍNTOMA TAMBIÉN DE UNA VARIEDAD DE TRASTORNOS EXTRACARDIACOS Y DE MEDICACIONES.

EDEMA EL CARACTERÍSTICO EDEMA DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES ES COMÚN EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA. EL EDEMA CON ÓVEA DEL TOBILLO Y PORCIÓN DISTAL DE LA PIERNA, -

AFFECTA AMBAS EXTREMIDADES INFERIORES, AUMENTA DE MAGNITUD DURANTE EL DÍA Y DISMINUYE DE NOCHE.

DOLOR TORACICO Es un sintoma común, y se puede deber a trastornos cardiacos, respiratorios, musculoesqueléticos, gastrointestinales, y de otros tipos.

La angina de pecho es el dolor torácico debido a isquemia del miocardio, los pacientes la describen en forma característica como una sensación de opresión, presión o tirantez. Muchos insisten en que no es un verdadero dolor sino una sensación incómoda y desagradable. Se localiza en la región subesternal y de tipo confuso. El dolor comúnmente se irradia al hombro y brazo izquierdo y a la base del cuello y mandíbula. El dolor dura pocos minutos y puede principiarse con la realización de un esfuerzo a una hora temprana, en clima frío o después de las comidas.

El dolor torácico también se puede reportar junto con antecedentes de hipertensión.

PALPITACIONES Y SINCOPE Las palpitaciones indican percepción de los latidos cardiacos y pueden deberse a alteraciones de la frecuencia y el ritmo cardiacos o de la fuerza de contracción; en estos se debe conocer su irregularidad, qué las precipita y si hay síntomas asociados. Se describen como un "latido salteado" a veces se acompañan de un dolor agudo fugaz en la punta del corazón o paroxismos --

LATIENDO EL CORAZÓN " EN LA GARGANTA ". LAS ARRITMIAS PUEDEN ALTERAR EL GASTO CARDIACO Y LA IRRIGACIÓN CEREBRAL Y CAUSAR DEBILIDAD, MAREOS O SÍNCOPE.

LA INVESTIGACIÓN DEL SÍNCOPE DEBE INCLUIR SIEMPRE LA OBSERVACIÓN DE SU RELACIÓN CON EL CAMBIO DE POSICIÓN, YA QUE EL SÍNCOPE DE ORIGEN CARDIACO OCURRE BRUSCAMENTE EN CUALQUIER POSICIÓN Y ES DE RÁPIDA RECUPERACIÓN.

MAREOS EPISTAXIS Y CEFALÉAS CUANDO ESTAS SUCEDEN MUY A MENUDO, SE INVESTIGARÁ SU CAUSA, YA QUE VAN MUY RELACIONADAS CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

MEDICACION SE DEBERÁ TOMAR ATENCIÓN A LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE INGIERA, YA QUE PUEDE ESTAR TOMANDO DIURÉTICOS, DIGITÁLICOS, ANTICOAGULANTES O NITROGLICERINA, LOS QUE SE ADMINISTRAN EN ENFERMEDADES CARDIACAS.

SIGNOS VITALES.

HAY 4 SIGNOS VITALES:

- PRESIÓN SANGUÍNEA
- FRECUENCIA CARDIACA
(PULSO)
- FRECUENCIA RESPIRATORIA.
- TEMPERATURA

PARA EL MANEJO BÁSICO DE LAS EMERGENCIAS HAY PASOS ESPECÍFICOS A SEGUIRSE, Y ENTRE ELLOS IMPORTAN EL REGISTRO DE LA PRESIÓN SANGUÍNEA, EL RITMO

CARDIACO Y LA FRECUENCIA RESPIRATORIA.

PRESION SANGUINEA

EL REGISTRO DE LA PRESIÓN ARTERIAL DISMINUIRÁ - EFECTIVAMENTE LA OCURRENCIA DE COMPLICACIONES AGUDAS POR HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

LA PRESIÓN ARTERIAL INDICA EL ESTADO DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR EN UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA. SIN EMBARGO, SE DEBE TENER UN VALOR PREVIO DEL PACIENTE, QUE SIRVA DE PARÁMETRO DE COMPARACIÓN. LA PRESIÓN ARTERIAL EN LAS SITUACIONES DE EMERGENCIA ES UN FACTOR IMPORTANTE PARA LA TOMA DE DECISIONES. SU AUSENCIA ES UN INDICADOR PARA INICIAR LA RESUCITACIÓN CARDIO-PULMONAR.

LAS CONSIDERACIONES PARA EL TRATAMIENTO DENTAL- EN RELACIÓN A LA PRESIÓN ARTERIAL SON:

PRESION SANGUINEA	CLASIFICACION DEL ESTADO	CONSIDERACIONES PARA TX DENTAL
120/90	0	PACIENTE SANO, REALIZA CUAL-QUIER PROCEDIMIENTO.
140/90	1	PROCEDIMIENTOS-DE RUTINA. MEDIR LA CADA 6 MESES
140-160 y/o 90-95	2	MEDIR P/A POR CITAS CONSECUTIVAS, REALIZAR INTERCONSULTAS SI TODAS EXCEDEN ESTOS VALORES.

PROCEDIMIENTOS
DE RUTINA,
APLICAR PROTO-
COLO DE REDUC-
CIÓN DE ESTRÉS.

160-200 y/o 95/115 3

REPETIR MEDIDA
DE P/A EN 5' -
REALIZAR INTER
CONSULTA. PRO-
CEDIMIENTOS DE
RUTINA. APLI--
CAR PROTOCOLO-
DE REDUCCIÓN -
ESTRÉS.

200 y/o 115 4

REPETIR MEDIDA
EN 5'
CONSULTA MÉDI-
CA INMEDIATA -
NO REALIZAR --
NINGÚN TRATA--
MIENTO DENTAL--
DE CUALQUIER -
TIPO HASTA CO-
RREGIR LA HIPER
TENSION ARTE--
RIAL,
SI REQUIERE TX
DENTAL INMEDI
TO, SE REFIERE
AL HOSPITAL.

RITMO CARDIACO

TÉCNICA: LA FRECUENCIA DEL PULSO O RITMO CARDIACO-
SE DEBE MEDIR EN CUALQUIER ARTERIA ACCESIBLE, ESTO -
REGULARMENTE SE HACE EN LA ARTERIA BRANQUIAL, LOCALI-
ZADA EN LA PARTE MEDIA DE PLIEGUE DEL CODO Y LA RA--
DIA, EN LA PARTE RADIAL Y EXTERNA DE LA MUÑECA, TAM-
BIÉN SE PUEDEN UTILIZAR LAS ARTERIAS CARÓTIDAS (PAL-
PADA EN LOS CASOS DE EMERGENCIA) Y LA FEMORAL.

LINEAMIENTOS DE EVALUACIÓN: MIENTRAS SE TOMA EL PULSO SE DEBE TOMAR EN CUENTA,

- 1.- LA FRECUENCIA CARDIACA (LATIDOS POR MINUTO)
- 2.- EL RITMO DEL CORAZÓN (REGULAR O IRREGULAR)
- 3.- CALIDAD DEL PULSO (DÉBIL, FILIFORME)

LA NORMA DE LA FRECUENCIA CARDIACA EN UN ADULTO- EN REPOSO FRUCTÚA ENTRE 60 Y 100 LATIDOS POR MINUTO: EN UN ATLETA, LA FRECUENCIA CARDIACA SERÁ EN PROMEDIO DE 50 Y MAYOR DE 100 EN UN INDIVIDUO APRENSIVO.

EN PRESENCIA DE PATOLOGÍA CLÍNICA, LA FRECUENCIA CARDIACA PUEDE DISMINUIR (BRADICARDIA) O AUMENTAR, - (TAQUICARDIA). SE SUGIERE EVALUAR LAS FRECUENCIAS - MENORES DE 60 O MAYORES DE 110 LATIDOS POR MINUTO.

FRECUENCIA RESPIRATORIA

TÉCNICA: LA MEDICIÓN DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA - SE DEBE HACER MUY DISCRETAMENTE, PORQUE SI EL PACIENTE SE DÁ CUENTA QUE SE REALIZA ESTE REGISTRO, NO RESPIRARÁ NORMALMENTE. PARECERÁ QUE SE TOMA LA FRECUENCIA CARDIACA PERO AHORA SE CONTARÁN LAS RESPIRACIONES OBSERVANDO EL LEVANTAMIENTO COMPLETO DEL TÓRAX DURANTE UN MINUTO. ADEMÁS SE OBSERVA LA PROFUNDIDAD DE LOS CICLOS RESPIRATORIOS Y LA SIMETRÍA DE MOVIMIENTOS.

LINEAMIENTOS PARA LA EVALUACIÓN CLÍNICA: LA FRECUENCIA RESPIRATORIA NORMAL EN UN ADULTO ES DE 16 A - 18 RESPIRACIONES POR MINUTO. LA BRADIPNEA (RESPIRACIÓN LENTA) SE PUEDE PRODUCIR POR UNA SOBREDOSIS DE DROGA. LA TAQUIPNEA (RESPIRACIÓN MUY RÁPIDA) SE -- PRESENTA EN PERSONAS CON FIEBRE Y ALCALOSIS.

LA ALTERACIÓN DE LA RESPIRACIÓN MÁS COMUNENTE - OBSERVADA DURANTE LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA, ES LA - - HIPERVENTILACIÓN, QUE ES UN AUMENTO ANORMAL DE LA FRECUENCIA Y LA PROFUNDIDAD RESPIRATORIAS, CAUSADAS MAYOR MENTE POR UN ESTRÉS PSICOLÓGICO EXTREMO.

CUALQUIER VARIACIÓN SIGNIFICATIVA DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA, DEBE EVALUARSE ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO DENTAL. LA AUSENCIA DE RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA, ES UNA INDICACIÓN PARA EMPEZAR A DAR RESPIRACIÓN ARTIFICIAL.

TEMPERATURA

EL REGISTRO DE LA TEMPERATURA ES OPCIONAL. ÉSTASE DEBE TOMAR EN LA BOCA, COLOCÁNDO EL TERMOMÉTRRO DEBAJO DE LA LENGUA: EL PACIENTE NO DEBE COMER, FUMAR - NI TOMAR NADA EN LOS 10 MINUTOS PREVIOS A LA MEDICIÓN.

LA TEMPERATURA BUCAL "NORMAL" DE 37°C ES SOLO - UN PROMEDIO, LA TEMPERATURA VERDADERA, FLUCTÚA ENTRE 36.1 - 37.5°C. ESTA VARÍA DE 0.5 - 2°C DURANTE EL DÍA. EN LA MAÑANA SE REGISTRA LA TEMPERATURA MÁS BAJA Y LA MÁS ALTA SE REGISTRA DESPUÉS DEL MEDIODÍA. -- LAS TEMPERATURAS MAYORES DE 37.5°C REPRESENTAN FIEBRE. LAS SUPERIORES A 38.3°C INDICAN ENFERMEDAD ACTIVA Y EXIGE ANTES DE EFECTUAR UN TRATAMIENTO DENTAL, - LA AVERIGUACIÓN DE LA CAUSA.

SI LA TEMPERATURA DEL PACIENTE ES DE 40°C O MAYOR, SE DEBE CONSULTAR AL MÉDICO Y ESTÁ CONTRAINDICADO EL TRATAMIENTO DENTAL.

EN EL CASO EN QUE LA TEMPERATURA ESTÉ DISMINUI
DA TAMPOCO DEBERÁ REALIZARSE EL TX DENTAL, ESTOS CA
SOS SE DEBEN REMITIR AL MÉDICO.

CAPITULO II

CONTROL DEL ESTRES

EL PODER DEL ESTRÉS.

EL ESTRÉS EMOCIONAL PROLONGADO PUEDE UNIR LA BRECHA ENTRE LA PREDISPOSICIÓN GENÉTICA Y LA EVOLUCIÓN DE LA CARDIOPATÍA CORONARIA.

EL ESTRÉS PRODUCE LIBERACIÓN DE CATECOLAMINAS, CON LO QUE SE DARÁN ELEVACIONES SÚBITAS DE LA PRESIÓN SANGUÍNEA, ARRITMIAS PELIGROSAS, AUMENTO DE LOS REQUERIMIENTOS DE OXÍGENO DEL CORAZÓN Y NECROSIS MIOCÁRDICA DIFUSA.

EN UN PACIENTE CARDIACO, EL ESTRÉS PRODUCE UNA LIBERACIÓN AUMENTADA DE CATECOLAMINAS COMPARADAS CON SUJETOS NORMALES.

EL ESTRÉS Y EL COLESTEROL, PARECEN SER DEPENDIENTES UNO DEL OTRO. EN ESTA CONEXIÓN, SE HA ENFATIZADO MUCHAS VECES QUE UNA DIETA CON ABUNDANCIA DE GRASAS Y UNA VIDA LLENA DE ESTRÉS REPRESENTAN UNA COMBINACIÓN EXCEPCIONALMENTE LETAL, Y ESTO ES MAS CIERTO EN AQUELLOS PACIENTES QUE CARECEN DE LA DOTACIÓN GENÉTICA PARA MANEJAR EL ESTRÉS.

MANEJO PRIMARIO DEL ESTRES

ESTE SE REALIZA COMO PREVENCIÓN PARA SU APARICIÓN O COMO MEDIDAS PARA PACIGUAR SUS SÍNTOMAS, SE MANEJA COMO MÉTODO PROFILÁCTICO EN LA VIDA DEL PACIENTE, ESTAS MEDIDAS SON:

- TERAPIAS DE RELAJACIÓN.
- PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO.

- MEDITACIÓN.
- HIPNÓISIS.
- REGULACIÓN DIETÉTICA.

PROTOCOLO DE REDUCCION DE ESTRES

EN ESTE PUNTO, YA SE HA DETERMINADO EL ESTADO FÍSICO DEL PACIENTE.

EL ESTRÉS PUEDE SER DE NATURALEZA PSICOLÓGICA (MIEDO, ANSIEDAD), O FÍSICA (DOLOR, EJERCICIOS); ÉSTE INCREMENTA EL TRABAJO DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR, Y EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR PUEDE PRECIPITAR UNA COMPLICACIÓN AGUDA COMO ANGINA DE PECHO, INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, EDEMA PULMONAR AGUDO, ACCIDENTE CEREBROVASCULAR O MUERTE SÚBITA.

PARA UN PACIENTE " NORMAL Y SALUDABLE ", EL ESTRÉS PUEDE PROVOCAR UN ESTADO PSICOLÓGICO, CUYO ENLACE SEA UNA URGENCIA COMO EL SÍNCOPE VASODEPRESIVO O EL SÍNDROME DE HIPERVENTILACIÓN.

EL PROTOCOLO DE REDUCCIÓN DE ESTRÉS ES UNA SERIE DE PROCEDIMIENTOS, QUE CUANDO SON UTILIZADOS EN FORMA INDIVIDUAL O COLECTIVA DISMINUYEN EL RIESGO QUE REPRESENTA EL PACIENTE DENTAL.

- 1.- RECONOCER EL ESTADO DE ANSIEDAD.
- 2.- MEDICACIÓN UNA NOCHE ANTES DEL TRATAMIENTO.
- 3.- MEDICACIÓN 60 MINUTOS ANTES DEL TRATAMIENTO.

- 4.- CITAS PROGRAMADAS EN LAS MAÑANAS.
- 5.- DISMINUIR EL TIEMPO DE ESPERA.
- 6.- PSICOSEDACIÓN DURANTE EL TRATAMIENTO.
- 7.- CONTROL ADECUADO DEL DOLOR.
- 8.- TIEMPO VARIABLE DE LAS CITAS.
- 9.- CONTROL DEL DOLOR Y ANSIEDAD POSOPERATORIA.

ALGUNAS DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL PACIENTE CON ESTRÉS SON UNA REACCIÓN MUY AUMENTADA A LOS ESTÍMULOS DOLOROSOS.

1.- PARA RECONOCER LA ANSIEDAD EN EL PACIENTE, SE LE DEBERÁ OBSERVAR Y LA COMUNICACIÓN VERBAL TAMBIÉN PUEDE AYUDARNOS A DESCUBRIRLA. HA HABIDO INTERROGATORIOS PARA DETECTAR LA PRESENCIA DE ANSIEDAD, (UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA POR CORAH) PERO EN NUESTRO PAÍS TODAVÍA NO SE UTILIZAN CON AMPLITUD.

2.- MEDICACIÓN PRETRATAMIENTO. PRIMERO SE RECOMIENDA QUE EL PACIENTE DESCANSE Y DUERMA BIEN. SE LE ADMINISTRARÁ ENTONCES UN:

- IRANQUILIZANTE COMO DIACEPAM (VALIUM) Ó
- UN SEDATIVO HIPNÓTICO COMO FLUORACEPAM (DALMANE). ESTOS SE ADMINISTRARÁN UNA NOCHE ANTES Y/O 60 MINUTOS ANTES DEL TRATAMIENTO.

4.- CON LA CITA PROGRAMADA EN LA MAÑANA SE LE DA MENOS TIEMPO AL PACIENTE PARA PREOCUPARSE.

5.- DISMINUIR EL TIEMPO DE ESPERA.

NO SE LE HARÁ ESPERAR MAS DE 5-10 MINUTOS, YA QUE EL ESTAR SENTADO LE PERMITIRÁ OLER CIERTOS - PRODUCTOS, OÍR DETERMINADOS RUIDOS E IMAGINAR " COSAS HORRIBLES ". (LAS ESTADÍSTICAS MENCIONAN UN NÚMERO SIGNIFICATIVO DE MUERTES EN LA SALA DE ESPERA).

6.- UN GRAN NÚMERO DE TÉCNICAS DIFERENTES A LA SEDACIÓN COMO LA HIPNOSIS Y LA IATROSEDACIÓN, HAN - TENIDO ÉXITO EN LA DISMINUCIÓN DEL ESTRÉS. SUS ME--TAS SON ELIMINAR O DISMINUIR EL ESTRÉS EN UN PACIEN--TE CONSCIENTE SIN QUE ESTO SIGNIFIQUE UN RIESGO --ADICIONAL.

7.- EL CONTROL DEL DOLOR, ES MAS IMPORTANTE EN EL PACIENTE CON RIESGO MÉDICO (CARDIACO) QUE EN - UNO SANO, EN EL SUJETO ANSIOSO, EN EL QUE NO SE HA CONTROLADO EFECTIVAMENTE EL DOLOR, PODRÁ TAMBIÉN --USARSE LA PSICOSEDACIÓN.

EN ESTO ES IMPORTANTE USAR UNA BUENA TÉCNICA - DE ANESTESIA.

8.- LA DURACIÓN DE LA CITA EN LOS PACIENTES AN--SIOSOS O QUE TIENEN UN RIESGO MÉDICO, ES MUY IMPOR--TANTE. ESTA SERÁ LO MAS BREVE POSIBLE DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE PERO, NUNCA SOBREPASA--RÁ A UNA HORA.

9.- EL CONTROL DEL DOLOR Y ANSIEDAD POSOPERATO--RIO, ES DE RELEVANTE IMPORTANCIA EN PACIENTES QUE - HAN SIDO SOMETIDOS A TRATAMIENTOS COMO ENDODONCIA,- CIRUGÍA BUCAL O PARODONTAL, RECONSTRUCCIÓN DENTAL,- ETC...

SE DEBERÁN TENER EN CUENTA LAS COMPLICACIONES-
QUE PUEDEN SUSCITARSE EN LAS PRIMERAS 24 HORAS POS-
TERIORES Y PLANTEÁRSELAS AL PACIENTE PARA QUE ÉL --
PUEDA TOMAR ALGUNAS MEDIDAS.

CUANDO ESTÉ INDICADO, SE DEBEN CUMPLIR LOS SI-
GUIENTES PUNTOS:

- 1.- PODER LOCALIZAR AL MÉDICO FÁCILMENTE POR TELÉ-
FONO LAS 24 HORAS.
- 2.- PRESCRIBIR ANALGÉSICOS
- 3.- PRESCRIBIR ANTIBIÓTICOS
- 4.- SI EL PACIENTE LO NECESITARA, SE PRESCRIBEN -
AGENTES PARA CONTRARRESTAR LA ANSIEDAD.
- 5.- ADMINISTRAR RELAJANTES MUSCULARES DESPUÉS DE -
PROCEDIMIENTOS PROLONGADOS.

CAPITULO 111

CONTROL DEL DOLOR

CONTROL DEL DOLOR

SE LE DEFINE AL DOLOR COMO UNA EXPERIENCIA EMOCIONAL Y SENSORIAL MOLESTA, ASOCIADA CON UN DAÑO POTENCIAL O REAL DE LOS TEJIDOS.

SE PRODUCE POR ESTIMULACIÓN DE TERMINACIONES NERVIOSAS ESPECIALIZADAS Y SIRVE COMO MECANISMO PROTECTOR EN CUANTO A QUE INDUCE AL QUE LO SUFRE A SUPRIMIR O BUSCAR SU ORIGEN.

FISIOLOGIA DEL DOLOR.

LOS ESTÍMULOS PROCEDENTES DE LOS TEJIDOS PERIFÉRICOS, ALCANZAN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL A TRAVÉS DE DELGADAS FIBRAS AFERENTES MIELÍNICAS (FIBRAS A - δ), O NO MIELÍNICAS (C). ESTAS FIBRAS SON TERMINACIONES PERIFÉRICAS DE LOS NERVIOS SENSORIALES, LLAMADOS RECEPTORES, CARACTERIZADOS POR SU CAPACIDAD PARA ACTUAR COMO TRANSFORMADORES DE DIFERENTES TIPOS DE ENERGÍA EN IMPULSOS NERVIOSOS.

A LOS RECEPTORES QUE RESPONDEN A ESTÍMULOS NOCIVOS, SE LES LLAMA NOCICEPTORES Y SON LAS TERMINALES DE LAS FIBRAS A O C, QUE AL SER ESTIMULADOS, DAN COMO RESULTADO UNA SENSACIÓN DOLOROSA AGUDA. ESTA RESPUESTA DECRECE CON LA ESTIMULACIÓN CONTINUADA ("ADAPTACIÓN").

LOS NOCICEPTORES CONECTADOS A LAS FIBRA C, DAN ORIGEN A UNA SENSACIÓN DESAGRADABLE, MAL LOCALIZADA Y DIFUSA, CARECE DE ADAPTACIÓN Y SIRVE PARA INFORMAR AL ORGANISMO QUE DEBE PROTEGER EL TEJIDO DAÑADO DE TENSIONES ULTERIORES.

LOS IMPULSOS NERVIOSOS INDUCIDOS POR ESTÍMULOS-
NOCIVOS, ALCANZAN EL ASTA POSTERIOR DE LA MÉDULA ES-
PINAL (EXCEPTO EN LA ZONA DEL TRIGÉMINO), LUEGO AL-
CANZAN EL TÁLAMO, REGULARMENTE POR LA VÍA ESPINOTALÁ-
MICA EN LA PARTE CONTRALATERAL DE LA MÉDULA ESPINAL,
Y A CONTINUACIÓN LLEGAN HASTA LA CORTEZA CEREBRAL.
REACCIONES A LOS ESTIMULOS NOCIVOS.

EN SU VÍA HACIA EL TÁLAMO, LAS FIBRAS NERVIOSAS
DE LOS FASCÍCULOS ESPINALES, SE ENTRECONECTAN PARA -
ACTIVAR LAS NEURONAS EN LAS FORMACIONES RETICULARES
DEL TALLO CEREBRAL. LAS TERMINACIONES DE ALGUNAS DE
ESTAS NEURONAS SE ENCUENTRAN EN EL SISTEMA LÍMBICO -
QUE PROBABLEMENTE ES RESPONSABLE DE LAS REACCIONES -
EMOCIONALES A LOS ESTÍMULOS NOCIVOS. ÉSTAS REACCIO-
NES SE INFLUENCIAN POR PROCESOS COGNITIVOS COMO VALO-
RES CULTURALES, ANSIEDAD Y EXPERIENCIAS PREVIAS. EL-
SUSTRATO MORFOLÓGICO DE LAS ACTIVIDADES COGNITIVAS,-
ES LA CORTEZA CEREBRAL. LOS PROCESOS EMOCIONALES SE
EFECTÚAN A TRAVÉS DE LOS FASCÍCULOS DE FIBRAS NERVIO-
SAS QUE CONECTAN A LA CORTEZA CEREBRAL CON LA FORMA-
CIÓN RETICULAR. LAS FIBRAS NERVIOSAS QUE SE APROXI-
MAN AL TÁLAMO, LLEVAN LOS ESTÍMULOS AL HIPOTÁLAMO. -
LAS REACCIONES TÍPICAS AUTONÓMICAS AL DOLOR SON:

CAMBIOS DEL RITMO CARDIACO
CAMBIOS DEL RITMO RESPIRATORIO
REFLEJOS CUTÁNEOS GALVÁNICOS
TENSIÓN MUSCULAR.

CONTROL ENDOGENO DEL DOLOR

DE ACUERDO CON LA TEORÍA DEL CONTROL DE COMPUER-
TA DE MELZACK Y WALL, LA CAPACIDAD DE LAS FIBRAS NER-

VIOSAS PERIFÉRICAS PARA TRANSMITIR ESTÍMULOS NOCIVOS AL TÁLAMO Y A LA CÓRTEZA, DEPENDE DE CIERTAS ACTIVIDADES DEL SNC EN SUS DIFERENTES NIVELES. POR EJEMPLO: LAS FIBRAS DESCENTES DE LA CORTEZA, PUEDEN AMPLIFICAR O BLOQUEAR LAS SEÑALES NOCIVAS, EN CIRCUNSTANCIAS DE PÁNICO, CIERRAN LA COMPUERTA BLOQUEANDO LAS SEÑALES - O POR EL CONTRARIO, EN CIRCUNSTANCIAS DE ANSIEDAD LABRE CAUSANDO UNA SENSACIÓN DOLOROSA MUY FUERTE. LA - COMPUERTA, TAMBIÉN SE CONTROLA POR HACES DESCENDENTES EN NIVELES MAS BAJOS DEL SNC (SUSTANCIA GRIS PARACUEDUCTAL) OTRA EN LA PARED DEL III VENTRÍCULO, Y EN LA ESTRUCTURA ALREDEDOR DEL ACUEDUCTO ENTRE EL III Y IV VENTRÍCULO (SUSTANCIA GRIS PERIVENTRICULAR).

LOS RECEPTORES DE ESTA ESTRUCTURA SON ESTIMULADOS POR OPIÁCEOS ENDÓGENOS (ENDORFINAS), Y PUEDEN CONSTITUIR LAS VÍAS DESCENDENTES RELACIONADAS CON EL CIERRE DE LA COMPUERTA.

LAS GRUESAS FIBRAS NERVIOSAS MIELÍNICAS, DE LA PERIFERIA CIERRAN LA COMPUERTA TOTAL O PARCIALMENTE - POR ESTIMULACIÓN DE CIERTOS RECEPTORES DE BAJO UMBRAL COMO MECANORECEPTORES CUTÁNEOS SUSCEPTIBLES A LA - - CORRIENTE ELÉCTRICA. EN ESTOS SE APLICA UNA TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE ELECTRODOS SOBRE LA PIEL ENCIMA DEL NERVIIO, LLAMADA ESTIMULACIÓN NERVIOSA TRANSCUTÁNEA - CON LA QUE SE TRATA EL DOLOR.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL DOLOR

EXISTEN MUCHOS MODELOS PARA DESCRIBIR AL DOLOR Y UNO DE ESTOS, SE BASA EN LA NOCIÓN DE QUE LA CONDUCTA PRODUCIDA POR EL DOLOR, ES LA ÚNICA EXPRESIÓN DE ÉSTE. PUEDE CAUSAR SUFRIMIENTO COMO UNA RESPUESTA EMO-

CIONAL. LOS TIPOS DE CONDUCTA, SON: LA QUEJA, LA -
EXPRESIÓN FACIAL, LOS MOVIMIENTOS DEFENSIVOS, ETC..

LA RESPUESTA AL DOLOR, NO SE CORRELACIONA SOLA-
MENTE CON LA ESTIMULACIÓN NOCIVA SINO QUE PUEDE ES-
TAR INFLUENCIADA POR DEPRESIÓN Y ANSIEDAD. PUESTO -
QUE LA DEPRESIÓN SE LE RELACIONA MAS CON EL DOLOR --
CRÓNICO, NO TIENE GRAN IMPORTANCIA EN EL DOLOR YATRÓ
GENO; POR OTRA PARTE, LA ANSIEDAD ES IMPORTANTE, YA-
QUE REDUCE EL UMBRAL DEL DOLOR.

LA ANSIEDAD ES UNA SENSACIÓN PERTURBADORA, MUY-
NEGATIVA Y ASOCIADA CON LO DESCONOCIDO, LA PERSONA -
SE SIENTE " NERVIOSA " Y A VECES FUNCIONA COMO MECA
NISMO DE COMPETICIÓN LLEGANDO A IGUALAR LA SENS-
CIÓN DE UN ESTÍMULO DOLOROSO.

LA ANSIEDAD, TIENE ORIGENES EXTERNOS PRODUCIDA-
POR EL AMBIENTE, E INTERNO POR EL DOLOR EXPERIMENTA
DO. POR CONSIGUIENTE, PARA IMPEDIR EL SUFRIMIENTO -
EN UNA SITUACIÓN DOLOROSA, NO SOLO ES NECESARIO REDU
CIR LA ESTIMULACIÓN NOCIVA POR MEDIO DE UN ANESTÉSIC
O, SINO TAMBIÉN ELIMINAR LA ANSIEDAD INECESARIA; ES
TO SE PUEDE HACER INSTRUYENDO AL PACIENTE QUE LEVAN
TE LA MANO CUANDO DESEE QUE CESE LA ACCIÓN, E INFOR
MÁNDOLE CUÁNDO SE ESPERA QUE COMIENCEN Y TERMINEN --
LAS SITUACIONES DOLOROSAS.

MANEJO ADECUADO DEL DOLOR.

- 1.- SE DEBERÁ PONER AL PACIENTE EN UNA POSICIÓN CÓ-
MODA DONDE ÉL NO ESTÉ TAN TENSO Y SE SIENTA RELAJADO.
- 2.- PUEDE SER ÚTIL PREMEDICAR UN SEDANTE ANTES DEL-

TRATAMIENTO.

3.- APLICAR EL PROTOCOLO DE REDUCCIÓN DE ESTRÉS.

4.- SE LE DEBERÁ INFORMAR CLARAMENTE AL PACIENTE SOBRE EL TRATAMIENTO A REALIZAR Y CUÁNDO SE ESPERAN ESTÍMULOS DOLOROSOS, ASÍ COMO EL TIEMPO E INTENSIDAD DE ÉSTOS.

5.- PARA TRATAMIENTOS QUE SE SABEN YA DOLOROSOS, SE DEBERÁN UTILIZAR LOS ANESTÉSICOS LOCALES.

6.- AL APLICAR LOS ANESTÉSICOS LOCALES, SE DEBERÁ TENER UNA TÉCNICA CORRECTA.

CAPITULO IV

MODIFICACION DEL MANEJO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIACAS

POSICION DEL PACIENTE

LA POSICIÓN SUPINA COMÚNMENTE UTILIZADA EN EL SILLÓN DENTAL PUEDE SER INTOLERABLE EN PACIENTES - CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA, POR LO QUE - SE LES PROCURARÁ MANTENER EN UNA POSICIÓN MÁS VERTI CAL (SEMIFOWLER) O EN SU CASO, LO QUE HAGA SENTIR MEJOR AL PACIENTE.

PREMEDICACION

EN PROCEDIMIENTOS DENTALES TALES COMO LA EXTRACCIÓN DENTAL, RASPADOS U OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS SE DEBEN ADMINISTRAR ANTIBIÓTICOS ANTES Y DESPUÉS DE DICHSO TRATAMIENTOS. ÉSTO SE INDICA ESPECIALMENTE EN PACIENTES CON PROLAPSOS DE LA VÁLVULA-MITRAL, CARDIOPATÍA REUMÁTICA O CONGÉNITA Y VÁLVULA CARDIACA PROTÉSICA POR ESTAR PREDISPUESOTOS A DESARROLLAR ENDOCARDITIS BACTERIANA (BACTEREMIA).

EN LOS PACIENTES CARDIACOS EN GENERAL, SE DEBERÁ PREVENIR LA TENSIÓN Y ANSIEDAD PUDIENDO PREMEDI--CAR EN ELLOS ALGÚN TRANQUILIZANTE UN DÍA ANTES DE LA CONSULTA DENTAL.

CUIDADOS ESPECIALES

EN LOS PACIENTES CON MARCAPASOS SE PREVERÁ LA - INTERFERENCIA DE ÉSTOS CON INSTRUMENTAL ELÉCTRICO CO MO ELECTROCAUTERIO, PULPÓMETROS E INCLUSO EL PROPIO-TORNO.

LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIACA O PULMO--NAR QUE REQUIERAN ANESTESIA INHALATORIA DEBEN TRATAR

SE EN UN MEDIO HOSPITALARIO.

LA ADRENALINA UTILIZADA COMO VASOCONSTRICOR EN LOS ANESTÉSICOS LOCALES, PUEDE PRODUCIR ARRITMIAS O EXACERBAR LA HIPERTENSIÓN, DADO QUE LA HORMONA EXÓGENA SE SUMA AL NIVEL ENDÓGENO INDUCIDO POR EL TEMOR O LA ANSIEDAD Y COMO RESULTADO PRODUCIRSE UNA IZQUEMIA CARDIACA. ESTO HABRÁ DE VALORARSE PROFUNDAMENTE YA QUE TAMBIÉN CONTRARIO A LO ANTERIOR, SE SABE QUE EL DOLOR Y LA ANSIEDAD LIBERAN UNA MAYOR CANTIDAD DE HORMONAS QUE DAÑARÁ AL ORGANISMO DEL PACIENTE CARDIACO EN UNA CANTIDAD MUCHO MAYOR QUE LA INFILTRADA EN EL ANESTÉSICO PARA EVITARLOS.

LA ASOCIACIÓN DENTAL AMERICANA, RECOMIENDA QUE EL HILO RETRACTOR CON ADRENALINA RACÉMICA NO SE UTILICE EN NINGÚN PACIENTE QUE TENGA ANTECEDENTES O SESOSPECHE DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR DEBIDO A QUE LA ADRENALINA RACÉMICA, SE ABSORBE MUY RÁPIDAMENTE POR VÍA MUCOSA, ELEVANDO LA CONCENTRACIÓN DE ÉSTA EN LA SANGRE Y PRODUCE MANIFESTACIONES CARDIOVASCULARES (TAQUICARDIA, PALPITACIONES, SUDORACIÓN TEMBLORES Y DOLOR DE CABEZA), ESTO AUMENTA LA ACTIVIDAD CARDIOVASCULAR PUDIENDO SER PELIGROSA PARA LA VIDA. ADEMÁS SE HA COMPROBADO QUE LA EPINEFRINA INDUCE A LAS ARRITMIAS CON SOLO UNA SOLA INYECCIÓN SUBMUCOSA PARA PRODUCIR ÉSTAS REACCIONES.

AL ASPIRARSE MATERIAL INFECCIOSO COMO FRAGMENTOS DE DIENTES O DE OBTURACIONES, O PUS DE UNA INFECCIÓN PERIODONTAL SE PUEDE CAUSAR UN ABSCESO PULMONAR; POR TAL MOTIVO, ESTOS PROCEDIMIENTOS DEBERÁN REALIZARSE EN UN MEDIO HOSPITALARIO.

ES PARTICULARMENTE IMPORTANTE EN ESTOS PACIENTES

OBTURAR LOS DIENTES A TIEMPO, PARA EVITAR LAS EXTRACCIONES Y PRACTICAR UNA HIGIENE ORAL PREVENTIVA PARA MINIMIZAR LA INCIDENCIA DE CARIES DENTAL Y GINGIVITIS.

SUPOORTE BASICO DE LA VIDA DURANTE LA INCONSCIENCIA.

EL MANEJO INMEDIATO DURANTE LA INCONSCIENCIA DEBE PERSEGUIR DOS OBJETIVOS:

- 1.- RECONOCIMIENTO DE LA INCONSCIENCIA
- 2.- MANEJO DE LA INCONSCIENCIA
 - A.- POSICIÓN DEL PACIENTE
 - B.- MANTENIMIENTO DE VÍAS AEREAS PERMEABLES.
 - C.- MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CP

PASO 1 EL RECONOCIMIENTO DE LA INCONSCIENCIA ES MUY-IMPORTANTE, YA QUE MUCHOS PASOS DEL SOPORTE BÁSICO - DE LA VIDA SE LLEVARÁN A CABO EN FORMA DISTINTA, DEPENDIENDO DE ESTE ESTADO.

LA INCONSCIENCIA SE DEFINE COMO UN ESTADO EN EL QUE HAY FALTA DE RESPUESTA A LOS ESTÍMULOS, PÉRDIDA-DE LOS REFLEJOS PROTECTORES Y DIFICULTAD RESPIRATORIA DE GRADO VARIABLE.

PASO 2 PARA DETERMINAR LA FALTA DE RESPUESTA A LOS-ESTÍMULOS, LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE CARDIOLOGÍA - (1980) RECOMIENDA QUE EL RESCATADOR SACUDA LEVEMENTE LOS HOMBROS DEL PACIENTE Y QUE LE GRITE " SE SIEN

TE USTED BIEN ? ", PARA TRATAR DE DESPERTARLO. SI -
EL PACIENTE NO RESPONDE HABRÁ QUE APLICAR INMEDIATA-
MENTE LAS MEDIDAS DEL SOPORTE BÁSICO DE LA VIDA.

A.- POSICION DEL PACIENTE

TAN PRONTO SE RECONOZCA EL ESTADO DE INCONCIEN-
CIA DEL PACIENTE, SE LE DEBERÁ COLOCAR EN POSICIÓN -
SUPINA (HORIZONTAL) CON EL CEREBRO AL MISMO NIVEL-
DEL CORAZÓN Y LOS PIES LIGERAMENTE ELEVADOS. LA PO-
SICIÓN EN LA QUE LA CABEZA ESTÉ MÁS ABAJO (TRENDE--
LENBURG) DEBE EVITARSE, DEBIDO A QUE LA FUERZA DE -
GRAVEDAD HARÁ QUE LAS VISCERAS ABDOMINALES SUPERIO--
RES, EMPUJEN EL DIAFRAGMA HACIA ARRIBA Y RESTRINJAN-
LOS MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS.

LA POSICIÓN SUPINA FACILITA LA LLEGADA DE OXÍGE
NO AL CEREBRO, CONDICIÓN NECESARIA DURANTE LA INCON-
CIENCIA Y EL RETORNO VENOSO AUMENTA AL ELEVAR LOS -
PIES DEL PACIENTE.

UNA SITUACIÓN QUE REQUIERE UNA MODIFICACIÓN A -
LO ANTERIOR ES LA INCONCIENCIA EN UNA MUJER EMBARAZA
DA, EN LA CUAL LA POSICIÓN SUPINA PROVOCA COMPRESIÓN
DE LA VENA CAVA INFERIOR, Y CON ELLO EL DESCENSO --
DEL RETORNO SANGUÍNEO VENOSO AL CORAZÓN. POR ESTO -
CUANDO UNA MUJER EMBARAZADA PIERDE LA CONCIENCIA EN-
EL CONSULTORIO DENTAL, SE LE DEBE COLOCAR EN POSI-
CIÓN DECÚBITO LATERAL Y COLOCARLE UNA COBIJA O - -
ALMOHADA DEBAJO DE LA ESPALDA.

B.- VIA AEREA PERMEABLE

LA PRIMERA MANIOBRA DESPUÉS DE COLOCAR AL PA-
CIENTE EN UNA POSICIÓN ADECUADA SERÁ ESTABLECER UNA-

VÍA AEREA PERMEABLE, PUES ES UNA MEDIDA BÁSICA EN EL SOPORTE DE LA VIDA. ESTO SE DEBE HACER RÁPIDAMENTE Y NO NECESITA AYUDA DE OTRAS PERSONAS.

PASOS:

1.- QUITAR CUALQUIER TIPO DE SOPORTE O CABEZAL DE LA CABEZA.

2.- LEVANTAR LA CABEZA, GIRARLA HACIA ATRÁS Y LEVANTAR EL CUELLO.

ESTO SE REALIZA PARA ESTABLECER EL FLUJO DE AIRE FÁCIL Y RÁPIDAMENTE. UNA DE LAS MANOS DEL RESCATADOR SE COLOCA DEBAJO DE LA NUCA DEL PACIENTE Y LA OTRA SOBRE LA FRENTE. SE LEVANTA LA NUCA CON UNA MANO MIENTRAS QUE CON LA OTRA SE EXTIENDE LA CABEZA -- PRESIONANDO LA FRENTE.

3.- LEVANTAR Y VOLTEAR LA CABEZA HACIA ATRÁS Y ELEVACIÓN DEL MENTÓN.

CON ESTE PROCEDIMIENTO SE APLICA UN SOPORTE DIRECTO A LA MANDÍBULA QUE AYUDA A LEVANTAR LA LENGUA-- SACÁNDOLA DE LA HIPOFARÍNGE.

LOS DEDOS DE UNA MANO, SE COLOCAN POR DEBAJO -- DE LA REGIÓN DE LA SÍNFISIS DE LA MANDÍBULA EN EL -- MENTÓN, EL CUAL SE PROTUYE HACIA ADELANTE. ES MUY -- IMPORTANTE NO COMPRIMIR LOS TEJIDOS BLANDOS DEBAJO -- DEL MENTÓN PARA NO OBSTRUIR LA VÍA AEREA. EL MENTÓN-- SE LEVANTA HASTA UNA PORCIÓN EN LA QUE LA BOCA QUEDE CASI OCLUÍDA PERO NO CERRADA.

LA CABEZA SE DEBE MANTENER EN ÉSTA POSICIÓN HAS TA QUE EL PACIENTE RECUPERE LA CONCIENCIA.

4.- SE DETERMINA SI HAY PASO DE AIRE Y VENTILA

CIÓN. PARA ESTO, EL RESCATADOR SE DEBE DE INCLINAR - SOBRE EL PACIENTE Y PONER SU OÍDO A 2-5 CM APROXIMADAMENTE DE LA NARÍZ Y LA BOCA DEL SUJETO Y, AL MISMO - - TIEMPO SE OBSERVAN LOS MOVIMIENTOS DEL TÓRAX. ASÍ SE SABRÁ SI EL PACIENTE RESPIRA, VIENDO, SINTIENDO Y ESCUCHANDO.

SI EL PACIENTE RESPIRA, SE LE DEBE MANTENER EN ESTAS CONDICIONES Y REGISTRAR LOS SIGNOS VITALES.

SI EL PACIENTE NO PRESENTA NINGÚN SIGNO DE RESPIRACIÓN, SE PUEDE HACER EL DIAGNÓSTICO TENTATIVO DE PARO RESPIRATORIO Y DAR INMEDIATAMENTE RESPIRACIÓN ARTIFICIAL.

RESPIRACION ARTIFICIAL

HAY TRES FORMAS PARA DAR RESPIRACIÓN ARTIFICIAL:

- 1.- RESPIRACIÓN DE AIRE EXHALADO
- 2.- AIRE ATMOSFÉRICO
- 3.- RESPIRACIÓN CON OXÍGENO ENRIQUECIDO

LA PRIMERA SE CONSIDERA LA TÉCNICA BÁSICA DE RESPIRACIÓN ARTIFICIAL POR NO REQUERIR DE EQUIPO ESPECIAL Y SE PUEDEN LLEVAR A CABO EN CUALQUIER SITUACION.

ESTA FORMA, TIENE 2 TIPOS BÁSICOS:

- RESPIRACIÓN BOCA A BOCA
- RESPIRACIÓN BOCA NARÍZ

RESPIRACION BOCA A BOCA

- SE EXTIENDE LA CABEZA DEL SUJETO HACIA ATRÁS.
- LA MANO QUE APOYA LA FRENTE CIERRA TAMBIÉN LAS -

FOSAS NAALES.

- EL RESCATADOR INSPIRA PROFUNDAMENTE Y SELLA SU BOCA CON LA DEL PACIENTE Y SOPLA EL AIRE, EL PRIMER CICLO CONSISTE DE 4 SOPLIDOS SIN INTERRUPCIÓN, EN UN ADULTO SE REPETIRÁ LA RESPIRACIÓN UNA VEZ CADA 5-SEGUNDOS DURANTE EL TIEMPO NECESARIO.
- SE DEBERÁ VERIFICAR LA RESPIRACIÓN DEL PACIENTE EN CADA EPISODIO. LOS ESFUERZOS VENTILATORIOS SE HACEN SOLO CUANDO EL PECHO SE LEVANTA PARA EVITAR LA DISTENSIÓN GÁSTRICA.

RESPIRACION BOCA A NARIZ

ESTA SE REALIZA CUANDO ES IMPOSIBLE ABRIR LA BOCA DEL PACIENTE Y, CUANDO EL RECATOR NO ES CAPAZ DE SELLAR ADECUADAMENTE LA BOCA DE LA VÍCTIMA.

- SE MANTIENE LA CABEZA DEL PACIENTE EXTENDIDA HACIA ATRÁS CON UNA MANO SOBRE LA FRENTE, LA OTRA MANO CIERRA LA MANDÍBULA PARA SELLAR LOS LABIOS.
- SE INSPIRA PROFUNDAMENTE.
- SE COLOCAN LOS LABIOS ALREDEDOR DE LA NARÍZ DEL PACIENTE Y SE SOPLA DENTRO DE ELLA HASTA SENTIR Y VER QUE LOS PULMONES SE EXPANDEN. LA EXPIRACIÓN ES PASIVA. LA FRECUENCIA TAMBIÉN, ES DE 12 VECES POR MINUTO.

MANIOBRAS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR

ESTAS MANIOBRAS CONSISTEN EN PRESIONAR EL TÓRAX PARA PRODUCIR GASTO CARDIACO ARTIFICIALMENTE. SE REALIZAN UNA VEZ IDENTIFICADA LA INCONCIENCIA, LIBE-

RADO LAS VÍAS AEREAS, HABIENDO PEDIDO AYUDA Y VERIFICANDO LA FALTA DE PULSO.

PASO 1.- SE LOCALIZA EL PUNTO DE PRESIÓN. ESTE SE ENCUENTRA EN LA MITAD INFERIOR DEL ESTERNÓN, A UNOS 3 CM POR ARRIBA DE LA APÓFISIS XIFOIDE.

PASO 2.- SE COLOCAN LAS MANOS EN ESTE PUNTO DE LA MANERA SIGUIENTE: EL TALÓN DE UNA MANO SOBRE EL TÓRAX EN EL PUNTO LOCALIZADO, LA OTRA MANO SOBRE ÉSTA, LOS DEDOS ENTRELAZADOS, LOS BRAZOS PERPENDICULARES AL CUERPO DEL PACIENTE, BIEN ESTIRADOS, LOS HOMBROS DEL RESCATADOR A LA ALTURA DE LOS HOMBROS DEL PACIENTE.

PASO 3.- PRESIÓN DEL TÓRAX. SE DEBE PRESIONAR HASTA QUE EL TÓRAX SE DEPRIMA UNOS 3 Ó 4 CM; ÉSTAS DEBEN SER REGULARES, SUAVES E ININTERRUMPIDAS. LAS MANOS DEL RESCATADOR NO DEBERÁN RETIRARSE DE ÉSTA ZONA MIENTRAS NO TERMINE EL CICLO DE COMPRESIONES.

PASO 4.- SE VERIFICA EL PULSO.

PASO 5.- SI EL PULSO AÚN ESTÁ AUSENTE, SE PROSIGUE ALTERNADAMENTE CON LA RESPIRACIÓN ARTIFICIAL Y LAS COMPRESIONES.

LA FRECUENCIA DE ESTAS DEBEN SER:

- CON DOS O MAS PERSONAS SE HARÁN 5 COMPRESIONES POR UNA RESPIRACIÓN.
- CON UNA PERSONA 15 COMPRESIONES POR 2 RESPIRACIONES.

CAPITULO V

PREVENCION DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES ESPECIFICAS

HIPERVENTILACION

LA HIPERVENTILACIÓN ES CAUSADA CON MAYOR FRECUENCIA POR LESIONES DEL SNC, ACIDOSIS METABÓLICA Y ESTADOS DE ANSIEDAD; TAMBIÉN SE PUEDE VER EN LA INTOXICACIÓN POR SALICILATOS, HIPOXEMIA, HIPOGLUCEMIA GRAVE Y EL COMA HEPÁTICO.

EN ESTE PATRÓN RESPIRATORIO ES CARACTERÍSTICO ENCONTRAR MOVIMIENTOS ESPIRATORIOS ACTIVOS EN LUGAR DE PASIVOS. AQUÍ LA PCO_2 (BICARBONATO PLASMÁTICO) BAJA, SE ACOMPAÑA DE UNA REDUCCIÓN EN EL EXCESO DE BASES Y DEL PH. CON FRECUENCIA, EL PACIENTE ES UNA MUJER ANSIOSA, QUE PRESENTA OTROS TRASTORNOS FUNCIONALES DEBIDOS A LA TENSIÓN NERVIOSA. GENERALMENTE PRESENTAN SÍNTOMAS AGREGADOS COMO PARESTESIAS DE MIEMBROS, PALPITACIONES Y MOLESTIAS EPIGÁSTRICAS. EL PACIENTE PUEDE REFERIR DESMAYOS Y VISIÓN BORROSA. DICHS CAMBIOS PUEDEN SER REDUCIDOS O REVERSIBLES POR MEDIO DE OXIGENACIÓN HIPERBÁRICA. PUEDEN APARECER ALGUNOS SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES PROVOCADOS POR LA LIBERACIÓN DE EPINEFRINA.

POR LO REGULAR, ESTOS PACIENTES NO SE DAN CUENTA DE SU SOBREVENTILACIÓN Y, ES POSIBLE REPRODUCIR MUCHOS DE LOS SÍNTOMAS DE UN ATAQUE PIDIÉNDOLES QUE SOBREVENTILEN ESPONTÁNEAMENTE.

ES ÚTIL EL DEMOSTRAR A ESTOS PACIENTES QUE PUEDEN CONTENER SU RESPIRACIÓN POR UN TIEMPO CONSIDERABLE DURANTE UN ATAQUE; SE LE PIDE TAMBIÉN QUE RESPIRE DENTRO DE UNA BOLSA DE PLÁSTICO. SIN EMBARGO PESE A TODO ESTO, ES NECESARIO PRESTAR ATENCIÓN AL ESTADO DE ANSIEDAD PRIMARIO.

LA CAUSA DE LA HIPERVENTILACIÓN NO ES MUY CLARA, PERO SE HA ATRIBUIDO A LA ESTIMULACIÓN DE LOS RECEPTORES J (YUXTACAPILARES), SITUADOS EN LA PARED ALVEOLAR POR DAÑO PULMONAR; TAMBIÉN SE EXPLICA POR LA ESTIMULACIÓN DE LOS QUIMIORECEPTORES PERIFÉRICOS POR LA HIPOXEMIA ARTERIAL GRAVE QUE PUEDE PRESENTARSE.

ARRITMIAS

LAS ARRITMIAS, SON ANORMALIDADES EN EL RITMO CARDIACO; SON IMPORTANTES EN EL SENTIDO DE QUE PUEDEN PRODUCIR ALTERACIONES EN LA SECUENCIA NORMAL DE LA CONTRACCIÓN AURICULAR Y VENTRICULAR; POR LO TANTO CONDUCE A CIRCULACIÓN SANGUÍNEA INADECUADA, PUEDEN PRODUCIR UN FOCO ABERRANTE DE LA DESPOLARIZACIÓN ELÉCTRICA DEL MIOCARDIO O AMBAS. TAMBIÉN PUEDEN AFECTAR ADVERSAMENTE A LA FRECUENCIA VENTRICULAR PRODUCIENDO BRADICARDIA, TAQUICARDIA VENTRICULAR, FIBRILACIÓN VENTRICULAR O ASISTOLIA.

LA MUERTE QUE OCURRE EN EL PERIODO INMEDIATO POSTINFARTO, NORMALMENTE ES EL RESULTADO DE UNA ARRITMIA AGUDA.

CON LOS ANTECEDENTES COMPLETOS Y UN BUEN EXÁMEN CLÍNICO, SE OBTIENEN LAS PISTAS INICIALES DE LA PRESENCIA DE UNA ARRITMIA CARDIACA. LOS SÍNTOMAS DE PALPITACIONES, SÍNCOPE. DOLOR TORÁCICO Y SÍNTOMAS DE INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA SE PUEDEN DEBER A UNA ARRITMIA Y SE REVELAN DURANTE EL INTERROGATORIO.

UN RITMO CARDIACO IRREGULAR Y RÁPIDO, SUGIERE FIBRILACIÓN AURICULAR; UN RITMO REGULAR DE 150 LATIDOS-

POR MINUTO, SUGIERE ALETEO AURICULAR; UN RITMO REGU -
LAR DE 180 LATIDOS A 200, TAQUICARDIA Y UN RITMO REGU -
LAR DE 40 LATIDOS POR MINUTO, BRADICARDIA.

LAS CAUSAS DE ARRITMIA QUE SE DEBEN EVITAR SON:

CONSUMO EXCESIVO DE CAFEÍNA

CONSUMO DE ALCOHOL

CONSUMO DE TABACO

CONFLICTOS EMOCIONALES

MEDICAMENTOS " ANTIGRIPALES " DE VENTA LIBRE

ENFERMEDADES COMO IZQUEMIA, HIPOTENSIÓN, INFECCIÓN, -
ANEMIA.

CONSUMO DE DROGAS

ESTRÉS EMOCIONAL

DOLOR PROVOCADO

POR LO TANTO, SE TOMARÁN MEDIDAS EN EL CONSULTO -
RIO DENTAL PARA PACIENTES CON ALTO RIESGO, PREVIENDO -
EN LO POSIBLE SU APARICIÓN. ESTAS SON:

- CONTROL DEL ESTRÉS
- CONTROL DEL DOLOR
- COLOCAR AL PACIENTE EN POSICIÓN ADECUADA
- EVITAR LAS INFECCIONES DENTRO DE LO POSIBLE
- ADMINISTRACIÓN DE ANESTÉSICOS ADECUADOS, EN CANTIDADES ADECUADAS, CON UNA BUENA TÉCNICA DE INFIL TRACIÓN. EN PACIENTES CON ARRITMIAS CARDIACAS INTRA TABLES, ESTÁN CONTRAINDICADOS LOS VASOCONSTRICTORES.

SINCOPE DE ORIGEN CARDIACO.

LA DEFINICIÓN DE SÍNCOPE, ES, LA " PÉRDIDA TRAN SITORIA DEL ESTADO DE CONCIENCIA ", SE ACOMPAÑA DE -

DEBILIDAD MAREO, PALIDÉZ Y SUDORACIÓN FRÍA. ESTOS SÍN TOMAS SE PUEDEN PRESENTAR INDEPENDIENTEMENTE UNO DEL OTRO.

AUNQUE EL SÍNCOPE PUEDE SOBREVENIR SIN DATOS - ACOMPAÑANTES, LA RECOPIACIÓN DE DATOS SI LOS HAY EN LA HISTORIA CLÍNICA SE CONSIDERAN DE GRAN IMPORTANCIA.

SE DEBERÁ PREGUNTAR AL PACIENTE SI HA SUFRIDO -- DESMAYOS ANTERIORMENTE, LOS ANTECEDENTES FAMILIARES - AL RESPECTO, SI PADECE TENSIÓN, FATIGA, HIPOGLUCEMIA, ARRITMIAS CARDIACAS, VÉRTIGO, INCOORDINACIÓN, ANEMIA, ENFERMEDAD CORONARIA O VALVULAR, YA QUE ESTAS ÚLTIMAS REDUCEN LA TOLERANCIA A LAS ALTERACIONES DE LA FRE-- CUENCIA.

SI EL PACIENTE REPORTA DATOS SOBRE ESTOS ESTA-- DOS, SE PREGUNTARÁ SU DURACIÓN, TIPO DE RESPIRACIÓN, - EXISTENCIA DE CONVULSIONES, INCONTINENCIA URINARIA O - FECAL.

EL SÍNCOPE DE ORÍGEN CARDIACO OCURRE ESTANDO EL PACIENTE EN CUALQUIER POSICIÓN, Y SE DEBE SOSPECHAR DE ÉSTE CUANDO EL PACIENTE ESTÁ EN REPOSO ABSOLUTO. - SUS CAUSAS MÁS COMUNES SON LAS ARRITMIAS Y LA OBSTRU_C CIÓN MECÁNICA DEL FLUJO SANGUÍNEO.

LAS ARRITMIAS MAS FRECUENTES QUE PRODUCEN LA CRI SIS DE SÍNCOPE SON, BRADIARRITMIAS, TAQUIARRITMIAS Y PRINCIPALMENTE EL BLOQUEO AURICULOVENTRICULAS COMPLETO, CONOCIENDO COMO EL DÍNDROME DE STOKES-ADAMS-MOR-- GAGNI, EL CUAL SUELE OCURRIR SIN MÁS SÍNTOMAS QUE UNA SENSACIÓN MOMENTÁNEA DE DEBILIDAD Y PÉRDIDA SÚBITA DEL CONOCIMIENTO.

UN ATAQUE BREVE DE TAQUICARDIA VENTRICULAR O DE-

FIBRILACIÓN, PUEDE SER LA CAUSA DEL EPISODIO DEL SÍNCOPE, EN OTRA FORMA DE SÍNCOPE CARDIACO, EL BLOQUEO AL CORAZÓN ES POR REFLEJO Y CAUSADO POR IRRITACIÓN - DE LOS NERVIOS VAGOS, TAMBIÉN PUEDE SER RESULTADO DE INFARTO MASIVO Y AGUDO DEL MIOCARDIO, EN PARTICULAR CUANDO SE ACOMPAÑA DE CHOQUE CARDIOGÉNICO; OTROS FACTORES SON, ESTENOSIS Y TROMBOSIS VALVULAR Y LA TRETALOGÍA DE FALLOT, CAUSANDO ÉSTA HIPOXIA ARTERIAL QUE A SU VEZ CAUSA SÍNCOPE.

EL COMÚN DENOMINADOR DEL SÍNCOPE DE ORIGEN CARDIACO ES LA DISMINUCIÓN SÚBITA DEL GASTO CARDIACO, - LO QUE COMPROMETE EL FLUJO CEREBRAL Y OCURRE, CON - UNA FRECUENCIA VENTRICULAR MENOR DE 30 LATIDOS POR - MINUTO Ó MAYOR QUE 180 LATIDOS POR MINUTO.

EN ESTOS PACIENTES, SE EVITARÁ EL ESFUERZO, EL - ESTRÉS Y EL DOLOR, YA QUE PRODUCEN AUMENTO DEL RETORNO VENOSO AL CORAZÓN Y ARRITMIAS.

PROFILAXIS: EVITAR EL ALCOHOL, LOS BAÑOS CALIENTES, LAS DROGAS INHIBIDORAS DEL SIMPÁTICO, USAR MEDIAS -- ELÁSTICAS, Y EVITAR PÉRDIDAS DE AGUA.

INSUFICIENCIA CARDIACA

LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA (ICC) ES UN SÍNDROME CARACTERIZADO POR LA INCAPACIDAD DEL CORAZÓN PARA BOMBLEAR UN FLUJO DE SANGRE ADECUADO PARA SATISFACER LAS NECESIDADES DE LOS TEJIDOS. SE DESARROLLA EN RESPUESTA A UNA LESIÓN DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR. ÉSTA RESPUESTA INICIA LA ACCIÓN DE MECANISMOS COMPENSATORIOS CARDIACOS Y CIRCULATORIOS INTRÍNSECOS DEL CORAZÓN Y VASOS SANGUÍNEOS, O PUEDE -

SER SISTÉMICA.

EL RECONOCIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA ES UNA DE LAS TAREAS MÁS IMPORTANTES PARA EL MÉDICO, YA QUE LA SUTILEZA DE SUS MANIFESTACIONES, LA SEMEJANZA DE SUS SÍNTOMAS CON LOS DE OTROS SÍNDROMES Y SU MUY ELEVADA TAZA DE MORTALIDAD, TORNAN MUY IMPORTANTE LA PRECISIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO POR PARTE DEL MÉDICO.

LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS CASI SIEMPRE APARECEN EN PACIENTES CON ANTECEDENTES CONOCIDOS DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, COMO ENFERMEDAD CORONARIA CON UN INFARTO AL MIOCARDIO PREVIO, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y VALVULOPATÍA REUMÁTICA.

EXISTEN 2 TIPOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA:

- 1.- INSUFICIENCIA CARDIACA IZQUIERDA. SE ASOCIA CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DE CONGESTIÓN VASCULAR PULMONAR.
- 2.- INSUFICIENCIA CARDIACA DERECHA. EXHIBE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE CONGESTIÓN SISTÉMICA VENOSA Y CAPILAR.

LA "INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA" SE REFIERE A LA COMBINACIÓN DE LAS DOS.

EL GRADO DE INSUFICIENCIA VARÍA DESDE PACIENTES CON MANIFESTACIONES CLÍNICAS MODERADAS QUE SOLO SE PRESENTAN CON EL ESFUERZO, HASTA CASOS MAYORES QUE PRESENTAN SIGNOS Y SÍNTOMAS AÚN DURANTE EL REPOSO, LO CUAL REPRESENTA UN GRAN RIESGO EN EL TRATAMIENTO DENTAL.

LA INSUFICIENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA, ES LA CAUSA MÁS COMUN DE LA INSUFICIENCIA VENTRICULAR DERECHA.

PREVENCIÓN

- 1.- PRIMERO SE DETECTARÁ EL PADECIMIENTO EN LA HISTORIA CLÍNICA.

2.- SE DEBERÁN REGISTRAR SIGNOS VITALES:

- PRESIÓN ARTERIAL
- FRECUENCIA CARDIACA (PULSO)
- FRECUENCIA RESPIRATORIA

SI APARECEN ALTERADOS ESTOS DATOS, Y ADEMÁS SE -
ACOMPANAN DE EDEMA, SE SUSPENDERÁ EL TRATAMIENTO DEN-
TAL HASTA QUE SE HAYA REALIZADO LA INTERCONSULTA CON
EL MÉDICO.

CONSIDERACIONES PARA TRATAMIENTO DENTAL

SE DEBE INTEGRAR LA INFORMACIÓN REUNIDA PARA PO-
DER DETERMINAR EL GRADO DE RIESGO, PARA LO CUAL SE TO-
MARÁ EN CUENTA LA CLASIFICACIÓN DE LA RESERVA FUNCIO-
NAL.

ESTADO Físico 1- (McCarthy)

NO HAY FATIGA INDEBIDA, NI DISNEA DURANTE LA AC-
TIVIDAD NORMAL. SE CONSIDERA A LA PERSONA NORMAL.

ESTADO Físico 2-

DISNEA Y FATIGA MODERADAS DURANTE EL EJERCICIO.-
SE TRATA AL PACIENTE DE MANERA NORMAL Y SE APLICAN --
LOS MÉTODOS DE REDUCCIÓN DE ESTRÉS.

ESTADO Físico 3-

DISNEA Y FATIGA INDEBIDAS DURANTE ACTIVIDADES --
NORMALES, HAY TENDENCIA A LA ORTOPNEA Y ANTECEDENTES-
DE DISNEA PAROXÍSTICA NOCTURNA.

EN ESTE PACIENTE, SE APLICAN MÉTODOS DE REDUC- -
CIÓN DE ESTRÉS E INTERCONSULTA MÉDICA.

ESTADO Físico 4-

DISNEA, ORTOPNEA Y FATIGA INDEBIDAS, ESTE PACIEN-
TE REPRESENTA UN RIESGO DEFINITIVO POR LO QUE SE DEBEN

SUSPENDER TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DENTALES HASTA QUE EL TRASTORNO CARDIOVASCULAR SEA CORREGIDO O CONTROLADO.

LAS URGENCIAS ODONTOLÓGICAS SE TRATARÁN CON MEDICAMENTOS, LAS INTERVENCIONES FÍSICAS EN ÉSTE ÚLTIMO ESTADO SE REALIZARÁN EN EL HOSPITAL BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO.

ANGINA DE PECHO

AHOGAMIENTO ESPASMÓDICO O SOFOCACIÓN CON DOLOR. COMÚNMENTE SE DEFINE COMO UN DOLOR TORÁCICO CARACTERÍSTICO SUBESTERNAL, PRECIPITADO POR EL ESFUERZO, EMOCIONES O UNA COMIDA MUY ABUNDANTE Y PESADA, QUE SE ALIVIA CON VASODILATADORES Y UNOS CUANTOS MINUTOS DE DESCANSO Y, QUE RESULTA DE UNA CIRCULACIÓN CORONARIA-MODERADAMENTE INADECUADA. LA CARACTERÍSTICA CLÍNICA-PRINCIPAL, ES EL " DOLOR " MANIFESTADA COMO UNA SENSACIÓN PROFUNDA DE INCOMODIDAD DOLOROSA.

PARA EL DENTISTA, LA ANGINA TIENE IMPORTANCIA - DEBIDO A QUE ES UN SIGNO IMPORTANTE DE LA ENFERMEDAD-DE LAS ARTERIAS CORONARIAS. ESTO INDICA QUE LAS ARTERIAS CORONARIAS NO PROVEEN AL MIOCARDIO LA SUFICIENTE CANTIDAD DE OXÍGENO Y SI ESTO SE PROLONGA EN EXCESO, PUEDE SUCEDER UN INFARTO AL MIOCARDIO.

EL PACIENTE CON ANTECEDENTES DE ANGINA DE PECHO ES DE ALTO RIESGO DURANTE EL TRATAMIENTO DENTAL Y - CUALQUIER FACTOR QUE PRODUZCA UN REQUERIMIENTO MAYOR-DE OXÍGENO, PUEDE PRECIPITAR UN DOLOR ANGINOSO, ÉSTE-POR LO GENERAL PUEDE SER RÁPIDAMENTE CONTROLADO CON - LA ADMINISTRACIÓN DE UN VASODILATADOR, PERO PUEDE CAU

SAR UN INFARTO AL MIOCARDIO O UN PARO CARDIACO. LA PREVENCIÓN DE ESTE ESTADO, ES MÁS SATISFACTORIO QUE SU TRATAMIENTO.

DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL, EL MIEDO, LA ANSIEDAD Y EL DOLOR, SON LAS PRINCIPALES CAUSAS DESENCADENANTES DE UN EPISODIO ANGINOSO. ESTOS ACTÚAN -- ELEVANDO LA FRECUENCIA RESPIRATORIA, LA PRESIÓN ARTERIAL Y LA FRECUENCIA CARDIACA POR AUMENTO DE LA CONCENTRACIÓN SANGUÍNEA DE LAS CATECOLAMINAS ADRENALINA Y NORADRENALINA. LA DEMANDA DE OXÍGENO AL MIOCARDIO TAMBIÉN AUMENTA Y SI LAS ARTERIAS CORONARIAS NO SON CAPACES DE APORTARLO APARECE EL DOLOR DE LA ANGINA.

PREVENCIÓN

EN CASOS DE DOLOR TORÁCICO, LA PREVENCIÓN DE ÉSTE ES BÁSICA, YA QUE FRECUENTEMENTE SU RESULTADO ES LA MUERTE DE LA VÍCTIMA. DEBIDO A QUE EL ESTRÉS ES EL FACTOR PRECIPITANTE PRINCIPAL DEL DOLOR ANGINOSO, SU ELIMINACIÓN ES CONSIDERADA COMO LA MEJOR MEDIDA PREVENTIVA.

LOS TRANQUILIZANTES Y SEDANTES, TAMBIÉN SE UTILIZAN MUCHO Y AUNQUE NO TIENEN ACCIONES CARDIACAS ESPECÍFICAS EN LAS DÓISIS PRESCRITAS, AYUDAN A ALIVIAR LA ANSIEDAD Y EL MIEDO Y, POR LO TANTO DISMINUYEN LA DEMANDA DE OXÍGENO AL MIOCARDIO.

SI SE SABEN ANTECEDENTES DE ANGINA EN EL PACIENTE, SE DEBEN INVESTIGAR LAS CAUSAS QUE PRECIPITAN EL DOLOR ANGINOSO, LA FRECUENCIA Y DURACIÓN DE ÉSTE. REGULARMENTE SUCEDE CON EL ESFUERZO DE FRECUENCIA VARIABLE Y DE DURACIÓN CORTA.

EL TRATAMIENTO DEL DOLOR, SE INICIA CON LA ADMINISTRACIÓN DE NITROGLICERINA Y, EL TRATAMIENTO POSTERIOR DEPENDE DE LA RESPUESTA O FALTA DE RESPUESTA -- DEL PACIENTE A ESTE AGENTE.

TRATAMIENTO DENTAL

ES DE SUMA IMPORTANCIA LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE REDUCCIÓN DE ESTRÉS. LA DURACIÓN DE LA CITA EN ESTOS PACIENTES DEBE DURAR MENOS DE 60 MINUTOS.

LA PREVENCIÓN DEL DOLOR SE PUEDE LOGAR MEDIANTE LOS ANESTÉSICOS LOCALES CON VASOCONSTRUCTOR, DEBIDO-A QUE ESTOS PRODUCEN UNA ANESTESIA DE MAYOR DURACIÓN Y PROFUNDIDAD, EVITANDO EL DOLOR QUE PRODUCIRÁ UNA CANTIDAD MUCHÍSIMO MAYOR DE ADRENALINA EN EL TORRENTE CIRCULATORIO QUE LA EPINEFRINA QUE CONTIENE EL -- ANESTÉSICO. LA DOSIS MÁXIMA DE ADRENALINA RECOMENDADA PARA ADMINISTRARSE EN EL PACIENTE ES DE 0,04 MG - POR CITA. CUANDO UN SUJETO NO PUEDE RECIBIR ADRENALINA, SE DEBERÁ REALIZAR UNA INTERCONSULTA CON EL MÉDICO DEL PACIENTE. EN ESTE CASO, SE ADMINISTRARÁ UN ANESTÉSICO LOCAL CON OTRO VASOCONSTRUCTOR U OTRO, - QUE SIN VASOCONSTRUCTOR PRODUZCA UNA ANESTESIA PULPAR ADECUADA COMO LA MEPIVACAÍNA QUE CONTIENE LEVONORDEFRINA, LA COMBINACIÓN DE PROCAÍNA Y PROPOXICAÍNA CON-LEVOFED Y LA PRILOCAÍNA SIN VASOCONSTRUCTOR.

EN ESTOS PACIENTES SE RECOMIENDA LA TOMA DE SIGNOS VITALES ANTES Y/O DESPUÉS DEL TRATAMIENTO DENTAL, Y QUE SE LE PIDAN AL PACIENTE SUS TABLETAS DE NITRO--GLICERINA Y COLOCARLAS EN UN LUGAR ACCESIBLE, PARA -- SER UTILIZADAS EN UN CASO DE EMERGENCIA.

PUEDA ADMINISTRARSE VASODILATADOR COMO PROFILÁCTICO ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO DENTAL COMO LA-LIDOCAÍNA A UNA DOSIS DE 300 MG VÍA INTRAMUSCULAR 5-MINUTOS ANTES.

INFARTO AL MIOCARDIO

EN LA PRÁCTICA DE LA ODONTOLOGÍA, LAS MEJORES - FORMAS DE EVITAR EL INFARTO, ES APEGÁNDOSE AL PROTOCOLO DE REDUCCIÓN DE ESTRÉS. CON ESTO DISMINUYEN LOS POSIBLES EFECTOS ADVERSOS DEL ESTRÉS INDEBIDO DEL -- MIOCARDIO Y POR TANTO, SE REDUCE LA INCIDENCIA DE -- UNO DE LOS FACTORES PREDISONENTES INMEDIATOS DEL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO. LOS OTROS FACTORES CAUSALES INMEDIATOS COMO: LA TROMBOSIS O LA OCLUSIÓN DE UN VASO SANGUINEO CORONARIO, OBIAMENTE NO PODRÁN -- SER PREVENIDOS POR MÉDICO.

SE DEBE IDENTIFICAR AL PACIENTE CON ANTECEDENTES CON INFARTO AL MIOCARDIO Y ENTONCES, REUNIR TODA LA INFORMACIÓN SOBRE SU ESTADO ACTUAL PARA DETERMINAR - EL RIESGO ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO.

EL CUESTIONARIO DE LA HISTORIA CLINICA ANTE - ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, DEBERÁ -- CONTENER LA INFORMACIÓN SOBRE ALTERACIÓN DE LA FRE--CUENCIA DE ANGINA EN EL ÚLTIMO MES, DURACIÓN, SEVERI DAD, UMBRAL DE LOS FACTORES PREDISONENTES Y FECHA - DEL ÚLTIMO INFARTO.

SE DEBEN REGISTRAR LOS SIGNOS VITALES ANTES E - INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LAS CITAS DENTALES. LA EX PLORACIÓN FÍSICA ADICIONAL, PUEDE NO DEMOSTRAR - -

NINGÚN DATO SUGESTIVO DE UN INFARTO Y, DEPENDIENDO -
DE LA EXTENSIÓN DEL INFARTO, SE REALIZARÁ LA INTER--
CONSULTA MÉDICA.

OTRO PASO IMPORTANTÍSIMO, ES EL ADECUADO CONTROL
DEL DOLOR DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS DENTALES, LA LI
BERACIÓN ENDÓGENA DE CATECOLAMINAS DURANTE EL DOLOR,
ES POTENCIALMENTE MAS PELIGROSA PARA EL PACIENTE CON
RIESGO CARDIACO, QUE EL RECIBIR 0.01 MG/ML DE ADRENA
LINA EXÓGENA A LA DILUCIÓN DE 1: 100 000 DURANTE LA-
ADMINISTRACIÓN APROPIADA DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES.

SI DURANTE LOS SEIS MESES POSTERIORES A UN IN--
FARTO SE PRESENTA ALGUNA EMERGENCIA DENTAL, COMO LA-
INFECCIÓN Y EL DOLOR, NO SE DEBERÁ MANEJAR AL PACIEN
TE EN EL CONSULTORIO DENTAL, SOLO SE ADMINISTRARÁN -
MEDICAMENTOS (ANTIBIÓTICOS Y/O ANALGÉSICOS) SI SE-
REQUIERE TERAPÉUTICA ADICIONAL, SE REMITIRÁ A UN HOS
PITAL.

TAMBIÉN SE INDICA LA INTERCONSULTA MÉDICA, AN--
TES DE UN TRATAMIENTO EN EL QUE INTERVIENE CIERTO --
SANGRADO (CIRUGÍA BUCAL O PARODONTAL) EN UN PACIEN
TE QUE RECIBE TERAPÉUTICA CON ANTICOAGULANTES. LA -
CIRUGÍA, SE REALIZA FRECUENTEMENTE CUANDO EL TIEMPO
DE PROTROMBINA ES DE 20 30% DEL NORMAL SIN PROBLEMAS
DE HEMORRAGIA. POR LO TANTO EN LA MAYORÍA DE LOS --
PACIENTES, EL PROCEDIMIENTO DENTAL NO NECESITA POSPO
NERSE Y LA ALTERACIÓN DE LA TERAPÉUTICA ANTICOAGULAN
TE SE REALIZARÁ DEPENDIENDO DEL TIPO Y CANTIDAD DE -
ÉSTE QUE EL PACIENTE UTILICE.

NO OBSTANTE SE DEBERÁN TOMAR TODAS LAS PRECAUCIO
NES PARA IMPEDIR EL SANGRADO, ENTRE ÉSTAS ESTÁN LA -
COLOCACIÓN DE UNA OBTURACIÓN HEMOSTÁTICA EN EL ALVEO

LO, SUTURAS MÚLTIPLES, PAQUETES PARA PRESIÓN INTRA-BUCAL, PAQUETES EXTRAORALES DE HIELO, EVITAR LOS -- ENJUAGUES BUCALES Y DIETA BLANDA POR 48 HORAS.

EN PROMEDIO, LOS PACIENTES CON INFARTO AL MIO-CARDIO TIENEN 65 AÑOS O MÁS. SOLO EL 20% DE TODOS-LOS INFARTOS, SE PRODUCE EN PACIENTES MENORES DE 60 AÑOS Y EN MUCHOS DE ELLOS SE ENCUENTRA UNA ANORMALI-DAD GENÉTICA EN EL METABOLISMO DE LOS LÍPIDOS: GENE-RALMENTE SE PRESENTA EN HOMBRES Y LOS FACTORES QUE-CONTRIBUYEN A SU PADECIMIENTO SON: LA HIPERTENSIÓN, HIPERCOLESTEROLEMIA Y EL HÁBITO DE FUMAR. LOS ANTE-CEDENTES FAMILIARES SON: DIABETES, OBESIDAD, Y FAC-TORES PSICOSOCIALES.

PARO CARDIACO

SE HA DEFINIDO AL PARO CARDIACO, COMO LA CESA-CIÓN SÚBITA DE LA CONTRACCIÓN CARDIACA, LO QUE DE--TERMINA AUSENCIA DE GASTO, O SI EXISTE ES INADECUA-DO PARA SUPLIR LAS NECESIDADES VITALES DEL ORGANIS-MO. SU DIAGNÓSTICO SE HACE CUANDO EL PACIENTE --PIERDE LA CONCIENCIA Y EL MÉDICO NO DETECTA PULSO --NI LATIDOS CARDIACOS. LAS ENTIDADES MAS COMUNES --QUE PROVOCAN EL PARO CARDIACO SON: EL COLAPSO VAS-CULAR PROFUNDO, EL CUAL A SU VEZ SE PROVOCA POR ME-DICAMENTOS COMO ANESTÉSICOS LOCALES, BARBITÚRICOS - Y NARCÓTICOS O POR HEMORRAGIA INTERNA Y CHOQUE. EL PARO CARDIACO ESTA INTIMAMENTE LIGADO AL PARO RESPI-RATORIO Y ÉSTE PRECIPITA LA PRESENCIA DEL OTRO.

AUNQUE HAY VARIAS FORMAS DE PARO CARDIACO, EN -UNA URGENCIA LA NATURALEZ PRECISA DEL PARO NO TIENE-IMPORTANCIA.

EL MANEJO CLÍNICO INMEDIATO SE BASA EN LA NECESIDAD DE PROVEER A LA VÍCTIMA DE SANGRE BIEN OXIGENADA PARA MANTENER LA VIDA, LO CUAL SE LOGRA CON LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR YA EXPLICADAS EN EL CAPITULO IV.

EL PARO OCURRE PRINCIPALMENTE AL PACIENTE CON:
INFARTO AL MIOCARDIO
EMBOLIA PULMONAR
BLOQUEO A-V
ESTENOSIS AÓRTICA
CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS
ACCIDENTES VASCULARES CEREBRALES
ADMINISTRACIÓN DE SUSTANCIAS PARASIMPATICOMIMÉTICAS
ACIDOSIS (DURANTE LA ANESTESIA)

POR LO QUE AL DETECTAR ALGUNO DE ESTOS PADECIMIENTOS SE MANEJARÁN ADECUADAMENTE, LOS ANESTÉSICOS SE DEBEN APLICAR LENTAMENTE EVITANDO LAS SOBREDÓSIS CONTROLADO EL ESTRÉS EXCESIVO Y EL DOLOR.

CAPITULO VI

HIPNOSIS EN ODONTOLOGIA

HIPNOSIS EN ODONTOLOGIA

LA HIPNOSIS ES, TAL VEZ, LA TÉCNICA MÁS ANTIGUA PARA CONTROLAR EL DOLOR EN ODONTOLOGÍA: ES UNA DE -- LAS TÉCNICAS MÁS EFICACES PARA PRODUCIR ANALGESIA, - SEDACIÓN Y UN ESTADO DE REPOSO.

LA HIPNOSIS RESULTA SER UNA DE LAS ARMAS MÁS POTENTES DEL APOYO PSICOLÓGICO PARA LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA EN PACIENTES TENSOS, ASUSTADOS, CON DIFICULTADES BIOQUÍMICAS O ANATÓMICAS, QUE DIFICULTAN O IMPOSIBILITAN EL ÉXITO DEL BLOQUEO ANESTÉSICO LOCAL.

TIENE UNA GRAN VARIEDAD DE APLICACIONES, ENTRE LAS QUE SE ENCUENTRAN LAS SIGUIENTES:

- RELAJACIÓN DEL PACIENTE
 - REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD
 - CONSERVACIÓN DE LA COMODIDAD EN EL TRATAMIENTO-PROLONGADO.
 - MODIFICACIÓN DE HÁBITOS DENTALES NOCIVOS
- EL USO QUIRÚRGICO DE LA HIPNOSIS COMPRENDE:
- REDUCCIÓN DE LA NECESIDAD DE ANALGESIA Y ANESTESIA.
 - ANALGESIA POSTOPERATORIA
 - SUSTITUCIÓN DE LA PREMEDICACIÓN
 - CONTROL DE PROCESOS AUTÓNOMOS (SALIVACIÓN, SANGRADO Y NAUSEAS)
 - MANEJO DE PACIENTES DIFÍCILES (NIÑOS HIPERQUINÉTICOS)

ANTECEDENTES HISTORICOS

EN EL AÑO DE 1837 SE INFORMÓ POR PRIMERA VEZ DE

UN CASO DE EXTRACCIÓN DENTAL USANDO HIPNOSIS COMO ÚNICO ANESTÉSICO. TAL VEZ ANTON MESMER FUE EL PRIMER MÉDICO EN DEMOSTRAR LA EFICACIA DE LA HIPNOSIS-CONCEBIDA COMO " MAGNETISMO ANIMAL ". EN EL SIGLO-XIX, BRAID, CHARCOT, LIEBEAULT Y BERNHEIM LA UTILIZARON EN MEDICINA Y PSICOLOGÍA. A PRINCIPIOS DE SIGLO XX, FREUD, LUEGO MC-DOUGALL Y HULL LA USARON COMO AUXILIAR DEL PSICOANÁLISIS, EXTENDIÉNDOSE SU USO HASTA QUE EN LA DÉCADA DE 1930 MILTRON ERICKSON, INTEGRÓ LA HIPNOSIS EN LA PSICOTERAPIA NO FREUDIANA.

ACTUALMENTE LA HIPNOSIS SE USA EN TODO EL MUNDO EN LAS ÁREAS DE ODONTOLOGÍA, PSICOLOGÍA Y MEDICINA.

EN REALIDAD, NO EXISTE TEORÍA ALGUNA QUE EXPLIQUE A SATISFACCIÓN LO QUE ES LA HIPNOSIS. AUNQUE ES DIFÍCIL EXPLICARLA, SI SE PUEDE AFIRMAR QUE ES UN ESTADO DE HIPERCONCENTRACIÓN, CARACTERIZADA POR UNA REACCIÓN PSICOFISIOLÓGICA ÚTIL, PARA RESOLVER MÚLTIPLES DESORDENES QUE AFECTAN AL SER HUMANO; SE PRODUCE ARTIFICIALMENTE Y POSEE UNA CRECIENTE RECEPTIVIDAD A LAS SUGERENCIAS.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE LA HIPNOSIS

HASTA EL MOMENTO SE HAN DESCUBIERTO 2 ETAPAS DEL PROCESO HIPNÓTICO; LA PRIMERA DENOMINADA HIPNOSIS PASIVA O RESPUESTA A LA RELAJACION O ANESIS, CARACTERIZADA POR CAMBIOS FISIOLÓGICOS QUE CONCUERDAN CON LAS RESPUESTAS FUNCIONALES VEGETATIVAS PARASIMPÁTICAS, Y LA SEGUNDA ETAPA LLAMADA HIPNOSIS ACTIVA, QUE SE CARACTERIZA POR CAMBIOS FISIOLÓGICOS QUE VA--

RÍAN SEGÚN EL ESTADO SUGERIDO.

LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LA ANESIS DEMOSTRAN HASTA EL MOMENTO SON:

1.- A NIVEL RESPIRATORIO. DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE OXÍGENO, DE LA ELIMINACIÓN DE BIÓXIDO DE CARBONO, DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA Y DEL VOLUMEN VENTILATORIO MINUTO Y TAMBIÉN UN COCIENTE RESPIRATORIO SIN CAMBIO.

2.- QUÍMICA SANGUÍNEA. pH DISMINUIDO CON AUMENTO - CONCOMITANTE DE EXCESO DE BASES Y DISMINUCIÓN DE -- LACTATO SANGUÍNEO.

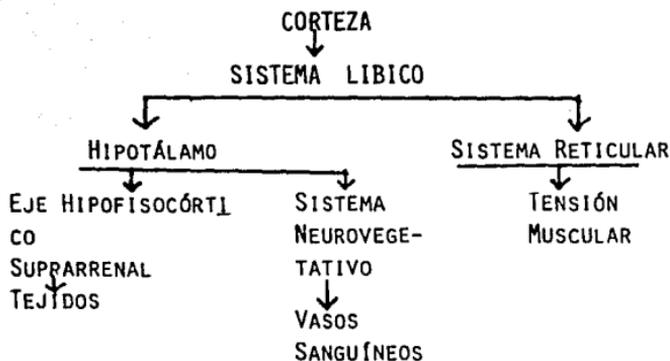
3.- APARATO CARDIOVASCULAR. DISMINUCIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA Y NINGÚN CAMBIO EN LAS PRESIONES - SISTÓLICA Y DIASTÓLICA O PRESIONES PARCIALES DE OXÍGENO O BIÓXIDO DE CARBONO SEPARADAMENTE.

4.- TEMPERATURA CORPORAL. NINGÚN CAMBIO

5.- PIEL. INCREMENTO DE LA RESISTENCIA BASAL.

LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS SE INTERPRETAN COMO -- UNA ACTIVIDAD METABÓLICA GENERAL DISMINUIDA, CUYA - UTILIDAD EN CIERTAS ENFERMEDADES SICOFISIOLÓGICAS - (ANSIEDAD, HIPERTENSIÓN, CEFALALGIA, MIGRAÑA Y TABAQUISMO ENTRE OTROS), PERMITE UN ADECUADO CONTROL - DE LOS ESTÍMULOS AVERSIVOS (ESTRESANTES).

VÍAS NEUROFISIOLÓGICAS QUE CONDUCE A LA LESIÓN.



ETAPAS DE PROFUNDIDAD HIPNOTICA

EDO HIPNOIDEO:	{	SOMNOLENCIA RELAJACIÓN SICOFISIOLÓGICA
ETAPA LIGERA:	{	CATALEPSIA EN MÚSCULOS ESTRIADOS. ANESTESIA DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO
ETAPA MEDIA:	{	ANESTESIA POS-HIPNÓTICA AMNESIA ILUSIONES CINESTÉSICAS CAMBIO DE COMPORTAMIENTO
ETAPA PROFUNDA:	{	SUGESTIONABILIDAD SONAMBULISMO ALUCINACIONES HIPERESTESIA

TECNICAS DE INDUCCION HIPNOTICA

EXISTEN MUCHAS TÉCNICAS, ALGUNAS PERMISIVAS Y OTRAS AUTORITARIAS, HAY 4 TÉCNICAS BÁSICAS LAS CUALES SON:

RELAJACION. AL SUJETO SE LE VAN RELAJANDO LENTA Y PROGRESIVAMENTE DIFERENTES ZONAS DEL CUERPO - HASTA LOGRAR EL ESTADO HIPNÓTICO DESEADO.

FIJACION DE LA ATENCION. SE FIJA LA ATENCIÓN- EN UN OBJETO E INCLUSO EN LOS OJOS DEL HIPNÓLOGO Y SE LE INDUCE A LOGRAR EL TRANCE.

LEVITACION DE LAS MANOS. SE COLOCA AL PACIENTE EN UNA POSICIÓN CÓMODA CON LAS MANOS RECOSTADAS- SOBRE SUS MUSLOS O BRAZOS DEL SILLÓN. SE INDUCE AL ESTADO DE HIPNÓSIS.

PRESION EN LA CAROTIDA. SE REALIZA CON PRE--- SIÓN EN LOS NERVIOS VAGOS Y CARÓTIDAS. ESTA TÉCNICA ES POCO USUAL, YA QUE ES MUY RIESGOZA. ESTÁ CON-- TRAINDICADA EN PERSONAS AFECTADAS DEL SISTEMA CAR-- DIOVASCULAR, DEL APARATO RESPIRATORIO Y DEL SNC.

LA HIPNÓSIS CARECE DE PELIGROS INTRÍNSECOS A - PESAR DE TODOS LOS MITOS QUE SE LE HAN ATRIBUÍDO; - LOS OBSTÁCULOS PARA SU USO EN ODONTOLOGÍA QUE SE -- HAN ENCONTRADO, HAN SIDO:

1.- LA DEMANDA DE GRAN TIEMPO. AUNQUE ESTO - REALMENTE ES CONTRARIO.

2.- LA VERSIÓN DE QUE LA HIPNOSIS NO ES ÉTICA PORQUE CONDUCE AL CONTROL DE LA MENTE Y PERSONALIDAD DEL PACIENTE.

3.- QUE LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS NO SON SUSCEPTIBLES A LA HIPNOSIS; RESPECTO A ESTO SE AFIRMA QUE TODOS PUEDEN APRENDER EL USO DE LA HIPNOSIS EN TODO TIPO DE PERSONAS; EN LAS ÚNICAS PERSONAS EN LAS QUE ES PRÁCTICAMENTE IMPOSIBLE INDUCIR HIPNOSIS ES EN:

- A) PERSONAS CON DEFORMACIONES PROFUNDAS DE PERSONALIDAD
- B) PSICÓTICOS
- C) DEFICIENTES MENTALES.

A PESAR DE TODAS LAS VENTAJAS DE LA HIPNOSIS EN LA ODONTOLOGÍA, EL ODONTÓLOGO DEBE TENER CUIDADO DE LIMITAR ÉSTE TRATAMIENTO CUANDO LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE SE EXTIENDEN MÁS ALLÁ -- DEL CONTEXTO DE LA ODONTOLOGÍA Y, POR LO TANTO DE LA CAPACIDAD DEL DENTISTA; EN ÉSTE CASO, ES CONVENIENTE REMITIR AL PACIENTE PARA TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.

ACUPUNTURA EN ODONTOLOGIA

LA ACUPUNTURA TAMBIÉN PUEDE CREAR ANALGESIA LOCAL, ASÍ COMO REPOSO GENERAL YA QUE PARECE ESTIMULAR EL SISTEMA DE OPIOIDES ENDÓGENOS DEL CUERPO (ENDORFINAS).

SE HA ESTABLECIDO QUE EL MECANISMO DE ACCIÓN DE LA ACUPUNTURA Y LA HIPNOSIS SON DIFERENTES Y NO

SE RELACIONAN FISIOLÓGICAMENTE.

HISTORIA

EN ORIENTE LA ACUPUNTURA ES CONSIDERADA UN ARTE-
CON 4 Ó 5 MIL AÑOS DE ANTIGUEDAD, SU ORIGEN SE PIER
DE EN LA HISTORIA. LA PALABRA " ACUPUNTURA " SE DE
RIVA DE LAS PALABRAS LATINAS / ACUS / AGUJA Y, / -
PUNCTURA/ PUNCIÓN.

SE REALIZA INSERTANDO AGUJAS SÓLIDAS MUY FINAS -
EN PUNTOS ESPECÍFICOS DEL CUERPO Y LUEGO SE MANIPU-
LAN POR DIVERSAS TÉCNICAS. EL OBJETIVO DE ESTAS IN
SERCIONES ES REGULAR LAS FUNCIONES FISIOLÓGICAS DEL
CUERPO Y/O ALIVIAR EL DOLOR.

EN EL SISTEMA MÉDICO ORIENTAL TRADICIONAL RARAMEN
TE SE UTILIZA LA ACUPUNTURA SOLA, YA QUE INCORPORA-
OTRAS MODALIDADES COMO DIETA, MASAJES, HIERBAS, --
EJERCICIO, RESPIRACIONES PROFUNDAS Y MEDITACIÓN.

LAS TÉCNICAS MÁS ANTIGUAS DE ACUPUNTURA SE GUAR-
DABAN COMO SECRETOS Y TESOROS DE FAMILIA TOMÁNDO --
ASÍ UNA ATMÓSFERA MÍSTICA Y FOLKLÓRICA.

LOS PRIMEROS TRABAJOS SOBRE ACUPUNTURA APARECIE-
RON HACE MAS DE 2 000 AÑOS EN EL HUANG-TI-NEI-CHING,
PERO NO FUE HASTA EL INICIO DE LA DÉCADA DE 1970, -
CUANDO EL MUNDO OCCIDENTAL RECIBIÓ INFORMES COMPLE-
TOS DE UN "NUEVO" SISTEMA DE ANALGESIA ATRIBUYENDO-
ÉSTE A LA FILOSOFÍA Y A LA SUPERSTICIÓN LAS EXPLICA
CIONES DEL MÉTODO DE ACCIÓN DE LA ACUPUNTURA. SIN-
EMBARGO, LA MAGIA DE SU PASADO Y COMO MUCHOS LA LLA
MARÓN: " CHARLATANERÍA ", ESTA SIENDO ESTUDIADA CON

BUENOS RESULTADOS.

LA ACUPUNTURA EN ODONTOLOGÍA, SE UTILIZA EN 3 AREAS DEL DOLOR AGUDO Y CRÓNICO:

- 1.- COMO ANALGÉSICO PARA EL DOLOR POSOPERATORIO - AGUDO.
- 2.- PARA MODULACIÓN DE IMPULSOS AGUDOS NOCICEPTORES EN CIRUGÍA.
- 3.- PARA TRATAMIENTO DEL DOLOR BENIGNO CRÓNICO DE ORIGEN BUCOFACIAL EN INSTITUCIONES Y PRÁCTICA PARTICULAR.

LOS PUNTOS DE ACUPUNTURA SON DE 4 TIPOS PRINCIPALES:

TIPO I. PUNTOS MOTORES DE MUSCULOS.

TIPO II. PUNTOS EN LA LÍNEA MEDIA DEL CUERPO.

TIPO III PLEXOS NERVIOSOS O NERVIOS CUTÁNEOS SUPERFICIALES.

TIPO IV. UNIONES MUSCULOTENDINOSAS.

SE BASAN EN UN SISTEMA BIOENERGÉTICO QUE EQUILIBRA LA ENERGÍA CORPORAL, Y RESTABLECE LA SALUD. EN REALIDAD ESTOS PUNTOS SON ÁREAS DONDE HAY DISMINUCIÓN DE RESISTENCIA ELÉCTRICA.

EL PUNTO TIPO I MAS USADO EN ODONTOLOGÍA ES EL LLAMADO " HO-KU " Ó " LI 4 " LOCALIZADO EN EL ESPACIO INTERÓSEO DORSAL ENTRE EL PULGAR Y EL ÍNDICE QUE CONTIENE 2 PUNTOS IMPORTANTES.

- MÚSCULOS EN EL PRIMER INTERÓSEO DORSAL
- ADUCTOR CORTO DEL PULGAR.

DEL TIPO I TAMBIÉN SE USAN PUNTOS MOTORES DE -
VARIOS EXTENSORES DORSALES DEL ANTEBRAZO Y MÚSCULOS
DE LA MASTICACIÓN.

LOS DEL TIPO II SE USAN OCASIONALMENTE. SON:
- PUNTO PAI-HUE. LOCALIZADO EN EL VÉRTICE DE LA --
FRENTE, A LA MITAD DE DISTANCIA DEL INIÓN Y NASIÓN.
- PUNTO HSIA-KUAN. SE LOCALIZA SOBRE EL MÚSCULO MA-
SETERO PROFUNDO , ANTERIOR AL CÓNDILO MANDIBULAR.

EL EFECTO TERAPEÚTICO DE LA ACUPUNTURA SE PIER
DE CUANDO EN EL CASO DE QUE EL RECEPTOR SE ENCUEN--
TRE EN UN MÚSCULO, Y DICHO MÚSCULO SEA INFILTRADO -
CON ANESTÉSICO LOCAL, YA QUE DE ÉSTA MANERA SE LE -
IMPOSIBILITA AL MÚSCULO PARA TRASMITIR INFORMACIÓN-
AFERENTE AL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

TÉCNICA :

- 1.- LOCALIZACIÓN ANATÓMICA EXACTA DEL PUNTO. ESTE -
SE PUEDE MARCAR CON LA UÑA O CON UN LÁPIZ MARCADOR.
- 2.- SE PREPARA LA PIEL CON UNA SOLUCIÓN ANTISÉPTICA
ADECUADA.
- 3.- SE HACE LA INSERCIÓN DE LA AGUJA.

LAS AGUJAS, SON AGUJAS PARA ACUPUNTURA ESTÉRI-
LES CALIBRE 28-32 QUE PRODUCEN MENOS MALESTAR Y SAN
GRADO

4.- LA INSERCIÓN DE LA AGUJA SE DEBE HACER EN FORMA
PERPENDICULAR DIRIGIDA HACIA LA MASA MUSCULAR HASTA
OBTENER UNA RESPUESTA SENSITIVA EN EL PACIENTE.

5.- LA RESPUESTA DEL PACIENTE, DEBE SER UNA SENSAA--
CIÓN DE ADORMECIMIENTO, PESANTEZ O DOLOR SORDO, O -

UNA SENSACIÓN DE HORMIGUEO QUE SE PUEDE IRRADIAR,

6.- DURANTE 5 A 15" SE MANIPULA LA AGUJA YA SEA GIRÁNDOLA O AGITÁNDOLA, Y LUEGO SE DEJAN PASAR UNOS - MINUTOS EN REPOSO.

ESTA MANIPULACIÓN SE PUEDE ELIMINAR CON LA ELEC TROACUPUNTURA. EL TIEMPO DE INDUCCIÓN PARA PROCEDI MIENTOS QUIRÚRGICOS DENTALES DE DE 20-40'.

LAS CONTRAINDICACIONES PARA ELECTROACUPUNTURA- SON: MARCAPASO CARDIACO Y EL EMBARAZO, YA QUE PUEDEN PRODUCIRSE ARRITMIAS CARDIACAS Y CONTRACCIÓN UTERINA.

COMPLICACIONES DE LA ACUPUNTURA

INFECCION

RUPTURA DE AGUJAS (RARAS)

MAREOS

SÍNCOPE

EQUIMOSIS

DAÑO TEMPORAL A NERVIOS U ÓRGANOS.

LA EFICACIA DE LA ACUPUNTURA SE HA OBTENIDO EN UN 80% SEGÚN ESTUDIOS REALIZADOS PARA PROCEDIMIENTOS QUE VAN DESDE ALIVIO SIMPLE DEL DOLOR POSTEXTRACCIÓN, PROCEDIMIENTOS EN PRÓTESIS, CIRUGÍA PERIODONTAL DE - TEJIDOS BLANDOS Y HUESO Y ENDODONCIA.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

LA PREVENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS CARDIOVASCULARES ASÍ COMO DE LAS DE OTRO TIPO, COMIENZA CON LA -- REALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA; EN ÉSTA SE DEBE PONER ESPECIAL ATENCIÓN EN LA DIETA DEL PACIENTE, HÁBITOS COMO: FUMAR, BEBER, TOMAR CAFÉ, HACER EJERCICIO Y SU ASPECTO OBESO, YA QUE ÉSTOS FACTORES PREDISPONEN A LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR LO QUE PONE EN PELIGRO EL BIENESTAR DEL PACIENTE DURANTE EL TRATAMIENTO DENTAL.

EN LA SECCIÓN DE APARATO CARDIOVASCULAR SE DEBE PREGUNTAR SOBRE SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS COMO SON:

MAREOS	ORTOPNEA
EPISTAXIS	CEFALÉAS
HEMATOMAS	TAQUIPNEA
INFLAMACION DE TOBILLOS	FATIGA
DOLOR PRECORDIAL	SOFOCACIÓN
PALPITACIONES	SÍNCOPE FRECUENTES
TAQUICARDIA	

ANTE LA APARICIÓN SIMULTÁNEA DE ALGUNOS DE ESTOS SÍNTOMAS, SE DEBE SOSPECHAR DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, LO QUE AL VALORAR SU IMPORTANCIA SE DEBERÁ REMITIR AL PACIENTE CON EL MÉDICO ANTES DE EMPEZAR -

EL TRATAMIENTO.

ANTE LA PRESENCIA DE ALGUNA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR LOS PASOS A SEGUIR SON: INVESTIGAR LA HISTORIA DE LA ENFERMEDAD, PREMEDICACIÓN UN DÍA ANTES DEL TRATAMIENTO CON UN TRANQUILIZANTE (VALIUM) O UN SEDATIVO (DALMANE), NO SUSPENDER EL TRATAMIENTO TERAPEÚTICO, APLICAR EL PROTOCOLO DE REDUCCIÓN DE ESTRÉS, COLOCAR AL PACIENTE EN UNA POSICIÓN CÓMODA PARA ÉL, CONTROLAR EL DOLOR CON ANESTÉSICOS LOCALES CON O SIN VASOCONSTRICTOR DEPENDIENDO DEL PADECIMIENTO E INTENSIDAD DE ÉSTE. (EN CASOS DE ARRITMIAS, NUNCA SE ADMINISTRARÁ UN VASOCONSTRICTOR),

DEBEREMOS TAMBIÉN ADECUAR NUESTROS PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS COMO EL USO DEL HILO RETRACTOR, - EL USO DE PULPÓMETROS, ELCTROCAUTERIO U TORNO INCLUSO, EN LOS PACIENTES CARDIACOS, YA QUE ESTOS ALTERAN LA FUNCIÓN DEL CORAZÓN POR DIFERENTES MECANISMOS. EL HILO RETRACTOR CON EPINEFRINA AUMENTA LA CONCENTRACIÓN SANGUÍNEA DE ÉSTE VASOCONSTRICTOR, Y LOS PULPÓMETROS, TORNO Y ELECTROCAUTERIO MODIFICAN LA FRECUENCIA CARDIACA EN PACIENTES CON MARCAPASOS.

INDUDABLEMENTE LA ELIMINACIÓN DE LOS FACTORES CAUSALES SON EL MEJOR MÉTODO DE PREVENCIÓN PARA LAS EMERGENCIAS CARDIOVASCULARES, ES IMPORTANTE MENCIO-

NAR QUE TAMBIÉN SE DEBE CREAR UN AMBIENTE CÁLIDO Y TRANQUILO EN EL CONSULTORIO AYUDÁNDONOS CON EL COLOR DE LA DECORACIÓN, MÚSICA U OBJETOS QUE LLAMEN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PARA INTENTAR HACERLE OLVIDAR - SU ESTRÉS Y MIEDO. LA CONFIANZA Y SEGURIDAD QUE EL PROFESIONAL PUEDA BRINDAR SERÁ OTRO MÉTODO DE RELAJACIÓN.

CONTAMOS AÚN CON OTRAS ARMAS PODEROSAS PARA PACIENTES MUY ESTRESADOS O CON ENFERMEDADES MUY AVANZADAS, ÉSTAS SON LA HIPNOSIS Y LA ACUPUNTURA. LAS VENTAJAS DE ÉSTAS SON LA POCA O NULA MEDICACIÓN, SU APLICACIÓN A CASI TODO TIPO DE PACIENTES , LA AYUDA PSICOLÓGICA DE ÉSTOS Y SU GRAN EFECTIVIDAD YA DEMOSTRADA. LOS COMIENZOS DE ÉSTAS TÉCNICAS FUERON MUY DIFÍCILES PERO A LA FECHA Y, POR FORTUNA SE HAN ESTUDIADO Y CADA DÍA TIENEN MÁS AUGE EN EL CAMPO ODONTOLÓGICO.

POR LO ANTERIOR, TODOS LOS MÉTODOS QUE UTILICEMOS ENCAMINADOS A CONSERVAR EL BIENESTAR DEL PACIENTE Y QUE CONTRIBUYAN AL DESARROLLO PROFESIONAL, DEBEN SER TOMADOS EN CUENTA Y ESTUDIADOS, PUES DE ÉSTO TAMBIÉN DEPENDE EL CUMPLIMIENTO DE NUESTRA TAREA COMO CIRUJANOS DENTISTAS.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ALLEN, D. G: ANESTESIA Y ANALGESIA DENTALES, MÉXICO D. F, EDITORIAL LIMUSA, 1989.
- 2.- BALVANERA, A. A: MANUAL DE URGENCIAS CARDIOVASCULARES, BARCELONA, EDITORIAL JIMS, 1982.
- 3.- BERKOW, R: EL MANUAL MERCK, E.U.A, EDITORIAL - MERCK SHARP & DOHME RESEARCH LABORATORIES, 1978.
- 4.- COBOS, Z. G: HIPNOSIS, MÉXICO D. F, EDITORIAL-EDAMEX, 1983.
- 5.- DUNN, M. H, ET AL: PROPHYLACTIC LIDOCAINE IN - THE EARLY PHASE OF SUSPECTED MYOCARDIAL INFARCTION, AMERICAN HEART JOURNAL, VOLÚMEN 110: PÁG 353-361, 1985.
- 6.- EVERS, H: MANUAL DE ANESTESIA LOCAL EN ODONTOLOGÍA, ESPAÑA, EDITORIAL SALVAT, 1983
- 7.- GARCÍA, C. C: ESTRÉS Y EL CORAZÓN, MÉXICO, EDITORIAL CECSA, 1985
- 8.- HARRISON: PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA, MÉXICO, EDITORIAL MCGRAW HILL, 1986.
- 9.- HEE, S.B, ET AL: EFFECTS OF CAFFEINE ON BLOOD-PRESSURE RESPONSE DURING EXERCISE IN NORMOTENSIVE HEALTHY YOUNG MEN. AMERICAN JOURNAL OF CAR--

DIOLGY.VOL 65: PÁG 909-913, 1990.

- 10.- KATZ, S: ODONTOLOGÍA PREVENTIVA EN ACCIÓN.MÉXICO EDITORIAL PANAMERICANA, 1983.
- 11.- KELLEY, N. W: MEDICINA INTERNA, BUENOS AIRES, - EDITORIAL PANAMERICANA, 1990.
- 12.- LASTER, M. J, ET AL: A METHOD FOR TESTING FOR - EPINEPHRINE - INDUCED ARRHYTHMIAS IN RATS. ANESTHESIA AND ANALGESIA-VOL 70: PÁG 6 54-657, 1990.
- 13.- MALAMED, F. S: URGENCIAS MÉDICAS EN EL CONSULTO RIO DENTAL, MÉXICO, EDITORIAL CIENTÍFICA, 1986
- 14.- SIMON, C. A, ET AL: PULSATILE FLOW AND OSCILLATING WALL SHEAR STRESS IN THE BRACHIAL ARTERY - OF NORMOTENSIVE AND HIPERTENSIVE SUBJECTS. CARDIOVASCULAR RESEARCH. VOL 24: PÁG 129-135,1990.
- 15.- WOODALL, ET AL: ODONTOLOGÍA PREVENTIVA, MÉXICO, EDITORIAL INTERAMERICANA, 1983.