

“AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL”

Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica

Facultad de Odontología



INFORME FINAL DE TESIS

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO DE SITUACIONES DE URGENCIAS MÉDICAS DURANTE LA ATENCION ODONTOLOGICA EN LOS ALUMNOS DEL QUINTO AÑO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNSLG.

PRESENTADO POR:

RIOS ACUACHE, JENNIFER SOFIA

ASESORA:

DRA. CARMEN LUISA BOHORQUEZ MENDOZA

ICA - PERÚ

2018

TITULO

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO DE SITUACIONES DE URGENCIAS MÉDICAS DURANTE LA ATENCION ODONTOLÓGICA EN LOS ALUMNOS DEL QUINTO AÑO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNSLG”

DEDICATORIA

A los estudiantes de Odontología, a quienes no se preparan solamente para el fin común de obtener una carrera profesional, sino para que cada día brinde un mejor servicio a la sociedad y mejor aún a los más vulnerables.

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento primero a Dios por cuidarme y darme fuerza en cada paso que doy, a mis padres y familiares por apoyarme en cada momento de mi vida universitaria, a mi asesora la Dra. Bohórquez por brindarme sus conocimientos y su experiencia profesional en el hospital donde labora y a mis amigos por el tiempo compartido en nuestra etapa universitaria.

INDICE

DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTO	4
I. DATOS GENERALES DEL INFORME DE TESIS.....	7
1.1 TITULO:.....	7
1.2 PERSONAL INVESTIGADOR:.....	7
1.3 ASESORA:.....	7
1.4 AREA O ESPECIALIDAD A LA QUE PERTENECE LA INVESTIGACION:	7
1.5 AMBITO GEOGRAFICO DE LA EJECUCION DE LA INVESTIGACION:.....	7
1.6 LINEA DE LA INVESTIGACION DE LA FACULTAD O UNIVERSIDAD:	7
1.7 UTILIDAD PRÁCTICA DE LA INVESTIGACION	8
II. RESUMEN.....	9
II. SUMMARY	10
III. INTRODUCCION.....	11
IV. PROBLEMA DE LA INVESTIGACION	13
4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
4.2 FORMULACION DEL PROBLEMA	13
4.3 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION	13
4.4 MOTIVACION.....	14
4.4.1 MOTIVACION DE CARÁCTER TEORICO.....	14
4.5 LIMITACION DE LA INVESTIGACION	14
4.6 OBJETIVOS.....	15
V. MARCO TEORICO	16
5.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO	16
5.2 BASES TEORICAS.....	23
VI. SISTEMA DE VARIABLES.....	55
6.1 VARIABLES.....	55
6.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	55
VII. METODOLOGIA	57
7.1 NIVEL, TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	57
7.2 POBLACION Y MUESTRA	57
7.3 CRITERIOS DE INCLUSION	57
7.4 CRITERIOS DE EXCLUSION.....	57

7.5 RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS.....	57
VIII. RESULTADOS.....	60
IX. ANALISIS Y DISCUSION.....	90
X. CONCLUSIONES:.....	93
XI. RECOMENDACIONES:.....	95
XII. BIBLIOGRAFIA	96
XIII. ANEXOS.....	99

I. DATOS GENERALES DEL INFORME DE TESIS

1.1 TITULO:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO DE SITUACIONES DE URGENCIAS MÉDICAS DURANTE LA ATENCION ODONTOLOGICA EN LOS ALUMNOS DEL QUINTO AÑO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNSLG.

1.2 PERSONAL INVESTIGADOR:

RIOS ACUACHE JENNIFER SOFIA

1.3 ASESORA:

DRA. CARMEN LUISA BOHORQUEZ MENDOZA

1.4 AREA O ESPECIALIDAD A LA QUE PERTENECE LA INVESTIGACION:

CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

FISIOLOGIA GENERAL

MEDICINA ORAL Y SEMIOLOGIA

1.5 AMBITO GEOGRAFICO DE LA EJECUCION DE LA INVESTIGACION:

FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNSLG DE ICA

1.6 LINEA DE LA INVESTIGACION DE LA FACULTAD O UNIVERSIDAD:

- Sin precedentes

1.7 UTILIDAD PRÁCTICA DE LA INVESTIGACION

El presente trabajo es de mucha utilidad en las áreas de semiología y cirugía oral donde se evaluó el nivel de conocimiento de los alumnos y a la vez se fortaleció el desarrollo de las competencias requeridas para la formación de cirujanos dentales.

II. RESUMEN

Las urgencias médicas tienen baja incidencia durante la práctica odontológica, pero su importancia radica en que se debe dar un tratamiento rápido y eficaz, para así evitar complicaciones mayores que puedan llegar a comprometer la vida del paciente, es por ello que los estudiantes del último año que están a un paso de egresar deben estar preparados, capacitados y no ser ajenos ante este tipo de situaciones, teniendo los conocimientos necesarios en primeros auxilios.

El tipo de investigación es de tipo observacional, descriptivo de corte transversal, teniendo como variables:

Nivel de conocimiento en urgencias cardiorespiratorias - Nivel de conocimiento en urgencias neurológicas - Nivel de conocimiento en urgencias por reacciones tóxicas y alérgicas - Nivel de conocimiento en urgencias cardiovasculares - Nivel de conocimiento en urgencias endocrinológicas - Nivel de conocimiento en urgencias respiratorias.

La población estudiada está constituida por los alumnos del quinto año de la facultad de odontología de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga – Ica – 2018. En total la muestra fue de 100 estudiantes con participación voluntaria.

Este estudio se realizó en la facultad de odontología de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica. Estuvo dirigido a los alumnos del último año de ambos sexos, el propósito de este estudio fue explicado a los alumnos, teniendo como principios éticos, el respeto a la voluntariedad para participar en la investigación, así como la confidencialidad y anonimato. Entre los principales resultados tenemos:

El nivel de conocimiento sobre el manejo de urgencias médicas de los alumnos del quinto año de la facultad de odontología de la UNSLG de Ica es de: 85% nivel bajo y el 15% presentó un nivel regular.

Palabras clave: urgencias médicas, primeros auxilios.

II. SUMMARY

Medical emergencies have a low incidence during dental practice, but its importance lies in the fact that rapid and effective treatment must be given, in order to avoid major complications that could compromise the patient's life, that is why last year's students that are one step away from graduation must be prepared, trained and not be oblivious to this type of situation, having the necessary knowledge in first aid.

The type of research is of observational type, descriptive of cross section, having as variables:

Level of knowledge in cardiorespiratory emergencies - Level of knowledge in neurological emergencies - Level of knowledge in the emergency room for toxic and allergic reactions - Level of knowledge in cardiovascular emergencies - Level of knowledge in endocrinological emergencies - Level of knowledge in respiratory emergencies.

The studied population is constituted by the students of the fifth year of the faculty of dentistry of the National University San Luis Gonzaga - Ica - 2018. In total the sample was of 100 students with voluntary participation.

This study was carried out in the dentistry faculty of the San Luis Gonzaga National University of Ica. It was aimed at students of the last year of both sexes, the purpose of this study was explained to the students, having as ethical principles, respect for the willingness to participate in the research, as well as confidentiality and anonymity. Among the main results we have:

The level of knowledge about the management of medical emergencies of fifth-year students of the faculty of dentistry of the UNSLG of Ica is: 85% low level and 15% presented a regular level.

Keywords: medical emergencies, first aid.

III. INTRODUCCION

Las urgencias médicas en el campo de la odontología cuando se presentan pueden significar una gran preocupación para el profesional, el ¿cómo actuar?, ¿qué actitud tomar?, Son preguntas frecuentes que nos podemos hacer cuando no se tiene la información necesaria ante estos eventos, además del incremento de enfermedades como hipertensión arterial, diabetes, alergias, y la ansiedad que muchas veces presentan los pacientes ante el profesional, pudiendo ser los agravantes para que el paciente presente este tipo de eventualidades

Sobre este tema se han presentado numerosos estudios en distintos países y cada investigación en un enfoque diferente, por ejemplo, evaluar el nivel de conocimiento de emergencias médicas, protocolos para los mismos, además de las urgencias más frecuentes, etc. Y así todos quizás guarden relación en motivar al profesional odontólogo a incrementar sus conocimientos sobre este importante tema.

La presente investigación determina el grado de conocimiento sobre urgencias médicas más frecuentes en odontología en los alumnos del quinto año de la facultad de odontología de la UNSLG de Ica, además describe temas básicos que los estudiantes y todo profesional debemos conocer, como la importancia de conocer los valores normales de los signos vitales, así también la importancia de conocer el equipo de emergencia, los distintos instrumentos como desfibrilador, el oxígeno, etc. Medicamentos como la adrenalina (epinefrina), la importancia de diferenciar entre una urgencia y emergencia, así como también los conocimientos básicos de primeros auxilios en las distintas maniobras como rcp, posición de tremdelemburg, maniobra de Heimlich que son indispensables para poder preservar la vida del paciente.

La importancia de realizar esta investigación se justifica en que muchas investigaciones que se han realizado en el Perú y el extranjero nos dan como resultados que los alumnos a punto de egresar tienen un bajo nivel de conocimiento acerca de urgencias médicas que se presentan durante la consulta odontológica, por este motivo la preocupación de que los alumnos y futuros profesionales de la salud bucal debemos tener el conocimiento básico sobre el manejo de urgencias durante la atención odontológica, y así fortalecer el desarrollo de las competencias requeridas para la formación de cirujanos dentales, lo antes mencionado me lleva a plantear la pregunta de ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los alumnos del quinto año de la facultad de odontología sobre el manejo de situaciones de urgencias médicas que se presentan durante la atención odontológica?

Determinar el nivel de conocimiento de las urgencias médicas en odontología en los alumnos del quinto año de la facultad de odontología de la UNSLG de Ica adquiere relevante importancia dentro del campo odontológico, para poder proporcionar conocimientos y desarrollar técnicas para un adecuado manejo de cada urgencia o emergencia donde el profesional odontológico no tiene que ser ajeno antes estas circunstancias que se puedan presentar y de otra manera no poner en riesgo la vida del paciente. “El éxito frente a estas situaciones depende de la preparación del profesional, la emergencia, que puede juzgarse a veces como inusitado, puede ser prevista” ⁽¹⁾.

IV. PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los alumnos del quinto año de la facultad de odontología de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica están a un paso de terminar la carrera profesional para poder desarrollarse como cirujanos dentistas, donde no va estar presente un docente responsable cuando suceda alguna urgencia médica. En este caso es indispensable que tengan el conocimiento necesario sobre el tema de “Urgencias Médicas y Primeros Auxilios” ya que es de suma importancia que estén debidamente entrenados y capacitados porque estas situaciones pueden llegar a poner en peligro la vida del paciente. Por este motivo decidí abarcar este tema para ver si realmente los alumnos del quinto año se encuentran preparados para enfrentar las distintas situaciones, de lo contrario sirve para reforzar y capacitar actualizando los conocimientos que poseen.

4.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimiento de los alumnos del quinto año de la facultad de odontología de la UNSLG sobre el manejo de situaciones de urgencias médicas que se presentan durante la atención odontológica?

4.3 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION

Muchas investigaciones que se han realizado en el Perú y el extranjero nos dan como resultados que los alumnos a punto de egresar en la carrera de odontología tienen un bajo nivel de conocimiento acerca de urgencias médicas durante la consulta odontológica, por este motivo la preocupación de ver y comparar la capacidad que tienen los alumnos de nuestra universidad ante las diversas situaciones, y ayudando a fortalecer su desarrollo para las competencias requeridas en la formación de cirujanos dentales.

4.4 MOTIVACION

Con la evaluación del nivel de conocimiento de los alumnos les aporta la importancia de adquirir información necesaria en el manejo de urgencias médicas para la práctica clínica diaria que darán en un futuro y así puedan prevenir en lo posible las urgencias; en el caso que se presente alguna situación estarán capacitados para que puedan diagnosticar y actuar correctamente.

4.4.1 MOTIVACION DE CARÁCTER TEORICO

Las urgencias médicas tienen una baja incidencia, se debe estar preparado para poder actuar inmediatamente cuando éstas se presenten y así poder brindar una atención médica – odontológica necesaria para salvar la vida del paciente que se encuentra en riesgo.

4.5 LIMITACION DE LA INVESTIGACION

Esta investigación estará limitada por los alumnos del quinto año de la facultad de odontología de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, donde medirá el nivel de conocimiento tan solo teórico mas no práctico en una situación verdadera o simulada de urgencia donde la preocupación y tensión juegan en contra para poder actuar correctamente.

4.6 OBJETIVOS

4.5.1 OBJETIVOS GENERALES

Determinar el nivel de conocimiento sobre el manejo de situaciones de urgencias médicas durante la atención odontológica en los alumnos del quinto año de la facultad de odontología de la UNSLG

4.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar el nivel de conocimiento respecto al manejo de urgencias médicas cardiorespiratorias más frecuentes en la atención odontológica.
2. Identificar el nivel de conocimiento respecto al manejo de urgencias médicas neurológicas más frecuentes en la atención odontológica.
3. Identificar el nivel de conocimiento respecto al manejo de urgencias médicas originadas por reacciones tóxicas y alérgicas más frecuentes en la atención odontológica.
4. Identificar el nivel de conocimiento respecto al manejo de urgencias cardiovasculares más frecuentes en la atención odontológica.
5. Identificar el nivel de conocimiento respecto al manejo de urgencias médicas endocrinológicas más frecuentes en la atención odontológica.
6. Identificar el nivel de conocimiento respecto al manejo de urgencias médicas respiratorias más frecuentes en la atención odontológica.

V. MARCO TEORICO

5.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO

5.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

CASCO Y JACQUETT, 2017. Realizaron un estudio donde su objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de los alumnos del quinto y sexto año de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Paraguay Pierre Fauchard sobre el manejo de situaciones de emergencias médicas que se pueden presentar durante la consulta. El estudio fue de tipo observacional descriptivo de corte transversal, se realizó una encuesta para evaluar los conocimientos sobre emergencias médicas a través de un cuestionario estructurado, con 25 preguntas cerradas opción múltiple para medir las variables establecidas. La muestra estuvo conformado por 146 alumnos de quinto y sexto. Las variables de interés fueron edad, sexo, participación de cursos teórico o teórico-práctico de primeros auxilios, nivel de conocimiento favorable o desfavorable, en base a la escala del 60% en donde se considera favorable un total de 15 respuestas correctas. Por el cual concluyeron que el nivel de conocimiento de los alumnos del quinto y sexto año de la Facultad de Odontología Pierre Fauchard fue desfavorable en un 56% en una población mayoritariamente femenina con un porcentaje de 87,7% con una franja etaria de 23 años con un porcentaje de 35,6%. Solo el 17,8% de alumnos participaron de algún curso de primeros auxilios de los cuales el 6,8% fue teórico y el 11,0% teórico-práctico. ⁽²⁾

GONZALES, 2016 realizó un trabajo de investigación en Sevilla, lo que nos recomienda que las urgencias y emergencias médicas son frecuentes en la práctica dental. Es probable que todos nos las encontremos durante nuestra carrera profesional, por tanto, conocer la epidemiología es muy importante, ya que nos ayuda a prepararnos para tratarlas. Los objetivos de su trabajo fueron la realización de una extensa revisión bibliográfica de las

investigaciones realizadas sobre epidemiología de las urgencias y emergencias médicas en el gabinete dental, y la determinación del conocimiento/percepción/entrenamiento sobre Soporte Vital Básico (SVB) y/o Reanimación Cardio-Pulmonar (RCP), de los dentistas y estudiantes de último año de odontología. Para ello, se realizó búsquedas en las bases de datos Pubmed y Scopus, además de en numerosas revistas y libros. Donde concluyo que hay una elevada incidencia de urgencias y emergencias en el gabinete, aunque la mayoría son leves y con una altísima tasa de supervivencia, siendo la más frecuente el síncope. También se observa que existe un desconocimiento y falta de seguridad por parte de los profesionales en determinadas actuaciones, sobre todo ante verdaderas emergencias vitales, siendo muy recomendable formarse en RCP y SVB para poder realizar nuestro trabajo de la manera más segura posible. ⁽³⁾

TANZAWA, 2013. Realizo un estudio donde utilizo 98 estudiantes de odontología de quinto grado en la Universidad de Showa como sujetos e implemento la tarea de la OSCE titulada "Gestión de emergencias médicas utilizando un paciente robotizado". Donde se les solicitó a los candidatos que manejaran una situación de emergencia inmediatamente después de la anestesia local, con un paciente robot configurado para desarrollar un síncope vasovagal y el otro para experimentar hipersensibilidad a la adrenalina. Luego se les realizó un cuestionario sobre el valor educativo del paciente robot se completó después del examen. Tuvo como resultado que el treinta y dos por ciento de los estudiantes no pudo contar su pulso con precisión debido a un método inapropiado. Además, el 78% no pudo conectar correctamente el tonómetro o la oximetría de pulso al paciente. Los diagnósticos precisos fueron dados por solo el 22% de los estudiantes, con un diagnóstico de síncope vasovagal en un 33% y una hipersensibilidad a la adrenalina en un 8%. A partir de un cuestionario, el 78% de los estudiantes reconoció la utilidad del paciente robot en el entrenamiento de emergencia médica. Encontró que las respuestas de los estudiantes a la situación de

emergencia eran pobres. El paciente robotizado es útil en la educación dental para el entrenamiento y la evaluación de emergencias médicas, no solo para el manejo de la situación sino también para el diagnóstico diferencial ⁽⁴⁾.

PAREDES, 2011. El propósito de ese estudio fue crear protocolos para las emergencias medico odontológicas más frecuentes que se presentan en la zona centro del país. Su investigación se realizó mediante un cuestionario a 201 odontólogos de las provincias de Bolívar, Cotopaxi, Chimborazo, Pastaza y Tungurahua, donde consulto las emergencias más frecuentes que se han presentado durante la consulta odontológica, dando como resultado: el 67,5% tuvieron alguna vez una emergencia medico odontológica, al resto de profesionales no se les ha presentado una emergencia. De las emergencias presentadas en la consulta odontológica, son las crisis hipertensivas las más frecuentes con un 90 %, en segundo lugar se presentan los pacientes diabéticos no controlados en un 80%, en tercer lugar se da otro tipo de emergencias médicas 42%, en cuarto lugar se encuentran los pacientes propensos a anestésicos locales 40%, en sexto lugar pacientes con crisis epilépticas en un 35%, en séptimo lugar pacientes con MIC con 11%, en octavo lugar las reacciones anafilácticas 10%, en noveno lugar pacientes con un síncope en un 9%, y por último la angina de pecho con un 5%. El 100% de los odontólogos al suceder la emergencia dieron algún tratamiento para estabilizar al paciente, pero no sabían cuál era el manejo adecuado de dicha emergencia. El 73% de los odontólogos remitieron al médico al paciente, el resto manifestaban que el tratamiento que aplicaron dio resultado y no agravo el cuadro. El 12% de los odontólogos manifestaron que si conocían de un protocolo odontológico para la atención de emergencias médicas y el 88% respondió no conocer. ⁽⁵⁾

BUFIL, LOPEZ Y CARDOZO, 2005. Realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar los efectos adversos de los anestésicos locales usados en la actualidad, su frecuencia de aparición e identificar la etiología

para su tratamiento. Con una población de 240 sujetos, solo tuvieron reacciones adversas 22, lo que representa un 9.16%. Cuyos resultados más detallados fueron: se produjo un descenso de la presión arterial, con excepción de casos puntuales, era normal al comenzar el tratamiento, pero al volver a realizar un control a los diez minutos en la mayoría de los casos (77.27%), importante en algunos sujetos de la misma. El pulso, estuvo alto desde el principio del tratamiento y a los diez minutos su aumento fue marcado en la mayoría de los pacientes. Todo esto acompañado de un descenso en la frecuencia de las pulsaciones (Bradicardia) y en otros casos aumento de la frecuencia de las pulsaciones (Taquicardia). Otros signos importantes y presentes en la gran mayoría de los sujetos fueron la palidez en el 89.36% de los casos y la transpiración en el 81.81%. Todo este conjunto de signos y síntomas, de acuerdo a lo investigado en la revisión bibliográfica y a la experiencia de los operadores, es lo que permite afirmar que las 22 reacciones producidas fueron de origen vagal. De las mismas 17, a su vez, fueron de tipo psicógena. Avala esta afirmación el hecho de que los pacientes se recuperaron sin necesidad de administrarle ningún fármaco. Solo se suspendió el tratamiento por algunos minutos y en algunos casos se los colocó al paciente en posición de cubito supina o dorsal (Posición de Trendelenburg). Con esto se logra mejorar la circulación y se evita el síncope vasovagal. Estas maniobras fueron suficientes para lograr la recuperación de los sujetos. Los tres casos restantes fueron reacciones vagales pero por causa de una hipoglucemia, esto se determinó porque al interrogatorio los pacientes manifestaron no haber ingerido ningún alimento durante varias horas antes del tratamiento y los bajos niveles de glucosa en sangre producen los mismos signos y síntomas e incluso síncope vasovagal, estos pacientes se recuperaron luego de proporcionarles un alimento rico en azúcar y esperando unos minutos antes de continuar con el tratamiento. De todo lo expuesto se puede concluir en que las reacciones adversas a los anestésicos locales en odontología Lidocaína al 2% y Carticaína al 4%, a pesar de que su utilización es masiva, son poco frecuentes. Las más

comunes son las reacciones vagales. Le siguen en orden de frecuencia las reacciones tóxicas, que tienen signos y síntomas más alarmantes, pero con un tratamiento eficaz son rápidamente controladas. Y, afortunadamente, las más raras son las alérgicas. En la actualidad solo hay casos aislados. Por lo tanto, en este estudio, estos datos dejan establecido que las reacciones adversas a los anestésicos locales en la población estudiada, no son estadísticamente significativos ⁽⁶⁾.

5.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

RIVERA, 2016. Realizo un estudio que tuvo como propósito determinar el nivel de conocimientos sobre emergencias médicas en las consultas dentales en los estudiantes de clínica I y clínica II de la escuela de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego según ciclo y género.

Este estudio fue de tipo descriptivo, transversal y observacional. La muestra estuvo conformada por 64 estudiantes a los cuales se les realizaron encuestas y aceptaron participar libremente en el estudio. El nivel de conocimientos se midió empleando un instrumento elaborado especialmente para el presente estudio, previamente validado (contenido) Se realizó una prueba piloto en la que participaron 15 estudiantes, con buena confiabilidad (Alpha de Cronbach). Los resultados estadísticos dieron que el 70.31% de estudiantes tienen un nivel de conocimientos regular, el 20.31% tienen un nivel de conocimiento bueno y el 9.38% tiene un nivel de conocimiento malo. Al efectuar la comparación por ciclo no se encontró diferencia significativa dando que los resultados fueron bastante parecidos al de la muestra general y poniendo al descubierto que no hay gran aporte en el octavo ciclo respecto a esta materia. Al efectuar la comparación por género se pudo observar ver que no hay diferencia significativa entre ellos.

En conclusión los resultados al estar agrupados en torno a la calificación Regular animan a proponer una serie de mejoras orientadas a fortalecer los

conocimientos en el tratamiento de las emergencias médicas en una consulta odontológica. ⁽⁷⁾

PEÑON, 2016. Realizo un trabajo de investigación donde elaboro un protocolo de primeros auxilios en odontología, para que la practica odontológica sea más segura, destacando la importancia del conocimiento y manejo de shock de emergencia en el cual contiene los materiales y medicamentos necesarios para controlar las reacciones desfavorables que se puedan producir en la clínica odontológica, ya que si se presenta una emergencia de esta naturaleza, se puede reaccionar favorablemente para salvar la vida de la persona que está sufriendo el shock. ⁽⁸⁾

CONTRERAS, 2015. Realizo una investigación que tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre el manejo de situaciones de emergencia de los estudiantes del Internado hospitalario 2015 de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. La metodología que utilizo fue un estudio observacional descriptivo. Se evaluó a todos los estudiantes del Internado hospitalario 2015 (N=49) mediante un cuestionario de 20 preguntas cerradas dividido en tres dimensiones: diagnóstico, conocimiento en primeros auxilios y manejo farmacológico de situaciones de emergencia; elaboradas por el autor de esta investigación y validado mediante "Juicio de expertos". En los resultados se observó que el nivel de conocimiento sobre el manejo de situaciones de emergencia durante la consulta odontológica con 42, 9%, y cada una de sus dimensiones: diagnóstico de la situación con 53,1%, conocimiento de primeros auxilios con 69,4% y manejo farmacológico con 55,1%; obtuvieron como resultado un nivel de Regular. La relación entre el Nivel de conocimiento y el género resultó estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Se concluyó que el Nivel de conocimiento sobre situaciones de emergencia durante la consulta odontológica de los estudiantes del Internado hospitalario 2015 de la Facultad de Odontología de la UNMSM fue Regular. ⁽⁹⁾

GAVIÑO Y RODRICH, 2015. El objetivo de su estudio fue determinar el nivel de conocimiento de cirujanos dentistas sobre el manejo de emergencias médicas durante la consulta odontológica en el distrito de Chiclayo. Participaron 166 odontólogos colegiados en la región de Lambayeque y fue realizado bajo un muestreo probabilístico aleatorio simple. Se realizó una prueba piloto en la que participaron 20 odontólogos que ejercen en el distrito de Chiclayo. Se visitaron consultorios y clínicas del distrito de Chiclayo y se solicitó a los odontólogos resolver el cuestionario presentado. Los resultados fueron obtenidos mediante las encuestas y registrados para su posterior análisis mediante el Programa Microsoft Excel. El presente estudio concluyó que de los 166 odontólogos encuestados, 36.75 % tienen un nivel de conocimiento bueno, 43.98% regular y 19.28% malo. ⁽¹⁰⁾

TORRES, 2015. realizó un estudio cuyo objetivo principal fue evaluar el nivel de conocimiento acerca del manejo de urgencias médicas originadas por la administración de lidocaína con epinefrina por internos de la Facultad de Odontología de la UNMSM en el año 2015, Tuvo además objetivos secundarios como identificar el nivel de conocimientos en el manejo de las reacciones tóxicas, psicógenas y alérgicas originadas por el uso de la lidocaína con epinefrina; con participación de todos los internos de pregrado (49); la recolección de los datos fue a través de un cuestionario de 20 preguntas los cuales fueron analizados utilizando el programa SPSS versión 19.0. Los resultados que obtuvo fue que el nivel de conocimiento fue de 11 (Nivel Regular). El manejo de las reacciones alérgicas fue el más conocido obteniéndose un promedio de 12 (Nivel Regular) seguido por el conocimiento del manejo de las reacciones psicógenas con un promedio de 11 (Nivel Regular) y por último el manejo de las reacciones tóxicas el menos conocido con un promedio de 9 (Nivel Regular). Como resultado general obtuvo que el nivel de conocimientos en el manejo de las urgencias médicas originadas por el uso de Lidocaína con epinefrina por internos de odontología de la UNMSM es regular; por lo cual se necesita implementar mayor capacitación en su

manejo para así otorgar una atención óptima y minimizar los riesgos presentes en la administración de la solución anestésica. ⁽¹¹⁾

5.1.3 ANTECEDENTES LOCALES: no hay precedentes

5.2 BASES TEORICAS

CONOCIMIENTO

Es el acumulo de información, adquirido de forma científica o empírica. Partiremos de que Conocer es aprehender o captar con la inteligencia los entes y así convertirlos en objetos de un acto de conocimiento. Todo acto de conocimiento supone una referencia mutua o relación entre: SUJETO – OBJETO. Conocer filosóficamente hablando significa aprehender teóricamente los objetos, sus cualidades, sus modos, sus relaciones, en una palabra poseer la verdad o por lo menos buscarla ansiosamente. Al conjunto de conocimientos racionales ciertos o probables que son obtenidos de manera metódica y verificables con la realidad, se organizan y son transmitidos, es llamada Ciencia. ⁽¹²⁾

FORMAS DEL CONOCIMIENTO

Desde los inicios de la civilización, el ser humano se ha preocupado por conocer el mundo que lo rodea. Este se encuentra compuesto, en primera instancia, por la naturaleza y el conjunto de los fenómenos físicos que conforman la realidad natural y que inciden de manera importante en el desenvolvimiento de la vida humana. También en el mundo se encuentran los individuos, cuyos rasgos físicos y sociales (la interacción mutua a partir del lenguaje) pautan la convivencia en comunidad, la cual ha sido, desde tiempos remotos, la forma de organización característica de la humanidad.

Dentro de las formas de conocimiento tenemos:

- Sentido común: conocimiento derivado de experiencias particulares. Orientado hacia la aplicación práctica. Disperso, fragmentado.
- Discurso mítico-religioso: conocimiento basado en la interpretación de la voluntad de entidades divinas. Lo trascendente es el origen de todo lo que existe y sucede.
- Ciencia: conocimiento sistemático y riguroso que busca explicar los fenómenos naturales y sociales a partir del uso de la razón. ⁽¹³⁾

DIFERENCIA ENTRE EMERGENCIA Y URGENCIA

EMERGENCIA.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), emergencia es aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos en el que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de importancia vital. También se dice que en una emergencia, la persona afectada puede llegar hasta a la muerte en un tiempo menor a una hora. Algunos ejemplos son: Pérdida de conciencia, hemorragia severa, posibles fracturas óseas, heridas profundas, síntomas típicos de un ataque al corazón, dificultad respiratoria, toser o vomitar sangre, debilidad y cambios en la visión abruptos, etc. ⁽¹⁴⁾

Según la Asociación Médica Americana (A.M.A.) la Emergencia “es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano”. ⁽¹⁵⁾

URGENCIA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), urgencia se puede definir como la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia. Según la OMS, urgencia también es definida como la patología cuya

evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en seis horas como máximo, para evitar complicaciones mayores. ⁽¹⁴⁾

Es así como en el código de ética y Deontología del Perú nos habla de la participación del cirujano dentista en las urgencias médicas manifestando “No es ético que el Cirujano Dentista, se abstenga de brindar atención hasta donde su competencia lo permita, en situaciones de emergencia. Por emergencia se entiende aquella situación imprevista que pone en grave riesgo la vida de una persona. La medida disciplinaria correspondiente a la infracción de esta norma se sanciona desde amonestación hasta multa” ⁽¹⁶⁾.

PREVENCIÓN DE LAS URGENCIAS MÉDICAS EN EL CONSULTORIO DENTAL

Se sabe que las urgencias médicas en el consultorio dental pueden ocurrir en cualquier momento de la práctica odontológica, y en la mayoría de los casos se presentan en los pacientes que acuden a consulta; sin embargo, también pueden afectar al dentista, a un miembro del equipo odontológico o bien a los acompañantes del paciente. Estudios recientes han demostrado que la mayoría de los incidentes no son graves, como lo informa:

Malamed, quien encontró que 50.33% (15 407 sujetos) de 30 608 casos registrados se relacionaron con síncope vasovagal, por lo que se considera como la urgencia médica más frecuente en el consultorio dental. Ese mismo autor menciona que la ocurrencia de angina de pecho fue de 8.33% (2 552 casos), el choque anafiláctico ocupó 0.99% (304), el infarto agudo de miocardio se presentó en 0.94% (289), y el edema agudo pulmonar representó el 0.46% (141); todas estas situaciones clínicas pueden conducir a condiciones muy graves e incluso a la muerte si no son diagnosticadas y tratadas de forma correcta y oportuna, lo cual denota la gravedad de dichos eventos, ya que en su totalidad representan el 11.8% de los 30 608 casos. Todas estas urgencias pueden y deben prevenirse; por ello es importante que el dentista conozca su frecuencia y gravedad ⁽¹⁷⁾.

Arsati, en una encuesta realizada a 498 odontólogos brasileños, informa una incidencia similar a la de Malamed, y asimismo comunica un aspecto muy interesante: 59% de los cirujanos dentistas no se sentían capaces de hacer un diagnóstico y manejo de una urgencia médica, de tal forma que resulta importante el conocimiento de las más comunes dentro del consultorio para su prevención, detección e intervención oportunas ⁽¹⁷⁾.

Prevenir es el aspecto más importante en el estudio de estas complicaciones médicas dentro del consultorio dental; así, McCarthy afirma que al utilizar un sistema completo de evaluación física para todos los pacientes que acuden a tratamiento dental, se podrían prever hasta 90% de los casos y solo 10% quedarían como urgencias aisladas.

Goldberger informa que “cuando te preparas para una urgencia, esta deja de existir”; dicho en otras palabras, “estar prevenido es estar preparado”.

La prevención consiste en establecer un sistema de evaluación global del paciente que permita detectar posibles riesgos que pongan en peligro la vida; este protocolo siempre deberá efectuarse antes de un procedimiento dental.

Los puntos más relevantes son:

- 1.** Determinar la tolerancia física del paciente en relación con el procedimiento odontológico que se llevara a cabo: aquellos con padecimientos crónico-degenerativos como angina de pecho inestable, hipertensión arterial descompensada, epilepsia mal controlada, asma, entre otros, pueden no tolerarlos.
- 2.** Establecer la tolerancia psicológica al grado de estrés que pueda causar el procedimiento.
- 3.** Definir si es necesario efectuar cambios en el plan de acuerdo al grado de estrés que se maneja en dicho procedimiento.

4. Estipular los niveles de ansiedad del paciente y su evolución de acuerdo a la actividad del dentista.
5. Precisar si es necesario el uso de sedación.
6. Especificar el tipo de sedación por emplear.
7. Detallar si existe alguna contraindicación para el uso de algún fármaco en el plan del tratamiento odontológico; así, se tendrá que evaluar que medicamento puede utilizarse en ciertos casos, por ejemplo en aquellos con ulcera péptica sangrante reciente que contraindica el uso de antiinflamatorios esteroideos y no esteroideos.

La evaluación clínica previa es la base de la prevención de las urgencias médicas y consta de una historia clínica autocontestable, interrogatorio de los puntos positivos de ésta y exploración física. La historia clínica es un documento de suma importancia y tiene implicaciones legales, por lo que se debe llenar y firmar por el paciente. Una vez completada se tomarán los puntos clave donde se indique la presencia de un padecimiento y se interrogará de manera exhaustiva; asimismo se hará una exploración física con la toma de signos vitales, *habitus* exterior y exploración física de áreas específicas como cara, cráneo y cuello. Todo esto permitirá al odontólogo tener un conocimiento completo del estado físico y psicológico del sujeto, con lo que podrá valorar cambios en el plan de tratamiento y en caso necesario orientar las interconsultas ⁽¹⁷⁾.

Rosemberg señala que en la prevención de las urgencias se debe empezar por tener un equipo con certificación del soporte vital básico que actualice los conceptos de la reanimación cardiopulmonar e incentive la capacidad de reacción inmediata, teniendo el material adecuado y los fármacos necesarios. El tipo de respuesta a las urgencias puede ser la diferencia entre la vida y la muerte del paciente ⁽¹⁷⁾.

Ante esto también nos habla McCarthy en el capítulo 13 de su libro “emergencias odontológicas” nos dice: “Haciendo una evaluación física apropiada antes de emprender el tratamiento, se evitan la mayoría de emergencias médicas en el consultorio odontológico, pero de todas maneras hay que estar alerta para encarar cualquier situación imprevista que podría surgir. Los dos requisitos más importantes para tratar las emergencias en el consultorio son obrar con criterio y contar con suficiente oxígeno” ⁽¹⁸⁾.

EVALUACION DE LOS SIGNOS VITALES

Los signos vitales son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones). Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, cambios que de otra manera no podrían ser cualificados ni cuantificados. Se pueden medir en un establecimiento médico, en casa, en el lugar en el que se produzca una emergencia médica o en cualquier sitio. ⁽¹⁹⁾

Los cuatro signos vitales principales que los médicos y los profesionales de salud examinan de forma rutinaria son los siguientes:

- 1.- Frecuencia Cardíaca
- 2.- Frecuencia Respiratoria
- 3.- Presión Arterial
- 4.- Temperatura Corporal

La valoración de la Temperatura, la Respiración, el Pulso y la Tensión Arterial, son “parámetros”, que permiten evaluar el estado de salud del paciente/usuario, detectar los cambios y/o modificaciones que indiquen alguna alteración real o potencial en el estado de salud. Sin embargo, cabe recordar que en el desarrollo del ciclo vital de ser humano desde la niñez hasta la adultez, varían los parámetros fisiológicos de los signos vitales, además de las variaciones diurnas que experimenta cada individuo durante las 24 horas del día ⁽²⁰⁾.

FRECUENCIA CARDIACA

Es la onda pulsátil de la sangre, originada en la contracción del ventrículo izquierdo del corazón y que resulta en la expansión y contracción regular del calibre de las arterias. La onda pulsátil representa el rendimiento del latido cardiaco, que es la cantidad de sangre que entra en las arterias con cada contracción ventricular y la adaptación de las arterias, o sea, su capacidad de contraerse y dilatarse. Asimismo, proporciona información sobre el funcionamiento de la válvula aórtica. ⁽¹⁹⁾

VALORES NORMALES DE FRECUENCIA CARDIACA ⁽¹⁹⁾

Edad	Pulsaciones por minuto
Recién nacido	120 – 170
Lactante menor	120 – 160
Lactante mayor	110 – 130
Niños de 2 a 4 años	100 – 120
Niños de 6 a 8 años	100 – 115
Adulto	60 – 80

FRECUENCIA RESPIRATORIA

La respiración es el proceso mediante el cual se toma oxígeno del aire ambiente y se expulsa el anhídrido carbónico del organismo. El ciclo respiratorio comprende una fase de inspiración y otra de espiración.

La frecuencia respiratoria puede aumentar con la fiebre, las enfermedades y otras condiciones médicas. Cuando se miden las respiraciones también es importante tener en cuenta si la persona tiene dificultad para respirar. La frecuencia respiratoria normal de un adulto que esté en reposo oscila entre 15 y 20 respiraciones por minuto. Cuando la frecuencia es mayor de 25 respiraciones por minuto o menor de 12 (en reposo) se podría considerar anormal ⁽¹⁹⁾.

VALORES NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA ⁽¹⁹⁾

Edad	Respiraciones por minuto
Recién nacido	30 – 80
Lactante menor	20 – 40
Lactante mayor	20 – 30
Niños de 2 a 4 años	20 – 30
Niños de 6 a 8 años	20 – 25
Adulto	15 – 20

PRESION ARTERIAL

Es una medida de la presión que ejerce la sangre sobre las paredes arteriales en su impulso a través de las arterias. Debido a que la sangre se mueve en forma de ondas, existen dos tipos de medidas de presión: la presión sistólica, que es la presión de la sangre debida a la contracción de los ventrículos, es decir, la presión máxima; y la presión diastólica, que es la presión que queda cuando los ventrículos se relajan; ésta es la presión mínima ⁽¹⁹⁾.

CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL ⁽²¹⁾

Clasificación	PAS mmHg	PAD mmHg
Normal	< 120	Y < 80
Pre hipertensión	120 – 139	O 80 – 89
Hipertensión etapa 1	140 – 159	O 90 – 99
Hipertensión etapa 2	>=160	O > = 100

TEMPERATURA CORPORAL

Magnitud física que puede ser determinada por un termómetro y que caracteriza, de manera objetiva, el grado de calor corporal.

La temperatura es una magnitud referida a las nociones comunes de caliente, tibio, frío que puede ser medida, específicamente, con un termómetro.

Valores ⁽²²⁾:

- Temperatura Normal: 35'5 – 37 °C
- Febrícula: 37'1 – 37'9 °C
- Fiebre: >38 °C
- Hipotermia: <35.5 °C

ESTIMACION DEL RIESGO MEDICO

Modificaciones generales en el tratamiento odontológico según la clasificación ASA ⁽²³⁾.

<i>Tipo de ASA</i>	<i>Estado de salud general</i>	<i>Modificación del Tratamiento odontológico</i>
ASA I	Sano sin historial de enfermedad sistémica.	No es necesario.
ASA II	Portador de enfermedad sistémica moderada o factores de riesgo a la salud.	Adecuación del tratamiento a sus necesidades.
ASA III	Portador de enfermedad sistémica severa que limita las actividades pero no discapacita.	Protocolo de minimizar riesgo.
ASA IV	Portador de enfermedad sistémica severa, discapacitado, que es una constante amenaza para la vida.	Postergar tratamiento odontológico electivo, Ser conservadores en urgencias odontológicas, Odontología intrahospitalaria.
ASA V	Moribundo, de quien no se espera la supervivencia por un período de 24 hrs, con o sin intervención quirúrgica.	Tratamiento odontológico electivo contraindicado, tratamiento paliativo en casos de urgencias odontológicas.

PROCEDIMIENTOS ANTE CASOS DE URGENCIA MÉDICA:

Los pacientes odontológicos no pueden abstraerse de sus condiciones médicas generales, por ello es indispensable que los alumnos y el personal académico tengan un comportamiento adecuado ante la emergencia: Control de signos vitales e iniciar el traslado del paciente al centro que el paciente ha indicado en su ficha clínica o Posta central ⁽²⁴⁾.

1. Establecer la naturaleza de la urgencia.
2. Aplicar primeros auxilios durante el traslado.
3. Consignar en la ficha del paciente toda la evolución del caso, incluida la derivación, el profesional que toma el caso y su posterior resolución.

PREPARACION EN PRIMEROS AUXILIOS

El consultorio debe estar preparado para lidiar con emergencias médicas. Se les debe preguntar a los pacientes acerca de sus condiciones médicas o los medicamentos que pudieran estar tomando o que han tomado. Todo el personal debe estar entrenado, y también el equipo humano de emergencia interno debe estar igualmente capacitado; además, el equipo de emergencia y los medicamentos deben estar a la mano y vigentes. Sin todo lo anterior, no se tendrá la debida preparación para manejar emergencias médicas ⁽²⁵⁾.

Capacitando a Todo el Personal – Soporte Básico de Vida / Entrenamiento RCP (Resucitación Cardio Pulmonar)

Cada individuo que preste sus servicios en el consultorio dental deberá recibir entrenamiento RCP. Este es el paso más importante en la preparación para el manejo de una emergencia médica. En la mayoría de los Estados en donde se requiere que los dentistas y asistentes e higienistas estén capacitados en RCP para poder practicar su profesión, se exige una recertificación en RCP cada dos años, si bien esto no es lo idóneo para poder realizar correctamente la RCP. Lo recomendable es que se imparta una capacitación en soporte básico de vida en el consultorio dental anualmente ⁽²⁵⁾.

EL EQUIPO HUMANO DE EMERGENCIA AL INTERIOR DEL CONSULTORIO

El equipo humano de emergencia deberá constar idealmente de al menos tres personas, y como mínimo dos. El/ la dentista es el líder del equipo tan pronto como se presenta en la escena. No dejar al paciente solo durante una emergencia médica a menos que sea absolutamente necesario. Las tareas de los miembros del equipo se describen en la Tabla 1.

Tabla 1. El Equipo Humano de Emergencia al Interior del Consultorio ⁽²⁵⁾

MIEMBRO 1 DEL EQUIPO: la persona que observa primero la emergencia – podría ser cualquier miembro del personal. Responsable de permanecer con el paciente, realizando rcp según se requiera.

MIEMBRO 2 DEL EQUIPO: la persona que conseguirá el cilindro de oxígeno de emergencia y el botiquín de emergencia tan pronto como escuche sobre la emergencia y que los traerá a la ubicación del paciente en peligro.

MIEMBRO 3 DEL EQUIPO: todos los demás miembros del personal. Manejar las otras tareas según lo asigne el/la dentista durante la emergencia. Llamar al número de emergencia si así está indicado. Un miembro del personal deberá ir al recibidor del edificio y esperar el arribo de la ambulancia, y también tener el ascensor esperando en el recibidor para ahorrar tiempo si el edificio tiene varios pisos. Si otro miembro del personal está disponible, esta persona estará atenta y tomará los signos vitales del paciente o tomará nota de lo que esté ocurriendo.

EQUIPO DE EMERGENCIA

- Tanque de Oxígeno: El tanque de oxígeno es importante – el oxígeno es el segundo farmacéutico más importante en medicina de emergencia. El oxígeno debe estar disponible en un cilindro “E”, que es de aproximadamente 90 cm de alto y contiene suficiente oxígeno para ventilar a un adulto con problemas respiratorios por aproximadamente 30 minutos ⁽²⁵⁾.
- Mascarilla de Bolsillo: Esta mascarilla de rostro completo (AMBU) se guarda plegada en sí. Cuando se presiona, se vuelve el mismo tipo de mascarilla de rostro utilizada en anestesia general para mantener la vía respiratoria de una persona inconsciente. Si se sostiene la mascarilla correctamente y si se pone la boca en la mascarilla, se puede ventilar a una persona con 16% de oxígeno ⁽²⁵⁾.
- Desfibrilador Externo Automatizado (DEA): El DEA es un pequeño dispositivo ligero que monitorea el ritmo cardíaco de una persona y le habla a un primer respondedor a través de pasos muy simples para desfibrilar al paciente. La

desfibrilación es muy importante y es efectuada colocando almohadillas especiales en el torso que reconocen un paro cardiaco repentino. Se ha estimado que por cada minuto que transcurre hasta el momento en que un paciente con ataque cardiaco es desfibrilado exitosamente junto con el soporte básico de vida (SBV), la tasa de supervivencia desciende en un 10%. En un minuto la tasa de supervivencia es de 90%, y a los 10 minutos, 0% ⁽²⁵⁾.

BOTIQUÍN DE MEDICAMENTOS

Excepto para fármacos utilizados en anafilaxis, la terapia con fármacos será siempre secundaria al soporte básico de vida (SBV). Aparte del oxígeno utilizado en SBV, hay seis medicamentos en un botiquín de emergencia básica esencial, dos inyectables y cuatro no inyectables ⁽²⁵⁾.

MEDICAMENTOS INYECTABLES

- Epinefrina: La Epinefrina es el fármaco individual más importante en medicina de emergencia y se utiliza cuando ocurre una reacción anafiláctica. La anafilaxis pone en riesgo la vida. La epinefrina se dosifica en una concentración 1:1000 (0.3 mg) y debe estar disponible en una jeringa precargada. Cuanto más rápido recibe el paciente la epinefrina, mayor será su probabilidad de supervivencia. Es muy común necesitar más de una dosis. Por consiguiente, además de la jeringa precargada, el botiquín de emergencia deberá contener un mínimo de dos a tres ampollas de vidrio de 1 ml de epinefrina 1:1000. No hay una contraindicación médica para el uso de epinefrina en una reacción anafiláctica ⁽²⁵⁾.
- Difenhidramina (o Benadryl): Los bloqueadores de histamina fundamentalmente se utilizan en el manejo de reacciones alérgicas que no ponen en riesgo la vida así como reacciones anafilácticas después de que la epinefrina ha salvado la vida de una persona. No hay contraindicaciones para la administración de un bloqueador de histamina durante una emergencia médica ⁽²⁵⁾.

MEDICAMENTOS NO INYECTABLES

- Nitroglicerina: La nitroglicerina, un vasodilatador, debe incluirse en el botiquín de medicamentos. Los pacientes que tengan angina traerán su nitroglicerina con ellos, usualmente en forma de tableta. Se recomienda ampliamente que el botiquín de medicamentos de emergencia contenga Spray Nitrolingual. Este se rocía en la lengua del paciente para la aplicación sublingual de nitroglicerina, es tan efectivo como las tabletas, y tiene una vida bastante más larga. Una aplicación de spray equivale a una tableta sublingual.

Hay dos contraindicaciones para la administración de nitroglicerina ⁽²⁵⁾:

- Un paciente que padece dolor pectoral y que exhibe signos de caída en la presión sanguínea (por ejemplo, siente debilidad o mareo).
- Un paciente que tiene dolor pectoral y que ha tomado Viagra dentro de las 24 horas previas. Tanto el Viagra como la nitroglicerina bajan la presión sanguínea; si un paciente toma ambos fármacos dentro de un período de 24 horas, ello puede conducir a inconsciencia.

- Broncodilatador: Un broncodilatador se utiliza para tratar un ataque asmático agudo. Los pacientes con asma deberán traer consigo sus propios medicamentos al consultorio y tendrán que utilizar sus propios inhaladores si es necesario. El consultorio necesita un broncodilatador en el botiquín de emergencia en caso de que una persona asmática no traiga consigo su medicamento o si un paciente sin antecedentes de asma entra en un broncoespasmo. El fármaco más comúnmente utilizado en los Estados Unidos es el albuterol (Ventolin; Proventil), en un inhalador.

- Glucosa (Azúcar): La hipoglucemia, o nivel bajo de azúcar en la sangre, es una emergencia muy común en el consultorio dental y se puede manejar fácilmente con azúcar, que puede estar disponible ya sea en un tubo (Insta-Glucosa) o en una botella de jugo de naranja o un refresco no dietético.

- Aspirina: La aspirina es parte del tratamiento de prehospitalización para víctimas que, se sospecha, padecen ataques cardíacos.

Una tableta de aspirina (325 mg) masticada, no tragada, se recomienda en todo paciente que padezca dolor pectoral por primera vez. Hay tres contraindicaciones para la administración de aspirina:

- Un paciente con una alergia a la aspirina
- Un paciente con un desorden hemorrágico de cualquier tipo
- Un paciente con una úlcera gástrica o péptica

No hay sustitutos de aspirina en esta situación.

MEDICAMENTOS SECUNDARIOS

- Amoniaco Aromático: El amoníaco aromático se usa para tratar un paciente que se esté desmayando o se haya desmayado. El Vaporil de Amoniaco se aprieta entre los dedos y se sostiene bajo la nariz del paciente. Los olores tóxicos estimulan el movimiento, que aumenta el flujo sanguíneo al cerebro del paciente si la persona está en una posición supina. Además del amoniaco que se incluye en el botiquín de emergencia, uno o dos vaporiles deberán adherirse con cinta a una pared o a un gabinete al alcance de la mano en cada cuarto de tratamiento ⁽²⁵⁾.

TIPOS DE URGENCIAS MÉDICAS

1. URGENCIAS CARDIORRESPIRATORIAS

Según Mc Carthy nos dice que una queja común que el paciente hace en el consultorio es “Doctor me duele el pecho”. Todos los odontólogos deben estar preparados para responder intelectual, emocional y activamente de manera apropiada a esta queja. El dolor precordial no es un signo clínico, sino un síntoma subjetivo que puede indicar la inminencia de una emergencia peligrosa para la vida. Cuando el paciente formula esta queja, una hueste de ideas y pensamientos pasar por la mente del odontólogo, pues debe recapitular la edad del paciente, sus antecedentes de enfermedades cardiovasculares y el comienzo, duración, posible radiación y aparente gravedad del dolor. Al mismo

tiempo se ha fijado el color de piel y mucosas, por si aparece palidez o diaforesis (traspiración profusa). Es muy probable que recuerde la presión sanguínea que tenía el paciente antes de la intervención o que lamenta no haberla tomado. En este punto el odontólogo quizás recuerde que las personas experimentadas siempre aconsejaban no perder la calma. La compostura y aplomo del profesional frente al paciente pueden influir mucho sobre el curso de los acontecimientos; para ello hay que estar preparado antes que se presente la emergencia. ⁽²²⁾

1.1 PARO CARDIORRESPIRATORIO

Estado patológico de causa cardíaca o extracardíaca que provoca una ineffectividad máxima de la función del corazón y el sistema respiratorio, lo cual se traduce en una hipo y aperfusión tisular que rápidamente llevan a una hipoxia y anoxia tisular, con las consiguientes alteraciones metabólicas, que de no ser tratadas y resueltas, se hacen incompatibles con la vida en un período de 3 a 4 minutos ⁽²⁶⁾.

Diagnóstico:

- Pérdida repentina del conocimiento.
- Desaparición de los pulsos carotídeos y femorales.
- Detención de las incursiones respiratorias.
- Desaparición de los ruidos cardíacos.
- Palidez cutáneo-mucosa intensa.
- Cianosis.
- Ausencia de sangrado en el campo operatorio y coloración oscura de la sangre.
- Posteriormente aparece dilatación pupilar.

Medidas terapéuticas:

- La reanimación cardiopulmonar: (RCP) se diseñó para rescatar a los pacientes con insuficiencia circulatoria o respiratoria aguda, o con ambas. El

tiempo que transcurre entre el paro y el inicio de las medidas básicas o avanzadas de reanimación cardiopulmonar y el tiempo que se tarda en restablecer el ritmo que permite una perfusión orgánica suficiente, son absolutamente críticos en cuanto al pronóstico final ⁽²⁶⁾.

- Comprobar reactividad del paciente.
- Solicitar ayuda.
- Paciente sobre superficie dura.
- Abrir la boca del enfermo.

RCP en ADULTOS ⁽²⁷⁾:

- (C)ompresiones torácicas
- (A)pertura de la vía aérea
- (B)uena respiración
- (D)esfibrilación

2. URGENCIAS NEUROLÓGICAS

2.1 SÍNCOPE

Comprende debilidad generalizada de los músculos, con incapacidad de mantenerse en la posición de pie, aparece sensación de pérdida inminente del conocimiento. Comúnmente llamado "desmayo". Es una complicación frecuente durante la práctica dental, en la actualidad ha disminuido mucho su aparición al aceptarse como rutinaria la posición supina durante el tratamiento ⁽²⁶⁾.

Diagnóstico:

- Pérdida de la conciencia.
- Palidez y sudoración que preceden a la pérdida de la conciencia.
- Pérdida del tono muscular.
- Descenso de la tensión arterial.
- Descenso del pulso.

Factores predisponentes:

- Ansiedad.
- Estrés emocional.
- El ayuno anterior a la anestesia.
- Enfermedades debilitantes.
- El miedo.
- Pérdida ligera de sangre.
- Permanecer en posición erecta sin descargar el peso del cuerpo sobre los pies.
- Náuseas.
- Anestesiarse a un paciente "nervioso", sin preparación, que vive con estrés la terapia estomatológica, es ideal para que se produzca el desmayo.

Los jóvenes se desmayan con más facilidad que los ancianos. La depresión del tono basal simpático que se produce por estímulos variados durante el síncope, va a originar una brusca caída de las resistencias periféricas con reducción de la volemia efectiva y del retorno venoso, con la consiguiente inhibición cardíaca de predominio vagal.

Tratamiento:

Colocar al paciente en posición horizontal, supina, con elevación de los miembros inferiores (posición de Trendelenburg), con lo que se favorece el retorno venoso y el flujo sanguíneo cerebral. Si aparece bradicardia intensa asociada con frecuencia cardíaca menor de 40 latidos por min (puede medirla en el pulso radial), se debe administrar Atropina (0,5 mg) 1 amp IM o EV diluida en 10 cm³ de Dextrosa al 5 %.^{12-15 (26)}.

2.2 SÍNDROME CONVULSIVO

Presencia de convulsiones o contracciones tónicas o clónicas, o tónico-clónicas, focales o generalizadas, que ocurren por descargas bruscas y sucesivas de las neuronas cerebrales. Pueden presentarse como crisis de corta duración o prolongarse y convertirse en un *status convulsivo* que amenaza la vida del paciente. La aparición de cuadros convulsivos puede presentarse en un paciente con historia de epilepsia, incluso bajo tratamiento médico continuado, pero puede ser secundaria a intoxicación medicamentosa, a cuadros alérgicos a fármacos (como en las reacciones producidas por anestésicos locales), secundarios a traumatismos, infecciones del sistema nervioso central, complicaciones de infecciones sépticas en áreas del sistema cráneo-cérvico-facial (como en las tromboflebitis sépticas y trombosis de los senos cavernosos), estados de hipoglicemia, etc. ⁽²⁶⁾

Conducta a seguir ⁽²⁶⁾

- Posición en decúbito supino.
- Evitar lesiones por mordeduras de la lengua.
- Mantener permeabilidad de las vías aéreas.
- Vigilar la mecánica de la respiración. En caso de insuficiencia respiratoria marcada recurrir a ventilación asistida con bolsas autoinflables (Ambu, Airviva), de ser posible colocación de cánula de Guedel.
- Utilizar fármacos anticonvulsivantes necesarios (Diazepam 10 mg). Puede administrarse 10 mg IM o 0,15 mg/Kg/ dosis por vía EV diluido en 10 cm³ de Dextrosa al 5 % o solución salina lentamente. Recordar que este fármaco al administrarse por vía EV produce depresión de la respiración.

3. REACCIONES TÓXICAS Y ALÉRGICAS

REACCIONES TÓXICAS A LOS ANESTÉSICOS LOCALES

Debemos tener presente que la mayor parte de los accidentes que se producen por anestésicos locales se deben al empleo erróneo de estos, que ocasiona la presencia de concentraciones elevadas. Esto es así hasta tal punto, que según las últimas estimaciones, menos del 1 % de las reacciones que nos ocupan se pueden considerar como de carácter alérgico o por idiosincrasia individual ⁽²⁶⁾.

3.1 INTOXICACIÓN POR ANESTÉSICO LOCAL SIN VASOCONSTRUCTOR

La división del cuadro clínico en 2 fases corresponde a la experiencia general, y fue descrita por *Southworth* en 1956⁽²⁶⁾.

- **Fase de excitación:** predominan las convulsiones junto a taquicardia, hipotensión y aumento del ritmo respiratorio. Son frecuentes las náuseas y los vómitos.
- **Fase de parálisis:** en ella aparece la pérdida de la conciencia y alteraciones del pulso. La hipotensión se hace más marcada. La tendencia en esta fase es la depresión respiratoria que termina en paro respiratorio, fibrilación ventricular o asistolia.

Únicamente la depresión de la respiración y del sistema cardiovascular en forma de *shock* de aparición sorprendentemente rápida nos manifiesta el estado crítico en que se encuentra el paciente ⁽²⁶⁾.

El tratamiento es puramente sintomático y puede dividirse en:

a. Tratamiento de las convulsiones:

- Inserción de la cuña de goma en la boca del paciente para evitar mordeduras de la lengua. En lugar de la cuña es preferible colocar una

cánula de Guedel, ya que al mismo tiempo que evita autolesiones sirve para asistir la ventilación del paciente.

- Benzodiazepinas: hoy se utilizan con más frecuencia en el tratamiento de las convulsiones. La dosis máxima a usar es de 0,25 mg/kg de peso, aunque con 10 mg de Diazepam EV lenta suele ser suficiente para detener el proceso de excitación cerebral. En caso de tener que utilizarla, es conveniente diluir el ampolla de 0,5 mg en solución salina o dextrosa y administrar posteriormente ½ ampolla, observando los resultados. En caso necesario, repetir la dosis al cabo de 2-3 min.

b. Tratamiento de la hipotensión y el *shock*.

En primer lugar hay que colocar al paciente en posición de Trendelenburg. Puede ser útil, de disponer de ellos, la infusión EV continua de expansores del plasma: Dextran 70 Poligluquin. En caso que predomine la bradicardia sobre la hipotensión, estaría indicada la administración de atropina en dosis de 0,5-1 mg por vía EV o IM.

3.2 INTOXICACIÓN POR VASOCONSTRICTORES

Los vasoconstrictores más utilizados en combinación con los anestésicos locales son la Adrenalina y la Noradrenalina

a. ADRENALINA:

Fija el anestésico local pudiendo convertir en activas dosis infraliminales o aumentar y prolongar el efecto anestésico. Hay que tener en cuenta que la Adrenalina aumenta la toxicidad del anestésico local, fundamentalmente para el corazón, lo que hay que valorar cuando existe una patología previa del tipo de trastornos de la conducción (bloqueos), esclerosis coronarias o lesiones miocárdicas ⁽²⁶⁾.

La clínica de intoxicación por Adrenalina se caracteriza por:

- Período inicial: Palidez cadavérica repentina, sudoración fría, "piel de gallina". Junto a esto aparece sensación de miedo, ansiedad y tensión. Pueden aparecer también mareos, temblor, sensación de debilidad y palpitaciones.
- Período de estado: Hipertensión arterial y taquicardia, que puede llevar a la aparición de edema agudo de pulmón, accidentes cerebrovasculares o infarto agudo de miocardio. En ocasiones el paciente puede presentar crisis de angina de pecho.
- Período final: Hipotensión y *shock*.

b. NORADRENALINA:

Es menos frecuente la intoxicación por esta hormona y su evolución es más favorable. El cuadro clínico se caracteriza por bradicardia discreta seguida de hipertensión (discreta) y que a diferencia de la producida por la Adrenalina, ésta se mantiene. En general, el cuadro no suele revestir gravedad ⁽²⁶⁾.

Tratamiento:

Preventivo: evitar la administración de anestésicos locales con vasoconstrictores a pacientes con antecedentes de IMA o angina de pecho, especialmente cuando la angina es inestable o el infarto reciente (menos de 6 meses). Igual ocurre en hipertensos descompensados o no controlados farmacológicamente y en enfermos hipertiroideos.

Si el cuadro es más grave y el paciente presenta sintomatología similar a la descrita en el período de estado y/o final, será necesaria la administración de vasodilatadores de acción rápida del tipo de los nitritos (Nitroglicerina sublingual) o nifedipina oral o sublingual. Si el cuadro no cede, debe trasladarse al paciente por transporte sanitario a un centro de asistencia médica para continuar tratamiento.

3.3 REACCIONES ALÉRGICAS TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTÉSICOS LOCALES

Los anestésicos locales no suelen ser proteínicos ni antigénicos, ni desencadenan una respuesta de anticuerpo. Sin embargo, pueden producirse mecanismos individuales capaces de inducir una reacción semejante a la alergia y, por mecanismos físicos y farmacológicos, producir respuestas de hipersensibilidad ⁽²⁶⁾.

En el fenómeno alérgico debe distinguirse entre anafilaxia e hipersensibilidad:

La *anafilaxia* es una reacción inmunológica explosiva ante un antígeno extraño. Se desarrollan anticuerpos de un tipo específico IgE con resultado a una exposición previa al antígeno, que sensibilizan mastocitos y basófilos. Ante la reexposición al antígeno se segregan rápidamente por parte de esas células, histaminas y otras sustancias químicas, que como las prostaglandinas y el factor activador de plaquetas, afectan profundamente los vasos sanguíneos, músculos lisos y glándulas mucosas. En la *hipersensibilidad* se producen reacciones con sintomatología similar a la anterior, frente a sustancias a las que el paciente no estaba previamente sensibilizado y que resultan inocuas en las mismas cantidades para la mayor parte de los individuos ⁽²⁶⁾.

Las reacciones alérgicas se clasifican en reacciones mayores y menores.

- REACCIONES ALÉRGICAS MENORES: Reacciones mucocutáneas: *Flushing*, *Rash* cutáneo, Urticaria, Prurito.

- REACCIONES ALÉRGICAS MAYORES:

- a. Hipotensión: Vértigo, Diaforesis, Síncope, Taquicardia o bradicardia, *Shock* anafiláctico.
- b. Edema laríngeo: Disnea, Disfonía, Opresión y faríngea.
- c. Broncoespasmo: Disnea, Tos, Rinitis, Opresión torácica, Taquipnea.

3.4 SHOCK ANAFILÁCTICO

Es la forma más grave de una reacción de hipersensibilidad. Generalmente se produce por mínimas dosis de fármacos que origina una liberación masiva de histamina (anestésicos locales, antimicrobianos, analgésicos, etc.) ⁽²⁶⁾.

El *shock* puede clasificarse, según la rapidez de aparición, en:

- Sobreagudo: aparece en segundos o minutos.
- Agudo: tarda de 30 minutos a 1 hora en aparecer.
- Tardío: se presenta entre las 12 y las 24 horas después de haber administrado el fármaco.

La clínica, en su forma más típica, se caracteriza por: palidez, frialdad y sudoración, a la que se asocia broncoespasmo. Aparece pérdida de la conciencia y el aparato circulatorio también se ve afectado con la aparición de hipotensión importante (menor de 60 mm de Hg de TA sistólica), de no ser tratada, evolucionará al *shock*. La respiración se hace jadeante, tras lo cual se produce paro respiratorio, aparecen la cianosis y la pérdida del control de esfínteres (este último dato es signo de mal pronóstico) ⁽²⁶⁾.

Conducta a seguir ⁽²⁶⁾

- Posición de Trendelenburg.
- Apoyo ventilatorio y oxigenoterapia.
- Epinefrina (amp 1 mg) 0,2-0,5 mg por vía SC, IM ó EV.
- Infusión continua de líquidos expansores plasmáticos (Dextrán 70, solución salina fisiológica).
- Esteroides: hidrocortizona 200-500 mg por vía EV.
- Puede administrarse antihistamínicos: Difenhidramina 20-50 mg por vía EV.
- Evacuar al paciente.

4. URGENCIAS CARDIOVASCULARES

4.1 ANGINA DE PECHO

Síndrome crónico ocasionado por isquemia miocárdica y caracterizado por episodios de dolor u opresión precordial, desencadenado principalmente por el esfuerzo y otros factores que tiendan a aumentar las demandas de oxígeno del miocardio. Se alivia con el reposo o la administración de nitroglicerina sublingual. El dolor anginoso aparece como dolor retroesternal, molestia, opresión o sensación de pesadez en el precordio, que se irradia hacia el cuello, mandíbula, hombros o brazos. Su duración puede ser sólo de 2 a 5 min (menos de 30 min); se asocian otros síntomas como disnea, náuseas, vómitos, diaforesis y esporádicamente palpitaciones o mareos ⁽²⁶⁾.

Conducta a Seguir

- Diagnóstico eminentemente clínico.
- Reposo absoluto del paciente.
- Apoyo emocional.
- Nitroglicerina SL (tab 0,5 mg) 1 tab cada 5 min hasta administrar 3 tabletas. Si no dispone de Nitroglicerina y el paciente está hipotenso puede administrar Nifedipina (tab 10 mg) 1 tab SL u oral.
- Si es posible: oxígeno a 4 L/min por catéter nasal o máscara.
- Evacuar al paciente hacia un centro hospitalario.

4.2 INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

El infarto agudo del miocardio (IMA) representa una urgencia médica que requiere hospitalización inmediata del paciente en una unidad de cuidados intensivos. El dolor es retroesternal, en la región precordial, de tipo opresivo, que se irradia a la cara del miembro superior derecho, al cuello, a la mandíbula, hombros, brazos, o a la espalda; puede comenzar o irradiarse al epigastrio, intenso, que dura más de 30 min, que no se alivia con el uso de

nitroglicerina sublingual, ni con el reposo. Aparece sudoración profusa (diaforesis), puede producir náuseas, vómitos, fatiga y palpitaciones.

Hay que tener presente que el IMA puede aparecer sin dolor precordial, sobre todo en ancianos, diabéticos, en el posoperatorio, y que los síntomas pueden consistir únicamente en disnea aislada, exacerbación de la insuficiencia cardíaca, confusión mental, *shock* o arritmias ⁽²⁶⁾.

Conducta a seguir:

- Diagnóstico eminentemente clínico.
- Alivio del dolor con opiáceos: Morfina 10 - 20 mg IM o Demerol 50 - 100 mg IM.
- Mantener al paciente en reposo absoluto.
- Apoyo emocional.
- De ser posible oxígeno a 4 L/min por catéter nasal o máscara.
- De ser posible: canalizar vena periférica en los miembros superiores, colocar dextrosa al 5 % en infusión a razón de 14 gotas/min.
- Evacuar con emergencia al paciente hacia un centro hospitalario, en transporte sanitario adecuado.

4.3 CRISIS HIPERTENSIVA

Se define como un aumento considerable de la presión arterial, generalmente con presión diastólica superior a 120 mm Hg.

La crisis hipertensiva se clasifica en:

- Emergencia hipertensiva.
- Urgencia hipertensiva.

Emergencia hipertensiva: Comprende los estados en los que se produce daño orgánico grave o progresivo. Generalmente ocurre cuando la tensión arterial diastólica está entre 120 y 130 mm Hg, asociado con alteración de un órgano diana.

El odontostomatólogo es más común que se enfrente, en su práctica diaria, a una urgencia hipertensiva que a una emergencia hipertensiva ⁽²⁶⁾.

Urgencia hipertensiva: Es la hipertensión arterial acelerada, con presión arterial elevada, generalmente, por encima de 120 mm Hg de tensión diastólica, con daño mínimo en los órganos diana o poco evidente ⁽²⁶⁾. En la urgencia hipertensiva se dispone de más tiempo para reducir la presión arterial diastólica hasta 100 - 110 mm Hg; hay que evitar una disminución excesiva o muy rápida de la tensión arterial, que fomentaría la hipoperfusión cerebral y la insuficiencia coronaria.

Si hay una emergencia hipertensiva evacuar a un centro hospitalario.

Si es una urgencia hipertensiva se puede administrar:

- Nifedipina (tab 10 mg): 10 - 20 mg vía oral o SL o
- Clonidina (tab 0,1 mg): 0,2 mg vía oral o
- Captopril (tab 25 mg): 10 - 25 mg vía oral.

Sedación con:

- Diazepam (tab 5 mg): 1 tab vía oral o
- Clordiazepóxido (tab 10 mg): 1 tab vía oral o
- Diazepam (amp 10 mg): 1 amp IM.

Si persiste la tensión arterial elevada o aparecen síntomas y signos nuevos, trasladar al paciente a un centro hospitalario.

5. URGENCIAS ENDOCRINOLÓGICAS

5.1 COMA HIPOGLICÉMICO

Como el coma hipoglicémico es más frecuente en los pacientes que padecen de diabetes mellitus (DM), Durante la consulta con el estomatólogo el estrés, el miedo y la estimulación dolorosa pueden provocar alteraciones metabólicas. Conceptualmente la DM comprende un grupo de enfermedades que se manifiesta por hiperglicemia. Aunque la patogenia es variada, los pacientes diabéticos son incapaces de producir insulina en una cantidad necesaria que satisfaga la demanda metabólica ⁽²⁶⁾.

La hipoglicemia en pacientes diabéticos suele deberse a:

- Cambios en el contenido o bien en el horario de las comidas (frecuentemente los diabéticos toman esta conducta al decidirse ir al estomatólogo para ser atendidos).
- Aumento del ejercicio físico.
- Dosis excesiva de hipoglicemiantes orales.

Diagnóstico: Los estados de hipoglicemia leves se caracterizan por irritabilidad, temblor, sudoración fría y profusa, intensa, taquicardia y confusión mental. El coma hipoglicémico grave comienza con las manifestaciones antes descritas y rápidamente se instalan las convulsiones, estupor, coma o signos neurológicos focales.

El tratamiento dependerá de: El estado de conciencia del paciente y la evolución clínica prevista. Si el paciente tiene un estado de hipoglicemia leve y el estado de conciencia se lo permite:

1. Administrar carbohidratos por vía oral: glucosa, sacarosa, líquidos azucarados. Por ejemplo un vaso de agua con 4 cucharadas de azúcar, un refresco endulzado, caramelos, leche con azúcar o con glucosa.

2. De ser posible, antes de cualquier medida se puede hacer extracción de sangre para dosificar la glicemia y comprobar su diagnóstico.

Si el paciente presenta un cuadro grave: coma hipoglicémico: administrar dextrosa hipertónica EV 1 amp al 20 % o 1 amp al 50 %. Mantener la vía venosa con Dextrosa al 5 % o al 10 % a razón de 14 gotas/min. Si usted dispone de él, puede utilizar glucagón 1 mg IM o SC y administrar inmediatamente después glucosa. Posteriormente derivar a un centro hospitalario.

5.2 CRISIS DE HIPERGLICEMIA

El estado de hiperglicemia o crisis de hiperglicemia es una complicación del paciente diabético que se debe al control inadecuado de su enfermedad, a tratamiento incorrecto, a dosis incorrectas de hipoglicemiantes orales o insulina (inferiores a sus necesidades) o más comúnmente a estados o afecciones que provoquen un "descontrol", como ocurre por infecciones ⁽²⁶⁾.

Las manifestaciones del estado de hiperglicemia son fundamentalmente malestar general, dolor abdominal, náuseas, vómitos, taquipnea e incluso puede llegar al coma, de no tratarse adecuadamente. Ante la sospecha clínica de un estado de hiperglicemia, si en su consultorio dental usted dispone de laboratorio clínico de urgencia, debe proceder a su control enviándolo a su médico de asistencia. Si los síntomas no son graves y el estado del paciente lo permite, realice el proceder estomatológico indicado e indique terapéutica antimicrobiana, termoterapia, etc., según lo demande el caso. Si el cuadro de hiperglicemia es grave, traslade el paciente hacia un centro hospitalario en transporte adecuado ⁽²⁶⁾.

5.3 URGENCIAS DURANTE EL EMBARAZO

Las complicaciones que pueden surgir en la consulta dental que requieran tratamiento urgente, en una paciente embarazada, pueden suponerse a los que surjan en una paciente no grávida. Tras exhaustivos estudios se ha demostrado que los anestésicos locales y otros medicamentos empleados por el

odontoestomatólogo, no tienen poder teratogénico durante el primer trimestre. Sin embargo, deben emplearse con prudencia durante este período. Algunos de los cambios que se producen en una embarazada son que las vías respiratorias superiores se van comprimiendo, estrechando y provocan distorsiones en el introito laríngeo que puede dificultar el trabajo dental en determinadas posiciones. El aumento de tamaño uterino, sobre el estómago, provoca una tensión que hace incrementar la presión intragástrica, con mayor tendencia a la regurgitación de su contenido. Es en el tercer trimestre cuando todos los cambios señalados pueden influir decisivamente para que se presenten una serie de complicaciones que nos lleven a una actuación urgente ⁽²⁶⁾.

Síndrome de hipotensión supina: También denominado síndrome compresivo o de la cava. Aparece cuando la paciente adopta una postura próxima a la posición supina. El útero, aumentado de tamaño, comprime la vena cava inferior de paredes blandas a nivel abdominal. Esto origina una reducción en el retorno venoso al corazón derecho disminuyendo el gasto cardíaco y la tensión arterial y provoca los síntomas clásicos del desmayo: sudoración, náuseas, vómitos, palidez y a menudo bradicardia. El tratamiento consiste exclusivamente en volver a la paciente a la posición lateral izquierda ⁽²⁶⁾.

Vómito y aspiración del contenido gástrico: Se encuentra favorecido por el aumento de la presión intragástrica. Es doblemente peligroso cuando se asocia desmayo. El tratamiento consiste en la aspiración del contenido con la paciente en decúbito lateral izquierdo. Si es necesario hay que colocar sonda nasogástrica. Es preferible que las pacientes en el último trimestre del embarazo, sólo tomen líquidos al menos 2 horas antes de la consulta cuando van a someterse a tratamiento dental ⁽²⁶⁾.

Inicio de las contracciones: Pueden aparecer en el curso del tratamiento estomatológico y llevar a parto prematuro. Estados emocionales intensos pueden en un momento determinado, desencadenar contracciones uterinas y precipitar el parto. El tratamiento evidentemente será remitir a la paciente a su médico - obstetra ⁽²⁶⁾.

6. URGENCIAS RESPIRATORIAS

6.1 ASMA BRONQUIAL

El asma bronquial (AB) es una enfermedad caracterizada por una respuesta exagerada del árbol tráqueo-bronquial con hiperreactividad a determinados estímulos, que se traduce en un estrechamiento difuso de las vías aéreas en relación con una contracción excesiva del músculo liso bronquial, hipersecreción de moco, edema de la mucosa y que es reversible espontáneamente o a través de tratamiento médico (según la *American Thoracic Society*) ⁽²⁶⁾.

El diagnóstico del asma bronquial es eminentemente clínico, la crisis aguda suele comenzar con tos roductiva, a veces con expulsión de pequeños tapones mucosos, acompañado de broncoespasmo, disnea, tiraje y cianosis de aparición tardía. La auscultación pulmonar revela la presencia de estertores roncós y sibilantes (disnea con sibilancia). Estos pacientes llegan a ser incapaces de moverse durante la crisis, permanecen sentados en el sillón dental para ayudarse en la respiración con los músculos accesorios. Presentan taquipnea con respiración superior a 30 respiraciones por minuto, acompañado de taquicardia.

El tratamiento se da mediante el uso de broncodilatadores del tipo adrenérgico en aerosol:

- Salbutamol (Ventolin) 1 ó 2 inhalaciones.
- Terbutalina (Terbasmin) 2 inhalaciones.
- Fenoterol (Berotec) 2 inhalaciones.

Esteroides:

- Hidrocortizona 100-300 mg EV.
- Metilprednisolona 40-60 mg EV.
- Prednisolona 40 - 60 mg EV.
- Aminofilina (amp 250 mg) 1 amp + 10 mL de Dextrosa al 5 % EV bien lento.

De continuar la crisis o empeorar el cuadro clínico del enfermo, remitir a un centro hospitalario.

6.2 OBSTRUCCIÓN AGUDA DE LA VÍA AÉREA

Durante la práctica del tratamiento estomatológico puede sobrevenir, de forma accidental, la inhalación de cuerpos extraños (prótesis, parte de instrumental, material dental, dientes, sangre, etc.); también pueden pasar, de forma accidental, sangre a las vías respiratorias y provocar un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda. La inhalación de estos productos se produce con igual facilidad en la posición erecta y supina. Es más frecuente en pacientes poco colaboradores, niños y minusválidos ⁽²⁶⁾.

Diagnóstico: Las manifestaciones consisten en estridor, alteraciones o ausencia de la fonación, retracciones esternales o supraesternales (tiraje), "ahogo" o asfixia. Si la obstrucción es completa, existe una sensación de angustia severa y se presenta un momento de gran tensión para todas las personas que se encuentran en el consultorio. Ante esto, el estomatólogo intentará mantener la calma y dominar la situación ⁽²⁶⁾.

Conducta:

- Preventiva: La colocación del dique de goma, de forma rutinaria, como sistema de aislamiento, evita el paso de material extraño al árbol bronquial.
- Curativa:
 - *Maniobra de Heimlich:* para ello se abraza el paciente desde atrás, presionando en epigastrio, con el fin de aumentar la presión intratorácica y ayudar a expulsar el cuerpo extraño, de la misma forma que se produce la expulsión del tapón en una botella que contenga gas a presión.
 - *Colocación del paciente cabeza abajo:* es menos académico, aunque puede resultar igualmente útil. Es más eficaz cuando se trata de niños y se ayuda de palmadas en la espalda, al mismo tiempo que se introduce el dedo para intentar sacar el cuerpo extraño o al menos movilizarlo, para que el paciente pueda respirar aunque sea con dificultad.

Cuando la obstrucción es aguda y completa, y no se resuelve con las maniobras que apliquemos de entrada, hay que asegurar rápidamente la permeabilidad de las vías aéreas.

Si es posible, si existen condiciones en su consultorio dental, y a pesar de todos los intentos, el cuerpo extraño no se moviliza, el paciente se vuelve cianótico y sudoroso, se realizará una cricotiroidotomía, con lo que evitaremos la muerte por hipoxia, y se procederá a la evacuación del enfermo a un centro hospitalario, como siempre, con las debidas garantías de atención.

- **Técnica de la cricotiroidotomía:** es ideal para una situación como la descrita anteriormente, con un esquema de actuación sencillo: Se coloca al paciente con la cabeza y el cuello en hiperextensión. De esta forma, se localiza con facilidad la prominencia que corresponde al borde superior del cartílago tiroides. Se recorre con el dedo, palpando en la línea media y hacia abajo hasta llegar a la prominencia que es el cartílago cricoides. Entre la primera y la segunda prominencia, en la línea media, se encuentra la membrana cricotiroidea, en la cual se perfora la piel y se introduce una cánula gruesa cualquiera o aguja gruesa, trócar, bránula. Esto permitirá respirar hasta su llegada a un centro hospitalario ⁽²⁶⁾.

Existen en la actualidad los coniótomos que pueden ser, de disponer de ellos, muy útiles. Estos instrumentos, semejantes a un bolígrafo, funcionan introduciendo a presión la cánula en la tráquea, produciendo a su vez hemostasia. La punción se efectúa en el mismo lugar arriba indicado, para el uso de otro tipo de cánula.

VI. SISTEMA DE VARIABLES

6.1 VARIABLES

- ✓ Variables Independientes :
 1. nivel de conocimiento en urgencias cardiorespiratorias
 2. Nivel de conocimiento en urgencias neurológicas
 3. Nivel de conocimiento en urgencias por reacciones toxicas y alérgicas
 4. Nivel de conocimiento en urgencias cardiovasculares
 5. Nivel de conocimiento en urgencias endocrinológicas
 6. Nivel de conocimiento en urgencias respiratorias

6.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR
NIVEL DE CONOCIMIENTO EN URGENCIAS CARDIORESPIRATORIAS	Son aquellas urgencias que afectan al sistema circulatorio y respiratorio	Cualitativa	independiente	ordinal	- Alto - Regular - Bajo
NIVEL DE CONOCIMIENTO EN URGENCIAS NEUROLOGICAS	Aquellas urgencias que afectan al sistema nervioso y pueden llegar a la pérdida de conciencia	Cualitativa	independiente	ordinal	- Alto - Regular - Bajo
NIVEL DE CONOCIMIENTO EN REACCIONES TOXICAS Y ALERGICAS	Son aquellas urgencias que se da por administración excesiva de sustancias locales	Cualitativa	independiente	ordinal	- Alto - Regular - Bajo
NIVEL DE CONOCIMIENTO EN URGENCIAS CARDIOVASCULARES	Son aquellas urgencias que afectan al sistema circulatorio por distintas enfermedades cardiacas	Cualitativa	independiente	ordinal	- Alto - Regular - Bajo
NIVEL DE CONOCIMIENTO EN URGENCIAS ENDOCRINOLOGICAS	Son aquellas urgencias que se da por cambios hormonales como la diabetes y el embarazo.	Cualitativa	independiente	ordinal	- Alto - Regular - Bajo
NIVEL DE CONOCIMIENTO EN URGENCIAS RESPIRATORIAS	Son aquellas urgencias que se dan por enfermedades respiratorias o por obstrucciones de las vías respiratorias	- Cualitativa	independiente	ordinal	- Alto - Regular - Bajo

VII. METODOLOGIA

7.1 NIVEL, TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

- El Tipo de investigación es observacional
- El nivel de la investigación es descriptivo
- El Diseño de investigación es descriptivo transversal

7.2 POBLACION Y MUESTRA

- UNIVERSO

El universo está constituido por 100 alumnos del Quinto año de la Facultad de Odontología de la UNSLG de Ica – 2018.

MUESTRA REAL

Teniendo en cuenta que la muestra teórica es pequeña, se realizó la encuesta a 100 alumnos del quinto año de la facultad de odontología.

7.3 CRITERIOS DE INCLUSION

Estudiantes del quinto año de la facultad de odontología de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica del año 2018 que participaron voluntariamente.

7.4 CRITERIOS DE EXCLUSION

Alumnos que se negaron a realizar el cuestionario de preguntas.

7.5 RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se elaboraron instrumentos como:

- Cuestionarios, donde se desarrollaron 20 preguntas correspondientes para cada tipo de urgencia médica descrita.

- 3 preguntas de urgencias cardiorespiratorias: (3) paro cardiorespiratorio.
- 3 preguntas de urgencias neurológicas: (2) síncope, (1) síndrome convulsivo.
- 5 preguntas de urgencias por reacciones tóxicas y alérgicas: (2) intoxicación por anestésico local sin vasoconstrictor, (1) intoxicación por anestésico con vasoconstrictor, (1) reacciones alérgicas a anestésicos locales, (1) shock anafiláctico.
- 3 preguntas de urgencias cardiovasculares: (1) angina de pecho, (1) infarto agudo de miocardio, (1) crisis hipertensiva.
- 3 preguntas de urgencias endocrinológicas: (1) coma hipoglucémico, (1) crisis hiperglucémica, (1) síndrome de hipotensión supina.
- 3 preguntas de urgencias respiratorias: (1) crisis asmática, (2) obstrucción de las vías aéreas.

Donde el puntaje general fue de 0 a 20, poniendo como límite:

- de 0 a 12 un nivel bajo
- de 13 a 16 nivel regular
- de 17 a 20 nivel alto

El puntaje individual para cada tipo de urgencia en el consta de tres preguntas se toma los siguientes valores para las respuestas correctas:

- 0 a 1 nivel bajo
- 2 nivel regular
- 3 nivel alto

En caso de que el tipo de urgencia tenga 5 preguntas los valores serían:

- 0 a 2 nivel bajo
- 3 a 4 nivel intermedio
- 5 nivel alto

PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se solicitó el permiso correspondiente al decano de la facultad para poder realizar la encuesta. Realizándose la encuesta el día 25 y 26 de abril a horas 9:30am en la facultad de odontología después de las horas de teorías, se aplicó a cada alumno asistente de quinto año de forma anónima, a fin de determinar el nivel de conocimiento en urgencias médicas durante la atención odontológica.

La aplicación de los instrumentos se efectuó por la tesista. Una vez recolectados los datos se procedió a llevar las encuestas a unas tablas estadísticas para su correcto análisis y desarrollo de resultados.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron procesados con la asesoría de un especialista en estadísticas, utilizando las fórmulas estadísticas adecuadas para este estudio a través del programa Microsoft Office SPSS 20 con el fin de lograr un correcto análisis e interpretación de datos.

Las pruebas estadísticas que se realizarán son tablas de tabulación, donde se utilizó tablas de frecuencia y porcentaje acumulado. La presentación grafica se dio a través de gráficos de barras para cada pregunta y gráficos circulares en los tipos de urgencia y porcentaje final general.

VIII. RESULTADOS

Tabla N° 1: Conocimiento de los signos y síntomas de un paro cardiorrespiratorio

LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE UN PARO CARDIORESPIRATORIO SON:					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	AUMENTO DE SANGRADO EN EL CAMPO OPERATORIO	3	3,0	3,0	3,0
	DESAPARICION DE RUIDOS CARDIACA	11	11,0	11,0	14,0
	REANIMACION CARDIOPULMONAR	17	17,0	17,0	31,0
	B Y C	66	66,0	66,0	97,0
	NA	3	3,0	3,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

En relación a la primera pregunta sobre los signos y síntomas de un paro cardiaco tenemos que de los 100 participantes el 3% respondió que hay un aumento de sangrado en el campo operatorio, el 11% que existe una desaparición de ruidos cardiacos, 17% reanimación cardiopulmonar, el 66% considera la B y C el 3% considera que ninguna es la respuesta correcta. Siendo así que el 66% respondió correctamente.

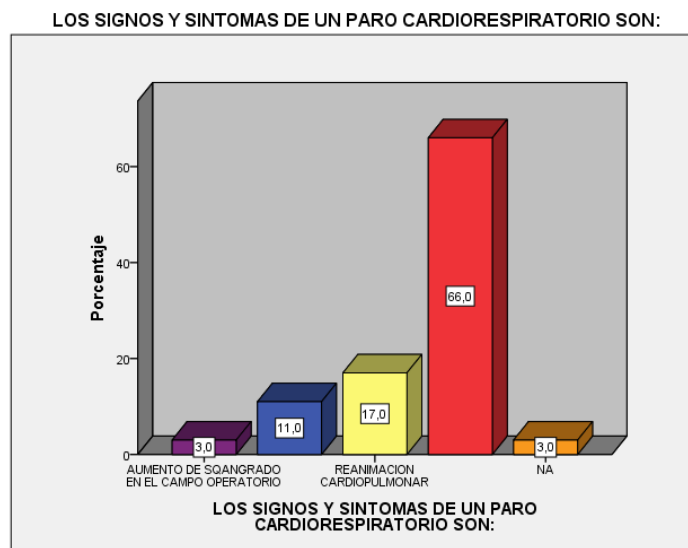


Grafico N° 1 los signos y síntomas de un paro cardiorrespiratorio

Tabla N° 2: Medida terapéutica de una urgencia cardiorrespiratoria

LA MEDIDA TERAPEUTICA CORRECTA QUE SE DA EN UN PARO CARDIORESPIRATORIO ES:					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MANIOBRA DE HEIMLICH	7	7,0	7,0	7,0
	POSICION DE TRENDELEMBURG	10	10,0	10,0	17,0
	REANIMACION CARDIOPULMONAR	70	70,0	70,0	87,0
	TA	11	11,0	11,0	98,0
	NA	2	2,0	2,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

En relación a la segunda pregunta del cuestionario el 7% de alumnos respondió que ante una situación de urgencia cardiorrespiratoria actuaría haciendo la maniobra de Heimlich, el 10% haría la posición de trendelemburg, respondiendo correctamente el 70% que haría reanimación cardiopulmonar, el 11% haría todas las maniobras y el 2% considera que ninguna es la respuesta correcta.

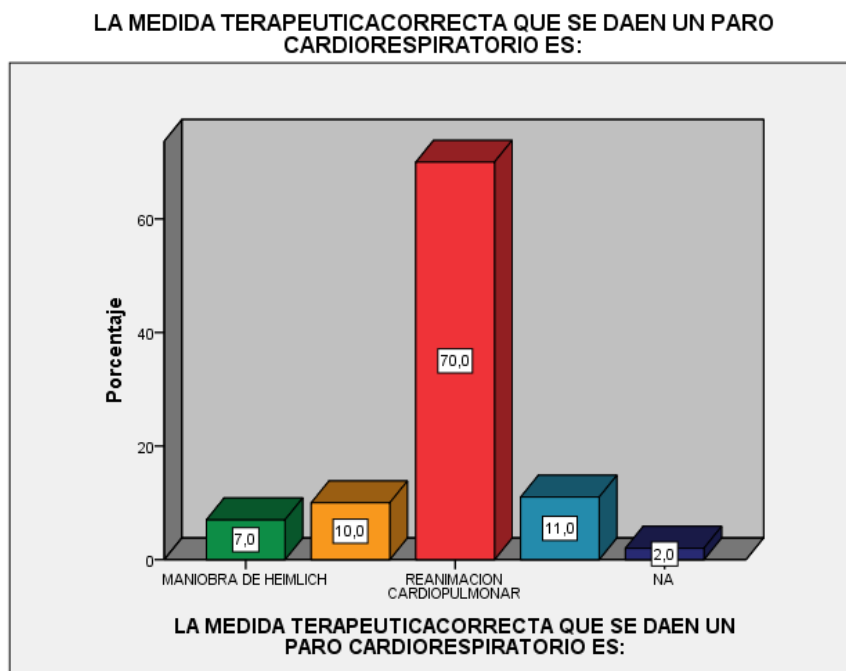


Gráfico N° 2: Medida terapéutica de una urgencia cardiorrespiratoria

Tabla N° 3: Forma de actuar ante un paro cardiorespiratorio

LA ACTUACION DEL ODONTOLOGO ANTE UN PARO CARDIORESPIRATORIO SERIA:					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	COLOCAR AL PACIENTE SOBRE UNA SUPERFICIE DURA	10	10,0	10,0	10,0
	ABRIR LA BOCA DEL PACIENTE	1	1,0	1,0	11,0
	PALPAR EL PULSO	12	12,0	12,0	23,0
	SOLICITAR AYUDA	18	18,0	18,0	41,0
	TA	59	59,0	59,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

En relación a la tercera pregunta formulada, el 10% de los alumnos actuaría colocando al paciente sobre una superficie dura, el 1% abriría la boca del paciente, el 12% palparía el pulso, el 18% solicitaría ayuda, respondiendo correctamente el 59% de los alumnos que realizaría todas las acciones anteriores mencionadas.

LA ACTUACION DEL ODONTOLOGO ANTE UN PARO CARDIORESPIRATORIO SERIA:

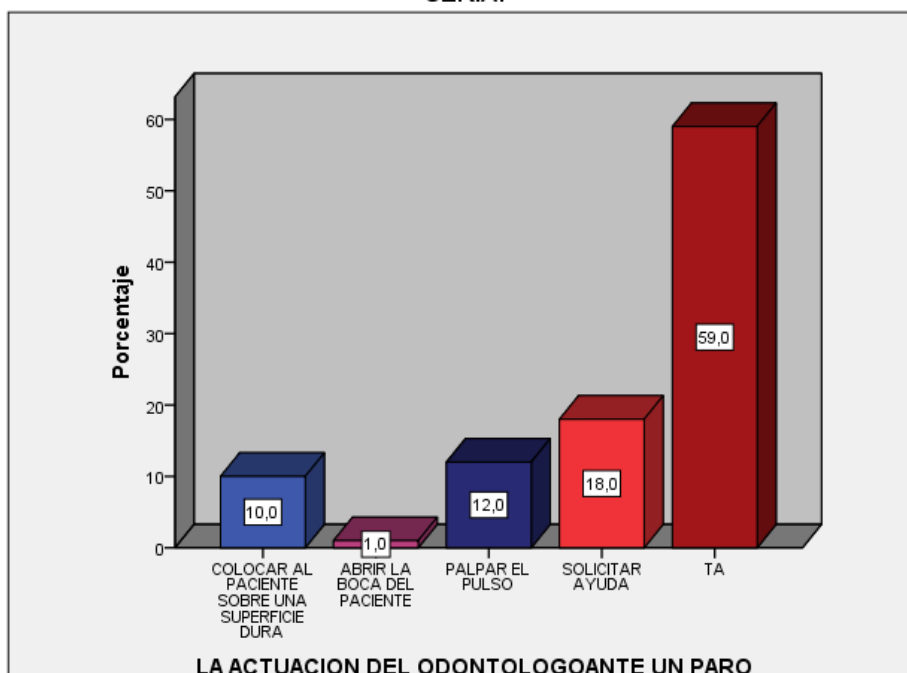


Gráfico N° 3: forma de actuar del odontólogo ante un paro cardiorespiratorio

Tabla N° 4: causas por la que se pueda dar un síncope

EL SÍNCOPE SE PUEDE ORIGINAR POR:					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	PERMANECER EN POSICION RECTA SIN DESCARGAR EL PESO DEL CUERPO SOBRE LOS PIES	4	4,0	4,0	4,0
	PERDIDA LIGERA DE SANGRE	19	19,0	19,0	23,0
	ANESTESIAR A UN PACIENTE NERVIOSO	26	26,0	26,0	49,0
	A Y C	33	33,0	33,0	82,0
	TA	18	18,0	18,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

En relación a la pregunta cuatro correspondiente a las causas del síncope respondieron: el 4% aduce que se da por permanecer en posición recta sin descargar el peso del cuerpo sobre los pies, el 19% aduce que se da por perdida ligera de sangre, el 26% respondió que se puede dar por anestésiar a un paciente nervioso, el 33% considera la A y C correcta, respondiendo correctamente el 18% de los alumnos que realizaría todas las acciones anteriores mencionadas.

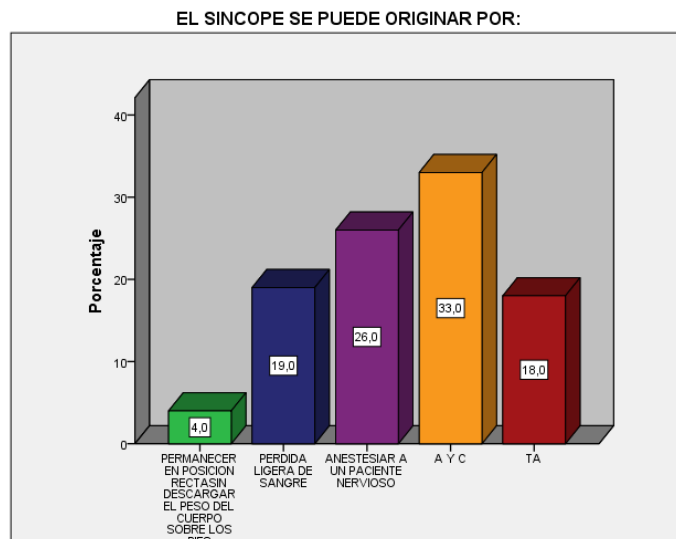


Gráfico N° 4: las causas de un síncope

Tabla N° 5: tratamiento ante la manifestación de un síncope

EL TRATAMIENTO CORRECTO CUANDO UN PACIENTE MANIFIESTE UN ESTADO DE SINCOPE ES:					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	COLOCARLO EN POSICION HORIZONTAL CON ELEVACION DE MIEMBROS INFERIORES	28	28,0	28,0	28,0
	SE PUEDE ADMINISTRAR ATROPINA EN CASO QUE HAYA BRADICARDIA	5	5,0	5,0	33,0
	COLOCARLO EN UNA SUPERFICIE DURA	8	8,0	8,0	41,0
	SOLO A Y B	44	44,0	44,0	85,0
	TA	15	15,0	15,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

En relación a la pregunta cinco correspondiente al tratamiento ante un síncope respondieron: el 28% colocaría al paciente en posición horizontal con elevación de los miembros inferiores, el 5% aduce que se puede administrar atropina en paciente con bradicardia, el 8% colocaría al paciente en una superficie dura, respondiendo correctamente el 44% que considera la A y B correcta, y el 15% de los alumnos realizaría todas las acciones anteriores mencionadas.

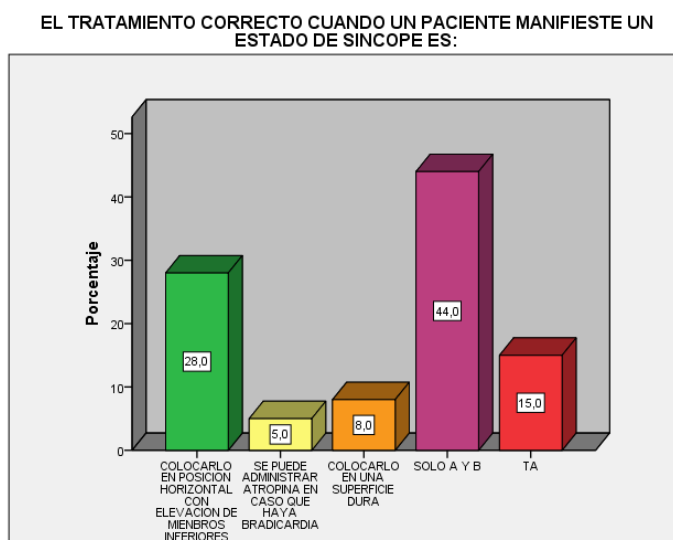


Gráfico N° 5: tratamiento ante la manifestación de un síncope

Tabla N° 6: la conducta que se debe seguir ante un síndrome convulsivo

LA CONDUCTA QUE SE DEBE SEGUIR ANTE UN SINDROME CONVULSIVO ES:					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	COLOCAR AL PACIENTE EN UN SITIO DONDE NO SE PRODUZCA TRAUMATISMOS	16	16,0	16,0	16,0
	MANTENER LAS VIAS AEREAS PERMEABLES	11	11,0	11,0	27,0
	VIGILAR LA MECANICA RESPIRATORIA	10	10,0	10,0	37,0
	UTILIZAR FARMACOS ANTICONVULSIONANTES SI ES NECESARIO	6	6,0	6,0	43,0
	TA	57	57,0	57,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

En relación a la pregunta seis correspondiente a la conducta que se debe seguir ante un síndrome convulsivo respondieron: el 16% colocaría al paciente en un sitio donde no se produzca traumatismo, el 11% aduce que se debe mantener las vías aéreas permeables, el 10% vigilaría la mecánica respiratoria, el 6% utilizaría fármacos anticonvulsionantes si es necesario, y el 57% respondiendo correctamente que realizaría todas las acciones anteriores mencionadas.

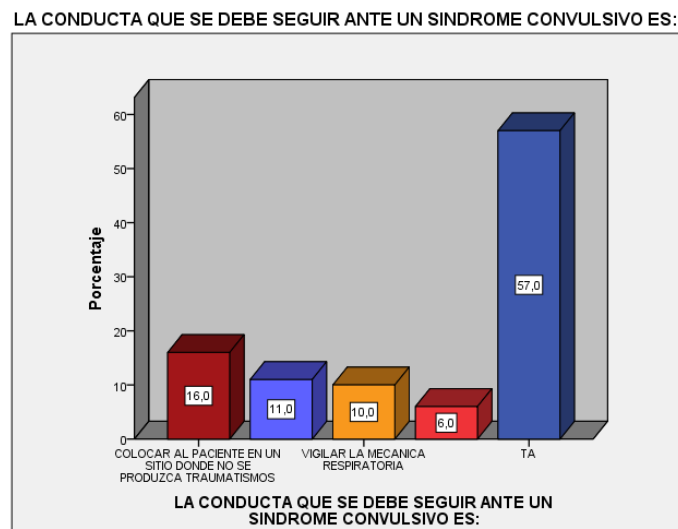


Gráfico N° 6: la conducta que se debe seguir ante un síndrome convulsivo

Tabla N° 7: síntomas de intoxicación por anestésico local sin vasoconstrictor

LOS SINTOMAS DE UNA INTOXICACION POR ANESTESICO LOCAL SIN VASOCONSTRICTOR SON:					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	TAQUICARDIA	12	12,0	12,0	12,0
	HIPOTENSION	21	21,0	21,0	33,0
	AUMENTO DEL RITMO RESPIRATORIO	10	10,0	10,0	43,0
	NAUSEAS Y VOMITOS	9	9,0	9,0	52,0
	TA	48	48,0	48,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

En relación a la pregunta siete correspondiente a los síntomas de una intoxicación por anestésico local sin vasoconstrictor respondieron: el 12% respondió taquicardia, el 21% hipotensión, el 10% aumento de ritmo respiratorio, el 9% náuseas y vómitos, y el 48% respondiendo correctamente que realizaría todas las acciones anteriores mencionadas.

LOS SINTOMAS DE UNA INTOXICACION POR ANESTESICO LOCAL SIN VASOCONSTRICTOR SON:

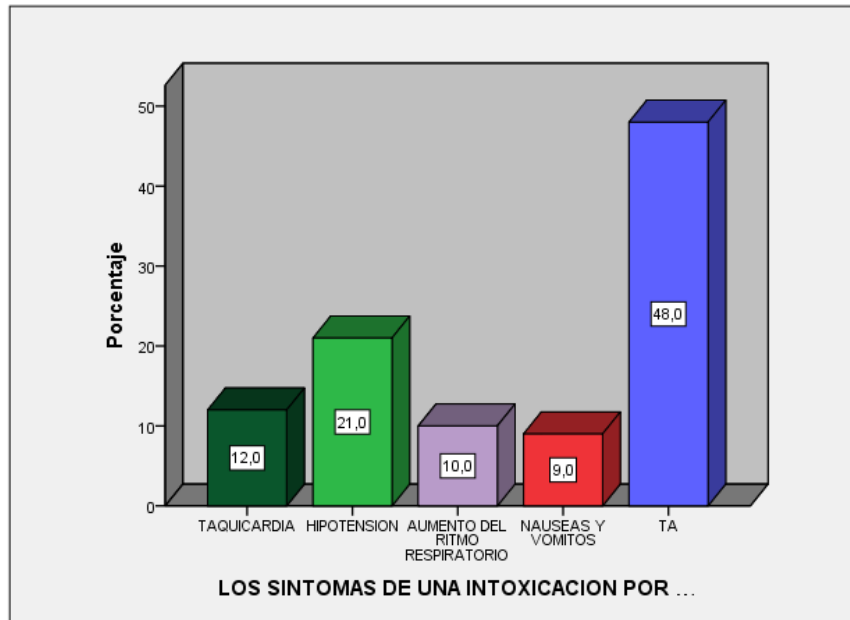


Gráfico N° 7: síntomas de intoxicación por anestésico local sin vasoconstrictor

Tabla N° 8: tratamiento de una intoxicación por anestésico local

EL TRATAMIENTO DE UNA INTOXICACION POR ANESTESICO LOCAL ES :					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	POSICION DE TRENDELEMBURG	8	8,0	8,0	8,0
	PUEDE ADMINISTRAR DEXTRAM 70 mg.	28	28,0	28,0	36,0
	ASISTIR CON VENTILACION AL PACIENTE	13	13,0	13,0	49,0
	DESAJUSTAR LA ROPA APRETADA	7	7,0	7,0	56,0
	TA	44	44,0	44,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

En relación a la pregunta ocho correspondiente al tratamiento de una intoxicación por anestésico local respondieron: el 8% realizaría la posición de trendelemburg, el 28% administraría Dexam 70 mg, el 13% asistiría con ventilación al paciente, el 7% desajusta la ropa apretada del paciente, y el 44% respondiendo correctamente que realizaría todas las acciones anteriores mencionadas.

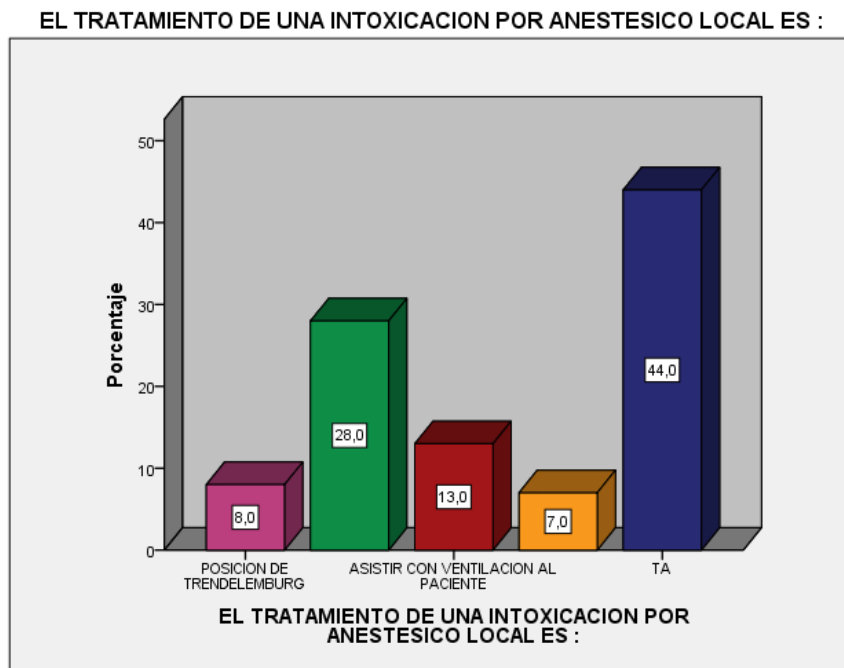


Gráfico N° 8: tratamiento de una intoxicación por anestésico local

Tabla Nº 9: síntomas de una intoxicación por adrenalina del anestésico local

LOS SINTOMAS POR UNA INTOXICACION POR ADRENALINA DEL ANESTESICO LOCAL SON:					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	PALIDEZ CADAVERICA REPENTINA	4	4,0	4,0	4,0
	SUDORACION FRIA	16	16,0	16,0	20,0
	ANSIEDAD	8	8,0	8,0	28,0
	HIPERTENSION ARTERIAL	22	22,0	22,0	50,0
	TA	50	50,0	50,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

En relación a la pregunta nueve correspondiente a los síntomas de una intoxicación por adrenalina del anestésico local respondieron: el 4% palidez cadavérica repentina, el 16% sudoración fría, el 8% ansiedad, el 22% hipertensión arterial, y el 50% respondiendo correctamente que realizaría todas las acciones anteriores mencionadas.

LOS SINTOMAS POR UNA INTOXICACION POR ADRENALINA DEL ANESTESICO LOCAL SON:

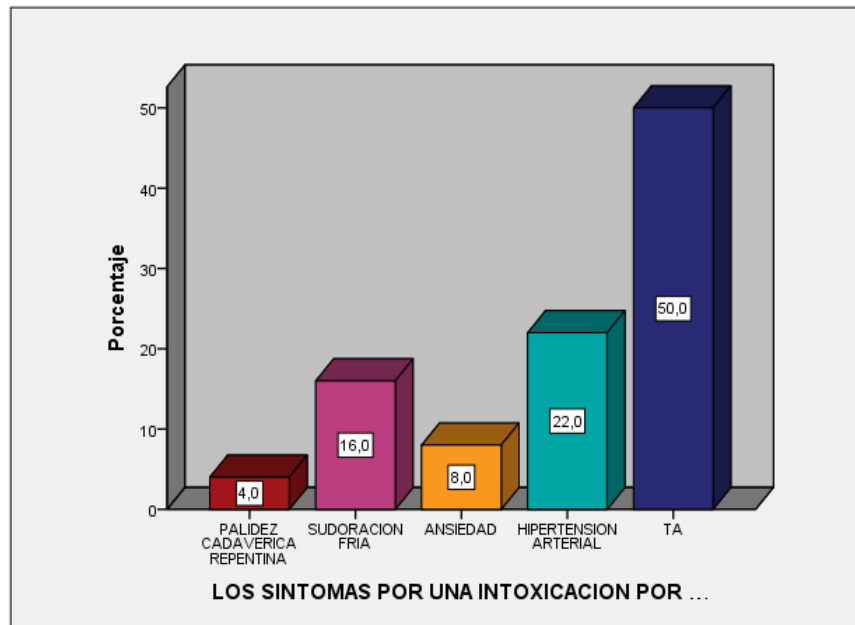


Gráfico Nº 9: síntomas de una intoxicación por adrenalina del anestésico local

Tabla N° 10: reacciones alérgicas que se pueden desarrollar tras la administración de un anestésico

LAS REACCIONES ALÉRGICAS QUE SE PUEDEN DESARROLLAR TRA LA ADMINISTRACION DE UN ANESTESICO SON :					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	REACCIONES MOCOCUTANEAS	9	9,0	9,0	9,0
	VERTIGO	4	4,0	4,0	13,0
	SINCOPE, SHOCK ANAFILACTICO	32	32,0	32,0	45,0
	TAQUICARDIA O BRADICARDIA	6	6,0	6,0	51,0
	TA	49	49,0	49,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

En relación a la pregunta diez correspondiente a las reacciones alérgicas que se pueden desarrollar tras la administración de un anestésico respondieron: el 9% reacciones mucocutaneas, el 4% vértigo, el 32% sincope y shock anafiláctico, el 6% taquicardia o bradicardia, y el 49% respondiendo correctamente que realizaría todas las acciones anteriores mencionadas.

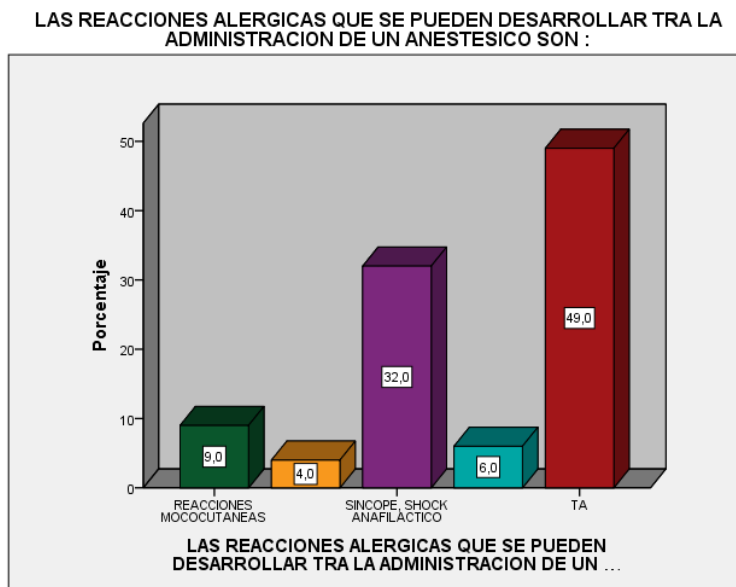


Gráfico N° 10: reacciones alérgicas que se pueden desarrollar tras la administración de un anestésico

Tabla N° 11: características de un shock anafiláctico

RESPECTO AL SHOCK ANAFILACTICO MARQUE LA CORRECTA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SE CARACTERIZA POR PRESENTAR PALIDEZ ,FRIALDAD Y SUDORACION	13	13,0	13,0	13,0
	APARECE LA PERDIDA DE CONCIENCIA	14	14,0	14,0	27,0
	INMEDIATAMENTE SE COLOCA AL PACIENTE EN POSICION TRENDELEMBURG	14	14,0	14,0	41,0
	CONTROL ESTRICTO DE SIGNOS Y SINTOMAS , ADMINISTRACION DE EPINEFRINA 2.0-0.5 mg. POR VIA IM O EV	9	9,0	9,0	50,0
	TA	50	50,0	50,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

En relación a la pregunta once correspondiente a las características de un shock anafiláctico respondieron: el 13% respondió que se caracteriza por presentar palidez, frialdad y sudoración; el 14% respondió que aparece la pérdida de conciencia, el 14% respondió que inmediatamente se coloca al paciente en posición trendelemburg, el 9% respondió que se hace un control estricto de signos y síntomas pudiéndose administrar epinefrina 2.0 – 0.5 mg por vía IM o IV; y el 50% respondiendo correctamente que realizaría todas las acciones anteriores mencionadas.

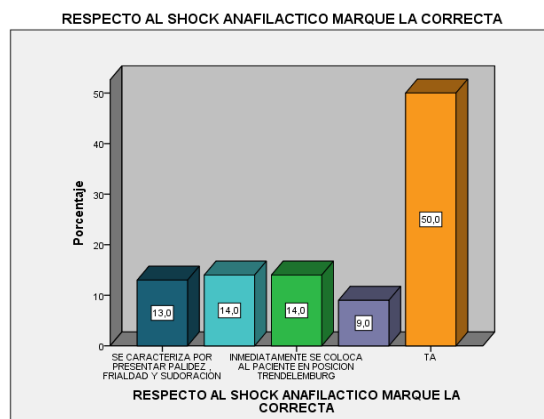


Gráfico N° 11: características de un shock anafiláctico

Tabla N° 12: síntomas de la angina de pecho

LOS SINTOMAS DE LA ANGINA DE PECHO SON:					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DOLOR RETROESTERNAL , MOLESTIA, OPRESION O SENSACION DE PESADEZ EN EL PRECORDIO	24	24,0	24,0	24,0
	SE IRRADIA HACIA EL CUELLO , MANDIBULA, HOMBROS O BRAZOS	10	10,0	10,0	34,0
	DISNEA, NAUSEAS, VOMITOS DIAFORESIS Y ESPORADICAMENTE PALPITACIONES Y MAREOS	21	21,0	21,0	55,0
	SOLO B Y C	31	31,0	31,0	86,0
	TA	14	14,0	14,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

En relación a la pregunta doce correspondiente a los síntomas de la angina de pecho respondieron: el 24% respondió dolor retroesternal, molestia, opresión o sensación de pesadez en el precordio; el 10% respondió que se irradia al cuello, mandíbula, hombros o brazos; el 21% respondió disnea, nauseas, vómitos, diaforesis y esporádicamente palpitaciones y mareos, el 31% respondió la B y C son correctas; y el 14% respondiendo correctamente que realizaría todas las acciones anteriores mencionadas.

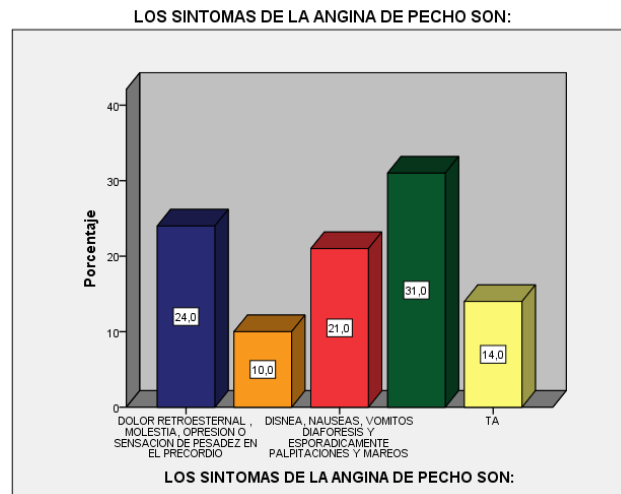


Gráfico N° 12: síntomas de la angina de pecho

Tabla Nº 13: manifestaciones y comportamiento que se debe seguir en un infarto agudo de miocardio

LAS MANIFESTACIONES Y COMPORTAMIENTO QUE SE DEBE SEGUIR EN UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO :					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	EL PACIENTE PRESENTA UN DOLOR OPRESIVO QUE SE IRRADIA HACIA EL CUELLO BRAZOS Y CARA	12	12,0	12,0	12,0
	MANTENER AL PACIENTE EN REPOSO	11	11,0	11,0	23,0
	EVACUAR AL PACIENTE HACIA UN CENTRO HOSPITALARIO	21	21,0	21,0	44,0
	ALIVIO DEL DOLOR CON OPIACEOS: MORFINA 10-20 mg.	8	8,0	8,0	52,0
	TA	48	48,0	48,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

En relación a la pregunta trece correspondiente a las manifestaciones y comportamiento que se debe seguir en un infarto agudo de miocardio respondieron: el 12% respondió que el paciente presenta un dolor opresivo que se irradia hacia el cuello, brazos y cara; el 11% respondió que se debe mantener al paciente en reposo; el 21% respondió que se debe evacuar al paciente hacia un centro hospitalario, el 8% respondió que se puede aliviar el dolor con opiáceos y el 48% respondiendo correctamente que realizaría todas las acciones anteriores mencionadas.

LAS MANIFESTACIONES Y COMPORTAMIENTO QUE SE DEBE SEGUIR EN UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO :

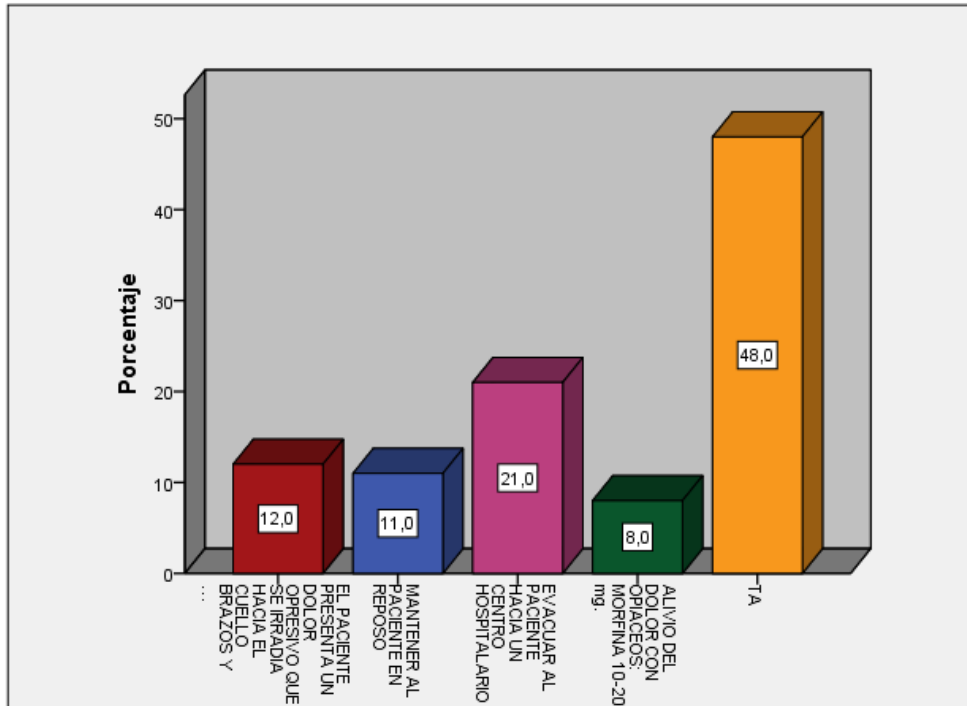


Gráfico N° 13: manifestaciones y comportamiento que se debe seguir en un infarto agudo de miocardio

Tabla N° 14: conducta a seguir ante una crisis hipertensiva

LA CONDUCTA A SEGUIR ANTE UNA CRISIS HIPERTENSIVA ES:					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SE MIDE LA PRESION; LA PRESION DIASTOLICA ESTA POR ENCIMA DE 120.	6	6,0	6,0	6,0
	SE PUEDE ADMINISTRAR CAPTOPRIL 25 mg.	10	10,0	10,0	16,0
	SE EVACUA A UN CENTRO HOSPITALARIO	12	12,0	12,0	28,0
	A Y C	49	49,0	49,0	77,0
	TA	23	23,0	23,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

En relación a la pregunta catorce correspondiente a la conducta a seguir durante una crisis hipertensiva respondieron: el 6% respondió que se mide la presión diastólica y está por encima de 120; el 10% respondió que se puede administrar captopril 25 mg; el 12% respondió que se evacua a un centro hospitalario, el 49% respondió las alternativas A y C son correctas y el 23% respondiendo correctamente que realizaría todas las acciones anteriores mencionadas.

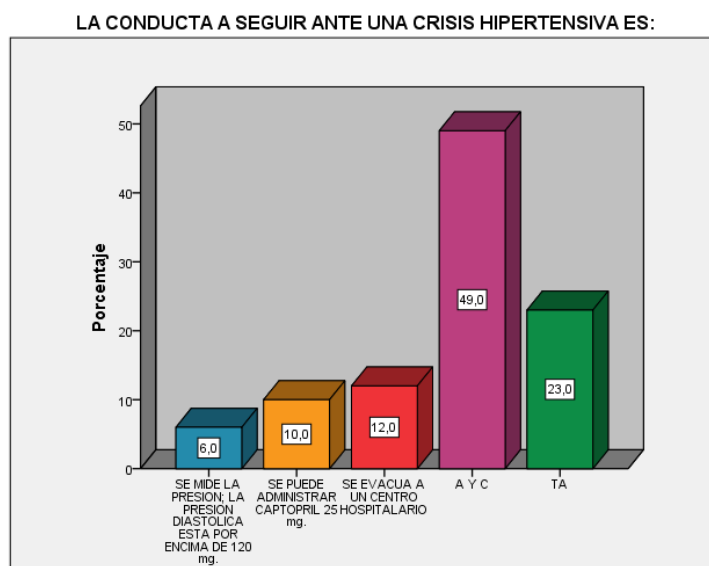


Gráfico N° 14: conducta a seguir ante una crisis hipertensiva

Tabla N° 15: medidas preventivas para evitar un coma hipoglucémico

LAS MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR UN COMA HIPOGLUCEMICO EN EL CONSULTORIO SON:					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ADMINISTRAR POR VIA ORAL GLUCOSA O SACAROSA	29	29,0	29,0	29,0
	ADMINISTRAR ALGUN CARAMELO POR LAS MAÑANAS	15	15,0	15,0	44,0
	NO ATENDERLO EN AYUNAS	15	15,0	15,0	59,0
	A Y B	26	26,0	26,0	85,0
	TA	15	15,0	15,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

En relación a la pregunta quince correspondiente a las medidas preventivas para evitar un coma hipoglucémico respondieron: el 29% respondió que se le puede administrar glucosa o sacarosa por vía oral; el 15% respondió que se puede administrar algún caramelo por las mañanas; el 15% respondió no atenderlo en ayunas, el 26% respondió las alternativas A y B son correctas y el 15% respondiendo correctamente que realizaría todas las acciones anteriores mencionadas.

LAS MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR UN COMA HIPOGLUCEMICO EN EL CONSULTORIO SON:

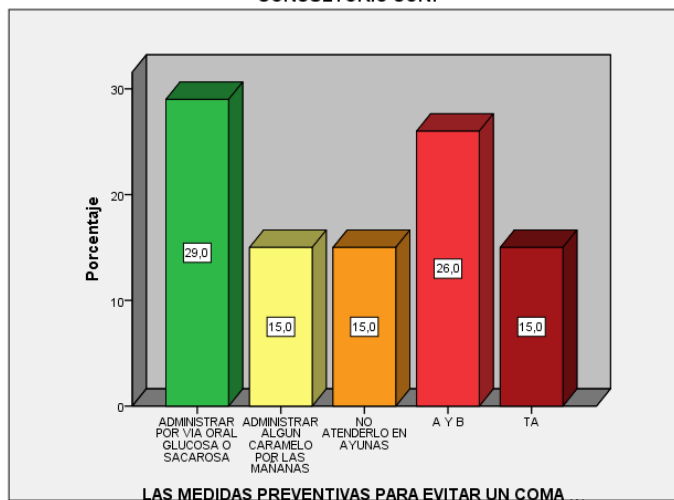


Gráfico N° 15: medidas preventivas para evitar un coma hipoglucémico

Tabla N° 16: los signos y síntomas de una crisis hiperglucémica

LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE UNA CRISIS HIPERGLUCEMICA SON:					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	PRESENTAR MALESTAR GENERAL Y DOLOR ABDOMINAL	4	4,0	4,0	4,0
	NAUSEAS, VOMITOS	6	6,0	6,0	10,0
	TAQUICARDIA, PUDIENDO LLEGAR AL COMA	21	21,0	21,0	31,0
	A Y C	50	50,0	50,0	81,0
	TA	19	19,0	19,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

En relación a la pregunta dieciséis correspondiente a los signos y síntomas de una crisis hiperglucémica respondieron: el 4% respondió que presenta malestar general y dolor abdominal; el 6% respondió que presenta náuseas y vómitos; el 21% respondió que puede presentar taquicardia pudiendo llegar al coma, el 50% respondió las alternativas A y C son correctas y el 19% respondiendo correctamente que realizaría todas las acciones anteriores mencionadas.

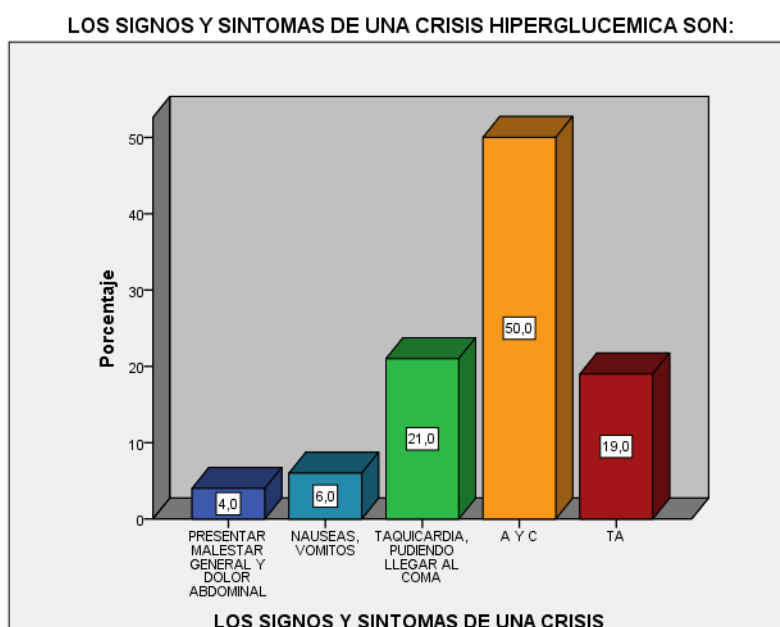


Gráfico N° 16: los signos y síntomas de una crisis hiperglucémica

Tabla N° 17: el síndrome de hipotensión supina en una paciente embarazada

EL SINDROME DE HIPOTENSION SUPINA EN UNA PACIENTE EMBARAZADA SE DA POR:					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SUCEDE POR LA PRESION DE LA VENA CAVA	8	8,0	8,0	8,0
	CUANDO LA PACIENTE EMBARAZADA ADOPTA UNA POSTURA PROXIMA A LA POSICION SUPINA	13	13,0	13,0	21,0
	EL UTERO- AUMENTADO DE TAMAÑO- COMPRIME LA VENA CAVA INFERIOR DE PAREDES BLANDAS A NIVEL ABDOMINAL	20	20,0	20,0	41,0
	PROVOCA SINTOMAS COMO SUDORACION, NAUSEAS, VOMITOS, PALIDEZ Y A MENUDO BRADICARDIA	11	11,0	11,0	52,0
	EL TRATAMIENTO CONSISTE EXCLUSIVAMENTE EN VOLVER A LA PACIENTE A LA POSICION LATERAL IZQUIERDA	9	9,0	9,0	61,0
	TA	39	39,0	39,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

En relación a la pregunta diecisiete correspondiente a el síndrome de hipotensión supina en pacientes embarazadas respondieron: el 8% respondió sucede por la presión de la vena cava; el 13% respondió que se da cuando la paciente embarazada adopta una postura próxima a la posición supina; el 20% respondió que el útero aumentado de tamaño comprime la vena cava inferior de paredes blandas a nivel abdominal, el 11% respondió que provoca síntomas como sudoración, náuseas, vómitos, palidez y a menudo bradicardia, el 9% respondió que el tratamiento consiste exclusivamente en volver a la paciente a la posición lateral izquierda; y el 39% respondiendo correctamente que realizaría todas las acciones anteriores mencionadas.

EL SINDROME DE HIPOTENSION SUPINA EN UNA PACIENTE EMBARAZADA SE DA POR:

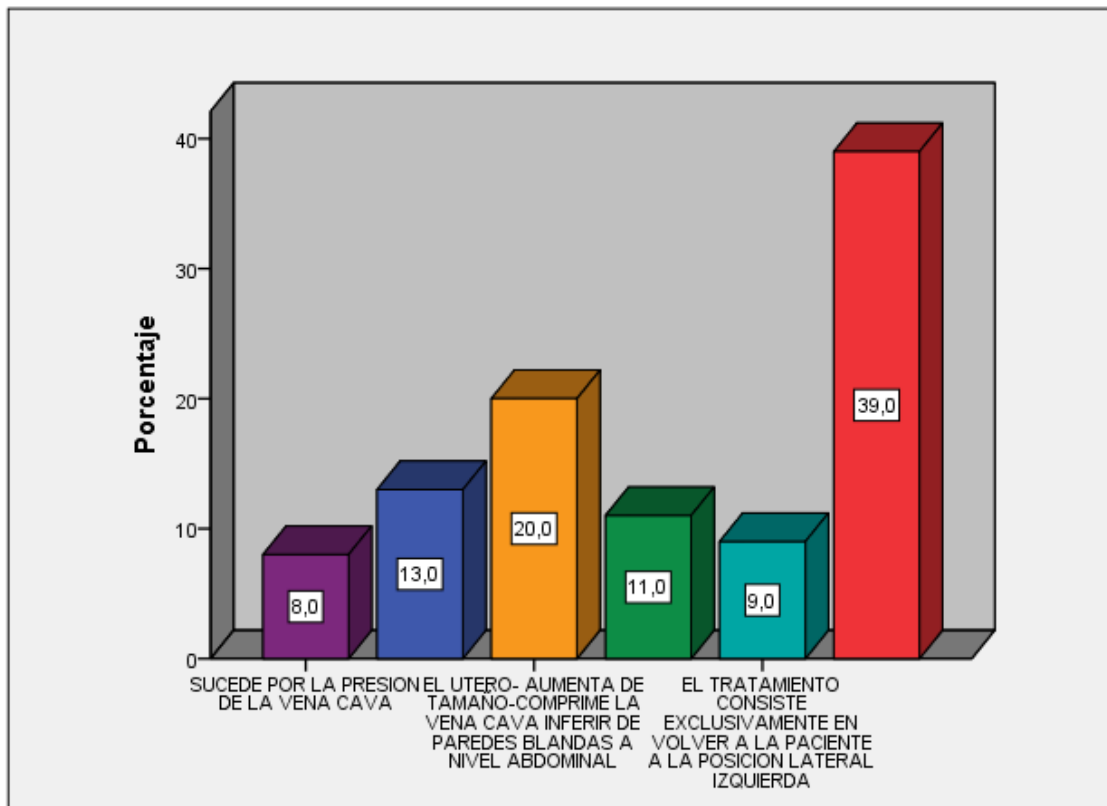


Gráfico N° 17: el síndrome de hipotensión supina en una paciente embarazada

Tabla N° 18: los signos y síntomas en un paciente asmático

LOS SIGNOS Y SINTOMAS QUE PRESENTA UN PACIENTE ASMATICO SON:					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	HA USADO BRONCODILATADOR	1	1,0	1,0	1,0
	HA RECIBIDO NEBULIZACIONES	6	6,0	6,0	7,0
	PRESENTA TAQUIPNEA CON RESPIRACIONES SUPERIORES A 30 POR MINUTO	23	23,0	23,0	30,0
	B Y C	34	34,0	34,0	64,0
	TA	36	36,0	36,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

En relación a la pregunta dieciocho correspondiente a los signos y síntomas en un paciente asmático respondieron: el 1% respondió que ha usado broncodilatador; el 6% respondió que es un paciente que ha recibido nebulizaciones; el 23% respondió que presenta taquipnea con respiración superiores a 30 por minuto, el 34% respondió que la alternativa B y C son correctas; y el 36% respondiendo correctamente que realizaría todas las acciones anteriores mencionadas.

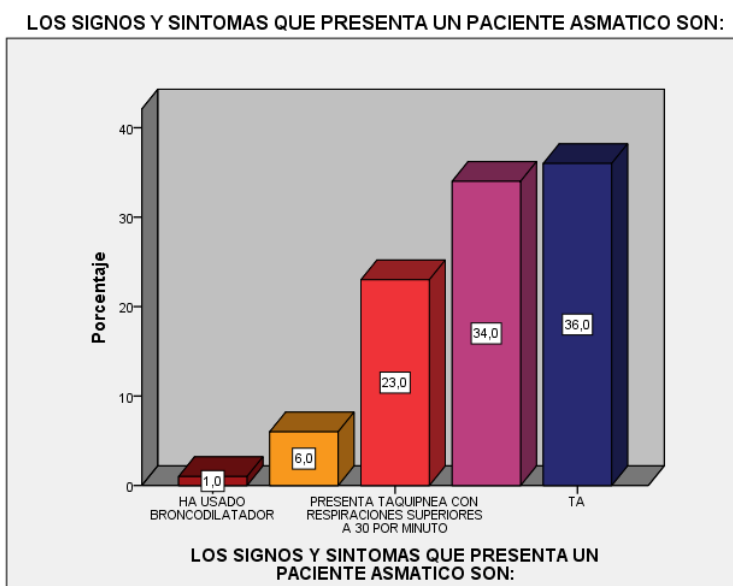


Gráfico N° 18: los signos y síntomas en un paciente asmático

Tabla N° 19: manifestaciones de una obstrucción de las vías aéreas

LAS MANIFESTACIONES DE UNA OBSTRUCCION DE LAS VIAS AEREAS SON;					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	PRESENTA ALTERACIONES O AUSENCIA DE LA FONACION	2	2,0	2,0	2,0
	RETRACCIONES ESTERNALES O SUPRAESTERNALES (TIRAJE)	9	9,0	9,0	11,0
	ASFIXIA	11	11,0	11,0	22,0
	A Y C	48	48,0	48,0	70,0
	TA	30	30,0	30,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

En relación a la pregunta diecinueve correspondiente a las manifestaciones de una obstrucción de las vías aéreas respondieron: el 2% respondió que presenta alteraciones o ausencia de la fonación; el 9% respondió que presenta retracciones esternales o supraesternales; el 11% respondió que presenta asfixia, el 48% respondió que la alternativa A y C son correctas; y el 30% respondiendo correctamente que realizaría todas las acciones anteriores mencionadas.

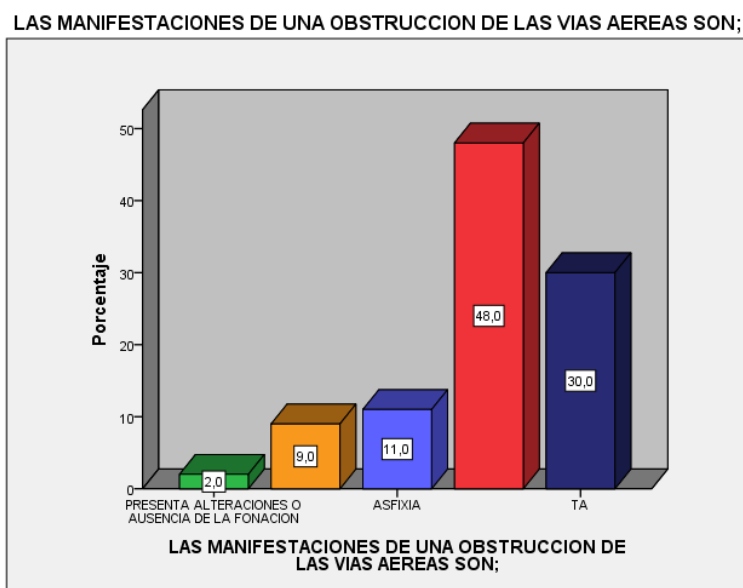


Gráfico N° 19: manifestaciones de una obstrucción de las vías aéreas

Tabla N° 20: conducta a seguir instantáneamente en una obstrucción de las vías aéreas

EN UNA OBSTRUCCION DE LAS VIAS AEREAS LA CONDUCTA A SEGUIR INSTANTANEAMENTE ES:					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	POSICION DE TRENDELEMBURG LEVANTANDO LOS PIES EN UN NIVEL MAS ALTO QUE LA CABEZA	13	13,0	13,0	13,0
	MANIOBRA DE HEIMLICH HACIENDO COMPRESIONES ABDOMINALES	32	32,0	32,0	45,0
	HIPERVENTILACION DANDOLE OXIGENACION Y TRATAR DE CALMAR AL PACIENTE	16	16,0	16,0	61,0
	APERTURANDO LA VIA AEREA MEDIANTE LA CRICOTOMIA	8	8,0	8,0	69,0
	TA	31	31,0	31,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

En relación a la pregunta veinte correspondiente a conducta a seguir instantáneamente ante una obstrucción de las vías aéreas respondieron: el 13% respondió que realizaría la posición de trendelemburg levantando los pies por un nivel más alto que la cabeza; el 32% respondió correctamente aduciendo que realizarían la maniobra de Heimlich haciendo compresiones abdominales, el 16% respondió hiperventilación dándole oxígeno y calmando al paciente, el 31% respondió que realizaría todas las acciones anteriores.

EN UNA OBSTRUCCION DE LAS VIAS AEREAS LA CONDUCTA A SEGUIR INSTANTANEAMENTE ES:

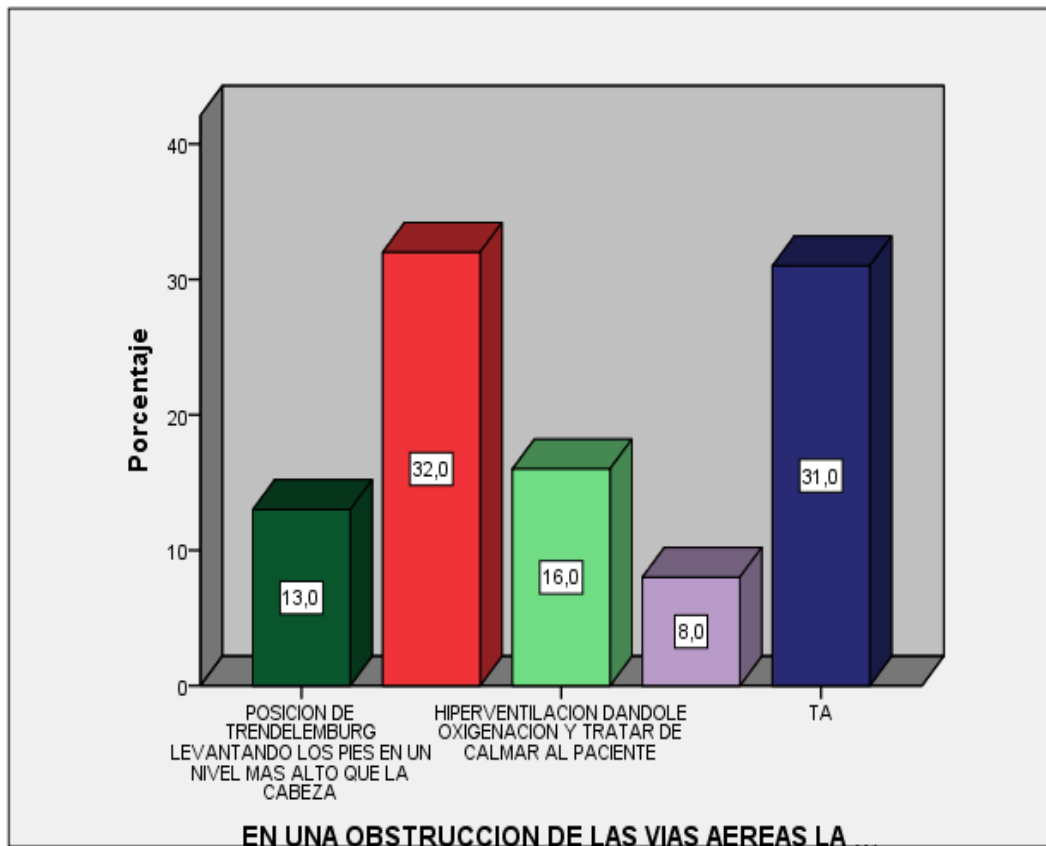


Gráfico N° 20: conducta a seguir instantáneamente en una obstrucción de las vías aéreas

Tabla N° 21: Nivel de Conocimiento en urgencias cardiorrespiratorias

NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN URGENCIAS CARDIORESPIRATORIAS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NIVEL BAJO	34	34,0	34,0%	34,0%
	NIVEL REGULAR	31	31,0	31,0%	65,0%
	NIVEL ALTO	35	35,0	35,0%	100,0%
	Total	100	100,0	100,0%	

En relación a la primera clasificación de las urgencias médicas “las urgencias cardiorrespiratorias” correspondientes a las preguntas 1, 2 ,3 del cuestionario tenemos que de 100 participantes el 34% tuvo nivel bajo contestando una o ninguna pregunta correcta, el 31% tuvo nivel regular contestando dos preguntas correctas y el 35% tuvo un nivel alto contestando las 3 preguntas correctamente. Predominando nivel alto con 34%.

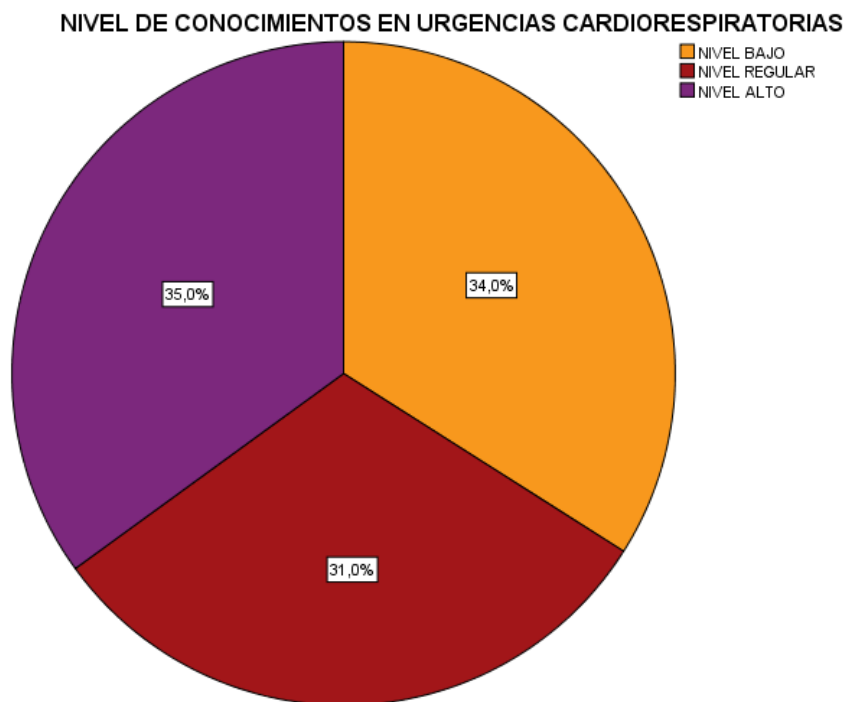


Grafico Nª 21 Nivel de Conocimiento en urgencias cardiorrespiratorias

Tabla N° 22: Nivel de Conocimiento en urgencias neurológicas

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE URGENCIAS NEUROLOGICAS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NIVEL BAJO	60	60,0	60,0%	60,0%
	NIVEL REGULAR	34	34,0	34,0%	94,0%
	NIVEL ALTO	6	6,0	6,0%	100,0%
	Total	100	100,0	100,0%	

En relación a la segunda clasificación de las urgencias médicas “las urgencias neurológicas” correspondientes a las preguntas 4, 5 y 6 del cuestionario; tenemos que de 100 participantes el 60% tuvo nivel bajo contestando una o ninguna pregunta correcta, el 34% tuvo nivel regular contestando dos preguntas correctas y el 6% tuvo nivel alto contestando las 3 preguntas correctamente. Predominando nivel bajo con 60%

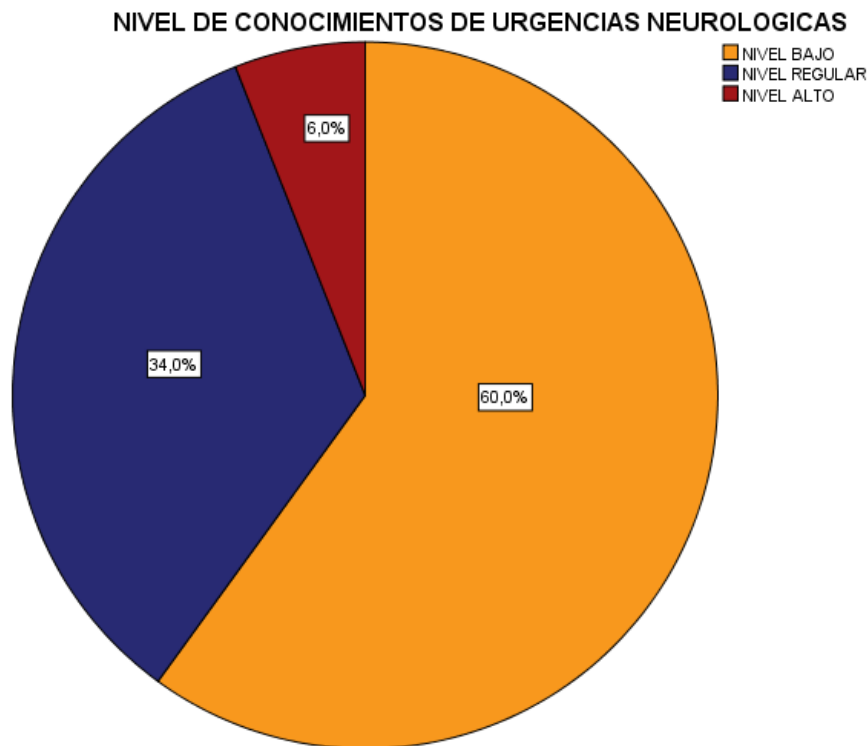


Gráfico N° 22: Nivel de Conocimiento en urgencias neurológicas

Tabla N° 23: Nivel de Conocimiento en reacciones tóxicas y alérgicas

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE REACCIONES TOXICAS ALERGICAS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NIVEL BAJO	49	49,0	49,0	49,0%
	NIVEL REGULAR	36	36,0	36,0	85,0%
	NIVEL ALTO	15	15,0	15,0	100,0%
	Total	100	100,0	100,0	

En relación a la tercera clasificación de las urgencias médicas “las reacciones tóxicas y alérgicas” correspondientes a las preguntas 7, 8, 9, 10, 11 del cuestionario; tenemos que de 100 participantes el 49% tuvo nivel bajo contestando dos o una pregunta correcta, el 36% tuvo nivel regular contestando tres a cuatro preguntas correctas y el 15% tuvo nivel alto contestando las 5 preguntas correctamente. Predominando el Nivel bajo con 49%.

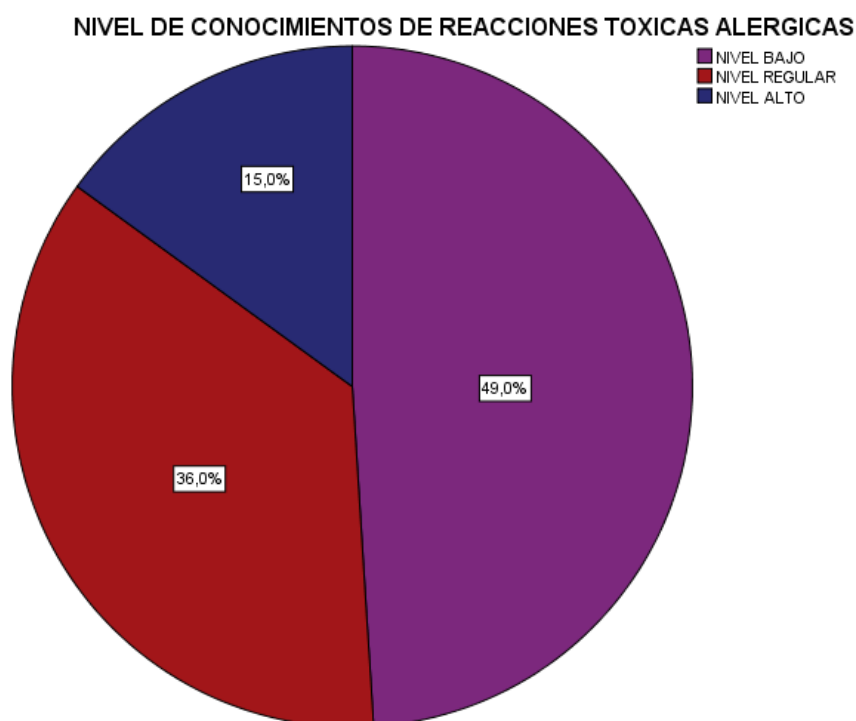


Gráfico N° 23 Nivel de Conocimiento en reacciones tóxicas y alérgicas

Tabla N° 24: Nivel de Conocimiento en urgencias cardiovasculares

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE URGENCIAS CARDIOVASCULARES					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NIVEL BAJO	75	75,0	75,0	75,0%
	NIVEL REGULAR	19	19,0	19,0	94,0%
	NIVEL ALTO	6	6,0	6,0	100,0%
	Total	100	100,0	100,0	

En relación a la cuarta clasificación de las urgencias médicas “las urgencias cardiovasculares” correspondientes a las preguntas 12, 13, 14 del cuestionario tenemos: que de 100 participantes el 75% tuvo nivel bajo contestando una o ninguna pregunta correcta, el 19% tuvo nivel regular contestando dos preguntas correctas y el 6% tuvo nivel alto contestando las 3 preguntas correctamente. Predominando nivel bajo con un 65%.

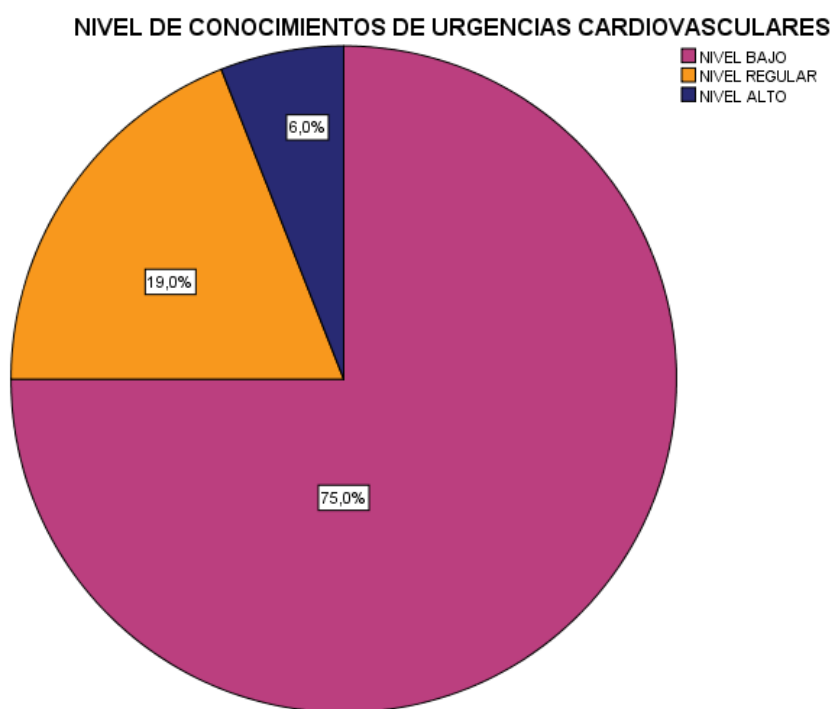


Gráfico N° 24 Nivel de Conocimiento en urgencias cardiovasculares

Tabla N° 25: Nivel de Conocimiento en urgencias endocrinológicas

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE URGENCIAS ENDOCRINOLOGICAS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NIVEL BAJO	75	75,0	75,0%	75,0%
	NIVEL REGULAR	25	25,0	25,0%	100,0%
	NIVEL ALTO	0	0	0%	100,0%
	Total	100	100,0	100,0%	

En relación a quinta clasificación de las urgencias médicas “las urgencias endocrinológicas” correspondientes a las 3 primeras preguntas del cuestionario tenemos que de 100 participantes el 75% tuvo nivel bajo contestando una o ninguna pregunta correcta, el 25% tuvo nivel regular contestando dos preguntas correctas y el 0% tuvo nivel alto. Predominando el nivel bajo con 75%.

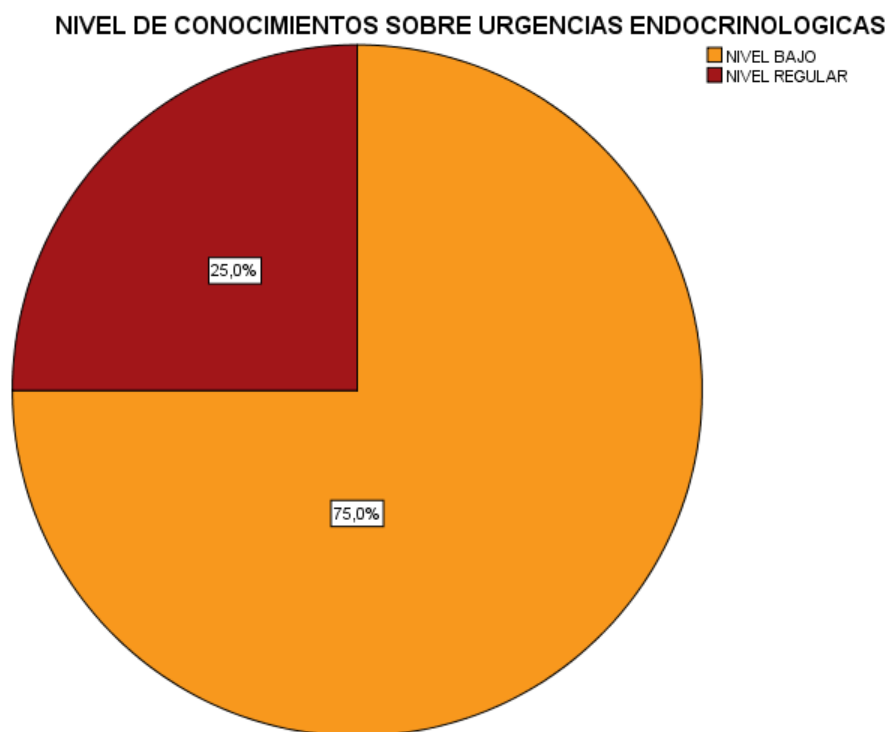


Gráfico N° 25 Nivel de Conocimiento en urgencias cardiovasculares

Tabla N° 26: Nivel de Conocimiento en urgencias respiratorias

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE URGENCIAS RESPIRATORIAS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NIVEL BAJO	65	65,0	65,0%	65,0%
	NIVEL REGULAR	30	30,0	30,0%	95,0%
	NIVEL ALTO	5	5,0	5,0%	100,0%
	Total	100	100,0	100,0%	

En relación a la sexta clasificación de las urgencias médicas “las urgencias respiratorias” correspondientes a las preguntas 18, 19 20 del cuestionario, tenemos: que de 100 participantes el 65% tuvo nivel bajo contestando una o ninguna pregunta correcta, el 30% tuvo nivel regular contestando dos preguntas correctas y el 5% tuvo nivel alto contestando las 3 preguntas correctamente. Predominando nivel bajo con 65%.

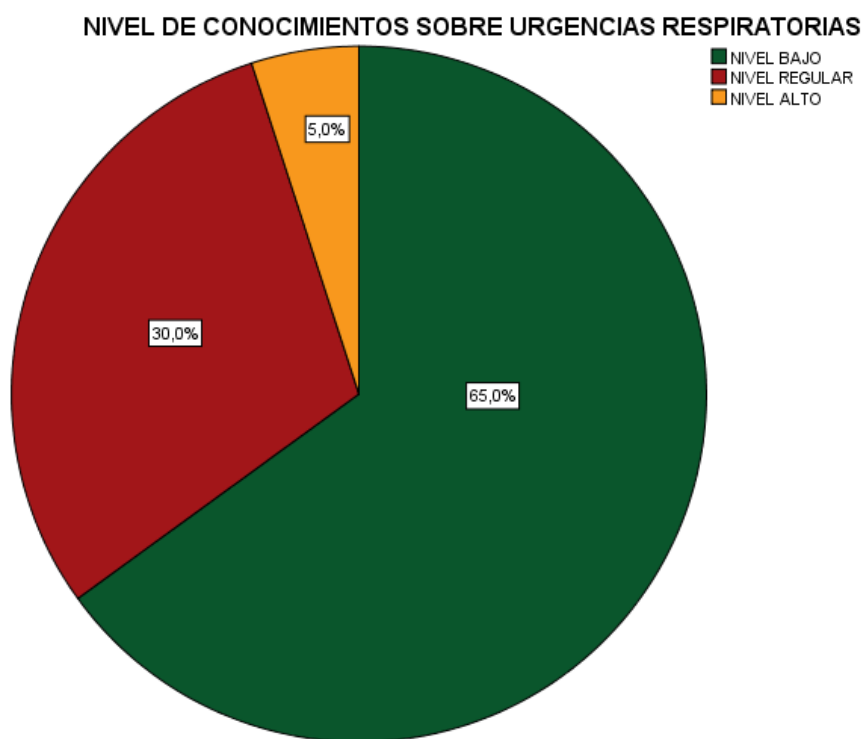


Gráfico N° 26 Nivel de Conocimiento en urgencias respiratorias

Tabla N° 27: Nivel de Conocimiento en Manejo de situaciones de urgencias médicas durante la consulta odontológica

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO DE SITUACIONES DE URGENCIAS MEDICAS DURANTE LA ATENCION ODONTOLOGICA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NIVEL BAJO	85	85,0	85,0 %	85,0 %
	NIVEL REGULAR	15	15,0	15,0 %	100,0 %
	NIVEL ALTO	0	0	0 %	100,0%
	Total	100	100,0	100,0 %	

En relación al total de las respuestas de la encuestas sobre emergencias médicas en la atención odontológica tenemos que de los 100 participantes el 85% tuvo nivel bajo respondiendo de 0 – 12 preguntas correctas, el 15% obtuvo nivel regular respondiendo de 13 a 16 preguntas correctas y el 0% nivel alto. Predominando nivel bajo con 85%.

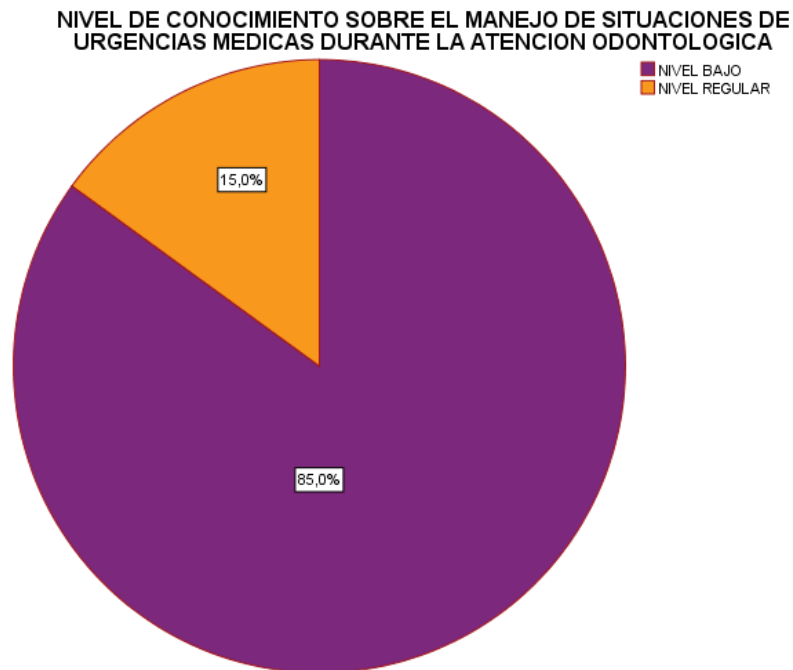


Grafico Nª 27 Nivel de Conocimiento en Manejo de situaciones de urgencias médicas durante la consulta odontológica

IX. ANALISIS Y DISCUSION

Teniendo en cuenta la importancia sobre el manejo de urgencias médicas, demostrándolo en su estudio Peñon (2016)⁽⁸⁾ donde elaboró un protocolo de primeros auxilios en odontología y Gonzales (2016)⁽³⁾ resaltando la importancia de conocer la epidemiología de éstas, vemos la incidencia en que se presentan, según Paredes (2011)⁽⁵⁾ donde el 67,5% de los odontólogos estudiados tuvieron alguna emergencia médica – odontológica siendo las crisis hipertensivas las más frecuentes con un 90 %, en segundo lugar se presentan los pacientes diabéticos no controlados en un 80%, en tercer lugar se da otro tipo de emergencias médicas 42%, en cuarto lugar se encuentran los pacientes propensos a anestésicos locales 40%, en sexto lugar pacientes con crisis epilépticas en un 35%, en séptimo lugar pacientes con MIC con 11%, en octavo lugar las reacciones anafilácticas 10%, en noveno lugar pacientes con un síncope en un 9%, y por último la angina de pecho con un 5%. Por su lado Bofil, Lopez y Cardozo (2005)⁽⁶⁾ donde realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar los efectos adversos de los anestésicos locales usados en la actualidad, su frecuencia de aparición e identificar la etiología para su tratamiento, con una población de 240 sujetos, solo tuvieron reacciones adversas 22, lo que representa un 9.16% cuyos resultados más detallados fueron: se produjo un descenso de la presión arterial, descenso en la frecuencia de las pulsaciones (Bradicardia) y en otros casos aumento de la frecuencia de las pulsaciones (Taquicardia).

Es por ello que el presente estudio tuvo como objetivo general determinar el nivel de conocimiento sobre el manejo de urgencias médicas durante la consulta odontológica. Este trabajo se realizó a través de una encuesta con 20 preguntas sobre el manejo de urgencias médicas a 100 alumnos del quinto año de la facultad de Odontología de la UNSLG con participación voluntaria.

Se encontró que en urgencias cardiorrespiratorias obtuvieron alto nivel con 35%, en urgencias neurológicas bajo nivel con 60%, en urgencias a reacciones toxicas y

alérgicas bajo nivel con 49%, en urgencias cardiovasculares y endocrinológicas un nivel bajo con 75%, en urgencias respiratorias un bajo nivel con 65%. Concluyendo que como resultado general obtenido los estudiantes del quinto año presentaron un bajo nivel de conocimiento con 85% y un 15% nivel regular.

Aproximándose nuestra investigación con los resultados obtenidos por Casco y Jacquet (2017)⁽²⁾ donde realizaron un estudio que tuvo por objetivo determinar el nivel de conocimiento de los alumnos del quinto y sexto año de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Paraguay Pierre Fauchard sobre el manejo de situaciones de emergencias médicas que se pueden presentar durante la consulta cuyo resultado fue desfavorable en un 56% en una población mayoritariamente femenina con un porcentaje de 87,7% con una franja etaria de 23 años con un porcentaje de 35,6%. Solo el 17,8% de alumnos participaron de algún curso de primeros auxilios de los cuales el 6,8% fue teórico y el 11,0% teórico-práctico; y con Tanzawa (2013)⁽⁴⁾ que realizó un estudio donde utilizó 98 estudiantes de odontología de quinto grado en la Universidad de Showa como sujetos e implemento la tarea de la OSCE titulada "Gestión de emergencias médicas utilizando un paciente robotizado", dando como resultados que el 78% no pudo conectar correctamente el tonómetro o la oximetría de pulso al paciente. Los diagnósticos precisos fueron dados por solo el 22% de los estudiantes, con un diagnóstico de síncope vasovagal en un 33% y una hipersensibilidad a la adrenalina en un 8%. A partir de un cuestionario, el 78% de los estudiantes reconoció la utilidad del paciente robot en el entrenamiento de emergencia médica. Encontró que las respuestas de los estudiantes a la situación de emergencia eran pobres

A su vez ésta investigación difiere con los estudios realizados por Rivera(2016)⁽⁷⁾, donde determinó el nivel de conocimientos sobre emergencias médicas en las consultas dentales en los estudiantes de clínica I y clínica II de la escuela de estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego obteniendo como resultado nivel regular con un 70,31%; Contreras (2015)⁽⁹⁾ que realizo una investigación donde su objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre el

manejo de situaciones de emergencia de los estudiantes del Internado hospitalario 2015 de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos obteniendo un nivel regular con un 42,9%; Gaviño y Rodrich (2015)⁽¹⁰⁾ que determinaron el nivel de conocimiento de cirujanos dentistas sobre el manejo de emergencias médicas durante la consulta odontológica en el distrito de Chiclayo, teniendo como resultado un nivel regular 43,8%. Y por su parte Torres (2015)⁽¹¹⁾ donde realizó un estudio cuyo objetivo principal fue evaluar el nivel de conocimiento acerca del manejo de urgencias médicas originadas por la administración de lidocaína con epinefrina por internos de la Facultad de Odontología de la UNMSM en el año 2015, teniendo como resultado general un nivel regular.

X. CONCLUSIONES:

I. Determinar el nivel de conocimiento sobre el manejo de situaciones de urgencias médicas durante la atención odontológica en los alumnos del quinto año de la facultad de odontología de la UNSLG

Los alumnos del quinto año de la facultad de odontología de la UNSLG presentaron bajo nivel de conocimiento con 85% y 15% nivel regular sobre el manejo de urgencias médicas en odontología.

1. Identificar el nivel de conocimiento respecto al manejo de urgencias médicas cardiorrespiratorias más frecuentes en la atención odontológica.

El nivel de conocimiento en urgencias cardiorrespiratorias que presentan los alumnos del quinto año es de 35% nivel alto, el 31% nivel regular y 34% nivel bajo.

2. Identificar el nivel de conocimiento respecto al manejo de urgencias médicas neurológicas más frecuentes en la atención odontológica.

El nivel de conocimiento en urgencias neurológicas que presentan los alumnos del quinto año es de 6% nivel alto, el 34% nivel regular y el 60% nivel bajo.

3. Identificar el nivel de conocimiento respecto al manejo de urgencias médicas originadas por reacciones tóxicas y alérgicas más frecuentes en la atención odontológica.

El nivel de conocimiento en reacciones tóxicas y alérgicas que presentan los alumnos del quinto año es de 15% nivel alto, el 36% nivel regular y el 49% nivel bajo.

4. Identificar el nivel de conocimiento respecto al manejo de urgencias cardiovasculares más frecuentes en la atención odontológica.

El nivel de conocimiento en urgencias cardiovasculares que presentan los alumnos del quinto año es de 6% nivel alto, el 19% nivel regular y el 75% nivel bajo.

5. Identificar el nivel de conocimiento respecto al manejo de urgencias médicas endocrinológicas más frecuentes en la atención odontológica.

El nivel de conocimiento en urgencias endocrinológicas que presentan los alumnos del quinto año es de 25% nivel regular y el 75% nivel bajo.

6. Identificar el nivel de conocimiento respecto al manejo de urgencias médicas respiratorias más frecuentes en la atención odontológica.

El nivel de conocimiento en urgencias respiratorias que presentan los alumnos del quinto año es de 5% nivel alto, 30% nivel regular, el 65% nivel bajo.

XI. RECOMENDACIONES:

1.- De acuerdo a los resultados obtenidos donde el 85% de la muestra presentó bajo nivel de conocimiento, se recomienda realizar con mayor frecuencia talleres de reforzamiento teórico – práctico en los diversos tipos de urgencias médico – odontológico para sostener una mejor formación académica de los estudiantes.

2.- Al estudiar la teoría vemos que para tener un correcto manejo en urgencias médicas se necesita medicamentos específicos, por lo que se recomienda tener como requisito indispensable un botiquín de emergencias ya sea en el consultorio o clínica odontológica conteniendo los medicamentos básicos mencionados en la literatura.

3.- Al obtener un bajo nivel de conocimiento en el manejo de urgencias médicas, se sugiere utilizar éstos resultados para futuras investigaciones donde puedan comparar el desarrollo de la formación académica y a su vez con otras instituciones universitarias.

4.- El presente estudio se evaluó de forma teórica por lo que se recomienda realizar estudios próximos con situaciones simuladas en urgencias médicas – odontológicas.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Giglio M, Nicolosi L. Semiología en la práctica de la odontología. Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 436-7.
2. Casco M, Jacquett N, Nivel de conocimiento sobre el manejo de emergencias médicas de los alumnos del quinto y sexto año de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Paraguay Pierre Fauchard. Rev Nac de Odont/ septiembre 2017/ Volumen 13 / Número 26.
3. González I, Urgencias y Emergencias en el gabinete dental grado en odontología. [Trabajo para obtener grado de odontología] 2016. Sevilla.
4. Tanzawa, T., et al. "Medical emergency education using a robot patient in a dental setting" Eur J Dent Educ. 2013; 17(1): 114-19.
5. Paredes J, Protocolos De Emergencias Medico – Odontológicas más frecuentes en la zona centro del país. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista] Universidad Autónoma De Los Andes. 2011. Ecuador.
6. Buffil, Carlos E. Efectos adversos de la anestesia local en Odontología. Universidad nacional del nordeste. Revista de odontología. Argentina. 2005. Volumen 1 | N° 4.
7. Rivera F, Nivel De Conocimientos Sobre Emergencias Médicas En Estudiantes De Clínica I Y Clínica II De Estomatología De La Universidad Privada Antenor Orrego. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. 2016. Trujillo.
8. Peñon P, Protocolos De Primeros Auxilios Para Shock Anafiláctico Por Reacción De Hipersensibilidad En La Clínica Odontología De La Universidad De LAS AMERICAS. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista] 2016. Lima.
9. Contreras C, Nivel de conocimiento sobre el manejo de situaciones de emergencia durante la consulta odontológica. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. 2015. Lima – Perú.

10. Gaviño C, Rodrich E, Nivel De Conocimiento De Cirujanos Dentistas Sobre El Manejo De Emergencias Médicas Durante La Consulta Odontológica En El Distrito De Chiclayo, [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. 2015. Chiclayo.
11. Torres G, Nivel de conocimientos del manejo de urgencias médicas originadas por la administración de lidocaína con epinefrina por estudiantes de internado de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en el año 2015. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista] 2015.Lima.
12. Cheesman S, conceptos básicos en investigación. 2010. Pdf
13. Carbonelli M, Esquivel J, Irrazábal G. Introducción al conocimiento científico y a la metodología de la investigación.pdf. Universidad nacional Arturo jauretche. 2017. Argentina.
14. Definición de la OMS, Diferencia Entre Emergencia y Urgencia Según la Organización Mundial de la Salud (OMS).
15. Definición de Urgencia médica de la Asociación Médica Americana (A.M.A.)
16. Código ética y deontología. Colegio Odontológico del Perú. 2016. Perú.
17. Gutiérrez P, Gutierrez H, Urgencias Médicas En Odontología. 2º Edición. 2015. Capítulo II PAG 6-10.
18. McCarthy F, Emergencias en Odontología Prevención y Tratamiento. Segunda Parte. pág. 256. 1981. Tercera Edición.
19. Aguayo A, Lagos A, Guía Técnica de Enfermería y Primeros Auxilios.pdf. Universidad Pedro De Valdivia. 2012. Chile.
20. Modulo Signos Vitales. Universidad Nacional De Mar Del Plata Facultad De Ciencias De La Salud Y Servicio Social Departamento Pedagógico De Enfermería. Agosto 2017. Argentina. Pdf.

21. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. 2014; 311 (5): 507-520.
22. Enderson A, Delgado Y, Hernández S, Maldonado Y, Torres G, Signos Vitales. Universidad de oriente Núcleo Bolívar Escuela de Ciencias De La Salud Cátedra Itpp 2. Mayo 2012. Ciudad Bolívar, Venezuela.
23. Días de Andrade E, Ranali J. Emergencias médicas en odontología. Editorial Artes médicas Latinoamérica. 2004; Cap. 2 Pág. 8
24. Encina S, Normas generales para los alumnos de la escuela de Pregrado de La Facultad De Odontología de la Universidad De Chile. 2008. Santiago, Chile.
25. Malamed S, Emergencias en el consultorio. Academy of Dental Therapeutics and Stomatology, una división de PennWell. 2008
26. Santos M, Mesa R, Betancourt A, Curbeira E, Fernández M, URGENCIAS CLÍNICO-ESTOMATOLÓGICAS. GUÍAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. Hospital Universitario. "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. Rev Cubana de Estomatol 2000;37(1):5-49
27. Meaney et al. Calidad de la Reanimación Cardiopulmonar: Mejora de los resultados de la reanimación cardíaca intray extrahospitalaria. Declaración de consenso de la American Heart Association. Circulation 2013;128:417-435.

XIII. ANEXOS

Cuadro 1: Resultados obtenidos de nivel de conocimiento de acuerdo a la clase de urgencia

TIPO DE URGENCIA	CLASE DE URGENCIA	Nº DE PREGUNTA	% respuesta correctas	% respuesta incorrectas
URGENCIA CARDIORESPIRATORIA	PARO CARDIORESPIRATORIO	Nº 1	66%	34%
		Nº 2	70%	30%
		Nº 3	59%	41%
URGENCIAS NEUROLÓGICAS	SINCOPE	Nº 4	18%	82%
		Nº 5	44%	56%
	SINDROME CONVULSIVO	Nº 6	57%	43%
URGENCIAS POR REACCIONES TOXICAS Y ALÉRGICAS	INTOXICACION POR ANESTESICO LOCAL SIN VASOCONSTRUCTOR	Nº 7	48%	52%
		Nº 8	44%	56%
	INTOXICACION POR ANESTESICO LOCAL CON VASOCONSTRUCTOR	Nº 9	50%	50%
	REACCIONES ALÉRGICAS A ANESTESICOS LOCALES	Nº10	49%	51%
	SCHOK ANAFILACTICO	Nº 11	50%	50%
URGENCIA CARDIOVASCULARES	ANGINA DE PECHO	Nº 12	14%	86%
	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	Nº 13	48%	52%
	CRISIS HIPERTENSIVA	Nº 14	23%	77%
URGENCIAS ENDOCRINOLÓGICAS	COMA HIPOGLUCEMICO	Nº 15	15%	85%
	CRISIS HIPERGLUCEMICA	Nº 16	19%	81%
	SINDROME DE HIPOTENSION SUPINA	Nº 17	39%	61%
URGENCIAS RESPIRATORIAS	CRISIS ASMÁTICA	Nº 18	36%	64%
	OBSTRUCCION DE LAS VIAS AEREAS	Nº 19	30%	70%
		Nº 20	32%	68%

Cuadro 2: Resultados obtenidos de nivel de conocimiento de acuerdo al tipo de urgencia

<i>TIPO DE URGENCIA</i>	<i>Nº PREGUNTAS</i>	<i>NIVEL ALTO</i>	<i>NIVEL REGULAR</i>	<i>NIVEL BAJO</i>
<i>URGENCIA CARDIORESPIRATORIA</i>	1, 2, 3	35%	31%	34%
<i>URGENCIA NEUROLOGICA</i>	4, 5, 6	6%	34%	60%
<i>URGENCIA POR REACCIONES TOXICAS Y ALERGICAS</i>	7, 8, 9, 10, 11	15%	36%	49%
<i>URGENCIAS CARDIOVASCULARES</i>	12, 13, 14	6%	19%	75%
<i>URGENCIAS ENDOCRINOLOGICAS</i>	15, 16, 17	0%	25%	75%
<i>URGENCIAS RESPIRATORIAS</i>	18, 19, 20	5%	30%	65%

Cuadro 3: Resultados obtenidos generales del nivel de conocimiento de urgencias médicas – odontológicas

**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN URGENCIAS
MEDICAS - ODONTOLOGICAS**

NIVEL ALTO (17 – 20)	0%
NIVEL REGULAR (13 – 16)	15%
NIVEL BAJO (0 – 12)	85%
TOTAL	100%

CUESTIONARIO SOBRE URGENCIAS MEDICAS EN ODONTOLOGIA

Lea detenidamente con atención las preguntas que a continuación se le presenten, tómese el tiempo que considere necesario y luego marque la respuesta que usted crea correcta.

- 1.- los signos y síntomas de un paro cardiorespiratorio son:
 - a) aumento de sangrado en el campo operatorio
 - b) desaparición de ruidos cardiacos
 - c) cianosis, posteriormente aparece dilatación pupilar.
 - d) B y C
 - e) T.A
- 2.- La medida terapéutica correcta que se da en un paro cardiorespiratorio es:
 - a) maniobra de Heimlich
 - b) posición de tremdelemburg
 - c) reanimación cardiopulmonar
 - d) T.A
 - e) N.A
- 3.- la actuación del odontólogo ante un paro cardiorespiratorio seria:
 - a) colocar al paciente sobre una superficie dura
 - b) abrir la boca del paciente
 - c) palpar el pulso
 - d) solicitar ayuda
 - e) T.A
- 4.- el síncope se puede originar por:
 - a) permanecer en posición recta sin descargar el peso del cuerpo sobre los pies
 - b) pérdida ligera de sangre
 - c) anestésiar a un paciente nervioso
 - d) A y C
 - e) T.A
- 5.- El tratamiento correcto cuando un paciente manifieste un estado de síncope es:
 - a) colocarlo en posición horizontal con elevación de miembros inferiores
 - b) se puede administrar atropina en caso que haya bradicardia
 - c) colocarlo en una superficie dura
 - d) solo A y B
 - e) T.A
- 6.- La conducta que se debe seguir ante un síndrome convulsivo es:
 - a) Colocar al paciente en un sitio donde no se produzca traumatismos
 - b) Mantener las vías aéreas permeables
 - c) Vigilar la mecánica respiratoria
 - d) Utilizar fármacos anticonvulsionantes si es necesario
 - e) T.A
- 7.- los síntomas de una intoxicación por anestésico local sin vasoconstrictor son:
 - a) taquicardia
 - b) hipotensión

- c) aumento de ritmo respiratorio
 - d) náuseas y vómitos
 - e) T.A
- 8.- el tratamiento de una intoxicación por anestésico local es:
- a) posición de trendelenburg
 - b) puede administrar Dexam 70mg
 - c) asistir con ventilación al paciente
 - d) desajustar la ropa apretada
 - e) T.A
- 9.- los síntomas por una intoxicación por adrenalina del anestésico local son:
- a) palidez cadavérica repentina
 - b) sudoración fría
 - c) ansiedad
 - d) hipertensión arterial
 - e) T.A
- 10.- las reacciones alérgicas que se pueden desarrollar tras la administración de un anestésico son:
- a) Reacciones mucocutáneas
 - b) Vértigo
 - c) Síncope, Shock anafiláctico
 - d) Taquicardia o bradicardia
 - e) T.A
- 11.- respecto al shock anafiláctico marque la correcta:
- a) se caracteriza por presentar palidez, frialdad y sudoración
 - b) aparece la pérdida de conciencia
 - c) inmediatamente se coloca al paciente en posición de trendelenburg
 - d) control estricto de signos y síntomas, administra epinefrina 2.0 – 0.5 mg por vía IM o EV.
 - e) T.A
- 12.- los síntomas de la angina de pecho son:
- a) dolor retroesternal, molestia, opresión o sensación de pesadez en el precordio,
 - b) se irradia hacia el cuello, mandíbula, hombros o brazos
 - c) disnea, náuseas, vómitos, diaforesis y esporádicamente palpitaciones o mareos
 - d) Solo b y c
 - e) T.A
- 13.- las manifestaciones y comportamiento que se debe seguir en un infarto agudo de miocardio:
- a) el paciente presenta un dolor opresivo que se irradia hacia el cuello y brazos y cara
 - b) mantener al paciente en reposo
 - c) evacuar al paciente hacia un centro hospitalario
 - d) alivio del dolor con opiáceos: morfina 10 – 20 mg
 - e) T.A
- 14.- la conducta a seguir ante una crisis hipertensiva es:
- a) se mide la presión y la presión diastólica está por encima de 120mg
 - b) se puede administrar captopril de 25 mg

- c) se evacua a un centro hospitalario
 - d) A y C
 - e) T.A
- 15.- las medidas preventivas para evitar un coma hipoglucémico en el consultorio son:
- a) administrar por via oral glucosa o sacarosa
 - b) administrar algún caramelo por las mañanas
 - c) no atenderlo en ayunas
 - d) A y B
 - e) T.A
- 16.- los signos y síntomas de una crisis hipergluceica son:
- a) presentar malestar general, dolor abdominal
 - b) nauseas, vomitos
 - c) taquipnea, pudiendo llegar al coma
 - d) A y C
 - e) T.A
- 17.- el síndrome de hipotensión supina en una paciente embarazada se da por:
- a) Sucede por compresión de la vena cava
 - b) Cuando la paciente embarazada adopta una postura próxima a la posición supina.
 - c) El útero, aumentado de tamaño, comprime la vena cava inferior de paredes blandas a nivel abdominal.
 - d) Provoca síntomas como sudoración, náuseas, vómitos, palidez y a menudo bradicardia
 - e) El tratamiento consiste exclusivamente en volver a la paciente a la posición lateral izquierda
 - f) T.a
- 18.- los signos y síntomas que presenta un paciente asmático son:
- a) ha usado broncodilatador
 - b) ha recibido nebulizaciones
 - c) presentan taquipnea con respiraciones superiores a 30 por minuto
 - d) B y C
 - e) T.A
- 19.- las manifestaciones de una obstrucción de las vías aéreas son:
- a) presenta alteraciones o ausencia de la fonación
 - b) retracciones esternales o supraesternales (tiraje)
 - c) asfixia
 - d) Solo a y c
 - e) T.A
- 20.- en una obstrucción de las vías aéreas la conducta a seguir instantáneamente es:
- a) Posición de trendelenburg levantando los pies en un nivel más alto que la cabeza.
 - b) maniobra de Heimlich haciendo compresiones abdominales.
 - c) hiperventilación dándole oxigenación y tratar de calmar al paciente.
 - d) aperturando la vía aérea mediante la cricotomía.
 - e) T.A



Realización de la encuesta a los alumnos de quinto año



Realización de la encuesta a los alumnos de quinto año



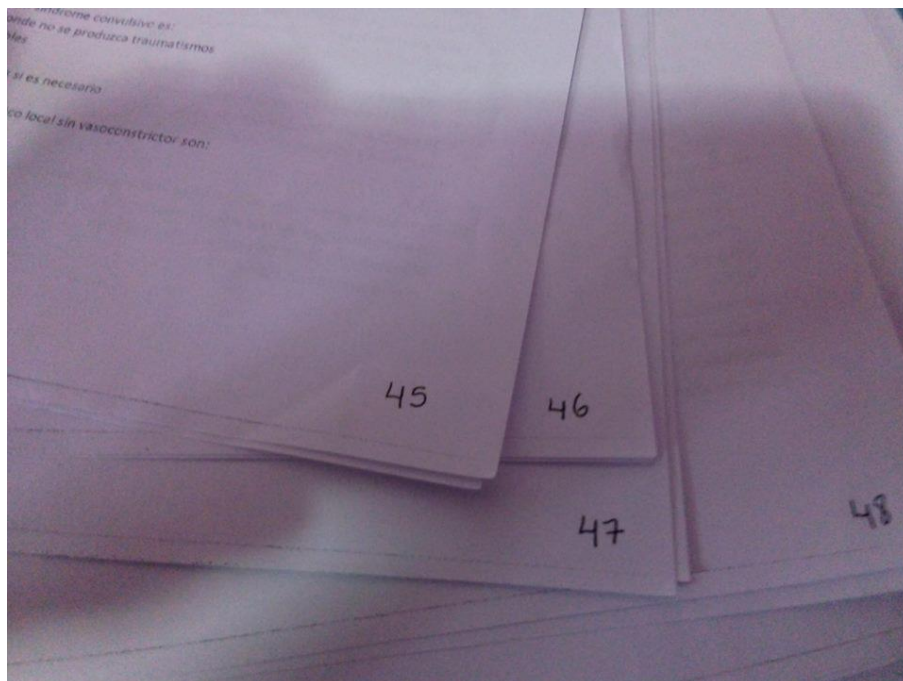
Realización de la encuesta a los alumnos de quinto año



Realización de la encuesta a los alumnos de quinto año



Realización de la encuesta a los alumnos de quinto año



Encuestas enumeradas