

Prevención y tratamiento de las emergencias en odontología. 1ra. parte(*)

** Dra. Marcela N. Lamberti

Doctora en Odontología
Especialista en Cirugía y Traumatología Buco Maxilo Facial .
Jefa de T.P. Cátedra de Cirugía B. Facultad de Odontología de La Plata, U.N.L.P.

Dirección del autor : 33 n° 852 . La Plata (1900)
e-mail : Marcelalamberti@aol.com

RESUMEN

Es sumamente importante reconocer las urgencias en nuestra profesión y poder resolverlas eficientemente, pero más aún lo es poseer la capacidad, conocimiento y manejo adecuado de las emergencias que pueden presentarse en nuestra vida profesional, sea o no en nuestro ámbito laboral. Sí es seguro que con un manejo adecuado de la mayoría de las emergencias el resultado será exitoso .

SUMMARY

It is important to detect emergencies in our profession so as to be capable of treating them efficiently. It is essential to have the capacity and knowledge for the correct treatment of emergencies, whether within our professional activity or outside it. With adequate treatment , the outcome will certainly be successful.

PALABRAS CLAVE

A.B.C. A : Vía aérea . B.: Respiración . C.: Circulación . Pérdida de la conciencia . Permeabilidad de vía aérea . Ventilación . R.C.P. básico. Masaje cardíaco.

KEY WORDS

A: airway - B: breathing - C: circulation - Fainting - C.P.R. artificial respiration - cardiac massage

El propósito de este artículo apunta a la prevención, reconocimiento y tratamiento de las emergencias que pueden presentarse en nuestra práctica diaria.

INTRODUCCIÓN

La emergencia, como terminología gramática, implica toda situación que requiere medidas inmediatas para preservar la vida o la salud. Por ello se encuentra totalmente fuera de discusión la "incumbencia", el ámbito y la terapéutica aplicada si es la apropiada. ¿Existe acto más noble que el de salvar una vida, no sólo desde el punto de vista profesional, sino humanamente? En el "arte de curar" ¿hay límites establecidos?. Yo pienso que no, ya que la ciencia avanza día a día y nosotros debemos hacerlo con ella, sin límites ni restricciones.

En la actualidad nuestra profesión exige que en cada paciente que asistimos debemos pensar en aplicar las mejores, más experimentadas e innovadoras técnicas, con elementos o materiales de excelencia. En la generalidad de los casos éstos son los que poseen un costo más elevado, para ser retribuido por sistemas prestacionales que difieren en códigos y costos, y que serán abonados cuando sus cuentas lo crean posible, creando un rapport paciente-profesional positivo de manera de no incurrir en un problema legal derivado de la falta de conformidad mediata o inmediata del paciente al tratamiento realizado, el cual no considerará la reparación práctica - profesional del supuesto "daño" cometido, sino un resarcimiento económico cuyos costos se encuentran muy lejos y superan ampliamente el poder adquisitivo que deriva de nuestra profesión. Si bien el hombre es el único animal que puede realizar varias actividades en forma simultánea, ¿no son demasiados ítems a considerar por cada paciente que asistimos? Es realmente estresante.

Pero es más estresante aun para nosotros como profesionales de la salud, la presentación de una urgencia odontológica grave y no poseer el manejo adecuado, o poseer los conocimientos mínimos e indispensables de las maniobras que en ocasiones son salvadoras de una vida humana.

Mediante el manejo adecuado, la mayoría de estas emergencias presentan una fácil solución. El manejo apropiado en tiempo y forma es la clave del éxito en casi todas las situaciones, pero para ello se debe poseer un conocimiento teórico y práctico de los procedimientos que comprenden el mantenimiento de la vía aérea permeable en el paciente con pérdida parcial o total de la conciencia, técnicas para la administración de oxígeno, monitoreo de signos vitales de fundamental importancia como lo son la presión sanguínea y la frecuencia cardíaca (pulso), las cuales

nos informan del estado funcional del aparato cardiovascular. El conjunto de estos tres procedimientos se denomina **apoyo vital básico** y es el ABC de la vida y corresponden a A, vía aérea; B, respiración y C, circulación. Afortunadamente son raras y eventuales las situaciones de realizar reanimación cardiopulmonar en el consultorio odontológico. Sin embargo, es más probable que a lo largo de nuestra vida profesional se presenten varias ocasiones que requieran medidas de apoyo vital básico.

DESARROLLO

La pérdida parcial o total de la conciencia puede considerarse como un hecho bastante corriente en los pacientes que se presentan a nuestra consulta producida por aprehensión o miedo a nuestra práctica. Igualmente cualquiera que sea el factor desencadenante de la misma, plantea al odontólogo una urgencia que exige intervención eficaz e inmediata para la recuperación del mismo. La lipotimia, isquemia cerebral transitoria o síncope vasodepresor, es un episodio pasajero, transitorio y reversible de isquemia cerebral (insuficiencia circulatoria temporal), que dura aproximadamente entre 10 segundos y 1 hora. Se caracteriza clínicamente pues el paciente posee o advierte cefalea, mareos, náuseas o vómitos, somnolencia, taquicardia primero y luego bradicardia, confusión mental, defectos en el habla, debilidad muscular e hipoestesia focal. Estos episodios temporarios no constituyen un accidente cerebrovascular verdadero o ictus, sino son sólo prodrómicos. El tratamiento consiste en suspender toda maniobra operatoria, pero sin demostrar temor o ansiedad. Colocar al paciente en posición decúbito dorsal con el tórax y el abdomen paralelos al piso, los pies sobreelevados y la cabeza en posición más baja que los pies. Liberar al paciente de toda obstrucción circulatoria o elemento que pudiese impedir el retorno circulatorio (corbatas, cuello de camisas o cinturones) y practicar ventilación del paciente u oxigenoterapia, como se describirá puntualmente en un párrafo posterior.

La pérdida de la conciencia es acompañada por relajación muscular, responsable de los problemas más concomitantes de la hipoxia o anoxia. En el paciente con pérdida absoluta de la conciencia, la base de la lengua relajada obstruye la hipofaringe cuando la posición de la cabeza es la habitual e intermedia (**fig.1**). La obstrucción completa de la vía aérea en este caso superior, origina asfixia y deriva en

páro cardíaco en el término de 5 a 10 minutos, en tanto que la obstrucción parcial puede causar lo mismo por medio de mecanismos más complejos. En todos los casos, el tratamiento inmediato consiste en reconocer la obstrucción de la vía aérea y tratar eficazmente el problema. Si la obstrucción en nuestra práctica deriva de un elemento aspirado e instalado en las vías aéreas superiores, se debe realizar las maniobras de Heimlich, para las cuales se coloca al paciente en posición erecta y se aplican cuatro golpes secos, sucesivos, en la columna vertebral, entre ambos omóplatos, mientras se sostiene el pecho con la otra mano. Si no resulta eficaz, nos colocaremos por detrás del paciente y pasaremos los brazos alrededor de la cintura del mismo; con el puño cerrado, y con el dedo pulgar en la línea media del abdomen, entre el ombligo y el apéndice xifoides se oprime firmemente el abdomen con movimientos rápidos hacia arriba. Si el paciente se encontrara en posición decúbito ventral, se colocará el talón de una mano a mitad de distancia entre el ombligo y el apéndice xifoides, superponiendo la otra mano en la anterior, se empuja firmemente hacia abajo y arriba, en dirección al diafragma.

Sólo una vez despejada la vía aérea, el

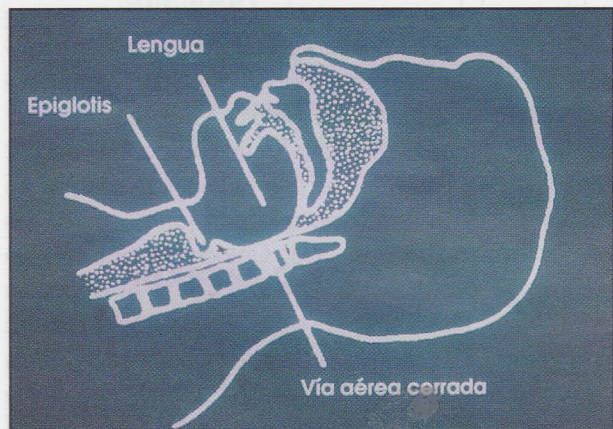


Fig 1. Obstrucción de las v. aéreas

profesional se encuentra en condiciones de realizar otras medidas de apoyo. El establecimiento de una vía aérea permeable es el objetivo primario en el tratamiento de los casos con pérdida de conocimiento. Si el cierre de las vías aéreas superiores es derivado de la relajación muscular y no producto de una obstrucción, se deben realizar los siguientes pasos:

1. Colocación del paciente en posición apropiada: El paciente inconsciente se debe colocar en posición

decúbito dorsal, con el tórax y la cabeza horizontales de manera que favorezca la llegada de fluido sanguíneo al cerebro, y los pies ligeramente elevados para contribuir el retorno venoso al músculo cardíaco.

2. Inclinação de la cabeza hacia atrás. Hiperextensión de la cabeza, es el paso más importante y eficaz para permitir la permeabilidad de las vías aéreas en el paciente inconsciente. Se realiza colocando una mano en la zona correspondiente a las primeras vértebras cervicales del paciente y el atlas, y con movimiento de ascenso se eleva el cuello del paciente; la otra mano se coloca en la frente del mismo con movimiento descendente de manera que la cabeza no se eleve en bloque. (fig. 2).

Esta maniobra permite que los tejidos comprendidos entre la laringe y el maxilar inferior se extiendan de manera que la base de la lengua se eleve y separe de la pared posterior de la faringe.

3. Comprobar que la vía aérea se encuentra permeable. Se evalúa mirando y escuchando. Observar si el tórax se expande. Escuchar si existe salida y entrada de aire.

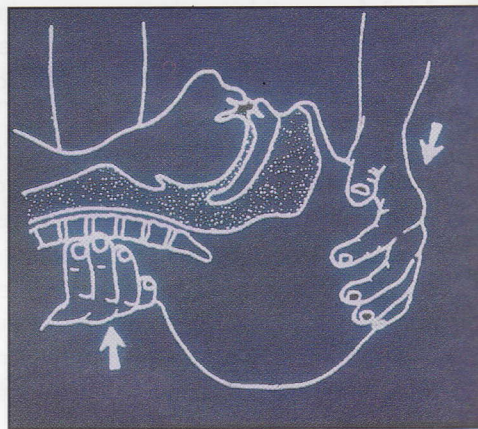


Fig.2. Cabeza en hiperextensión, v. aéreas en el paciente inconsciente. permeables.

4. Desplazamiento del maxilar inferior hacia adelante. Se deben aplicar los dedos de ambas manos en el borde posterior de la rama ascendente del maxilar llevándola hacia adelante. También puede desplazarse el maxilar hacia adelante introduciendo el pulgar sobre los bordes incisales de las piezas anteriores y el dedo índice en la basal mandibular sector anterior, traccionando hacia adelante.
5. Evaluar si logrando la permeabilidad de la vía

siempre, el paciente respira espontáneamente. Basta con mantenerla así. De lo contrario se deberá realizar ventilación artificial.

6. La ventilación artificial se realiza con la finalidad de aportar oxígeno a la sangre en cantidades suficientes para evitar la muerte biológica del paciente. Fundamentalmente existen tres técnicas de ventilación artificial: con aire espirado, con aire atmosférico y ventilación enriquecida en oxígeno.

La ventilación con aire espirado se realiza posterior a la confirmación del estado de apnea, colocando la cabeza en hiperextensión, se obliteran las fosas nasales comprimiendo las narinas, se coloca la boca rodeando por completo la del paciente y se sopla en ella con el fin de llenar los pulmones del paciente de aire. En esta maniobra se provee al paciente alrededor de 16% de oxígeno; se deben realizar cuatro ventilaciones rápidas, comprobando en forma simultánea la expansión y ascenso de la caja torácica por cada esfuerzo ventilatorio y el aire expelido por el mismo posterior a cada ventilación. **La ventilación con aire atmosférico** requiere de dispositivos específicos auxiliares para su realización, tales como una bolsa, válvula y máscara. El más corrientemente utilizado es el llamado Ambú. La correcta utilización del mismo consiste en colocar la cabeza en hiperextensión; con el índice y el pulgar se sostiene la mascarilla en posición tratando de conseguir hermetización de la misma; los dedos restantes son colocados en la basal mandibular en el sector antero-inferior como tratando de palpar las apófisis geni extraoralmente. Con la otra mano, se deberá comprimir la bolsa autoinflable, una vez cada 5 segundos en el adulto o cada 3 segundos en el paciente niño.

En el paciente adulto la frecuencia de la ventilación artificial debe ser una ventilación cada 5 segundos (12 por minuto), en el paciente niño será más rápida, 1 vez cada 3 segundos (20 por minuto).

Con respecto a **la ventilación enriquecida con oxígeno**, se deberá contar con el dispositivo mencionado anteriormente (bolsa, válvula y máscara autoinflable), y un tubo de oxígeno con accesorios tales como válvula reductora de presión, controlador de flujo y tabuladura conectora para adaptarlo al dispositivo autoinflable de la bolsa. El oxígeno se presenta como gas comprimido, y los tubos, de acuerdo al volumen, pueden contener 76 litros, 396 l., 659 l y más. La reanimación con ventilación enriquecida en oxígeno utiliza un flujo de

aproximadamente 10 a 20 litros por minuto.

7. En forma inmediata a la ventilación asistida, se deberá comprobar el estado del aparato circulatorio, palpando la arteria carótida, cuya localización es en la zona lateral del cuello, se colocarán los dedos índice y anular por delante del borde anterior del esternocleidomastoideo y la tráquea por detrás. Si no existiere pulso palpable, se deberá continuar con la ventilación y el masaje cardíaco R.C.P. básico.

El ABC en el RCP básico se encuentra dado por: A, vía aérea, B, respiración y C, circulación.

Los items correspondientes a vías aéreas y respiración fueron relatados. Dada la situación, faltaría restablecer la circulación. Los mecanismos que conducen al paro cardíaco son: paro ventricular, fibrilación ventricular y colapso cardiovascular o shock cardiogénico o colapso vasomotor. Se deberá realizar compresión cardíaca externa procurando restablecer el volumen minuto cardíaco; si bien esta medida representa sólo una cuarta o tercera parte de la habitual, suele ser eficaz.

Se coloca al paciente en posición decúbito dorsal en una superficie plana y rígida, preferentemente el suelo; se debe deprimir la porción inferior del esternón, con el talón de una mano, colocándola en forma paralela al mismo, aproximadamente a 4 cm de la apófisis xifoides, la otra mano se coloca sobre la primera y con los brazos extendidos, se ejerce presión vertical hacia abajo para deprimir el esternón. Si la compresión se efectúa correctamente, el mismo se deprimirá aproximadamente 2 ó 3 cm. Cada 5 compresiones esternales, se administra una ventilación si la reanimación es realizada de a dos. Si el operador se encuentra solo, la compresión cardíaca y la ventilación deberán realizarse en una relación de 15 a 2, es decir, 2 insuflaciones rápidas seguidas de 15 compresiones torácicas. En los niños, la técnica es la misma, pero la diferencia reside en que la compresión del esternón se deberá hacer con el dedo índice y anular, en la zona medial del mismo ya que los ventrículos del niño se encuentran en un sitio más elevado en el tórax; las compresiones se repetirán 80 a 100 veces por minuto, es decir 1 ventilación corta cada 5 compresiones esternales.

BIBLIOGRAFÍA

1. APRILE, ESTHER C. Anatomía y fisiología patológicas del órgano bucal. 2º ed. Buenos Aires, Ed. Mundi 17-552. (1970)
2. SPRONE, C. W. AND MULLANNEY, P.J. Emergency Care: Assessment and Intervention. St. Louis, Ed. Mosby Co.p. 3- 273. (1974)
3. DRIPPS, R. D., ECKENHOFF, J. E., AND VANDAM. L. D. Introduction to anesthesia. 2ºed.. Philadelphia. Ed. Saunders Co.,p. 13-124..(1982)
4. YAKAITIS, R. W., AND REDDINGS, J. S. Precordial thumping during cardiac resuscitation.Crit. care Med., 1:22-26:77. (1982)
5. HESBERG, P. I., ET AL: The Medical History Question as a Health Screening Test. 3º ed..California . Ed. Arch. Intern. Med. 127:266-272. (1986)
6. ROBBINS, S. L.: Patología estructural y funcional 2º ed. México . Ed. Interamericana. 3-1519
7. PRIETO DÍAZ, HEBERTO, LAGUENS RUBÉN.:(1979). Biología Médica. 3º ed. Buenos Aires. Ed. Inter-médica. p.1:278. (1979)

CAMARA INTRA ORAL Color IC 2000 (Japón)

Usted sabía que el 35% de los pacientes que no realizan un tratamiento, es por no haber observado sus patologías, y haberse convencido de la necesidad de realizarlo



Compruebe por Usted mismo, que una imagen VALE más que mil palabras

- * Sumamente fácil de conectar
- * Sólo 2 cables, uno al TV ó a PC, y el otro a 220 VCA
- * En la PC se pueden guardar imágenes
- * De la TV se pueden grabar en una Video
- * Corrección automática de imagen y brillo
- * **Mango y luz por fibra optica**
- * Regulación de foco y zoom, permite primeros planos y panorámicas con una definición excelente

Llámenos HOY para una demostración sin compromiso en su consultorio

Con este folleto GRATIS 500 ml de Listerine

4 cuotas de \$ 130

E.mail: intraoral@doctor.com Teléfono: (15) 4947-4098 / 4427-2218

Brindamos calidad y servicio