

EMERGENCIAS MEDICAS EN LA CLÍNICA DENTAL

En este tema de la asignatura nos centramos en las emergencias médicas. En la actualidad, estas situaciones son más frecuentes que hace unos años, y esto es debido al aumento en la expectativa de vida de la población como consecuencia de los avances en medicina, que van a condicionar un aumento en la prevalencia de patología sistémica en los pacientes que acuden a nuestras consultas.

Cuando se presente una situación de emergencia será necesario mantener la tranquilidad, así como conocer las vías para contactar con el equipo de emergencia y saber tratar con este. Asimismo, es importante establecer un protocolo de urgencias, además de estar entrenado para ejecutar los procedimientos de SVB y disponer de un equipo básico de urgencias sobre el que es necesario tener una supervisión sobre el correcto mantenimiento de equipos y fármacos.

Para prevenir la aparición de situaciones de urgencia en la clínica dental es imprescindible realizar una buena valoración del riesgo con una buena historia clínica y catalogando a los pacientes según las escalas de riesgo presentadas en el primer tema de la asignatura. Cabe recordar que en los pacientes ASA III es necesario seguir unos protocolos específicos de tratamiento, mientras que los ASA IV deben ser tratados a nivel hospitalario.

Las primeras situaciones que vamos a tratar son las relacionadas con la pérdida de consciencia. Las situaciones más frecuentes son la **lipotimia y el síncope**. La lipotimia se caracteriza por un malestar pasajero con sensación angustiante e inminente de desfallecimiento, palidez, sudores, zumbidos auditivos, visión turbia y raramente causa la pérdida completa de consciencia. Cuando el paciente sufra una pérdida repentina o momentánea de la consciencia y del tono postural, de duración breve y recuperación espontánea, entonces ya hablamos de síncope. Es un problema frecuente, aunque los episodios suelen ser breves (2 min) y van seguidos de una recuperación rápida y completa.

Para prevenirlas será necesario conocer las enfermedades sistémicas del paciente, evaluar su grado de ansiedad y pautar sedación y analgesia durante el procedimiento si procede, así como evitar los estímulos visuales, las visitas dentales en ayunas, ser cuidadosos con la posibilidad de generar una hipotensión ortostática

con cambios bruscos en el sillón y no hiperextender la cabeza ni apoyarse en el cuello de pacientes ancianos.

Si se produce esta situación hay que actuar interrumpiendo el procedimiento y sacando el material de la boca, evaluando el grado de conciencia del paciente, colocar en tredelemburg, valorar las constantes, administrar oxígeno y si es necesario Atropina 0.4-1 mg.

La segunda situación de la que vamos a hablar es la **hipoglucemia aguda**, que corresponde a un nivel anormalmente bajo de glucemia en sangre, y es una complicación que cuando se presenta de forma aguda puede amenazar la vida del paciente. Ocurre en individuos diabéticos más frecuentemente, y para prevenirla será conveniente una buena historia clínica, así como realizar interconsultas con el endocrinólogo, recomendar una alimentación normal y realizar los tratamientos matutinos. Será importante también realizar mediciones de la glucemia y evitar el tratamiento en pacientes por encima de los 180 mg/dl.

Si se desencadena la situación se desarrollarán síntomas como sensación hambre, náuseas, piel fría, piloerección y sudoración, asimismo observaremos también un comportamiento raro, confusión, agitación y ansiedad, somnolencia, taquicardia, hipotensión, convulsiones e inconciencia urinaria, pudiendo perder la conciencia y desarrollar un coma.

Si el paciente se comporta de forma rara interrumpir el tratamiento, lo pondremos en una posición confortable y le administraremos carbohidratos por vía oral (agua con azúcar, zumo o refresco) cada 5 min., le mantendremos en observación al menos 30 min después de recuperarse y le recomendaremos ir al médico a investigar la causa de la hipoglucemia. Si no responde a la administración de carbohidratos vía oral o el paciente está inconsciente, solicitaremos ayuda médica de urgencia y se administrará suero glucosado al 25 %, o alternativas que no se administran de forma intravenosa como el glucagón. Asimismo, controlaremos las señales vitales cada 5 min hasta que llegue la asistencia de urgencias.

El **accidente cerebrovascular** es una de las situaciones más graves a las que podemos enfrentarnos. El paciente sufrirá una cefalea intensa de instauración rápida, acompañada de náuseas y vómitos, pudiendo encontrar asimetría en el tamaño de las pupilas y sintiendo vértigos y escalofríos. Si observamos pérdida o dificultad para el habla o en control de esfínteres, hemiplejía o pérdida de

conciencia, es que nos encontramos ante una situación extremadamente grave y debemos estar preparados para realizar las maniobras de soporte vital. Si esta situación ocurre debemos interrumpir el tratamiento inmediatamente y poner al paciente en una posición sentada y confortable, dejar las vías aéreas libres, evaluar la respiración y solicitar asistencia de urgencia. Si el paciente ya ha perdido la conciencia, a parte de las medidas anteriores, colocaremos al paciente en posición decúbito-supina, administraremos oxígeno y ante la ausencia de pulso o respiración realizaremos las maniobras de soporte vital.

En los pacientes con patología de las glándulas suprarrenales, el estrés puede provocar un fallo súbito en la corteza de las glándulas produciendo así una **insuficiencia suprarrenal aguda o crisis de Addison**. En este caso se observarán primero manifestaciones como náuseas, vómitos, dolores abdominales y confusión mental, seguidos de los síntomas más característicos como fiebre y deshidratación intensa, pudiendo acabar en un colapso vascular periférico con shock, e incluso parada cardíaca y el éxitus del paciente. Si esta situación sucede, nuestros esfuerzos irán encaminados a interrumpir el tratamiento dental, colocar en posición de decúbito-supino al paciente y solicitar ayuda médica de urgencia. Mientras esperamos a que acudan los servicios de urgencias, administraremos oxígeno, suero salino isotónico y 100 mg de Hidrocortisona, y controlaremos las señales vitales cada 5 min.

Ante pacientes con ansiedad, puede ocurrir una **hiperventilación**, que conlleva una disminución de flujo sanguíneo cerebral como consecuencia de un exceso de cantidad de aire inspirado produciéndose una hipocapnia y alcalosis respiratoria, que puede llegar a pérdida de conciencia. En estos casos observaremos un aumento de la frecuencia respiratoria y de la profundidad de los movimientos respiratorios, así como sensación de mareo y sofocamiento, sequedad de boca, palpitations y taquicardia. Cuando se produzca deberemos en primer lugar interrumpir el tratamiento dental, colocar al paciente en una posición cómoda y tranquilizarlo. Después, se debe corregir la alcalosis haciéndole respirar en una bolsa cubriendo boca y nariz, pudiendo repetir el procedimiento hasta la remisión de los síntomas, y si no mejora, le inyectaremos diazepam 10 mg por vía intramuscular.

Cuando en nuestra consulta se presente un **paciente asmático**, lo primero que debemos hacer para prevenir un ataque es conocer la estabilidad del proceso y evitar los factores precipitantes. Es importante que traiga a la consulta el inhalador que usa y ante cualquier síntoma relacionado con el ataque lo tranquilizaremos y finalizaremos la sesión inmediatamente. Ante una urgencia realizará inhalaciones con un agonista beta-adrenérgico, y podemos administrar corticoides y adrenalina. Pondremos al paciente una mascarilla con oxígeno y llamaremos al servicio de urgencias para realizar el traslado urgente al hospital.

Para evitar posibles **atragantamientos y obturaciones de la vía aérea**, es importante identificar a los pacientes de riesgo, tales como los ancianos, obesos, niños pequeños y pacientes discapacitados o con alteraciones de la movilidad. En ellos siempre deberemos usar dique de goma y anudar todo pequeño objeto con hilo dental. En los pacientes con problemas de coordinación de reflejos deberemos tratarlos semi sentados y tener preparado un eyector de saliva de alta potencia. Cuando se presente una obstrucción parcial, hay que hacer que tosa el paciente y observar que no hay cianosis. Ante una obstrucción total, hay que actuar antes de 2 minutos por la extrema gravedad de la situación. Se darán golpes en la espalda y realizaremos compresiones manuales abdominales y torácicas (Maniobra de Heimlich).

El siguiente grupo de pacientes que pueden desencadenar una situación de emergencia en la consulta dental son los pacientes con **patología cardiovascular**. Estos, tienen unas características que nos hacen que la prevención de las urgencias sea muy similar en todos con algunas peculiaridades en cada patología. En general, será necesario en todos ellos valorar exhaustivamente la información clínica y realizar interconsultas con sus especialistas, además de monitorizarlos en todo momento. El control de la ansiedad será de vital importancia pudiendo premedicar a los pacientes, recomendando visitas matutinas a primeras horas y una buena técnica anestésica, aunque con limitación de vasoconstrictor a 2 carpules. Vigilaremos también la hemostasia de estos pacientes en el caso de que tomen antiagregantes o anticoagulantes. Evitaremos también cambios bruscos de posición.

La cardiopatía isquémica puede manifestarse bruscamente (muerte súbita, infarto de miocardio) o de forma crónica (angina de pecho estable). Se manifiesta como un dolor de inicio repentino, del cual el esfuerzo y la ansiedad son sus

desencadenantes. Este dolor produce una sensación como de aplastamiento o quemazón intenso subesternal de unos 2-3 min de duración y se irradia al hombro izquierdo, cara interna del brazo, espalda, cuello y mandíbula. Los movimientos respiratorios no intensifican el dolor aunque puede haber disnea. Si surge dolor precordial durante el tratamiento lo primero será interrumpir el tratamiento y colocar al paciente en una posición cómoda. Se administrará un vasodilatador coronario sublingual y oxígeno mientras se avisa a los servicios de urgencia para el traslado a un centro hospitalario.

Cuando se produzca una urgencia por arritmia grave deberemos suspender la intervención y valorar las constantes. Se administrará oxígeno y nitritos sublinguales al igual que en el caso anterior. Colocaremos al paciente en Trendelenburg y se realizarán las maniobras vágales. Asimismo, estaremos preparados para realizar la reanimación cardiopulmonar si fuera necesario y la evacuación urgente del paciente.

En caso de urgencia por una crisis hipertensiva, la medicación que se debe dar es 25 mg de captopril o 40 mg de furosemida. En medio hospitalario se pueden perfundir nitritos en suero fisiológico.

En los pacientes con **epilepsia**, se puede producir un ataque en la consulta dental. En este caso es necesario mantener la calma y eliminar los objetos de alrededor que puedan lesionar. Se colocará al paciente en una postura en decúbito supino o ladeado dejando la cabeza lateralizada y las vías aéreas permeables. Se evitará el cierre mandibular (mordisqueamiento). Se administrará oxígeno y diazepam (10 mg) ante la repetición de las crisis.

La última situación que vamos a tratar en este tema es la de una **reacción alérgica**, que puede variar desde una simple reacción cutánea hasta el grave shock anafiláctico. La forma de tratarla diferirá entre las distintas situaciones, en general, trataremos de controlar las constantes, tumbaremos al paciente y avisaremos a los servicios de urgencias. Se pueden administrar fármacos como corticoides, antihistamínicos y adrenalina si fuese necesario en función del caso.