



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

URGENCIAS DE MAYOR INCIDENCIA EN LA
CONSULTA DENTAL CON PACIENTES QUE
PRESENTAN ANSIEDAD.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

JESSICA CRUZ SUÁREZ

TUTORA: C.D. LAURA HERNÁNDEZ BELMONT



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.

Agradezco a dios por darme salud, sabiduría y luz para lograr lo que me he propuesto. Gracias por la vida de mis padres, también porque cada día bendice mi vida con la oportunidad de estar y disfrutar al lado de las personas que sé que más me aman y a las que más amo.

Gracias a las personas que me apoyaron y creyeron en mi a lo largo de este camino.

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México y en especial a la Facultad de Odontología por permitirme haber recibido de ella mi formación profesional. A los catedráticos que estuvieron a lo largo de mi formación académica, a mi asesora la Dra. Laura Hernández Belmont por brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad, conocimiento y por haberme guiado en el desarrollo de este trabajo.

Gracias hermano Juan Carlos Cruz Suárez por estar en mi vida, por apoyarme como amigo, por sacarme sonrisas y por motivarme a ser siempre mejor y un ejemplo para ti, sé que llegarás más lejos que lo que tú mismo crees.

Y principalmente gracias a mis padres Juan Carlos Cruz Torres y Lucina Suárez Caballero, por ser lo que son, por ser mi pilar, por jamás dejarme sola y motivarme cada día para salir adelante, por haberme forjado como la persona que soy, los logros se los debo a ustedes por su esfuerzo y dedicación, por apoyarme aún en tiempos difíciles, pero sobre todo por su amor invaluable. Esto es por y para ustedes.

¡Por mi raza hablará el espíritu!

Dedico este trabajo a las personas más importantes en mi vida, a mi padre Juan Carlos Cruz Torres y a mi madre Lucina Suárez Caballero por haberme apoyado en todos los sentidos en este largo camino, por orientarme y aconsejarme, pero sobre todas las cosas por ser las maravillosas personas que son y por darme todo ese amor que tienen. No pudieron tocarme mejores padres que ustedes.

A mi hermano Juan Carlos Cruz Suárez por ser mi compañero y mi amigo, y nunca dejarme sola, por escucharme y motivarme para ser mejor cada día.

Los amo.

Y a mis abuelas, Agustina Caballero que ha sido como otra madre que ha estado conmigo en el transcurso de mi vida, que regala amor sin nada a cambio y a Sara Torres que de igual forma me cuida y vi como otra madre pero por circunstancias de la vida ahora observa este logro desde el cielo, gracias por el amor y apoyo que me diste en vida.

Con todo mi amor.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
OBJETIVO	7
1. ANSIEDAD EN EL PACIENTE	8
1.1 Antecedentes	8
1.2 Definición.....	11
1.3 Clasificación	11
1.4 Epidemiología.....	12
1.5 Fisiopatología	12
1.6 Signos y síntomas de ansiedad.....	14
1.7 Factores asociados a la ansiedad	16
1.7.1 Factores asociados a la ansiedad en la consulta dental	17
1.7.2 Factores traumáticos del odontólogo al paciente	20
1.7.3 Reconocimiento de un paciente con ansiedad....	20
1.7.4 Comportamiento de un paciente con ansiedad ...	20
1.7.5 Actitudes en el sillón odontológico	22
1.8 Auxiliares de diagnóstico	22
1.8.1 Historia clínica.....	23
1.8.2 Cuestionario de ansiedad (Corah)	23
1.8.3 Observación	26
2. PADECIMIENTOS RELACIONADOS CON ANSIEDAD	26
2.1 Asma	26
2.1.1 Factores desencadenantes del asma	28
2.1.2 Características de un paciente asmático	30
2.1.3 Manejo del paciente asmático en el consultorio dental	31
2.1.4 Tratamiento del paciente con crisis aguda de asma en el consultorio dental	32
2.1.5 Tratamiento farmacológico.....	32
2.2 Hiperventilación	34
2.2.1 Síntomas.....	35

2.2.2 Manifestaciones clínicas de hiperventilación en el consultorio.....	35
2.2.3 Tratamiento del paciente que hiperventila	36
2.2.4 Tratamiento farmacológico.....	37
2.3 Síncope vasovagal.....	38
2.3.1 Síntomas.....	39
2.3.2 Factores predisponentes.....	40
2.3.3 Tratamiento.....	41
3. MANEJO ODONTOLÓGICO.....	43
3.1 Manejo odontológico de un paciente con ansiedad	43
3.1.1 Tratamiento del paciente con ansiedad	44
3.1.2 Tratamiento farmacológico.....	45
CONCLUSIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50

INTRODUCCIÓN

En una consulta dental se pueden presentar diferentes situaciones de riesgo, como una urgencia o emergencia que pueden llegar a complicar el tratamiento planeado, como es el caso de la ansiedad dental. Una de las dificultades frecuentes de los odontólogos es la cancelación de citas y la actitud de evitar algún procedimiento dental por parte de los pacientes como resultado de una ansiedad.

Gracias a esta situación de ansiedad se pueden asociar otros padecimientos, por decir algunos; hiperventilación, asma, síncope, etc. pudiendo provocar una emergencia médico dental mayor.

Este tipo de situaciones se pueden presentar en cualquier momento, por eso es necesario y vital que los profesionales del área de la salud estén capacitados para poder manejar estas situaciones y evitar riesgos mayores, así como también tienen la obligación de tener conocimiento básicos de RCP, los cuales son de gran utilidad en la consulta dental.

Este tipo de trastornos como la ansiedad, han existido desde la antigüedad, pero actualmente hay factores que desencadenan a estas con mayor facilidad, tal es el caso del ambiente en el consultorio dental, material, antecedentes, entre otros. Aunque la ansiedad es muy prevalente en las personas que visitan al odontólogo, aún hay pacientes que ocultan su malestar por el hecho de sentir pena o rechazo y esto puede llevar a una urgencia mayor.

El profesional de la salud bucal debe estar perfectamente capacitado y tener plena certeza de cómo resolver y cómo actuar ante las situaciones que se le revelen en su consultorio.

Es vital conocer los factores desencadenantes, el manejo y tratamiento de la ansiedad dental.

OBJETIVO

Conocer la ansiedad dental, complicaciones y su tratamiento, así como estar informado sobre sus factores desencadenantes y tener la habilidad de evitar una crisis.

1. ANSIEDAD EN EL PACIENTE

1.1 Antecedentes

El estudio de los factores asociados a la ansiedad en los pacientes que acuden a una consulta dental no es reciente. En el siglo XIX existía una idea que explicaba las alteraciones del comportamiento sin lesión anatómica, que relacionaba las afecciones órgano-psíquico, esta idea fue iniciada por Thomas Willis en 1676 y fue descrita en “Afecciones Histéricas Hipochondriacas”.

Posteriormente existieron las primeras definiciones de la palabra ansiedad, como por ejemplo en 1813, Leandre Beauvais se refirió a esta como un “malestar general o inquietud que acompaña a una enfermedad aguda o crónica”.

La ansiedad es un trastorno prevalente que engloba una serie de cuadros clínicos, es una respuesta emocional que se presenta en una persona al percibir o interpretar algún peligro o amenaza.

Antiguamente los clínicos en mayoría trataban la ansiedad como un síntoma común, como la melancolía, la paranoia, epilepsia, manía, entre otras. Pero en realidad es un mecanismo psicológico universal que se encuentra en todo ser humano y en su forma natural, mejora el rendimiento y la capacidad de reacción y respuesta. Ayuda a afrontarse o adaptarse, según el caso y la naturaleza del riesgo o del peligro que se afrente en ese momento.

El estado de ansiedad es una reacción que proviene del sistema límbico, en especial del hipotálamo.² (Figura 1)³⁰



Figura 1 Paciente con trastorno de ansiedad.

Existen casos en el que el estado de ansiedad natural sufre una reacción como cuando una persona acude al consultorio dental e inconscientemente se siente agredida con el tratamiento dental, inmediatamente la ansiedad se transforma en patológica.

Se puede argumentar que las formas de ansiedad humana, incluida la ansiedad dental, pueden considerarse como una especie de odisea iniciada en la prehistoria, cuando nuestros antepasados se enfrentaban muchas veces al día con peligro, dolor, estrés y las respuestas relacionadas de lucha o huida, así como con enfermedades, dolor de muelas y algún tipo de tratamiento dental.⁴

Identificar los diferentes comportamientos que influyen en la salud dental de las personas es imprescindible, pero la ansiedad dental es uno de los factores más relevantes ya que interviene enormemente, entorpeciendo tanto la adherencia a tratamiento, como la consulta de atención dental. Rowe y Moore señalan que un paciente con fobia dental llega a sufrir en promedio 17,3 días de dolor antes de consultar al odontólogo. Además, la ansiedad dental es considerada un potente predictor de riesgo de caries.³

La ansiedad aparece en el siglo XX como entidad clínica e independiente, los primeros reportes de la fisiopatología de la Ansiedad Dental fueron a mediados de este siglo con los artículos de Coriat (1946) y Shoben y Borland (1954), seguidos de Forgione y Clark (1974) y Freeman (1985); en los mismo años la escala DA ha sido desarrollada por Corah (1979-1978).⁴ (Figura 2)³⁰



Figura 2 Persona con ansiedad al tratamiento dental.

Para que exista la ansiedad, en primer lugar debe aparecer un agente productor de la ansiedad, el cual producirá tensión, si el agente es percibido como algo potencialmente peligroso amenazador, se producirá una reacción de ansiedad. Spielberger esquematiza de la siguiente manera. (Figura 3)

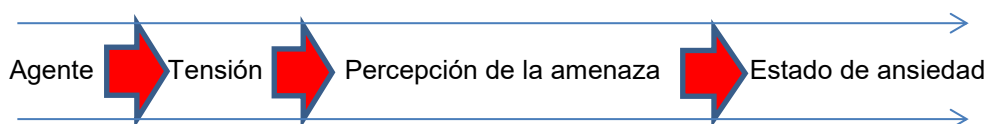


Figura 3 Esquema que muestra la escala de emociones. Tomado del libro: Spielberger C. Understanding Stress & Anxiety. 1ª ed. México. Editorial Harlas, 1980. ²⁷

1.2 Definición

La palabra ansiedad, proviene del latín; *anxietas* y expresa una experiencia con una mezcla variada de incertidumbre, amenaza o agitación. Temor ante un peligro real e imaginario. Una anticipación de daño o desgracia futuros.¹

La ansiedad dental es una respuesta multifactorial ante una creencia de peligro o amenaza, la cual es una experiencia individual y subjetiva que varía entre las personas y genera un serio impacto en la vida cotidiana, siendo una importante barrera para la búsqueda de atención dental.²⁶

1.3 Clasificación

Existe una clasificación de ansiedad, la cual se divide en dos grandes grupos, los cuales se pueden subdividir en sus diferentes niveles;

Ansiedad moderada en el paciente, es la que tiene experiencias comunes de la vida, no son de importancia clínica porque no le causan ningún problema y tampoco requieren de un tratamiento especial. Mientras que las manifestaciones sintomatológicas de ansiedad son muchas y para su estudio existen varios factores.

Ansiedad generalizada (TAG) en el cual el paciente presenta una preocupación excesiva y constante respecto a diversos temas vividos que a veces no son en realidad de tanta importancia en la vida del paciente, pero él crea en su mente situaciones que van a repercutir en su comportamiento y en su tratamiento dental.

1.4 Epidemiología

El TAG es el trastorno de ansiedad más visto por el médico con una prevalencia entre la población general de alrededor del 3% y entre el 5-7% entre los pacientes que acuden a la consulta de atención primaria, es un padecimiento que presenta la más alta prevalencia en personas de entre 40-50 años y en menor grado en la población mayor de 60 años. Las mujeres son 2 veces más afectadas por este cuadro que los hombres y el TAG declina su incidencia conforme avanza la edad en hombres, pero se incrementa en las mujeres.²⁸

1.5 Fisiopatología

Un estado de ansiedad es una reacción que proviene del sistema límbico, en especial del hipotálamo.² (Figura 4)

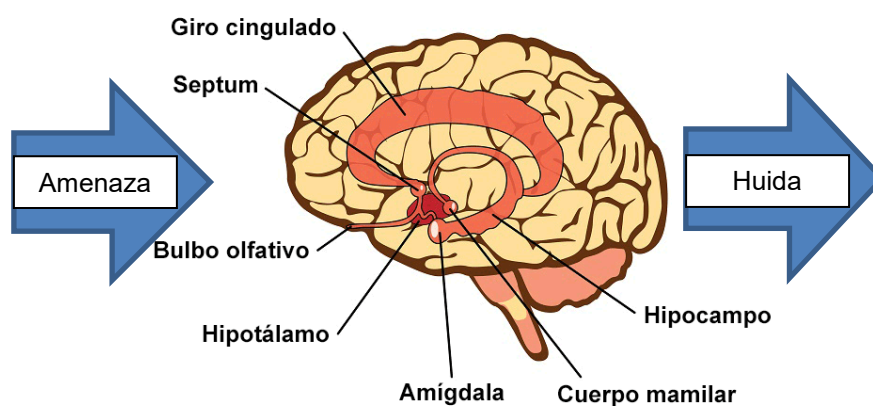


Figura 4 Acción de sistema límbico.

En los trastornos por ansiedad participan algunas de las estructuras cerebrales que conforman el sistema límbico, y es ahí en donde se ha observado que los fármacos ansiolíticos ejercen algunas de sus acciones. El sistema límbico es el responsable de las emociones y estrategias para la supervivencia.

También se ha sugerido la participación de la amígdala en el proceso de la ansiedad. Tal es el caso de la aplicación in situ de benzodiazepinas (diazepam, lormetazepam y flurazepam) y del barbitúrico fenobarbital en la amígdala ya que producen acciones ansiolíticas. Estas acciones reductoras de ansiedad son antagonizadas por el flumazenil, un antagonista del complejo receptor GABA/benzodiazepinas.

La administración de fármacos ansiolíticos que tienen acciones agonistas GABAérgicos, disminuyen algunos síntomas de la ansiedad y de la depresión. Aunque también, otros neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina (NA) y la dopamina (DA) están involucrados en la fisiopatología de los trastornos por ansiedad.

El GABA es el neurotransmisor inhibitor más importante en el Sistema Nervioso Central, donde aproximadamente el 30 % de las sinapsis son GABAérgicas. Se han propuesto dos tipos de receptores para el GABA: los receptores GABA_A y los GABA_B; los primeros están asociados con receptores A benzodiazepinas y canales de membrana para el ión cloro. Y lo B se relacionan con la adenilato ciclasa y parecen no estar modulados por las benzodiazepinas.

Estos receptores se encuentran localizados sobre la membrana neuronal y contienen un sitio de alta afinidad para las benzodiazepinas.

El complejo de receptores GABA_A está constituido por varias subunidades que forman un canal iónico y contiene el sitio de

reconocimiento para el GABA y otras sustancias agonistas como las benzodiazepinas y los barbitúricos, y antagonistas como la picrotoxina, además, de un sitio de reconocimiento de algunos esteroides neuroactivos como la progesterona y de su metabolito, la alopregnanolona. Cuando los sitios de reconocimiento de los receptores son ocupados por los agonistas, se incrementa la actividad GABAérgica. Por el contrario, cuando son ocupados por antagonistas la actividad GABAérgica disminuye.

Se ha establecido que los receptores GABA_A están constituidos por un complejo de proteínas oligoméricas que forman subunidades con múltiples sitios de reconocimiento de varios agentes ansiolíticos, sedantes y anticonvulsivantes.

Las hormonas esteroidales, como el estradiol y la progesterona, al igual que algunos de sus metabolitos ejercen acciones directas sobre los receptores cerebrales GABAérgicos. Estas acciones pueden provocar cambios del estado de ánimo o de la respuesta a los efectos terapéuticos de drogas psicoactivas que actúan en los mismos receptores.

El estradiol, la progesterona y la alopregnanolona ejercen acciones ansiolíticas, sedantes y anticonvulsivantes en el ser humano. Las acciones ansiolíticas que ejercen el estradiol, la progesterona y sus metabolitos están mediadas por el complejo de receptores GABA_A.

Podemos decir que el neurotransmisor GABA es el que está más involucrado en la ansiedad y en las acciones de los tratamientos ansiolíticos.²⁹

1.6 Signos y síntomas de ansiedad

Un paciente que padezca ansiedad se puede comenzar a detectar desde el momento que está en la sala de espera e incluso antes de llegar al consultorio; en el área de espera o de recepción, los pacientes se encargan de investigar con las demás personas que

van por atención o con las personas de recepción, buscando algunos motivos para evadir la atención odontológica. Hacen preguntas como los tipos de anestesia que se utilizan, escuchan minuciosamente las pláticas que hay en la sala de espera y quizás al estrecharle la mano al paciente ansioso puede estar fría y sudorosa. Otros síntomas más generales son:

- Sensación de nerviosismo, agitación o tensión
- Sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe
- Aumento del ritmo cardíaco
- Respiración acelerada (hiperventilación)
- Sudoración
- Temblores
- Sensación de debilidad o cansancio
- Problemas para concentrarse o para pensar en otra cosa que no sea la preocupación actual
- Tener dificultades para controlar las preocupaciones
- Tener la necesidad de evitar las situaciones que generan ansiedad (Tabla 1)

Síntomas físicos	Síntomas psicológicos y conductuales
Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad	Preocupación, aprensión
Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias	Sensación de agobio
Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial	Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente
Respiratorios: disnea	Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria
Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo	Irritabilidad, inquietud, desasosiego
Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual	Conductas de evitación de determinadas situaciones
	Inhibición o bloqueo psicomotor Obsesiones o compulsiones

Tabla 1. Síntomas físicos y psicológicos.

1.7 Factores asociados a la ansiedad

Factores Psicológicos. En estos factores de ansiedad el paciente va a presentar manifestaciones de inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro para su vida, va a sentir ganas de huir o de atacar, quizás va a tener inseguridad, una sensación de vacío dentro de sí mismo, va a tener sensación de extrañeza y despersonalización, temor de perder el control y va a tener dificultad para tomar decisiones. Prácticamente el paciente se somete a sus propios miedos y preocupaciones. (Figura 5)³⁰



Figura 5. Manifestaciones de ansiedad.

Factores de conducta. Aquí se va a manifestar un estado de alerta, un estado de hipervigilancia hacia el medio que le rodea, va a estar muy atento a todos los movimientos que haga el dentista y su personal en el consultorio, mostrara torpeza al realizar alguna actividad, se puede tornar impulsivo o con carácter de enojo, estará realmente inquieto en el sillón dental, tendrá cambios en su expresión y en su lenguaje corporal con rigidez y demasiada tensión mandibular, lo que desencadenara será un mayor problema de intervención del dentista.⁵

Factores físicos. En este caso el paciente va a presentar Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, dificultad para respirar (disnea), temblores en el cuerpo, presentara sudoración, náuseas, vómito, dolor en el estómago, se puede sentir cansado, con hormigueo en el cuerpo y sensación de mareo.

Teniendo en cuenta estos factores, podemos decir que el odontólogo debe saber manejar esto y ser capaz de detectar y evitar que el paciente manifieste esta sintomatología y que cree un ambiente de tranquilidad en el consultorio dental y no permitir por ningún motivo que el paciente caiga en un grado elevado de ansiedad que podría conducir a una emergencia en la consulta dental.

La ansiedad en el paciente es inevitable, ya que es una respuesta ante la intervención, por lo general los pacientes se enfocan en un suceso pasado o una mala experiencia anterior, de la infancia, o incluso por experiencias que cuentan otras personas cercanas al paciente, etc., pero el odontólogo puede evitar que exista un desenlace excesivo de ansiedad.

Existen diversas teorías que explican el origen de este trastorno que parece estar relacionado con factores genéticos, alteraciones de la respuesta del Sistema Nervioso Central y el aprendizaje social.²

Así como también, la ansiedad dental puede presentarse de manera anticipada, con sólo pensar en el encuentro con un estímulo que provoca miedo. Es así como la persona al saber que tiene cita con el dentista, tiene la expectativa de que una experiencia aversiva se aproxima, generando altos montos de ansiedad. La ansiedad dental es un estado de aprensión de que algo terrible pasará en relación al tratamiento dental, lo que va acompañado de un sentido de pérdida de control.³

1.7.1 Factores asociados a la ansiedad en la consulta dental

El ambiente en el consultorio. Si el instrumental se encuentra a la vista del paciente que padece de ansiedad, hablándose de jeringas de anestesia, pinzas para extracción y material punzocortante, que es el material que normalmente más aterrorizan al paciente, será la

causa para que la ansiedad se precipite dando motivo a una ansiedad generalizada.⁶ (Figura 6)³⁰



Figura 6 Ansiedad manifestada por presencia de instrumental, jeringa de anestesia.

El género. Algunos estudios reportan que no existen diferencias significativas, aunque algunos aseguran que existe mayor incidencia de la ansiedad dental en mujeres. Álvarez y Casanova (2006), plantean que estas diferencias pueden estar dadas por el alto porcentaje de mujeres que responde a las encuestas, así como la aceptación social de normas que le permiten a la mujer expresar sus sentimientos de dolor y miedo de forma más abierta. Aartamn (1998) reporta mayor incidencia de ansiedad en mujeres que en hombres, así como puntajes mayores en mujeres.⁷

Determinantes congénitos. Una parte del problema se debe al miedo a la pérdida de control y lesión de regiones de la cara y el cuello. Esta ansiedad innata del paciente es inmodificable.

Antecedentes traumáticos. Las experiencias pasadas que el paciente haya padecido influyen en la relación de tolerancia del dolor. Tienen que ver demasiado las experiencias traumáticas dentales que el paciente tuvo en el pasado, se puede hablar desde la infancia, aproximadamente un 85% de los pacientes muy ansiosos vivieron algunos de estos casos.

Edad. Tiene gran influencia ya que entre más jóvenes sean los pacientes se mostrarán más ansiosos y a medida que sean mayores (40 años o más) muestran ser menos ansiosos (Kleinknecht y Bernstein 1978) y menos sensibles al dolor.

Se menciona un incremento en la ansiedad infantil, cuando los pacientes consultan esporádicamente debido a la presencia de dolor y en consecuencia, el tratamiento involucra la extracción de una pieza dental (Milsom y Cols., 2003). Por último se reporta que el miedo que fue adquirido en la etapa infantil incrementa su severidad en la etapa de la adolescencia y la juventud temprana (Rowe, 2005).⁷

Estatus socioeconómico. Cuando este es más bajo se presenta menos cooperador y más ansioso por el desconocimiento del tratamiento que el odontólogo le va a realizar.

Grado de escolaridad. Las personas con mayor educación, evidencian menor respuesta de ansiedad. (Rowe 2005).⁷

Otras enfermedades. Un paciente con una enfermedad sistémica grave se mostrara menos ansioso a los tratamientos en el consultorio dental, debido a la gravedad de su enfermedad, hace que consideren su problema bucal como un problema secundario y menos importante.

Frecuencia de visitas al consultorio. El paciente que tiene su primera consulta, mostrara mayor ansiedad que aquel que llega a su segunda o tercera consulta, influyendo también si en la atención anterior se manejó adecuadamente al paciente en un ambiente de tranquilidad y cordialidad.

Experiencias adquiridas por familiares o personas cercanas. Cuando las personas más allegadas al paciente comentan sus experiencias en el consultorio desagradables y con aspectos negativos, van a influir demasiado en la ansiedad del paciente. La madre del paciente es la que ejerce mayor influencia sobre este.⁶

1.7.2 Factores traumáticos del odontólogo al paciente

- 1- Dolor, como cuando el odontólogo se rehúsa a colocar anestesia cuando el paciente lo pide, o comenzar un tratamiento antes que el anestésico haga su efecto.
- 2- Críticas y regaños, los insultos o fuertes llamadas de atención por su mala higiene oral o poca cooperación al tratamiento.
- 3- Tratamiento incorrecto o diente erróneo, como por ejemplo cuando un dentista extrae un diente equivocado.

1.7.3 Reconocimiento de un paciente con ansiedad

Se podrá identificar a un paciente con ansiedad con los factores ya descritos, aunque la reacción del paciente ante la situación dental variará dependiendo de su estado emocional. Presentará cambios inmediatamente en su actitud en general, tendrá sudoración, disnea, hipervigilancia, conducta inapropiada y su expresión facial no va a ser adecuada.² Aunque en ocasiones el paciente no va a querer que el odontólogo se dé cuenta de su estado y si pasa eso, se podrá tener un problema, ya que podría ocurrir un riesgo de presentarse una emergencia o urgencia en el consultorio, asociándose a alguna enfermedad como puede ser propia del paciente adulto, puede ser un síncope, hiperventilación, alguna crisis convulsiva o alguna otra enfermedad. Por ello es importante que el cirujano dentista antes de cualquier procedimiento se auxilie de un expediente clínico, tomando en cuenta principalmente, una historia clínica general, cuestionario de ansiedad, aunado a una observación general del paciente.

1.7.4 Comportamiento de un paciente con ansiedad

No existe una respuesta única ni definitoria para explicar este fenómeno, pero al parecer en la mayoría de los casos esta actitud

puede ser debida a experiencias con el dentista cuyo significado resulto traumático para el paciente.

El paciente que acuda a la consulta dental puede presentar cualquiera de estos síntomas:

- A. *Ansiedad de asociación.*- aquí se tomaran en cuenta ciertos estímulos que provocan una exacerbación, por ejemplo, la visión de la jeringa hipodérmica, agujas y demás instrumental que se puede utilizar en el consultorio dental.
- B. *Ansiedad de atribución.*- en la que el paciente es capaz de relacionar una causa con un procedimiento, como ocurre en el sillón odontológico; que el paciente tiene una caries dental y se imagina al odontólogo eliminando la caries.
- C. *Ansiedad de evaluación.*- cuando el paciente llega al consultorio dental y examina con la mirada al odontólogo y recuerda que antes ha tenido experiencias desagradables con otros odontólogos.
- D. El paciente con ansiedad generalizada querrá evitar el tratamiento y las visitas periódicas al consultorio a menos que sean muy necesarias. (Figura 7)³⁰

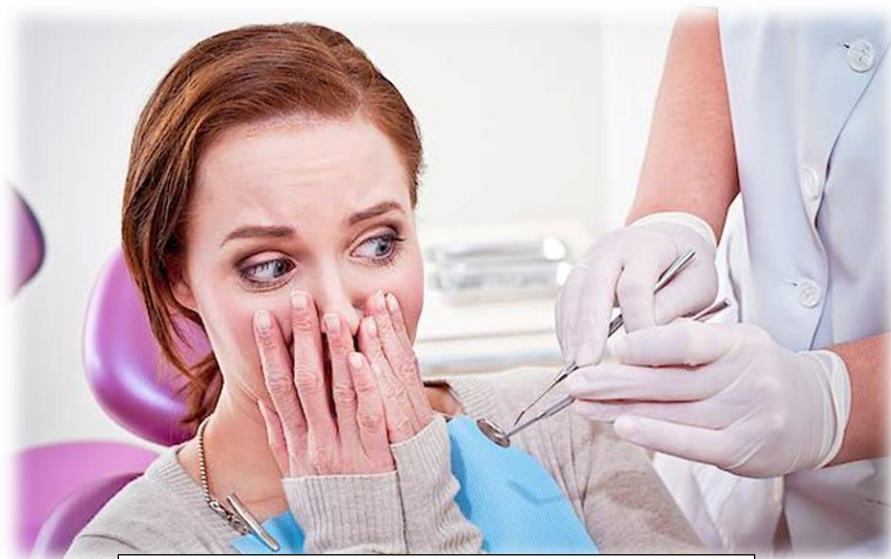


Figura 7 Paciente evitando el tratamiento.

- E. La persona con ansiedad va a tener el umbral del dolor aumentado y un pequeño dolor lo va a sentir muy fuerte.⁶
- F. Al acudir a la consulta dental, esta va a ser muy difícil y tediosa desde el principio hasta el final.
- G. Cuando los pacientes son muy ansiosos muestran recuerdos de insatisfacción después del tratamiento, volviendo molesto, fastidioso e intolerable y doloroso la más mínima intervención. Devalúan el trabajo del estomatólogo.

Al final no solo el paciente va a sufrir este comportamiento de ansiedad, también va a transmitir al odontólogo algunos efectos, resultando estresante el tratamiento dental tanto para el paciente como para el profesional.

1.7.5 Actitudes en el sillón odontológico

- a. Sudoración en frente y manos
- b. Postura rígida anormal
- c. Contesta con trabas y rigidez las preguntas
- d. Jugueteo nervioso con algún paño o servilleta
- e. Excesiva cooperación con el profesional

1.8 Auxiliares de diagnóstico

- Historia clínica
- Cuestionario de Ansiedad
- Observación

1.8.1 Historia clínica

Es aquí donde deberán quedar respaldados datos personales del paciente, nombre, domicilio, teléfono.

Antecedentes patológicos y no patológicos, padecimiento actual. Es obligación del paciente proporcionar con detalle su estado de salud actual, tanto sistémico como bucal, ya que aquí tendrá que referir al odontólogo el motivo por el cual se presenta al consultorio. En base a sus respuestas y comportamiento, y la a la exploración del odontólogo al paciente, el dentista valorara el estado actual del paciente y el tratamiento especial que se brindara a este.⁸

Los cuestionarios utilizados con mayor frecuencia son, La Escala de Ansiedad Dental (Corah) y la escala de miedo dental (DFS). El DFS es una escala establecida para identificar estímulos y reacciones específicas del miedo dental, útil para aplicarla en adultos.⁷

1.8.2 Cuestionario de ansiedad (Corah)

El cuestionario o escala de la ansiedad de Corah, fue creado en 1969 para ser aplicado en la consulta inicial. Esta escala cuenta con cuatro preguntas, cada ítem puede ser respondido con puntajes entre (1) –ninguna ansiedad-, a (5) –máxima ansiedad-.⁷ Esto permite al odontólogo reconocer el grado de ansiedad del paciente, en base al número de respuestas afirmativas que conteste será la clasificación asignada. Se usa desde 1973, por muchos clínicos e investigadores, la escala se basa en la observación del paciente, llegando a la conclusión de que la incidencia en los cuadros de emergencias, es mayor en pacientes con ansiedad mal controlada.⁹

1. Si tuviera que ir al dentista mañana para una revisión, ¿cómo se sentiría al respecto?

- a. Relajado, nada ansioso
- b. Ligeramente ansioso
- c. Bastante ansioso
- d. Muy ansioso e intranquilo
- e. Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)

2. Cuando está esperando su turno en el consultorio del dentista en la silla, ¿cómo se siente?

- a. Relajado, nada ansioso
- b. Ligeramente ansioso
- c. Bastante ansioso
- d. Muy ansioso e intranquilo
- e. Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)

3. Cuando usted está en la silla del dentista esperando mientras el dentista prepara el taladro para comenzar de trabajo en los dientes, ¿cómo se siente?

- a. Relajado, nada ansioso
- b. Ligeramente ansioso
- c. Bastante ansioso
- d. Muy ansioso e intranquilo
- e. Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)

4. Imagínese que usted está en la silla del dentista para una limpieza dental. Mientras espera el dentista o higienista saca los instrumentos que serán utilizados para raspar sus dientes alrededor de las encías, ¿cómo se siente?

- a. Relajado, nada ansioso
- b. Ligeramente ansioso
- c. Bastante ansioso
- d. Muy ansioso e intranquilo
- e. Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)

5. Si le van a inyectar con una aguja anestésico local para su tratamiento dental ¿cómo se siente?

- a. Relajado, nada ansioso
- b. Ligeramente ansioso
- c. Bastante ansioso
- d. Muy ansioso e intranquilo
- e. Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)

Una vez finalizado el cuestionario cuantifique la puntuación obtenida.
Respuesta a = 1 punto Respuesta b = 2 puntos Respuesta c = 3 puntos Respuesta d = 4 puntos Respuesta e = 5 puntos Valoración del grado de ansiedad:

- Menos de 9 puntos. Su ansiedad es leve o nula en su visita al dentista.
- Entre 9-12 puntos. Ansiedad moderada en su visita al dentista.
- Entre 13-14 puntos. Ansiedad elevada en su visita al dentista.
- A partir de 15 puntos. Ansiedad severa o Fobia a su visita al dentista

Escala de Ansiedad Dental de Corah Modificada (MDAS)

1.8.3 Observación

Este paso es muy importante, ya que aquí es donde el odontólogo va a percibir demasiadas cosas o alertas sobre el comportamiento del paciente ansioso, incluso antes de verlo, desde antes de su consulta, en la sala de espera si el paciente tiene alguna platica con alguien más, esto ayuda a descubrir a algún paciente aprensivo que trate de disimular su excesiva ansiedad.

2. PADECIMIENTOS RELACIONADOS CON ANSIEDAD

2.1 Asma

La ansiedad es un factor muy importante en riesgos para la consulta dental.

La influencia de la ansiedad en un paciente puede manifestarse al llegar al consultorio y desencadenar episodios agudos de asma en pacientes enfermos y medicamente comprometidos según su historia clínica como deberá de quedar plenamente registrado, estos pacientes son propensos a desarrollar los episodios agudos de la enfermedad.¹⁴

El asma es una enfermedad crónica que se caracteriza por ataques recurrentes de disnea y sibilancias, que varían en severidad y frecuencia de una persona a otra. Los síntomas a estas personas pueden sobrevenir varias veces al día o a la semana, y en algunas personas se agravan durante la actividad física o por la noche.

Cuando se habla de asma se puede decir que es una enfermedad crónica que provoca inflamación y estrechamiento de las vías aéreas. Su gravedad es variable según el paciente.¹⁵

El asma es una enfermedad muy común, se presenta mayormente en niños, iniciando cerca de la mitad de los casos entre los 10 años de edad, incluso se habla que mayor la incidencia es en niñas, otra

tercera parte inicia antes de los 40, pero las frecuencias por género se igualan a los 30 años.¹⁶

Una parte significativa de la población asmática no tiene antecedentes personales o familiares de alergias, las pruebas cutáneas son negativas y las concentraciones séricas de IgE son normales, por lo tanto esto se conoce como idiosincrasia no atópica.

Datos relevantes

- ❖ La OMS calcula que en la actualidad hay 235 millones de pacientes con asma.
- ❖ El asma es la enfermedad crónica más frecuente en los niños.
- ❖ El asma está presente en todos los países, independientemente de su grado de desarrollo. Más del 80% de las muertes por asma tienen lugar en países de ingresos bajos y medios-bajos.
- ❖ A menudo el asma no se diagnostica correctamente ni recibe el tratamiento adecuado, creando así una importante carga para los pacientes y sus familias, y pudiendo limitar la actividad del paciente durante toda su vida.¹⁵

Entonces, se puede decir que el asma es una enfermedad muy frecuente en las personas, así como no controlada o no detectada, esto podría ser un grave problema en la consulta dental, ya que con una crisis de ansiedad enseguida podría desencadenarse una crisis asmática.

El asma es el resultado de un estado persistente por inflamación subaguda de vías respiratorias, inclusive de los pacientes asintomáticos. Las vías respiratorias se encuentran edematosas e infiltradas de leucocitos, eosinófilos, neutrófilos y linfocitos, puede o no haber aumento de contenido de colágena de la membrana basal epitelial. Puede también haber hipertrofia glandular con desnudación del epitelio.¹⁶

2.1.1 Factores desencadenantes del asma

- 1- Alergénicos
- 2- Farmacológicos
- 3- Ambientales
- 4- Infecciosos
- 5- Relacionados con el ejercicio
- 6- Emocionales (ANSIEDAD)

El asma alérgica depende de una respuesta de IgE controlada por linfocitos B y T y activada por interacción de un antígeno con moléculas de IgE unidas a células cebadas.¹⁶ El epitelio de vía aérea y la submucosa tienen células dendríticas que capturan y procesan a los antígenos que después de captar inmunógeno las células mudan a los ganglios linfáticos locales, donde presentan el material a los receptores de los linfocitos T.

En contexto genético adecuado la interacción del antígeno con una célula T virgen Th0 en presencia de IL-4 produce una diferenciación de las células al subtipo Th2. Proceso que no solo contribuye a facilitar la inflamación producida en el asma, sino que también hace que los linfocitos B cambien su producción de anticuerpos de IgG e IgM a inmunoglobulina E.

Una vez sintetizada y descargada la célula B, la IgE circula en la sangre hasta fijarse a los receptores de alta afinidad sobre los mastocitos y a receptores de baja afinidad sobre los basófilos.

La mayoría de los alérgenos provocadores de asma se encuentran en el aire y al inducir un estado de hipersensibilidad deben abundar durante periodos considerables, pero cuando ocurra la sensibilización, el paciente mostrara una extrema reactividad de forma que cantidades pequeñas de antígeno, produzcan grandes exacerbaciones de la enfermedad. Los anticuerpos IgE responden a la exposición de alérgicos que se presentan en asmáticos, estos participan en la evolución de la enfermedad.¹⁶

Se puede dividir el asma en:

Extrínseca → Reacción antígeno-anticuerpo.

Intrínseca → No se puede detectar a un antígeno como causa principal.

Regularmente los pacientes asmáticos van a presentar respuestas tempranas y tardías a los estímulos. En la respuesta temprana hay un estrechamiento de vías respiratorias empezando dentro de 10 a 15 minutos después de la exposición al alérgeno y tendrá una mejora hacia los 60 minutos, en ocasiones esto puede ir seguido de una respuesta asmática tardía que aparece de 4 a 9 horas después del estímulo.¹⁷

Entre los fármacos que pueden desencadenar asma están, las aspirinas, AINES colorantes como la Tartrazina y los antagonistas Beta adrenérgicos. En este caso se debe tener mucho cuidado ya que hay una considerable morbilidad.

En las causas ambientales se van relacionar las condiciones climáticas como concentración de contaminantes y antígenos atmosféricos.

Las infecciones respiratorias son estímulos que de una frecuencia mayor pueden elevar la posibilidad de un episodio de asma.

Algunas veces el ejercicio desencadena síntomas de asma. Esto se denomina asma inducida por el ejercicio (AIE).

La tensión emocional puede mejorar o empeorar el asma, pero aquí es a donde se va a anexar la parte de ansiedad como un estado emocional que interferirá en esta, las vías respiratorias estarán mediadas por la modificación vagal eferente, pudiendo desarrollar un papel importante las endorfinas para la participación de los factores psicológicos.

2.1.2 Características de un paciente asmático

- Falta de aire
- Dolor u opresión en el pecho
- Problemas para dormir causados por falta de aire, tos o silbido al respirar
- Un pitido o silbido al respirar que puede oírse al exhalar (el silbido al respirar es un signo frecuente de asma en los niños)
- Tos o silbido al respirar que empeora con un virus respiratorio, como un resfrío o influenza

Es muy importante que a la hora de la consulta, en el interrogatorio el profesional haga unas preguntas importantes como; antecedentes familiares o personales, enfermedades alérgicas como eccema, rinitis o urticaria.¹⁶ Si el paciente refiere tener asma, será importante preguntar y dejar bien estipulado en la historia qué tipo de asma padece, con qué frecuencia, que factores la provocan, si es extrínseca o intrínseca, con qué medicamentos se controla, si ha tenido alguna crisis severa últimamente y si se ha hospitalizado anteriormente.

Es probable que si a la consulta dental llega un paciente con ansiedad pueda padecer un episodio de asma durante la consulta.

El diagnóstico de asma va a establecerse demostrando que existe una obstrucción reversible de vías respiratorias.¹⁸

2.1.3 Manejo del paciente asmático en el consultorio dental

El trabajo primordial del Odontólogo es mantener la salud bucal y física del paciente, el profesional debe identificar y evitar los factores predisponentes del paciente ansioso y asmático.

Para un paciente con ansiedad generalizada es muy fácil que los mínimos factores ambientales en el consultorio lo desestabilicen; la ansiedad en estos pacientes es una manifestación muy importante y hay que evitarla.

Es recomendable manejar a estos pacientes en un ambiente armónico en el consultorio, con mucha tranquilidad para no desencadenar una crisis de ansiedad, el apoyo psicológico con una terapia ansiolítica adecuada serán muy importantes para evitar una crisis asmática.

Si un paciente refiere haber tenido crisis asmáticas en los últimos meses o se encuentra bajo tratamiento farmacológico con teofilinas, simpaticomiméticos y corticoides, habrá que tener mayor cuidado que con un paciente que refiera alergias en su niñez.¹⁹

Con un paciente asmático hay que tomar muchas precauciones y evitar que se medique con AINE¹⁶ y en caso de que el paciente presente asma extrínseca, evitar que consuma productos que puedan desencadenar alergias, de lo contrario, con asma intrínseca no se sabe el factor predisponente que pueda desencadenar una crisis y el profesional tendrá que evitar que tenga una crisis de ansiedad para no provocar un episodio de asma.

2.1.4 Tratamiento del paciente con crisis aguda de asma en el consultorio dental

Primeramente el odontólogo deberá identificar si la crisis de asma es moderada o es aguda, la crisis aguda se diferencia, ya que implica peligro para la vida del paciente y un riesgo muy grande en el consultorio, si los episodios clínicos de asma que se manifiestan son severos, habrá que realizarse un protocolo de atención:

- a- Interrumpir el tratamiento y remover todo el material que hay en boca.
- b- Se debe tranquilizar al paciente, no es buen que incremente su ansiedad.
- c- Levantar el respaldo del sillón dental.
- d- Colocar al paciente en posición semi-fowlers con los brazos extendidos hacia adelante.
- e- Usar el broncodilatador en spray (salbutamol). Si esto no es posible, insuflar con el spray 5 veces en una bolsa de papel y adaptarla a la boca y nariz del paciente, que inspire lenta y profundamente.
- f- Administrar oxígeno con una máscara facial.
- g- Si continúa la crisis, llamar a emergencias médicas.

2.1.5 Tratamiento farmacológico

Los anestésicos Amida son una excelente solución para los pacientes asmáticos; lidocaína o mepivacaína con adrenalina, cabe aclarar si no existe otro factor de riesgo que contraindiquen el uso de adrenalina, como puede ser un paciente hipertenso.²¹

Hay dos categorías de fármacos para el paciente asmático: los que inhiben la contracción del músculo liso, (de alivio rápido) que son agonistas beta-adrenérgico, metilxantinas y anticolinérgicos; y están

los que son para la inflamación, (a largo plazo) que son los glucocorticoides agonistas B2 adrenérgicos que son de acción prolongada y agentes estabilizadores de los mastocitos, modificadores de leucotrienos y metilxantinas.

Brocodilatadores: Agonistas de los receptores B2 adrenérgicos; las xantinas son fármacos de sisteinil-leucotrienos y antimuscarínicos son de acción corta administrados por inhalación. El salbutamol es un inhalador de acción corta, su tiempo de acción es de 30 minutos, para prevenir o tratar las silbilancias en pacientes con enfermedad obstructiva reversible de vías respiratorias. Las dosis recomendadas son 100-200 microgramos cada 4-6 horas.²²

De acción prolongada el Salmeterol, duración de 12 horas no se utiliza a intervalos regulares; previene el broncoespasmo durante la noche o durante el ejercicio en pacientes de tratamiento broncodilatador crónico. Su dosis es dos veces al día como tratamiento complementario en pacientes cuya asma no se controla con glucocorticoides. Los broncodilatadores B2 adrenérgicos tienen efectos adversos, el más común son los temblores.

A las metilxantinas se les considera fármacos de segunda opción ya que tienen una alta toxicidad y efectos negativos y adversos.²¹

Los agonistas de Receptores Muscarínicos Bromuro de iprartropio, son fármacos de segunda elección que relajan la constricción bronquial es asma alérgica. Se aplican como un complemento de los receptores adrenérgicos de B2 y los esteroides, cuando estos no fueron capaces de controlar el asma, también se utilizan como Broncodilatadores en algunos pacientes con bronquitis crónica y en broncoespasmo precipitado por agonistas de los receptores adrenérgicos B2.

Son útiles como tratamiento complementario de asma moderada y leve.

Los Antiinflamatorios Glucocorticoides como el Cromiglicato y Nedocromilo son administrados en el asma crónica por tener mayor potencia mediante inhaladores con dosímetro cuyo efecto se alcanza después de varios días de tratamiento.

Al asma que es grave o crónica y con empeoramiento rápido, se le administra un ciclo breve de Glucocorticoides vía oral como la Prednisona, combinándolo con un esteroide inhalado se reducirá la dosis oral necesaria. En estado asmático se administra Hidrocortisona vía intravenosa, seguido de prenisolona por vía oral.²¹

Si no hay regresión del episodio, el broncoespasmo es de tal dimensión que el broncodilatador en spray no llega a los alvéolos. Administrar vía subcutánea 0.3ml. de una solución de adrenalina 1:1000 (ampolla con 1 ml), que posee una potente acción broncodilatadora, controlando el broncoespasmo algunos minutos después de administrarse.

2.2 Hiperventilación

La hiperventilación puede ser definida como aquel tipo de respiración que excede a las demandas metabólicas, siendo resultado de un exceso en el ritmo respiratorio, y/o en el volumen de aire tomado por cada inhalación.²³ En realidad, se aumenta la cantidad de oxígeno que entra al cuerpo y reduce la cantidad de dióxido de carbono. Con esto se producen cambios importantes, como la reducción de presión arterial en sangre hasta un nivel

denominado hipocapnia, también puede producirse alcalosis, elevación del pH de la sangre y del fluido cerebro-espinal.

La presión parcial de dióxido de carbono disminuye de un nivel normal de 35-45 mm Hg a.

La hiperventilación se puede producir en un estado de ansiedad o pánico.

2.2.1 Síntomas²³

- Hormigueo en las extremidades
- Espasmos musculares
- Palpitaciones
- Vasoconstricción cerebral
- Hipoxia
- Falta de concentración
- Debilidad
- Sofoco

La ansiedad generalizada en el paciente es la responsable que se presenten con mayor frecuencia y profundidad las respiraciones,¹¹ también es responsable del aumento de los niveles sanguíneos de catecolamina circulante (adrenalina y noradrenalina), resultado de la respuesta de luchar o huir.

2.2.2 Manifestaciones clínicas de hiperventilación en el consultorio

Generalmente la hiperventilación suele iniciarse al ver o tener miedo a la inyección del anestésico, el paciente presenta opresión en el

tórax y una sensación de sofocación y puede comentar que hace calor excesivo.

Si la hiperventilación continua el paciente tendrá un incremento de dióxido de carbono en sangre lo que es conocido como alcalosis metabólica, teniendo una sensación de “perder la cabeza” o mareo. Al incrementar más la ansiedad, agrava todos los signos, dando lugar a un círculo vicioso.

La hiperventilación es provocada por la ansiedad, cuando el paciente se da cuenta que está hiperventilando hay un incremento de ansiedad y aumentara más la hiperventilación porque hay mayor ansiedad. Es necesario evitar este ciclo.¹¹ los pacientes que padecen esto, pueden hiperventilar durante 30 minutos o más varias veces al día.

Si el profesional permite que la hiperventilación continúe, el paciente puede presentar fasciculaciones musculares y convulsiones y si no se trata de forma rápida y precisa puede sufrir el paciente un síncope.

En la práctica odontológica es una situación de urgencia común, siendo el resultado de una crisis de ansiedad generalizada. Existen otras causas como dolor, acidosis metabólica, intoxicación por fármacos, hipercapnia, cirrosis o alteraciones del Sistema Nervioso Central.

2.2.3 Tratamiento del paciente que hiperventila

Durante una manifestación de Hiperventilación es primordial combatir el síntoma. Antes que nada el profesional de la salud debe calmar al paciente, diciéndole que todo está bajo control. Si continua

el síntoma tendrá que continuar el Odontólogo pidiéndole a su paciente que inspire y expire repetidas veces en una bolsa de plástico, con el fin de volver a inspirar el aire que expulso.

- Se debe interrumpir el tratamiento, retirar la posible causa de la hiperventilación.
- Colocar al paciente en posición sentada, es así cuando se siente más relajado y pedir que se tranquilice.
- Retirar todo el material de la boca del paciente y si fuese necesario aflojarle la ropa que traiga apretada y que pudieran restringir la respiración.
- El paciente debe ser tranquilizado, sus respiraciones deben tener una frecuencia de 4-6 por minuto, permitirá que la PaCO₂ aumente normalizando el pH en sangre y a la vez eliminando los síntomas de la alcalosis.
- Evaluar sus signos vitales.
- Si lo anterior no funciona, ayudar al paciente a que aumente sus niveles de dióxido de carbono en sangre haciendo que respire aire con leve contenido de oxígeno y alto contenido de dióxido de carbono, con una bolsa de papel sobre su boca y nariz.
- Se puede seguir con el tratamiento dental siempre y cuando el paciente este relajado y estabilizado.

2.2.4 Tratamiento farmacológico

Primeramente se lleva a cabo el tratamiento conservador, pero si no hace efecto es necesario ayudarse de fármacos como el Diazepam o Midazolam, para contrarrestar la ansiedad del paciente. Estos fármacos se administraran en forma IV.

Paciente adulto: 10-15 mg de Diazepam o 3-5 mg de Midazolam.

Si no se puede administrar vía IV, se administrara vía IM 10mg de Diazepam o 3-5 mg de Midazolam.

Los medicamentos rara vez son requeridos para tratar la hiperventilación.

2.3 Síncope vasovagal

En la consulta odontológica la ansiedad estará presente en mayor o menor grado y si hay una ansiedad generalizada elevada el paciente podría estar expuesto a un síncope vasovagal, llevando a un caso de urgencia en el consultorio dental.

El síncope vasovagal también llamado síncope vasodepresor o síncope neurocardiogénico, es un desmayo vulgar, una pérdida súbita de la conciencia y del tono postural por isquemia cerebral, de breve duración y recuperación espontanea, en el cual no es necesario realizar maniobras de recuperación y no hay secuelas.

Existen algunos factores que pueden estar involucrados para que se llegue a un síncope; factores psicógenos, como ansiedad, miedo, estrés emocional, o recepción de malas noticias, también se pueden incluir el dolor, visión de sangre, de instrumental quirúrgico o dental.

El síncope es una urgencia en el consultorio que se puede presentar muy frecuentemente pero lo fundamental de esto es evitar que se complique, para esto y antes de cualquier cosa el Odontólogo debe evitar o disminuir su tensión nerviosa del paciente, así como su ansiedad y su miedo, en algunas ocasiones puede ser preciso utilizar la técnica de sedación, y esto puede predisponer a otro tipo de complicaciones.²⁴

La prevención del síncope neurocardiogénico va dirigida a eliminar cualquier factor predisponente que pueda existir.

2.3.1 Síntomas

En el síncope se puede ver una forma transitoria de inconciencia donde el paciente puede ser reanimado, producido por alteraciones reversibles de la función cerebral. Se considera como síntoma en pacientes que aparentan estar sanos y es signo de una alteración sistémica.

Antes de desmayarse debido a un síncope vasovagal, el paciente podría sentir lo siguiente:

- Piel pálida
- Aturdimiento
- Visión de túnel: el campo de la visión se estrecha hasta ver solo lo que está enfrente
- Náuseas
- Sensación de calor
- Sudor frío y húmedo
- Bostezos
- Visión borrosa

Durante un episodio de síncope vasovagal, el profesional y asistentes u observadores pueden notar:

- Movimientos bruscos y anormales
- Pulso lento y débil
- Pupilas dilatadas

Generalmente la recuperación después de un síncope vasovagal comienza en menos de un minuto. Pero, si el paciente se pone de pie demasiado pronto después del desmayo (en alrededor de 15 a 30 minutos) corre el riesgo de desmayarse de nuevo.

2.3.2 Factores predisponentes

Algunos factores que pueden ayudar a su aparición de un episodio de síncope son: permanecer mucho tiempo de pie, temperaturas altas y húmedas, largas horas de trabajo, falta de sueño, un consultorio con problemas de ventilación, cambios bruscos de altitud, ascenso y descenso rápido, esfuerzo, fatiga e hiperventilación, dolor, pérdida de sangre y ayuno prolongado.²⁴

Existen algunos fármacos que pueden asociarse con la aparición de síncope son; las que producen sangrado leve, diuréticos, sobredosis de insulina, analgésicos narcóticos y no narcóticos, anestésicos locales y antibióticos.

El síncope vasodepresor se desarrolla muy rápido si existe un estímulo de por medio, pero la pérdida de la conciencia no se presenta hasta que hay pasado un tiempo.

El síncope se divide en 3 fases, **presíncope**, **síncope** y **postsíncope**, por lo tanto si una persona experimenta un síncope neurogénico, rara vez sufrirá lesiones, ya que tendrá tiempo para sentarse o recostarse antes de perder el conocimiento.

Las manifestaciones iniciales de un presíncope son: sensación de mareo, palidez, sudoración abundante, taquicardia, el paciente dice sentirse mal, mareado y con náuseas. Entre sus manifestaciones tardías estarán, las pupilas dilatadas, hiperpnea, frío en manos y pies, hipotensión, bradicardia, trastornos visuales, vértigos y finalmente ocurrirá el síncope.

2.3.3 Tratamiento

Presíncope

En un presíncope, el paciente tendrá todas las manifestaciones mencionadas, si la persona está de pie, éste evolucionara rápidamente al síncope, en un tiempo muy corto de aproximadamente 30 segundos, pero si la persona está en posición supina es raro que de la fase de presíncope evolucione a la de síncope.¹¹ En el peor de los casos se podría administrar oxígeno con una mascarilla, para ayudarle a recuperarse.

Después de que se presenta el presíncope habrá que dejar que el paciente se recupere mientras el odontólogo determina la causa de este episodio. Si se debe considerar la modificación del tratamiento dental posterior, se tendrá que hacer para reducir el riesgo de que se produzca otro episodio presíncopal.¹⁶

Síncope

En pacientes con síncope vasovagal lo primordial es dar instrucciones para intentar evitar los factores desencadenantes y reconocer los síntomas iniciales.²⁵

Si la urgencia se complica, se deberá seguir protocolo de emergencias.

- 1- Valorar la conciencia, cuando no hay respuesta a la estimulación sensorial.
- 2- Pedir ayuda, activar el sistema de urgencias del consultorio.
- 3- Colocar al paciente en posición decúbito dorsal, elevar las piernas a una altura un poco mayor que la de la cabeza, lo cual aumentara el retorno de la sangre desde la periferia, la mayoría de las manifestaciones

clínicas son producto de un flujo de sangre cerebral inadecuado.

- 4- Hay que establecer una vía aérea permeable. En la mayoría de los casos de síncope neurocardiogénico, la maniobra frente mentón será la única y necesaria para establecer una vía aérea permeable aérea.
- 5- Valorar la permeabilidad de la vía aérea del paciente y la respiración, confirmar la vía aérea mediante la observación de tórax y también escuchando la exhalación.
- 6- Valorar el pulso carotideo, aunque es muy poco probable que un síncope puedan desarrollarse episodios de asistolia ventricular, si es así dar RCP.

Postsíncope

Después de que el paciente se ha recuperado de un periodo de inconciencia, lo más recomendable será que se suspenda cualquier procedimiento dental por el resto del día, ya que algunas de las veces se puede presentar otro cuadro sincopal. Se ha demostrado que el organismo requiere hasta de 24 horas para recuperarse por completo. Antes de dejar ir al paciente el odontólogo tendrá que determinar la causa primaria y los factores que pudieron originar el síncope, para que en base a esto pueda establecer el tratamiento y evitar que se produzca de nuevo la crisis.

Cuando el paciente se retire del consultorio deberá ir acompañado de algún conocido.⁶

3. MANEJO ODONTOLÓGICO

3.1 Manejo odontológico de un paciente con ansiedad

Varias técnicas de comportamiento permiten un manejo adecuado del paciente, incluido el uso mencionado anteriormente de pruebas psicológicas para la evaluación de la Ansiedad Dental.

Aunque la comunicación empática y la deposición son el punto de partida del acercamiento al paciente, pueden ayudar a aliviar la ansiedad y en varios casos son suficientes para enfrentar la atención dental.⁴

Debe haber respeto mutuo entre odontólogo-paciente. Además el especialista debe dar una explicación bien detallada sobre el tratamiento que se le va a realizar.

El odontólogo debe estar consciente que los pacientes que no admiten su ansiedad, en los cuestionarios van a contestar afirmativamente reconociendo su aprensión hacia el tratamiento dental. Esto va a motivar al odontólogo y a ponerlo a la expectativa para llevar a cabo una historia dialogada más a fondo a fin de determinar la causa del miedo que presenta dicho paciente. Y una vez encontrada la causa eliminarla.¹¹

La comprensión hacia el paciente consiste en que el paciente no es dueño de sus actos sino que es llevado por una emoción como lo es la ansiedad generalizada o patológica y que esta al llegar al llegar a ésta dimensión no es capaz de poderla controlar y necesita ayuda del profesional.

Dependiendo del grado de ansiedad del paciente será la ayuda que necesite y que el odontólogo le pueda brindar. El odontólogo tendrá la obligación de brindar el motivo que desencadeno la ansiedad del paciente y tranquilizarlo verbalmente.¹¹

La gran mayoría de los pacientes hacen todo lo posible por ocultar su ansiedad y debido a esta actitud el equipo de la consulta estará

entrenado para reconocer los signos y síntomas de una ansiedad generalizada en los pacientes.

3.1.1 Tratamiento del paciente con ansiedad

Para solucionar este fenómeno de la ansiedad dental, en los últimos tiempos se han implementado estrategias básicas para poder disminuir estos síntomas. Sharif recomienda seguir un orden lógico de manejo para el paciente con ansiedad dental. Inicialmente, la idea es promover la comunicación entre el dentista y el paciente, por medio de la entrega de información respecto a cuáles serán los procedimientos dentales.¹²

Algunos pasos que serán de gran ayuda para el manejo en la consulta son:

- a. Reconocer el nivel de ansiedad del paciente.
- b. Programar las citas por la mañana.
- c. Disminuir el tiempo de espera.
- d. Terapia de relajamiento.
- e. Respiración rítmica. (Figura 8)
- f. Utilizar psicosedación durante el tratamiento.
- g. Premedicar el día anterior, si fuese necesario.
- h. Premedicar 60 minutos antes de la cita, si fuese necesario.
- i. Control postoperatorio del dolor y la ansiedad del paciente.
- j. Variar la duración de las consultas.
- k. Música de fondo.
- l. Material didáctico; como libros y revistas.

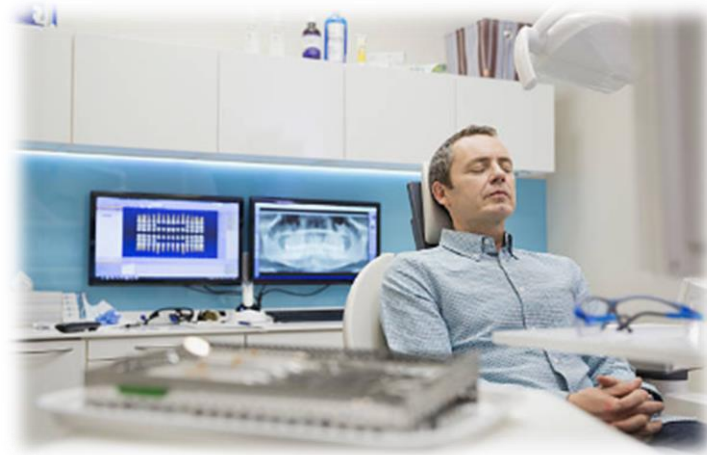


Figura 8 Paciente, relajado y haciendo respiración rítmica.

Se debe aprender a tratar con estas personas, las terapias de relajamiento pueden aumentar los niveles de confianza y dar a los pacientes la sensación de control sobre su propio estado psicológico. Estos métodos pueden ser muy efectivos con pacientes cooperadores y motivados, puede utilizarse antes o durante la cita de tratamiento.²⁰ También se puede utilizar la respiración rítmica, si lo anterior mencionado no funciona será necesario usar la farmacoterapia con ansiolíticos (diazepam), también llamados tranquilizantes menores.

3.1.2 Tratamiento farmacológico

Las benzodiazepinas son los fármacos más utilizados en una crisis de ansiedad durante una consulta dental. Siendo el Midazolam el fármaco de primera elección por su acción rápida y su tiempo de duración suficiente para terminar procedimientos.

Se considera la administración de benzodiazepinas, ya que como ansiolíticos, poseen una estructura química cuyo mecanismo de acción potencia el efecto de un neurotransmisor endógeno llamado GABA (ácido gamma-aminobutírico).

El GABA tiene un efecto general tranquilizante en el cerebro, de alguna forma ejerce como un hipnótico y tranquilizante natural del organismo. Las benzodiacepinas aumentan esta acción natural del GABA, ejerciendo de esta forma una acción adicional de inhibición en las neuronas que produce sedación, sueño, eliminan la ansiedad e incluso pueden emplearse como anticonvulsivos.¹³

Estos fármacos serán útiles para la terapia de ansiedad grave o persistente y solo se podrán utilizar por periodos cortos, ya que se puede generar una adicción.

El diazepam (Valium) fármaco de acción más prolongada, se prefiere vía oral para pacientes con ansiedad y que requieran un tratamiento más prolongado. (Figura 8)³⁰ En trastornos de pánico el alprazolam es efectivo.

Aunque tiene algunos efectos adversos como somnolencia y confusión, así como ataxia en dosis altas. También potencializan el efecto del alcohol.

Se debe ser precavido en personas con enfermedades hepáticas.⁶
(Tabla 2)

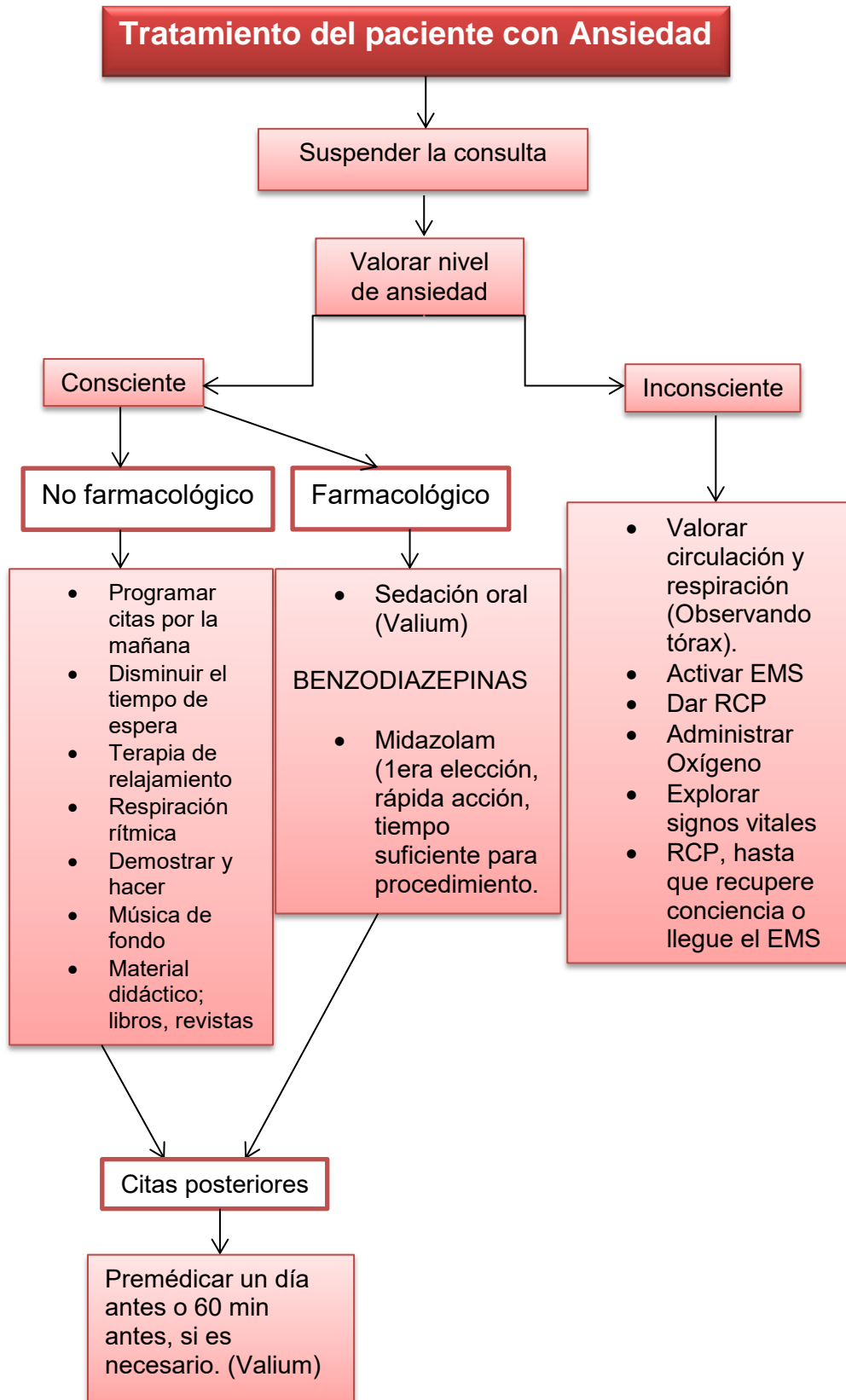


Figura 9 Imagen muestra de Diazepam Valium 10 mg.

BENZODIACEPINAS: VIDA MEDIA, VIDA MEDIA DE ELIMINACIÓN Y DOSIFICACIÓN.

FÁRMACO	VIDA MEDIA	VIDA MEDIA DE ELIMINACIÓN (en horas)	DOSIS EQUIVALENTE APROXIMADA VIA ORAL (en mg)
Diazepam	Larga (>24 horas)	44,5 (30->100)	7,5
Clordacepóxido	Larga (>24 horas)	16,25 (5-30)	12,5
Flunitrazepam	Larga (>24 horas)	18,4 (9-30)	0,5
Nitrazepam	Larga (>24 horas)	27,4 (15-38)	5
Lorazepam	Intermedia (6-24 h.)	13,6 (9-22)	0,5-1
Lormetazepam	Intermedia (6-24 h.)	10,3 (8-15)	0,5-0,75
Alprazolam	Intermedia (6-24 h.)	13,2 (6-25)	0,5
Bromazepam	Intermedia (6-24 h.)	15,7 (7,9-20)	5
Midazolam	Corta (< 6 horas)	2,2 (1-15)	0,5

Tabla 2. Benzodiazepinas: vida media de eliminación y dosificación.



CONCLUSIONES

Las urgencias en un consultorio dental se pueden presentar en cualquier momento, es por eso que los odontólogos deben estar preparados para cualquiera que pudiera ocurrir.

Con este trabajo se amplió el conocimiento sobre las complicaciones que puede presentar una crisis de ansiedad dental, así como también su correcto manejo y tratamiento para este tipo de pacientes.

Es de suma importancia conocer los tipos de pacientes que se pueden presentar en una consulta, así como conocer las características de un paciente con ansiedad dental, como sabemos hay algunos pacientes ansiosos que disfrazan su miedo solo por el hecho del qué dirán, estos son los pacientes que en algún momento pueden ocultar distintos padecimientos que tengan y por ello pueden traer mayores problemas en el consultorio dental.

La educación en la atención dental será un factor muy importante para que cualquier tratamiento tenga éxito, por lo que el odontólogo tendrá que emplear diferentes estrategias para tener el control de la situación en su consultorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- HARRISON, KASPAR D. L. HAUSER S. L. HAMESON J. L. y cols. Principios de Medicina Interna 16ava. Edición. México. McGraw-Hill Interamericana. 2006 Pp. 145-153.
- 2.- BAEZA J. C. Ansiedad Generalizada, Clínica de la Ansiedad. Madrid. 2014.
- 3.- Ríos Erazo M, Herrera Ronda A, Rojas Alcayaga G. Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. Madrid 2014. Vol. 30.
- 4.- Facco E, Gastone Z. La odisea de la ansiedad dental: de la prehistoria al presente. Una revisión narrativa. 2017.
- 5.- Gasto C. Vallejo J. Trastornos afectivos, ansiedad y depresión, 2ª Ed. Elsevier España. Ed. Masson 2006 Pp. 250-280.
- 6.- Calatayud F. Calatayud F. J. Manso F. Lucas M. Ansiedad y Miedo al tratamiento Estomatológico. Rev. Española de Estomatología ADM. Pp. 177-182.
- 7.- Claudia Saycedo, Omar Cortés, Martha Saycedo y cols. Ansiedad al Tratamiento Odontológico: Características y Diferencias de Género. Suma Psicológica, Vol. 15 Num. 1, Marzo 2018, Pp.259-278.
- 8.- Vivanco B. La realidad de la historia clínica odontológica, Propuesta de un formato estandarizado, Rev. ADM. 2009; LXV.
- 9.- MANSO F, CATALAYUD J, CARRILLO J, GUIADO B, BARBERIA E, ZARAGOZA J. ANSIEDAD ANTE EL TRATAMIENTO

DENTAL. SU CUANTIFICACIÓN. Rev. Europea de Odontología. ADM Pp. 277-280.

10.- HUMPHRIS G.M., MORRISON T., LINDSAY S.J.E. (1995) "The Modified Dental Anxiety Scale: Validation and United Kingdom Norms" Community Dental Health, 12, 143-150.

11.- Stanley F. Malamed, D.Ds. Urgencias Médicas en la Consulta de Odontología, Cuarta Edición. España. Mosby Doyma Libros 1993; Pp. 39-47.

12.- Sharif MO. Dental Anxiety: Detection and Management. J Appl Oral Sci 2010.

13.- Álamo C. ¿Qué son las benzodicepinas? Hallado en: www.infosalus.com

14.- GUTIÉRREZ LIZARDI P. Urgencias Médicas en Odontología, México McGraw-Hill Interamericana 2005. Pp. 201-207.

15.- Organización Mundial de la Salud, Hallado en: <https://www.who.int/respiratory/asthma/es/> OMS

16.- HARRISON, KASPAR D. L. HAUSER S. L. HAMESON J. L. y cols. Principios de Medicina Interna 16ava. Edición. México. McGraw-Hill Interamericana. 2006 Pp. 145-153.

17.- Malagón Londoño G. MD. Manejo Integral de Urgencias Bogotá Colombia, Editorial Médica Panamericana 2004, Pp. 140-153.

18.- M. GRAU D. SILVESTRE DONAT F. J. LÓPEZ JIMÉNEZ J. MANEJO CLÍNICO ODONTOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON PROBLEMAS RESPIRATORIOS Rev. Europea de Odontología 1999; XI: 347-352.

- 19.- W. LITTLE J. FALACE D. A. MILLER, C. S. RHODUS N. L. TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE BAJO TRATAMIENTO MÉDICO. QUINTA EDICIÓN Madrid España. Editorial Harcourt 1998 Pp. 245-250.
- 20.- HMUD R. WALSH LJ. ANSIEDAD DENTAL: CAUSAS, COMPLICACIONES Y MÉTODOS DE MANEJO Rev. De Mínima Intervención en Odontología. 2009 Pp. 241-243.
- 21.- Rang H. P. Dale M. M. Ritter J. M. Moore P. K. Farmacología 5ª Ed. Madrid España: ELSEVIER, 2004. Pp. 341-349.
- 22.- GUDMAN & HILLMAN. Hardman J. G. Limbird L. E. Molinoff P. B. Ruddon R. W. LAS BASES FARMACOLÓGICAS DE LA TERAPÉUTICA. Novena Edición. Cd. México. Editorial MCGRAW-GILL INTERAMERICANA 1996 VOL. 1 P.p. 707-728.
- 23.- Cano A, Miguel J, González H, Iruarrizaga I, HIPERVENTILACIÓN Y EXPERIENCIA DE ANSIEDAD Rev. Ansiedad y Estrés, 2007; 13: 291-296.
- 24.- Hernández F. Guía para el diagnóstico y manejo de urgencias médicas en el consultorio dental, Med. Oral, 2000; 2: 59-60.
- 25.- Sangristá J. Abordaje del diagnóstico y terapéutico del síncope en urgencias. Emergencias. 2007;19:273-282.
- 26.- Al-Namankany A, De Souza M, Ashley P. Evidence-based dentistry: analysis of dental anxiety scales for children. Br Dent J, Vol. 221, No. 5 Pp.219-222.

27.- Esquema que muestra la escala de emociones. Tomado del libro: Spielberger C. Understanding Stress & Anxiety. 1ª ed. México. Editorial Harlas, 1980.

28.- El trastorno de ansiedad generalizada
Rev. de la Facultad de Medicina (México) Rev. Fac. Med. Méx.
2013;4:56.

29.- Rdríguez J, Contrera C, Algunos datos recientes sobre la Fisiopatología de los trastornos por ansiedad. Rev Biomed 1998; 9:181-191.

30.- Hallado en: <https://www.gettyimages.e>