



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

TESIS

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RESPECTO AL
MANEJO DE EMERGENCIAS - URGENCIAS MÉDICAS MÁS
FRECUENTES DURANTE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA EN
LOS ESTUDIANTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA
INTEGRAL DEL ADULTO DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS -
SEDE LIMA - SEMESTRE 2016 – II**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

Bachiller: Rodriguez Romero Delfina Vanessa

Lima - Perú

2017

A Dios, por su fortaleza, amor y bondad
derramando bendiciones a mi familia

A mis padres Enit y Roni, por su gran
amor, paciencia y apoyo incondicional en
todas las etapas de mi vida sobre todo en
mi carrera profesional

A mi hijo, que es mi motor y motivo para
superar todas las adversidades y
alcanzar mis metas trazadas.

AGRADECIMIENTOS

Al Doctor Marcelino Andía, por haber aportado sus conocimientos y orientación para la realización de la presente investigación.

Al Doctor Carlos Guillen Galarza, mi asesor por su disponibilidad incondicional para la mejora de la investigación.

A los docentes de la clínica estomatológica integral del adulto, Doctor Ávila Napan Fernando, Málaga Rivera Jimmy, Casas Valverde José, que contribuyeron en la validación del instrumento de medición.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar el nivel de conocimientos, las actitudes y prácticas respecto al manejo de emergencias – urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 - II. La metodología empleada fue un estudio no experimental, descriptivo correlacional. Se evaluaron a todos los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto siendo un total de 159, de los cuales 81 estudiantes correspondieron a la clínica del adulto I (50,9%) y 78 estudiantes a la clínica del adulto II (49,1%) a quienes se les aplicó un cuestionario de 30 preguntas; 10 en los componentes de conocimientos, actitudes y prácticas respectivamente, elaborado por el autor de esta investigación, validado mediante juicio de expertos. Se encontró que el nivel de conocimientos respecto al manejo de Emergencia - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta Odontológica en los estudiantes es malo en un 9,4%, regular 57,9%, y bueno 32,7%. Las actitudes respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes fueron catalogadas como adecuadas en un 98,1%, e inadecuadas en el restante 1,9%. Las prácticas respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes fueron malas en un 25,8%, regulares 59,1%, y buenas 15,1%. Se puede concluir que no existe diferencia estadística significativa entre el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de la clínica del adulto I y II.

Palabras clave: Emergencia médica, urgencia médica, conocimiento, actitudes, práctica.

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the level of knowledge, attitudes and practices regarding emergency management - more frequent medical emergencies in the dental office in students of comprehensive dental clinic of adult Alas Peruanas University - based Lima - semester 2016 - II. The methodology used was a non-experimental, descriptive correlational study. all students of Comprehensive Stomatology Adult Clinic were evaluated with a total of 159, of which 81 students were for Adult Clinic I (50.9%) and 78 students to the Adult Clinic II (49.1 %) who were applied a questionnaire of 30 questions; 10 components of knowledge, attitudes and practices respectively, prepared by the author of this research, validated by expert judgment. It was found that the level of knowledge regarding the management of Emergency - Frequently Medical emergencies during the consultation Dental students is bad by 9.4%, average 57.9% and 32.7% .The good attitudes to Medically handling emergencies frequently during dental practice in medical emergencies students were classified as adequate in 98.1%, and inadequate in the remaining 1.9% .The practices regarding the management of emergencies Medically more frequent medical emergencies during dental practice in students they were poor in 25.8%, 59.1% regular and 15.1% good.it can be concluded that there is statically significant difference between, attitudes and practices of the adult cllinic I and II.

Keywords: Medical emergency, medical emergency, knowledge, attitudes, practice.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE GRÁFICOS	
INTRODUCCIÓN	10
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la realidad problemática	12
1.2 Formulación de problema	13
1.3 Objetivo de la investigación	14
1.4 Justificación de la investigación	15
1.4.1 Importancia de la investigación	15
1.4.2 Viabilidad de la investigación	15
1.5 Limitaciones del estudio	16
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la investigación	17
2.2 Bases teóricas	
2.2.1 Análisis conocimientos, actitudes y prácticas (CAP)	21
2.2.2 Emergencia médicas	24
2.2.3 Urgencia médica	24
2.2.4 Soporte básico de vida en el adulto	24
a. Reanimación cardiopulmonar básica	
b. Manejo de la obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño	34
2.2.5 Enfermedades médicas	39
a. Emergencias - urgencias neurológicas	
b. Emergencias - urgencias cardiovasculares	

c. Emergencias - urgencias de origen alérgico	
d. Emergencias - urgencias respiratorias	
e. Emergencias - Urgencias de naturaleza endocrina	
2.2.6 Escala de grado de riesgo del paciente	54
2.2.7 Componentes del botiquín para emergencias - urgencias médicas	55
2.3 Definición de términos	56
CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1 Formulación de hipótesis principal y derivadas	57
3.2 Variables; dimensiones e indicadores y definición conceptual y operacional	58
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	
4.1 Diseño metodológico	60
4.2 Diseño muestral, matriz de consistencia	61
4.3 Técnica e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad	64
4.4 Técnicas de procesamiento de la información	65
4.5 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	65
CPITULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	
5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos	66
5.2 Análisis inferencias, pruebas estadística no paramétricas	72
5.3 Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas	72
5.4 Discusión	72
CONCLUSIONES	78
RECOMENDACIONES	79
FUENTES DE INFORMACIÓN	80
ANEXOS	83

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N.° 1 Identificar el nivel de conocimiento respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima – semestre 2016 – II.	66
Tabla N.° 2 Identificar las actitudes respecto al manejo de emergencia - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima – semestre 2016 – II.	68
Tabla N.° 3 Identificar las prácticas respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 – II.	70

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico N.º 01 Nivel de conocimientos respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 - II. 67

Gráfico N.º 02 Actitudes respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas – sede Lima - semestre 2016 - II. 69

Gráfico N.º 03 Prácticas respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 – II. 71

INTRODUCCIÓN

Una emergencia - urgencia médica es aquella situación en la cual, por la importancia o gravedad de la afección, se deben tomar acciones y decisiones médicas en forma inmediata. Se trata de cuadros que en general ponen la vida del paciente en peligro.⁽¹⁾

La atención en la clínica estomatológica integral del adulto es un contexto donde las emergencias - urgencias médicas se pueden presentar debiendo el estudiante del último año ser capaz de diagnosticar, manejar y controlar adecuadamente el problema. Si esto se logra, se podrá brindar un tratamiento y servicio más completo y seguro, comprobando así sus conocimientos, actitudes y prácticas respecto al manejo de las emergencias - urgencias médicas en la consulta odontológica.

En la mayoría de las emergencias - urgencias, el estrés, que puede ser de tipo fisiológico (dolor, ejercicio extremo) o psicológico (ansiedad, miedo) se relaciona con el estrés psicógeno debido a la imagen tradicional del odontólogo como producto del dolor o a experiencias previas no agradables. Establecer los signos y síntomas, así como elaborar un plan de tratamiento estricto y detallado para cada tipo de emergencias - urgencia que se pueda presentar en la clínica estomatológica integral del adulto ya sea un cuadro de síncope, shock anafiláctico, hiperventilación y poder resolverlo sin perder la calma; el manejo y un adecuado desempeño es importante tanto para la vida del paciente como la labor del futuro profesional.

La ausencia del equipamiento necesario para manejar una emergencia - urgencias médica sumada a la falta de preparación y adiestramiento ante estas situaciones no hace más que agravar la problemática anteriormente expuesta. Por tal motivo es imprescindible seguir realizando estudios como el presente, que nos permita controlar el grado de conocimiento de los futuros odontólogos en cuanto al manejo de las emergencias - urgencias médicas.⁽²⁾

El presente estudio servirá como base para determinar la necesidad de implementar el curso de urgencias médicas en las teorías de los estudiantes del último año que llevan Clínica de adulto, así los estudiantes que ya llevaron el curso volverían a

repasar sobre el manejo de éstas, por ende estarían más preparados frente a estos sucesos. Por qué no también a capacitaciones en odontólogos ya egresados. Así mismo la evaluación en odontólogos permitirá tener una visión del porcentaje de profesionales que pueden actuar de manera adecuada frente a este tipo de situaciones.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Las situaciones de emergencia - urgencias son eventos médicos desafortunados, que se pueden presentar de manera súbita e inesperada en cualquier momento de la práctica dentro de la clínica, por lo tanto los alumnos deben ser competentes en el manejo de éstas, y la capacidad de afrontar cualquier situación sin perder la calma hasta llevarlo a un centro hospitalario; ya que puede ponerse en riesgo la vida del paciente si no se actúa correctamente.

Existen diversos factores que aumentan la frecuencia de situaciones de riesgo vital en la práctica odontológica: el creciente número de adultos mayores que solicitan la atención buco - dental, la tendencia a citas prolongadas y la creciente utilización y administración de fármacos (anestésias locales) que pueden dar lugar a diversas respuestas adversas como sobredosis o alergia. Aunque no todas las reacciones adversas a fármacos se pueden evitar, la mayoría de ellas sí se pueden controlar, si se tiene un conocimiento profundo de la farmacología y una adecuada técnica de administración.⁽³⁾

El adecuado manejo de las emergencias - urgencias médicas en la clínica dental o en tu consultorio privado depende no solo de los conocimientos básicos que tenga el alumno o el odontólogo, sino también, de un consultorio habilitado con los equipos y medicamentos básicos, con acceso de entrada y salida rápida para uno o más pacientes, pues se ha demostrado a través de muchas investigaciones sobre el tema, que en la consulta dental muchos pacientes han sufrido de algún tipo de emergencia - urgencias médica y el odontólogo no ha podido atenderlo adecuadamente por no tener el conocimiento, ni el equipo básico necesario. Es por ello que el tratamiento eficaz del estrés u otra situación desencadenante de la emergencia - urgencia en la consulta odontológica, es muy importante para minimizar la aparición de estas situaciones catastróficas.

Los estudiantes de la escuela profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas recibieron conocimientos, tanto teóricos como prácticos, dentro de los

cursos obligatorios del currículo de estudios como; anatomía, semiología, farmacología, primeros auxilios y urgencias odontológicas que brindaron los conocimientos y herramientas necesarias permitiéndole actuar ante la presentación de alguna emergencia - urgencia médica en la clínica estomatológica.

Las emergencias - urgencias médicas hoy en día con el crecimiento de diferentes problemas de salud y los grandes avances médicos aumentan el riesgo de sufrirlas en el consultorio dental por lo cual los alumnos de clínica que están a un paso de salir de las aulas deben tener los conocimientos necesarios para actuar frente al problema como profesional; deben establecer un plan de atención y manejo inmediato evitando así poner en peligro la vida del paciente y del mismo profesional.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema principal

¿Cuáles son los Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 – II.?

1.2.2 Problema secundario

1.2.2.1 ¿Cuáles son los conocimientos respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 – II.?

1.2.2.2 ¿Cuáles son las actitudes respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 – II.?

1.2.2.3 ¿Cuáles son las prácticas respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 - II.?

1.3 Objetivo de la Investigación

1.3.1 Objetivo general

Identificar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica Estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 - II.

1.3.2 Objetivos específicos

1.3.2.1 Determinar el nivel de conocimiento respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 – II.

1.3.2.2 Determinar las actitudes respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 – II.

1.3.2.3 Determinar las prácticas respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 – II.

1.4 Justificación de la investigación

La odontología es una profesión de las ciencias de la salud que debe ocuparse del paciente en forma integral y no solo limitarse a la cavidad oral.

Las Emergencias - Urgencias médicas se producen en el consultorio dental y si los estudiantes no presentan un conocimiento mínimo sobre la etiología y manejo de estos incidentes, presentarán ante estas situaciones sentimientos de inseguridad, insatisfacción y una apreciación limitada de la solución ante una emergencia desarrollada.

Algunos estudios realizados a nivel internacional nos muestran el gran avance en el conocimiento sobre prevención, diagnóstico y manejo de las emergencias médicas en odontología.

Esta investigación buscó contribuir en el diagnóstico y/o abordaje oportuno y más preciso de estos indeseables eventos por parte de los futuros odontólogos del Perú, puesto que estuvo dirigido hacia los estudiantes de la clínica estomatológica integral adulto de la Universidad Alas Peruanas – sede Lima, los cuales se encuentran próximos a egresar.

1.4.1 Importancia de la investigación

La falta de formación para hacer frente a las emergencias - urgencias médicas puede llevar a consecuencias trágicas, y, a que se tomen acciones a veces legales por parte del paciente o familiares. Por esta razón, los estudiantes próximos a egresar deben salir preparados para la atención primaria de las emergencias - urgencias médicas, con los conocimientos básicos de su casa de estudios. Además el presente estudio servirá como base para determinar la necesidad de implementar el curso de urgencias médicas, así los estudiante volverían a repasar sobre el manejo de éstas.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

Este trabajo de investigación es viable debido a que se cuenta con los recursos necesarios entre los que tenemos: los recursos humanos, económicos, materiales, tiempo y de información, llevándose a cabo en la escuela de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, específicamente en los ambientes de la clínica estomatológica integral del adulto, logrando así conseguir los fines programados.

1.5 Limitaciones de la investigación

Una de las mayores limitaciones con el cual contó esta investigación fue la disponibilidad del tiempo de los estudiantes de la clínica estomatológica integral de adulto para desarrollar la encuesta.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

GAVIÑO GUERRERO CATHERINE P. RODRICH TIMARCHI ELIAS R (2016). El objetivo del 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. ⁽²⁾

CONTRERAS CHRISTIAN MARLON (2015). El objetivo del presente estudio 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.

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. ⁽⁵⁾

TORRES GIANNINA V. (2015) Este estudio tuvo como objetivo principal 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.

Metodología: En este estudio participaron 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. **Resultados:** Se obtuvo 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). **Conclusiones:** 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. ⁽⁸⁾

VILLENA, K (2014), realizó una investigación que tuvo como propósito determinar el nivel de conocimiento sobre emergencias médicas durante la consulta odontológica de los estudiantes de quinto y sexto año de Estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo, 2013. La muestra estuvo conformada por 49 estudiantes de ambos géneros, 24 correspondieron a quinto año (49%) y 25 a sexto año (51%) quienes se les aplicó un cuestionario validado (prueba de validez interna) y fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados obtenidos en el nivel de conocimiento sobre emergencias médicas durante la consulta odontológica de los estudiantes de quinto y sexto año es bajo en el 65.3%, medio 34.7%, no reportándose nivel alto. Se puede concluir que no existe una diferencia estadística significativa entre el nivel de conocimientos sobre emergencias médicas durante la consulta odontológica y el año de estudios, predominando el nivel bajo; en un 62.5% y un 68% en los estudiantes de quinto y sexto año respectivamente. ⁽¹⁾

STAFUZZA (2014) evaluaron el grado de conocimiento de odontólogos en urgencias y emergencias médicas observando que el 87% de los encuestados refirieron haber recibido entrenamiento en soporte vital básico, pero sólo el 43%

consideró ser capaz de manejar adecuadamente los procedimientos de manera efectiva.⁽⁹⁾

TANZAWA, T. Y COL. (2012) Este estudio se llevó a cabo utilizando pacientes robots y estudiantes que serían sometidos a exámenes clínicos de objetivos estructurados para probar sus competencias en el manejo de estas emergencias en el consultorio dental. Se utilizó a 98 estudiantes de Odontología del quinto grado en la Universidad Showa como sujetos y se ejecutó la tarea 8 rSCE titulada “Manejo de emergencia médica usando un paciente robot. Se consultó a los candidatos para manejar una situación de emergencia inmediatamente después de anestesia local, con un paciente robot configurado para desarrollar síncope vasovagal y otro para experimentar hipersensibilidad a la adrenalina. Un cuestionario sobre el valor educativo del paciente robot se completó después del examen. Se comprobó que 32% de los estudiantes no podía contar de manera precisa su pulso, debido a un método inapropiado. Diagnósticos precisos fueron dados por sólo el 22% de los estudiantes, con síncope vasovagal diagnosticado en un 33% y la hipersensibilidad a la adrenalina en un 8%. A partir de un cuestionario, el 78% de los estudiantes reconoció la gran utilidad del paciente robot en el entrenamiento de emergencia médica.⁽¹⁰⁾

HERNÁNDEZ VIVIANA C. GRATEROL ALEXANDER D. (2012). La presente investigación se planteó como objetivo principal diseñar una guía práctica para el manejo de urgencias médicas en la clínica odontológica de la universidad José Páez. El trabajo se enmarcó dentro de la modalidad proyecto factible, teniendo apoyo de un modelo de investigación de campo ya que se aso en la necesidad que surge de la realidad, así como de investigación documental, debido a que se ampliaron los conocimientos por medios de textos. En el caso objeto estudio la población está constituida por los estudiantes del 5to al 10mo ciclo semestre de la carrera correspondiendo a un muestreo probabilístico de tipo al azar, representando al 30% de dicha población. Se diseñó un instrumento de recolección de datos tipo encuesta, validado por especialistas en el área y un especialista en metodología. Se confirma que durante las clínicas, potenciales de riesgo se convierten en urgencias médicas. Siendo el evento que mayormente se presenta es la crisis hipertensiva, seguida del síncope. En concordancia con los resultados, se

demuestra también que un porcentaje de 47,5% de los encuestados desconoce el protocolo a seguir ante la presencia de un shock anafiláctico. Quedó en evidencia que solo un 33% de los encuestados reconoce el protocolo a seguir ante el desarrollo de un síncope por parte de un paciente.

Del mismo modo se conoció que la patología más frecuente y con mayor probabilidad de ocurrencia es la hipertensión arterial, toda vez que se ha presentado en el 63% de los pacientes de los estudiantes encuestados, seguido de la diabetes mellitus en un 21,3%.

El 75% de los estudiantes del 5to al 10mo semestre de odontología de la universidad José Antonio Páez, refirieron no sentirse preparados para atender o accionar el protocolo correspondiente ante una urgencia médica instaurada dentro de la consulta odontológica. ⁽¹¹⁾

GUTIÉRREZ, MARTÍNEZ Y RIVERA (2012) realizaron un estudio de revisión bibliográfica en el que nos muestra datos estadísticos de un estudio realizado en EE. UU. y Canadá y en el cual se reportan al síncope como la urgencia médica más común en el consultorio dental 50,32%, seguida de la reacción alérgica moderada 8,43% y la angina de pecho 8,33%. Asimismo en este análisis se catalogó a urgencias médicas como “muy graves o potencialmente letales“, a la angina de pecho, paro cardiaco, choque anafiláctico, infarto agudo de miocardio y al edema agudo del pulmón; que representaron el 11.8% de los 30,608 pacientes reportados. En dicho estudio se concluyó que las urgencias médicas son muy frecuentes, y lamentablemente el manejo inadecuado de las mismas, podrían desencadenar una tragedia que afectaría seriamente la actividad profesional del cirujano dentista. El odontólogo debe contar con certificaciones periódicas y 9 actualizaciones sobre urgencias médicas, así como contar con un botiquín para el manejo de las mismas en la consulta dental. ⁽¹²⁾

AMIRCHAGHMAGHI ET AL. (2012) evaluaron el nivel de conocimiento y preparación en emergencias médicas de odontólogos generales en Irán concluyendo que el 66,7% de los participantes poseen una preparación pobre en el manejo de emergencias médicas. Sólo el 0,5% demostraron una preparación excelente, el 4,3% buena y el 28,5% un nivel de conocimientos moderado. ⁽¹³⁾

EDUARDO CARNEIRO PINTO (2011) realizó un estudio de corte transversal y cuantitativo de base documental que tuvo como objetivo, Identificar los casos de emergencia dental en la Estrategia de Salud de la Familia en los Montes Claros, Minas Gerais caracterizar al usuario por variables sociodemográficas, de salud del comportamiento, estilo de vida y condición sistémica. Se revisaron 164 registros dentales de pacientes adultos y ancianos que fueron tratados entre el año 2008 y 2010. Los resultados que se obtuvieron principalmente fueron la presencia de una enfermedad sistémica que se registró en un 22,6% de los documentos y la mayoría de la gente que solicita el servicio dental de emergencia es mujer y tiene una edad media de 35 años. La caries era el problema más notable y la demanda del servicio motivado principalmente por el dolor. ⁽¹⁴⁾

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Análisis de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP)

El análisis CAP es una herramienta de análisis de comportamientos. Se utiliza tanto en la fase de diagnóstico como en la fase de planificación de un proyecto. La utilidad del CAP radica en:

- Si se quiere promover el desarrollo en las comunidades, el enfoque en comportamientos debe ser un eje que acompañe todo el proceso, tanto en el diagnóstico como en la planificación.
- permite analizar comportamientos que se “deberían” saber, actitudes que se “deberían” pensar y prácticas que se “deberían” realizar.
- permite entender porque la gente hace lo que hace.
- permite evaluar la factibilidad del cambio de un comportamiento y si el comportamiento deseado ya existe.
- sirve para mejorar el impacto de las medidas del proyecto, p.ej. en el desarrollo productivo, el desarrollo de capacidades, el desarrollo organizacional de la comunidad y debe ser por ello un eje transversal del proyecto.

a. El análisis de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP)

Identificación de actores y sus problemas

Cada grupo social puede y debe ser analizado a más profundidad para especificar la campaña a realizar. Eso se refiere tanto a los grupos metas como a posibles aliados y multiplicadores en cuanto a su disponibilidad y posibilidad de cambiar comportamientos.

Caracterización de actores y análisis de comportamientos

- Estudio de los factores de comportamiento: Comprender los factores que podrían facilitar o dificultar el desarrollo del comportamiento que queremos que la gente adopte.
- Factores externos: incluye el contexto que puede influir en que la gente adopte o no ese comportamiento. Ejemplo, Políticas públicas de apoyo.
- Factores internos: conocimientos, creencias, habilidades, normas sociales y percepciones de los individuos acerca de lo que los otros quieren que hagan.

b. Evaluación de comportamientos

Esa evaluación puede ser necesaria para poder entender mejor y porque la gente hace lo que hace a un nivel más específico. Allí entran todos los factores que influyen en un comportamiento mencionados anteriormente: factores internos y externos, social culturales, políticos, ecológicos, costos y beneficios.

c. Definir objetivos

Luego de haber analizado los problemas y los actores principales en el análisis CAP y haber priorizado y determinado los comportamientos factibles que deseamos alcanzar en nuestra estrategia de comunicación, estamos en condiciones de formular los objetivos de comunicación. El objetivo debe definir el cambio que se espera que el público objetivo experimente o practique respecto a su problema.

Dicho cambio puede expresarse a nivel de prácticas, incremento de conocimientos o en el desarrollo de actitudes favorables al cambio, como resultado de la estrategia de comunicación.

Características de objetivos:

- Medibles: Cuánto se quiere lograr.
- Alcanzables: Realistas
- Dirigidos: Estableciendo claramente el público objetivo.
- Razonables: Con coherencia respecto a la lista de comportamientos que deseamos cambiar y según importancia.
- Específicos en el tiempo: Definiendo en cuánto tiempo lo vamos a lograr.

d. Conocimiento

Es aquella información o saber que una persona posee y que es necesaria para llevar a cabo una actividad.

e. Actitud

Una actitud es un gesto exterior manifiesto que indica su preferencia y entrega a alguna actividad observable.

La actitud es una predisposición a actuar, el comportamiento es manifiesto.

Las actitudes no son en sí mismas respuestas sino estados de disposición a responder.

Una actitud es un predicado de un comportamiento futuro, por eso los esfuerzos deben estar destinados a inculcar o modificar actitudes.

f. Comportamiento

Es una acción explícita y observable que una persona ejecuta en circunstancias específicas.

Un comportamiento ideal es una acción explícita y observable que se considera necesario realizar a fin de reducir o ayudar a resolver un problema específico.

g. Práctica

Las prácticas son una serie de comportamientos relacionados. ⁽¹³⁾

2.2.2 Emergencia médica

Según la Asociación Médica Americana (AMA) del año 2010, es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano. Y según la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 1998, 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, síntomas típicos de un ataque al corazón, dificultad respiratoria, etc. ⁽⁴⁾

2.2.3 Urgencia médica

Según (AMA), urgencia es toda aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia sanitaria inmediata. Y según la (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. Patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en seis horas como máximo, para evitar complicaciones mayores. Algunos ejemplos son: hipertensión, traumatismos, quemaduras, arritmias, etc. ⁽⁴⁾

2.2.4 Soporte Básico de vida en el adulto

a. Reanimación cardiopulmonar (RCP) practicada por 1 y 2 reanimadores

1. RCP practicada por un reanimador

A las personas que no trabajan en salud (testigo reanimador) se debe enseñar sólo la RCP por 1 reanimador, porque es infrecuente que apliquen la técnica de 2

reanimadores en situaciones de reanimación. Si hay 2 reanimadores, se pueden alternar en la RCP practicada por 1 reanimador. Ya sea que 1 ó 2 reanimadores practiquen RCP, éstos deben constatar que el lugar sea seguro. La RCP a cargo de 1 reanimador se debe practicar de la siguiente manera:

– Evaluación

Determinar la ausencia de respuesta o inconsciencia. El testigo reanimador evalúa rápidamente el estado de consciencia. Debe hablarle fuerte, "¿está usted bien?". Si la persona no responde, está inconsciente. Si la víctima ha sufrido un traumatismo de cráneo y cuello o se sospecha traumatismo cervical, movilice a la víctima sólo si es absolutamente necesario. El movimiento inapropiado puede causar parálisis en caso de lesión de la columna o la médula espinal.

– Active el servicio emergencia medico local (SMEL)

En cuanto se determina la inconsciencia, se debe solicitar por ayuda y procurar que se active vía telefónica o radial al (SMEL) habitualmente asociado a un número clave. El número telefónico del (SMEL) debe ser conocido por toda la comunidad; debe de ser un teléfono libre que no requiera monedas. Si se está solo, se debe evaluar la posibilidad de dejar a la víctima para conseguir auxilio adicional pronto.

– Vía aérea:

En la víctima inconsciente, el testigo reanimador tendrá que determinar si respira o no; en muchos casos no puede cerciorarse de esto hasta abrir o despejar la vía aérea, y en algunas situaciones esta simple maniobra permite que el paciente reinicie la respiración.

Posición de la víctima

La víctima debe estar acostada boca arriba sobre una superficie plana y dura. Si la víctima se encuentra boca abajo, el testigo reanimador debe girarla como una sola unidad, de tal manera que la cabeza, los hombros y el tronco se muevan

simultáneamente sin torcerse. El paciente que no respira debe ser acostado con los brazos a los lados del cuerpo. Así, la víctima estará colocada en una posición apropiada para realizar RCP.

El testigo reanimador debe estar del lado del paciente en una posición que le permita realizar con facilidad tanto la respiración de apoyo como la compresión torácica.

Apertura de la vía aérea

Cuando la víctima está inconsciente, los músculos que sostienen la lengua se relajan, permitiendo la caída de la lengua. Esta es la causa más común de obstrucción de la vía aérea en la víctima inconsciente. Debido a que la lengua está unida a la mandíbula, el levantar la mandíbula hacia delante elevará la lengua, alejándola de la garganta y despejando así la vía aérea.

Si no hay trauma cervical, la maniobra de elección para abrir la vía aérea es mediante la maniobra frente – mentón (cabeza atrás -mentón arriba). Si se observan cuerpos extraños o vómito dentro de la boca, éstos deben retirarse sin demorar demasiado. Los líquidos o semilíquidos deben limpiarse con los dedos índice y medio cubiertos con un pedazo de tela; los sólidos deben extraerse con el dedo índice a manera de gancho. Se deben retirar prótesis dentales o piezas dentales sueltas.

Maniobra frente – mentón, "cabeza atrás - mentón arriba"

Para realizar esta maniobra se coloca una mano sobre la frente de la víctima, inclinando la cabeza hacia atrás, luego se colocan los dedos de la otra mano debajo de la parte ósea de la mandíbula cerca del mentón, alzándola para traer el mentón hacia delante, casi ocluyendo los dientes, lo cual sostiene la mandíbula y ayuda a inclinar la cabeza hacia atrás. No debe utilizarse el pulgar para elevar el mentón y no debe cerrarse la boca por completo.

Maniobra de "tracción o de empuje mandibular"

Sin colocar la cabeza hacia atrás ni hiperextender el cuello es el paso inicial más seguro para abrir la vía aérea de una víctima cuando se sospecha de trauma cervical, ya que por lo general se la puede realizar sin extender el cuello. Hay que sostener cuidadosamente la cabeza sin moverla ni rotarla hacia los lados. El desplazamiento de la mandíbula hacia delante también puede conseguirse agarrando los ángulos de la mandíbula, levantándolos con las dos manos, una a cada lado y desplazando la mandíbula hacia delante. Los codos del reanimador pueden apoyarse sobre la superficie donde está acostado el paciente.

– Respiración

Evaluación: Determinar la ausencia de respiraciones: "mirar, escuchar y sentir"

Para verificar la presencia de respiraciones espontáneas, el testigo reanimador debe colocar su oído entre la boca y nariz de la víctima, manteniendo al mismo tiempo la vía aérea despejada.

Si no hay movimientos torácicos, ni espiración del aire, la víctima no respira. Esta valoración debe ser breve (10 segundos). Se debe enfatizar que, pese a que el testigo reanimador observe esfuerzos respiratorios de la víctima, la vía aérea puede aún estar obstruida, siendo necesaria tan sólo la abertura de la misma. Además, esfuerzos respiratorios de jadeo (respiraciones agónicas) pueden estar presentes al inicio del proceso de un paro cardíaco primario, los que no deben confundirse con una respiración adecuada.

Si la víctima comienza a respirar y recobra la circulación durante o posterior a la reanimación, el testigo reanimador debe continuar ayudándole a mantener la vía aérea despejada y colocar al paciente en la posición de recuperación.

Respiración de apoyo:

Si el paciente no respira, debe iniciarse la respiración de apoyo, para ello el testigo reanimador debe insuflar adecuadamente los pulmones de la víctima con cada respiración, y éstas deben aplicarse con una frecuencia aproximada no menos de 10 por minuto. El aire exhalado por el testigo reanimador contiene suficiente oxígeno para satisfacer las necesidades de la víctima.

Boca a boca

La respiración de apoyo utilizando la técnica boca a boca constituye una forma rápida y eficaz de suministrar oxígeno a la víctima. Al mismo tiempo que mantiene abierta la vía aérea del paciente con la maniobra frente - mentón, el testigo reanimador cierra las fosas nasales con el pulgar y el índice (de la mano colocada sobre la frente), evitando así el escape de aire por la nariz de la víctima, creando un sellado hermético, luego administra dos respiraciones lentas (2 segundos c/u).

El testigo reanimador debe tomar aire luego de cada insuflación, y cada insuflación debe tener el volumen suficiente como para hacer que se expanda el tórax. En la mayoría de adultos, esto se logra con 10 ml/kg (700 - 1000 ml) en 2 segundos .

Una ventilación adecuada se constata al:

- Observar en la víctima que el pecho sube y baja
- Escuchar el aire exhalado
- Sentir el aire espirado en la mejilla

Un volumen de aire y una velocidad de flujo inspiratorio excesivo pueden provocar una distensión gástrica. Siempre que sea posible, por ejemplo, en la RCP de dos reanimadores, hay que mantener la vía aérea abierta durante la exhalación para minimizar la distensión gástrica.

Si fracasan los intentos iniciales de ventilar a la víctima, se debe reposicionar la cabeza para despejar la vía aérea e intentar nuevamente la respiración de apoyo. Si no es posible ventilar al paciente después de reposicionar la cabeza, el profesional de la salud (pero no el reanimador) debe practicar maniobras para liberar la obstrucción de la vía aérea por cuerpo. La causa más frecuente de obstrucción de la vía aérea en una persona inconsciente es una posición inadecuada del mentón y la cabeza con caída de la lengua.

Boca a nariz

La técnica de respiración boca - nariz se recomienda cuando es imposible ventilar a través de la boca del paciente, ya sea porque no se puede abrir la boca (trismus), o porque ésta ha sufrido heridas graves, o cuando un sellamiento ajustado de boca a

boca es difícil de conseguir. Al tiempo que realice la maniobra frente - mentón, cierre la boca del paciente con la mano del mentón, luego inspire profundamente y selle sus labios alrededor de la nariz del paciente e insuflé lentamente. Luego retire sus labios y permita que el paciente exhale pasivamente. Puede ser necesario abrir la boca de la víctima en forma intermitente o separar los labios con el pulgar para permitir la exhalación del aire, puesto que podría existir una obstrucción nasal.

Boca a estoma

Las personas que han sido sometidas a una laringectomía (extirpación quirúrgica de la laringe) tienen una abertura permanente que conecta la tráquea directamente a la base anterior del cuello (traquetomía). Cuando estas personas requieren de respiración de apoyo, se debe realizar una respiración de boca a estoma, formando un sello hermético alrededor del estoma y soplando hasta elevar el tórax. En tales pacientes se produce la espiración pasiva cuando el reanimador deja de insuflar por el estoma.

Otras personas pueden tener un tubo de traqueotomía provisional en la tráquea. Cuando se ventila a estos pacientes, por lo general hay que sellar la boca y la nariz de la víctima con la mano para evitar el escape del aire cuando el reanimador sopla a través del tubo de traquetomía.

Boca a dispositivo de barrera

Se dispone de dos categorías generales de dispositivos: los dispositivos tipo máscara y los protectores de cara. La mayoría de los dispositivos tipo máscara tienen una válvula unidireccional, de tal manera que el aire espirado no entra a la boca del reanimador.

Muchos protectores de cara, en cambio, no poseen de válvula de espiración y a menudo el aire se escapa por los lados del protector.

Si se brinda respiración de apoyo, el dispositivo de barrera (mascarilla o protector de cara) es colocado sobre la boca y nariz de la víctima, asegurándose de que haya un sellamiento adecuado de aire. Luego se inicia la ventilación boca a dispositivo de barrera con respiraciones inspiratorias lentas (2 segundos), como se describe antes.

– Circulación

Evaluación: Verificar signos de circulación

Para el personal no profesional de la salud implica: suministrar respiraciones de apoyo iniciales y evaluar si la víctima presenta respiración normal, tos o movimiento en respuesta a éstas. Observará, escuchará y sentirá si hay respiración mientras investiga signos de movimiento se debe verificar que la respiración sea normal para minimizar la confusión con respiraciones agónicas.

Los profesionales de la salud evalúan signos de circulación, además verificarán el pulso, mientras investigan simultáneamente respiración, tos o movimiento. Se indica a los profesionales de la salud que investiguen respiración, porque están capacitados para distinguir entre respiración agónica y otras formas de ventilación no asociadas con paro cardíaco.

En la práctica, el reanimador no profesional evalúa de la siguiente manera los signos de circulación:

- Suministra inicialmente respiraciones de apoyo a la víctima que no responde y no respira.
- Investiga signos de circulación. a. Con el oído cerca de la boca de la víctima, observa, escucha y siente si hay respiración normal o tos. b. Estudia rápidamente a la víctima para detectar signos de movimiento.
- Si la víctima no respira normalmente, no tose, ni se mueve, inicia de inmediato las compresiones torácicas.

Esta evaluación no debe llevar más de 10 segundos. Los profesionales de la salud deben verificar el pulso además de evaluar los signos de circulación. Si no está seguro de que haya circulación, inicie de inmediato las compresiones torácicas.

Cuando se verifica el pulso de una víctima >1 año, la arteria carótida es la preferida para palpar, aunque se puede utilizar alternativamente la arteria femoral. Estos pulsos arteriales persisten aun cuando la hipotensión y la hipoperfusión periférica hagan desaparecer otros pulsos periféricos. La arteria carótida se encuentra en el canal formado por la tráquea y los músculos laterales del cuello.

Mientras mantiene la posición de la cabeza con una mano sobre la frente, el reanimador encuentra la laringe (manzana de Adán) del paciente con tres dedos de la otra mano, desplazándolos luego hacia el lado del reanimador.

Se debe palpar suavemente el pulso para evitar la compresión de la arteria. El pulso de la carótida puede persistir aun cuando los pulsos más periféricos ya no se palpan. Para profesionales de la salud, la determinación de la presencia o no del pulso también se puede realizar con la arteria femoral; sin embargo, este pulso es difícil de ubicar en el paciente vestido.

Compresiones torácicas

La técnica de las compresiones torácicas consiste en aplicaciones rítmicas y seriadas de presión sobre la mitad inferior del esternón. Lo más probable es que la sangre bombeada hacia los pulmones por las compresiones torácicas, acompañadas de respiración de apoyo correctamente realizada, suministre oxígeno adecuado al cerebro y otros órganos vitales hasta que se pueda desfibrilar.

Para efectuar las compresiones torácicas el paciente debe de estar en posición horizontal, acostado de espaldas (boca arriba) sobre una superficie dura y amplia. No debe hacerse RCP con la víctima en una cama; en dicha situación se le debe colocar a la víctima sobre el suelo. En los hospitales habitualmente se coloca una tabla debajo de la espalda del paciente para evitar una menor eficacia de las compresiones torácicas.

Verifique las respiraciones iniciales, investigue respiración normal, tos o movimiento en respuesta a las respiraciones iniciales. Los profesionales de la salud también deben palpar el pulso carotídeo; (no más de 10 segundos en hacerlo). Si no hay signos de circulación, inicie compresiones torácicas: Ubique correctamente las manos. Realice 30 compresiones torácicas a una frecuencia promedio de 100 por minuto, deprimiendo el tórax 4 - 5 cm (1½ - 2 pulgadas) con cada compresión. Asegúrese de que el tórax recupere su posición normal después de cada compresión eliminada toda presión sobre éste (sin perder el contacto con el esternón y la correcta posición de las manos). Cuente del 1 al 15. Abra la vía aérea y suministre 2 respiraciones de apoyo lentas (2 segundos cada una). Ubique la posición correcta de las manos y dé 30 compresiones más a una frecuencia de 100 por minuto. Practique 4 ciclos completos de 30 compresiones y 2 ventilaciones.

– RCP solamente por compresión torácica

La respiración boca - boca es una técnica segura y efectiva que ha salvado muchas vidas, sin embargo se ha demostrado que algunos reanimadores profesionales y otros se muestran reticentes a practicar ventilación boca - boca a víctimas de paro cardíaco desconocidas, por el temor a la transmisión de enfermedades infecciosas. Si una persona no desea o es incapaz de practicar ventilación boca - boca a una víctima adulta, puede realizar RCP solamente por compresión torácica en lugar de no efectuar ningún intento de RCP.

El resultado de realizar solamente la compresión torácica sin ventilación boca - boca es significativamente mejor que ninguna RCP.

Estudios clínicos en adultos sugiere que la ventilación con presión positiva no es esencial durante los primeros 6 - 12 minutos de la RCP.

Se recomienda RCP por compresión torácica únicamente en las siguientes circunstancias:

- Cuando un reanimador no está dispuesto o no puede practicar respiración de apoyo boca - boca, o
- En las instrucciones de RCP asistida por operador telefónico, en la que la simplicidad de esta técnica modificada permite que espectadores circunstanciales no entrenados intervengan con rapidez.

– Reevaluación

Revalúe a la víctima después de 4 ciclos de compresiones y ventilaciones (relación 15 : 2). Investigue signos de circulación (10 segundos). Si no hay signos de circulación, reanude la RCP, comenzando por compresiones torácicas. Si hay signos de circulación, verifique si hay respiración. Si hay respiración, coloque a la víctima en una posición de recuperación, y controle la respiración y la circulación.

Si no hay respiración, pero sí signos de circulación, practique respiración de apoyo a una frecuencia de 10 - 12 por minuto (1 respiración cada 4 - 5 segundos) y controle si hay signos de circulación a intervalos de pocos minutos.

Si no hay signos de circulación, continúe con compresiones y ventilaciones en una relación 15 : 2. Deténgase y verifique si hay signos de circulación y respiración espontánea a intervalos de 2 – 3 minutos. No interrumpa la RCP excepto en circunstancias especiales.

Si hay recuperación de la respiración espontánea y signos de circulación, mantenga abierta la vía aérea y coloque al paciente en una posición de recuperación.

– Posición de recuperación

Si la resucitación ha sido exitosa y el paciente recupera la respiración espontánea y el pulso, se debe colocar en posición de recuperación. Se denomina posición de recuperación a la postura en la cual se coloca a la víctima que se recupera del PCR, pero que aún está inconsciente. El objeto de ella es evitar que la lengua caiga hacia atrás y obstruya la vía aérea, evitar la aspiración del vómito hacia el pulmón, y permitir la vigilancia de una adecuada ventilación y circulación.

La posición recomendada es la postura lateral sobre el lado derecho. Esta postura no debe emplearse en pacientes traumatizados en los cuales se sospecha lesión cervical.

– Ingreso de un segundo reanimador para reemplazar al primero

Cuando se cuenta con otro reanimador en el lugar de los hechos, el segundo reanimador debe activar el (SMEL) y practicar RCP de un solo reanimador cuando el primero se ha cansado.

Esto debe de realizarse con un mínimo de interrupción. Cuando llega el segundo reanimador, éste debe reevaluar la respiración y los signos de circulación de la víctima antes de reasumir la RCP.

– RCP practicada por dos reanimadores

Todo reanimador del equipo de salud debe aprender tanto la técnica de un reanimador como la de dos. Cuando sea posible, se deben emplear accesorios para la vía aérea, como dispositivos de ventilación boca-mascarilla.

En la RCP con 2 reanimadores, una persona se ubica al lado de la víctima y practica compresiones torácicas. El otro reanimador a la altura de la cabeza de la víctima, mantiene abierta la vía aérea, controla el pulso carotídeo y verifica la efectividad de las compresiones torácicas y da respiración de apoyo. La frecuencia de las compresiones en la RCP a cargo de 2 reanimadores es de 100 por minuto.

La relación compresión - ventilación es de 15:2, Cuando la persona que efectúa las compresiones torácicas se fatiga, los reanimadores deben cambiar posiciones con una interrupción mínima de las compresiones torácicas.

– Vigilancia de la víctima

La condición del paciente debe ser evaluada constantemente para verificar la eficacia del esfuerzo de resucitación. La persona que ventila al paciente asume la responsabilidad de controlar los signos de circulación y la respiración, lo cual sirve para determinar si la víctima recobra una respiración y circulación espontánea. Para determinar esto, hay que interrumpir las compresiones torácicas durante 5 segundos al final del primer minuto, luego cada dos o tres minutos.

– Entrega de la víctima al equipo avanzado de salud

Es muy importante que todos los testigos reanimadores, independientemente de sus habilidades en RCP y de su profesión, comprendan que la RCP Básica es sólo el primer eslabón de una compleja cadena, y cuanto antes se apliquen las siguientes etapas mejor será el pronóstico. Por ningún motivo un testigo reanimador debe retardar la entrega de una víctima en un paro cardiorespiratorio a los equipos de salud que deben aplicar la RCP avanzada y trasladar lo antes posible a la víctima al servicio de emergencia.

Situaciones en las cuales los testigos reanimadores de la comunidad, o de fuerzas especiales de rescate, entran en competencia en el tratamiento o traslado de las víctimas en vez de aunar esfuerzos, tendrán siempre como resultado un peor pronóstico de la víctima. El equipo de salud toma el control de la víctima en cuanto arriba al lugar y desde ese momento son responsables de la víctima.⁽¹⁶⁾

b. Manejo de la obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (atragantamiento)

Una obstrucción de la vía aérea superior es una emergencia que provoca la pérdida del conocimiento y el paro cardiopulmonar en pocos minutos de no ser tratada inmediatamente.

Por otro lado, la causa más frecuente de la obstrucción de las vías aéreas superiores es un estado de inconsciencia y el paro cardiopulmonar.

Un paciente inconsciente puede presentar una obstrucción de la vía aérea por causas intrínsecas o extrínsecas (cuerpos extraños). Un ejemplo de causa intrínseca es el caso de la lengua que puede desplazarse hacia la faringe, obstruyendo la vía aérea superior durante la inconsciencia.

En el diagnóstico diferencial de todo paciente, especialmente uno joven que súbitamente deja de respirar, se vuelve cianótico y pierde el conocimiento sin causa aparente

El manejo de la obstrucción de la vía aérea superior debe ser enseñado dentro del contexto de soporte vital básico (SVB).

- Reconocimiento de una obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño

El reconocimiento oportuno de la obstrucción de la vía aérea es la clave para tener éxito en el tratamiento. Es importante distinguir esta emergencia de: desmayo, accidente vascular encefálico (AVE), ataque cardíaco, epilepsia, sobredosis de drogas u otras condiciones que producen insuficiencia respiratoria aguda, pero que requieren de otro tipo de tratamiento.

Los cuerpos extraños pueden producir una obstrucción parcial o completa de las vías aéreas.

- Obstrucción parcial

En ella, la víctima puede conseguir «un buen intercambio de aire», permanece consciente y puede toser con fuerza, aunque a menudo tiene un silbido audible. En este caso sólo hay que alentar a la víctima a seguir tosiendo y respirando, sin interferir con los intentos propios por parte de la víctima de expeler el cuerpo extraño, y quedarse con él, vigilando estos intentos. Si persiste la obstrucción parcial de la vía aérea, se debe activar el SEML.

- Obstrucción Parcial con pobre intercambio de aire

Una tos débil e ineficaz, un ruido de tono agudo al inspirar, la dificultad respiratoria progresiva y posiblemente cianosis, debe ser tratada como si fuera una obstrucción completa de la vía aérea.

- Obstrucción completa de la vía aérea

La víctima no puede hablar, respirar, ni toser y posiblemente, se pone cianótica (azulada), se agarra el cuello con el pulgar y los dedos. Hay que enseñar a la población a utilizar este signo, la señal universal de la dificultad respiratoria, cuando se atora. Debe preguntarse a la víctima si está atorado y necesita ayuda. En presencia de una obstrucción completa de la vía aérea, no habrá movimiento de aire, produciéndose la pérdida de conocimiento y la muerte del paciente si no se toman todas las medidas oportunas.

Maniobra de Heimlich con la víctima de pie o sentada

La maniobra de elección para aliviar la obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño, es la aplicación de las compresiones abdominales sub diafragmáticas, llamadas Maniobra de Heimlich.

El reanimador debe pararse detrás de la víctima, abrazar su cintura y realizar lo siguiente: El reanimador debe hacer puño con una mano, con el lado del pulgar colocado contra el abdomen de la víctima en la línea media, por encima del ombligo y bien abajo de la punta del apéndice xifoides. La otra mano se agarra del puño, empujando el abdomen con una compresión rápida hacia arriba. Hay que repetir las compresiones hasta expulsar el cuerpo extraño, o hasta que el paciente pierda el conocimiento. Cada nueva compresión debe constituir un movimiento distinto y separado, aplicada con el objetivo de aliviar la obstrucción.

Esta técnica debe utilizarse solamente en los últimos meses del embarazo o en una víctima marcadamente obesa.

El reanimador debe pararse detrás de la víctima, con sus manos directamente debajo de sus axilas, abrazando el tórax. El reanimador debe colocar el lado del pulgar de un puño sobre la mitad del esternón del paciente, evitando el xifoides y los rebordes de la caja torácica. Luego debe agarrar el puño con la otra mano, realizando compresiones hacia atrás, hasta expulsar el cuerpo extraño o hasta que la víctima pierda el conocimiento.

Maniobra de Heimlich practicada por la propia persona (auto - Heimlich)

Cuando una persona sufre un atragantamiento completo, podrá intentar practicar el auto Heimlich con la finalidad de tratar su propia obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE), teniendo en cuenta las siguientes consideraciones: la víctima cierra el puño de una mano, coloca el lado del pulgar sobre el abdomen por arriba del ombligo y por abajo del apéndice xifoides, sujeta el puño con la otra mano, y presiona hacia adentro y arriba, hacia el diafragma, con un movimiento rápido. Si esto no es efectivo, la persona debe comprimir rápidamente la parte superior del abdomen contra una superficie firme, como el respaldo de una silla, el costado de una mesa o la baranda de una galería. Pueden ser necesarias varias compresiones para despejar la vía aérea.

Manejo de la obstrucción total de la vía aérea en víctima inconsciente:

Si la víctima pierde la conciencia y se desploma, la técnica recomendada son las compresiones torácicas y luego se revisa la boca para verificar si se expulsó el cuerpo extraño y si la víctima ha recuperado la ventilación espontánea.

Este ciclo de compresiones se efectúa hasta 5 veces, luego de lo cual, se recomienda evaluar el pulso y realizar la RCP completa si es necesario, es decir, intentar ventilar y comprimir.

– Compresiones torácicas con la víctima acostada. (Paciente inconsciente con embarazo avanzado o muy obeso).

El reanimador debe colocar al paciente en decúbito dorsal, arrodillándose a su lado. La posición de las manos es igual a la utilizada para las compresiones cardíacas. En

el adulto, por ejemplo, el talón de una mano se ubica sobre la mitad inferior del esternón. Cada compresión debe aplicarse bruscamente y por separado, con el claro objetivo de aliviar la obstrucción al igual que la víctima inconsciente normal.

Barrido digital (Maniobra del gancho)

Esta maniobra debe hacerse solamente en la víctima inconsciente, nunca en una víctima consciente o que presenta convulsiones. Con la víctima boca arriba, el reanimador debe abrir su boca, agarrando la lengua y la mandíbula entre el pulgar y los dedos, elevando la mandíbula. Esta acción desplaza la lengua fuera de la garganta y con ella el cuerpo extraño que pudiera estar a ese nivel. Esto por sí solo puede aliviar en parte la obstrucción. Luego el reanimador introduce el dedo índice de la otra mano a lo largo de los carrillos, profundamente hacia la faringe y hasta la base de la lengua. Se forma un gancho con el dedo para desplazar el cuerpo extraño hacia la boca y de allí poder extraerlo con facilidad. A veces es preciso usar el índice para empujar el cuerpo extraño contra el lado opuesto de la garganta para poder extraerlo. Si el cuerpo extraño está dentro del alcance del reanimador, lo debe atrapar extraer, pero hay que tener cuidado de no introducirlo más en la vía aérea.

Secuencia recomendada para la víctima que está inconsciente o que se vuelve inconsciente.

Si el desmayo tiene testigos y se sospecha la presencia de un cuerpo extraño:

- El reanimador debe abrir la boca y realizar un barrido digital y luego intentar ventilar a la víctima.
- Si la víctima no puede ser ventilada aún después de los intentos de re posicionar la vía aérea, (hasta cinco veces) debe realizarse compresiones torácicas.
- Hay que abrir la boca de la víctima para realizar un barrido digital nuevamente.
- Se intenta de nuevo la ventilación.
- Se repite la secuencia compresiones torácicas, barrido digital e intentos de ventilación.

Estas acciones deben repetirse y continuarse por el tiempo que sea necesario. Verifique pulso después de haber intentado cinco veces las compresiones torácicas, si no hay, inicie RCP completa. ⁽¹⁶⁾

2.2.5 Enfermedades Médicas

Son los que tiene una mayor relevancia en la práctica diaria durante la consulta odontológica, son las siguientes:

a. Emergencias – urgencias neurológicas

Síncope

Perdida brusca de conocimiento y de tono muscular, de corta duración, con recuperación espontánea, provocada por la disminución o interrupción del flujo cerebral globalmente. ⁽¹⁷⁾

Es el más frecuente, especialmente en jóvenes sanos. Desencadenado por factores emocionales, ansiedad excesiva al tratamiento dental, dolor repentino e inesperado, visión de sangre o instrumento quirúrgico, cansancio, hambre, ambiente caluroso y húmedo. ⁽¹⁸⁾

Signos y síntomas:

- Palidez
- Mareos
- Vómitos y náuseas
- Diaforesis
- Debilidad general
- Pupila dilatada
- Disminuye la frecuencia cardíaca
- Desciende la presión arterial
- Pulso débil
- Pérdida de conciencia breve e irreversible. ⁽¹⁹⁾

Manejo:

- Chequear los signos vitales para asegurarse que se está frente a un cuadro sincopal y no un paro cardíaco, accidentes cerebrovasculares o reacción anafiláctica.
- Aflojar la ropa apretada.
- Colocar al paciente en posición horizontal, supina, con elevación de los miembros inferiores (posición de Tren de lemburg).
- Mantener la comunicación con el paciente, dándole un estímulo no violento para que reaccione.
- Poner una torunda de algodón empapada de alcohol en la nariz del paciente para que despierte.
- Una vez que el paciente reaccione se debe de vigilar por lo menos por media hora los signos vitales para asegurarse que se encuentra bien.
- Si el paciente no reacciona se debe llamar al emergencias, mientras se revisa que no haya nada que obstruya la entrada de aire en las vías aéreas, y se retiran las prótesis dentales, si hubiera.⁽³⁾

Crisis convulsiva

Las crisis epilépticas son síntomas de disfunción cerebral que producen una descarga hipersincrónica o paroxística de un grupo de neuronas hiperexcitables, localizadas en la corteza cerebral.

- Idiopática: (sin una causa definida), es común que inicien antes de los 20 años, no se suelen encontrar otros problemas cerebrales, es frecuente la herencia familiar.
- Genética: A menudo se presentan problemas del desarrollo y tienen antecedentes heredofamiliares.
- Sintomáticas: Puede ser el síntoma clínico de otros problemas orgánicos: traumatismos, malformaciones congénitas, lesiones cerebrales,

anomalías metabólicas (diabetes mellitus, insuficiencia renal, deficiencias nutricionales, entre otras), tumores o infecciones (meningitis).⁽¹⁹⁾

Signos y síntomas:

- Movimientos tónico-clónicos
- Secreciones bucales, vómitos y mordedura de lengua
- Pérdida del control de esfínteres
- Pérdida de la conciencia
- Dificultad respiratoria.⁽²⁾

Manejo:

- Retirar instrumentos y materiales dentales, u objetos con los que el sujeto pueda lastimarse.
- No movilizar del sillón dental, si no está allí colocarlo en el suelo y de costado para evitar la broncoaspiración.
- No interferir en sus movimientos.
- Evitar que se golpee la cabeza o extremidades colocando almohadones.
- Mantener permeable la vía aérea.
- Si se prolonga más de 5 minutos administrar oxígeno con mascarilla.
- Llamar a un servicio de urgencia si la crisis dura más de 15 min o si se repite una crisis tras otra. I
- Luego de la crisis permitir que descanse. Evaluar el grado de vigilia y orientación.

No se debe hacer:

- Colocar objetos en la boca, gasas o baja lenguas.
- Tratar de sujetar la lengua.
- Inmovilizar bruscamente.
- Suministrar líquidas al paciente durante la crisis o después de ella.⁽¹⁷⁾

b. Emergencias – urgencias cardiovasculares

Crisis hipertensiva

Se define como emergencia hipertensiva a la presencia de una presión arterial elevada que provoca daño a un órgano blanco como disección aórtica, insuficiencia cardiaca, enfermedad coronaria sintomática, daño renal progresivo o enfermedad cerebrovascular. En general acontece un daño a órgano blanco cuando la sistólica se eleva > 220 mm Hg o la diastólica está por encima de 120 mm Hg. Este trastorno es una exacerbación aguda de una hipertensión crónica.

La urgencia hipertensiva se define como la presión arterial en el mismo rango que la emergencia hipertensiva, aunque sin la progresión rápida de daño a órganos. Ocurre con frecuencia en pacientes con hipertensión crónica grave con mal controlada. Si la persona está asintomática desde el punto de vista clínico estable, se puede manejar de forma ambulatoria en los días siguientes con una vigilancia estrecha. En esta enfermedad es esencial el control de la hipertensión, pero esto se puede lograr con fármacos por vía oral sin que se requiera manejo en una unidad de terapia intensiva.

Clasificación de la hipertensión arterial en adultos según ⁽¹⁹⁾

Clasificación de la hipertensión arterial en adultos		
Clasificación	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Presión arterial Optima	<120	<80
Presión arterial normal	120 a 129	80 a 84
Presión arterial normal alta	130 a 139	85 a 89
Hipertensión etapa 1	140 a 159	90 a 99
Hipertensión etapa 2	160 a 179	100 a 109
Hipertensión etapa 3	>180	>110

Fuente: Richard A. Walsh & R. A. Harrington: Diagnosis and Treatment of Hypertension. En: Valentin Fuster, (Hill, 2011).

Signos y síntomas:

- Malestar general
- Disnea
- retinopatía
- Opresión torácica
- Mareos
- Alteración del ritmo cardiaco
- Palpitaciones
- Dolor de cabeza
- Presión arterial elevada. ⁽²⁾

Manejo:

- Colocar al paciente en posición supina.
- Administrar Captopril sublingual molido (tab 25 mg): un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina
- Si a los 30 minutos no hay mejoría referirlo al centro médico más cercano. ⁽¹⁹⁾

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. ⁽²⁰⁾

Signos y síntomas:

- 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. ⁽²⁰⁾

Manejo:

- Mantener al paciente en reposo
- Nitroglicerina sublingual (3 tabl. 0,5 mg) hasta 3 dosis con intervalos de 5 min (el efecto máximo se logra a los 20 min)
- Si no mejora después de la tercera dosis, se debe referir a un centro hospitalario.⁽²⁰⁾

Infarto Agudo de Miocardio

Representa una urgencia médica que requiere hospitalización inmediata del paciente en una unidad de cuidados intensivos. Constituye la necrosis miocárdica isquémica habitualmente ocasionada por la reducción súbita de la irrigación sanguínea coronaria debida a la oclusión trombótica de una de estas arterias.⁽¹⁹⁾

Signos y síntomas:

- El dolor es retroesternal, en la región precordial, de tipo opresivo.
- 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.
- Dolor intenso, que dura más de 30 min, que no se alivia con el uso de nitroglicerina sublingual, ni con el reposo.
- Aparece diaforesis, puede producir náuseas, vómitos, fatiga y palpitaciones.⁽²⁰⁾

Manejo:

- Mantener al paciente en reposo.
- Alivio del dolor: Morfina (amp de 10 y 20 mg) IM.
- Aplicar una dosis ácido acetilsalicílico de 325mg triturada.
- Chequear tensión arterial y pulso radial cada 30 min o 1 hora.
- Oxígeno a 3 L/ minutos
- Referir al hospital.⁽²⁰⁾

Muerte súbita cardíaca

Estado patológico de causa cardíaca o extra cardíaca 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. ⁽²⁰⁾

Signos y síntomas:

- Desaparición de los pulsos carotídeos y femorales.
- Detención de las incursiones respiratorias.
- Desaparición de los ruidos cardíacos.
- Palidez cutáneo-mucosa intensa.
- Cianosis.
- Pérdida repentina del conocimiento
- Dilatación pupilar ⁽²⁰⁾

Manejo:

- Llamar al número de emergencias médicas del centro de salud más cercano para una ayuda más especializada.
- Realizar reanimación cardiopulmonar. ⁽²⁰⁾

Accidente cerebro-vascular

El infarto cerebral ocurre por la obstrucción de un vaso sanguíneo, y dentro de la clasificación etiológica se incluye la aterosclerosis de grandes arterias, las cuales muestran estenosis u oclusión de la luz arterial por un émbolo o trombo. En el cardio embolismo, el émbolo proviene del corazón o de la porción proximal de la aorta; en la enfermedad de pequeños vasos, el paciente presenta un síndrome lacunar (por ejemplo, hemiparesia motora pura, síndrome sensitivo puro), sin disfunción cortical y una historia de diabetes mellitus o hipertensión arterial. Hay otras causas que permanecen indeterminadas o son menos frecuentes.

En presencia de antecedentes personales de tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus o cardiovasculares (por ejemplo, fibrilación auricular y anomalías electrocardiográficas) el riesgo promedio para una persona de 70 años de edad se incrementa hasta alcanzar 80% para una enfermedad cerebro-vascular de tipo isquémico. ⁽¹⁹⁾

Signos y síntomas:

- Hemiparesia
- Hemiplejia
- pérdida de la visión transitoria de un ojo.
- Visión doble
- Vértigo
- Ataxia
- trastornos del lenguaje tanto en su recepción como en su expresión ⁽¹⁹⁾

Manejo:

- Acostar al paciente en posición de Trendelenburg.
- Aplicar dosis de Nitroglicerina si tiene hipertensión.
- Referir a un centro hospitalario. ⁽¹⁹⁾

c. Emergencias – urgencias de origen alérgico

Reacciones al anestésico local

Los anestésicos locales son sales, por lo general clorhidratos, que cuando se inyectan localmente en concentraciones adecuadas, alteran de forma reversible la permeabilidad y excitabilidad de la membrana así como la despolarización eléctrica del potencial de acción, produciendo anestesia de la zona.

Absorción. Depende de diferentes factores: dosis, sitio en dónde se aplica la inyección y si se le añade o no una sustancia vasoconstrictora.

Distribución. Se relaciona con volumen del anestésico, concentración, velocidad de la inyección y sitio en donde se administra. La distribución también depende de la forma unida a dos proteínas; la primera es la α 1-glicoproteína ácida y la segunda es la albúmina.

Metabolismo. Los anestésicos de tipo éster son metabolizados por las pseudocolinesterasas plasmáticas, y los anestésicos locales del tipo amida poseen cinética bicompartimental o tricompartmental y su metabolismo es a nivel microsomal hepático.

Excreción. Puede ser por vía hepática o pulmonar, aunque la más frecuente es por la orina.

Las alergias en los anestésicos locales en la mayoría de los casos suelen ser leves, si se llegase a complicar actuar como shock anafiláctico. ⁽¹⁹⁾

Signos y síntomas:

- Prurito y/o urticaria.
- Erupción cutánea. ⁽¹⁹⁾

Manejo:

- Evaluar los signos vitales.
- Administrar un antihistamínico difenhidramina IM o EV. ⁽¹⁹⁾

Shock anafiláctico

La anafilaxia es una reacción sistémica aguda que amenaza la vida por diversos mecanismos, presentaciones clínicas y la participación de múltiples sistemas orgánicos. Recién se le ha definido como una “reacción alérgica grave rápida en su inicio y que puede causar la muerte.

Se necesita una cantidad muy pequeña de antígeno para provocar la liberación de diversos mediadores bioquímicos, tales como histamina, proteasas neutras, prostaglandinas, leucotrienos, y otras quimiocinas y citosinas. Estos mediadores son los responsables de los signos y síntomas de la anafilaxia. Las reacciones

anafilácticas no relacionadas con la IgE liberan mediadores similares y pueden causar una patología idéntica. Los síntomas suelen ocurrir en los 20 min posteriores a una exposición anafiláctica, pero el intervalo puede variar.

Agentes desencadenantes de reacciones anafilácticas y anafilactoides

- Comunes. Alimentos (por ejemplo, cacahuete, pescado, mariscos, leche, huevo y bisulfitos), picaduras de insectos, medicamentos (por ejemplo, antibióticos, antiinflamatorios no esteroideos, ácido acetilsalicílico, opioides, anestésicos generales, medios de contraste radio- gráficos, protamina, bloqueadores neuromusculares, látex, ejercicio).
- Poco comunes. Anestésicos locales.
- Raros. Óxido nitroso, benzodiazepinas, antihistamínicos. ⁽¹⁹⁾

Signos y síntomas:

- Hipotensión arterial
- Nauseas
- eritema,
- disnea
- prurito
- pulso débil y rápido,
- alteraciones gastrointestinales,
- broncoespasmo,
- taquicardia
- pérdida de conciencia.
- Arritmias cardíacas
- Perdida de la conciencia. ⁽¹⁹⁾

Manejo:

- Colocar al paciente en posición supina.
- abrir la vía aérea y evaluar si la respiración es espontánea y adecuada.
- Si el paciente no está respirando, el profesional debe administrar oxígeno.
- Monitorear pulso y presión sanguínea.

- Administrar Hidrocortisona 500 mg IM. ⁽²¹⁾

d. Emergencias - Urgencias Respiratorias

Síndrome de Hiperventilación

Se define como aumento de la PaO₂ (presión arterial de oxígeno) y decremento de la PaCO₂ (presión arterial de bióxido de carbono), ocasionados por incremento de la frecuencia o profundidad de las respiraciones. Esto puede ocurrir con ansiedad o pánico. El hecho de experimentar estas emociones son las razones usuales por las que existe la posibilidad de hiperventilar. Sin embargo, la respiración rápida algunas veces es un síntoma de una enfermedad o situación que debe atenderse, como sangrado, trastorno pulmonar o cardíaco, cetoacidosis diabética e infección. En la consulta odontológica puede suscitarse una verdadera urgencia cuando la ansiedad por el manejo de las diferentes patologías de la cavidad oral causa hiperventilación. Es igual de frecuente en la mujer que en el varón, y se presenta en alrededor de 9% de los pacientes entre los 15 y 45 años de edad. ⁽¹⁹⁾

Signos y síntomas:

- Aumento de la frecuencia respiratoria
- Ansiedad, tensión
- taquicardia
- Presenta palpitaciones
- Dolor precordial
- Disnea
- Nauseas
- Mareos
- Trastornos visuales
- Espasmos musculares. ⁽¹⁹⁾

Manejo:

- En primer lugar, se busca prevenir este tipo de complicaciones, evitando exponer al paciente al contacto visual del instrumental, medicamentos, etc., que pueden ponerlo tenso o nervioso
- Tranquilizar verbalmente al paciente, retire de su cavidad oral materiales
- Le da respiración guiada (Técnica de respiración dentro de una bolsa)
- se valora la administración de un ansiolítico, continúa con el tratamiento dental si el paciente está de acuerdo o le programa otra cita. ⁽¹⁹⁾

Crisis Asmática

Es un trastorno crónico inflamatorio caracterizado por una obstrucción reversible de vías aéreas.

- Asma extrínseca (alérgica): se presenta en niños y adultos jóvenes, y afecta de 35 a 50% de los asmáticos; muchos de estos pacientes tienen un componente alérgico.
- Asma intrínseca (idiopática, no alérgica): es frecuente en personas menores de 35 años de edad, es de etiología endógena como estrés emocional, reflujo gastroesofágico, entre otros.
- Asma inducida por fármacos: como ácido acetilsalicílico, antiinflamatorios no esteroideos (AINES), entre otros.
- Asma inducida por ejercicio: usualmente en niños, y aunque se desconoce su fisiopatología, los cambios de temperatura, como en la exposición al aire frío, provocan hiperreactividad bronquial.
- Asma relacionada con infecciones: se presenta con una respuesta inflamatoria a virus, bacterias y hongos.

La obstrucción de la vía aérea es el resultado de broncoespasmo, inflamación de mucosa bronquial, hipersecreción mucosa y producción de esputo.

Los cambios histopatológicos traen como consecuencia disminución del diámetro de la vía aérea, incremento de la resistencia de ésta y dificultad para la respiración.

⁽¹⁹⁾

Signos y síntomas:

- Tos seca
- Sensación de congestión pulmonar
- Sibilancias
- Inquietud y ansiedad, Confusión
- Diaforesis
- Cianosis
- aleteo nasal
- elevación de la presión arterial
- Taquicardia
- Taquipnea
- Diaforesis profusa. ⁽¹⁹⁾

Manejo:

- Sentar al paciente.
- Retirar todos los objetos dentales de la boca
- Le pregunta al paciente si trae su medicación. si la respuesta es negativa le da Oxígeno 3L/min.
- Administrar un broncodilatador (Salbutamol), 2 inhalaciones, repetir cada 5 minutos hasta el efecto.
- Adrenalina subcutánea o intramuscular, 0.3 mL 1:1 000.
- Si los síntomas persisten referir al centro hospitalario más cercano. ⁽¹⁹⁾

e. Emergencias – Urgencias de naturaleza endocrina

Crisis hipoglucemia

Es la complicación más frecuente que puede ocurrir en el consultorio. Si las concentraciones de insulina o de los fármacos antidiabéticos exceden las necesidades fisiológicas, el paciente puede experimentar una grave disminución en sus concentraciones de glucosa en sangre. El máximo riesgo de hipoglucemia ocurre durante los periodos elevados de actividad de la insulina. La hipoglicemia se define estrictamente como glucemia <70 mg/dL. ⁽¹⁹⁾

Estos enfermos se asocian por sus patologías bucodentarias, las cuales están relacionadas con gingivitis, periodontitis y conlleva con mucha frecuencia a la actuación del facultativo. Durante la consulta con el odontólogo el estrés, el miedo y la estimulación dolorosa pueden provocar alteraciones metabólicas. ⁽²²⁾

La gravedad de la hipoglucemia se divide en:

- Leve: aquel episodio en que el tratamiento es aplicado por el mismo paciente.
- Grave: evento en que las acciones necesariamente deben ser implementadas por otra persona; por lo general con glucemia entre 40 y 50 mg/dL.
- Coma. ⁽¹⁹⁾

Signos y síntomas:

- Hambre
- palidez
- Confusión
- No hay aliento alcohólico
- Cefalea
- irritabilidad
- Pulso acelerado
- Sudoración, palpitaciones, temblor y ansiedad. ⁽¹⁹⁾

Manejo:

- Preguntarle al paciente si tomó la medicación adecuada o si no se ha saltado ninguna comida.
- Si está consciente darle azúcar carbohidratos; refrescos dulces o glucosa oral 1 tableta de 20g repetir la dosis cada 15 o 20 minutos.
- Si el paciente no está en condiciones de tolerar vía oral administrarle 1g/kg de dextrosa (50g), seguido de una infusión de glucosa al 5 o 10%, buscando mantener una glucosa sérica arriba de 100mg/dl.
- se debe repetir la determinación de la glucosa c/ 30 min. durante las primeras horas del tratamiento.

- El glucagón IM o SC está indicado sólo en diabéticos tipo 1, ya que además de inducir la glucogenólisis, promueve la liberación de insulina; la dosis de elección es 1 mg por las vías antes mencionadas. ⁽¹⁹⁾

Crisis hiperglucémica

Crisis hiperglucémicas, cetoacidosis (relacionada principalmente con DM tipo 1) y estado hiperosmolar no cetósico (asociado a DM tipo 2) son complicaciones con inicio y evolución más prolongados que las crisis hipoglucémicas.

El manejo de una hiperglucemia requiere intervención médica con monitorización y uso de insulina. El cuadro clínico por lo general incluye síntomas inespecíficos, haciéndose necesaria la determinación de la glucemia para realizar el diagnóstico.

Con excepción de procedimientos agresivos, como exodoncias y endodoncias, de preferencia se deberán emplear anestésicos locales sin vasoconstrictor. ⁽¹⁹⁾

Signos y síntomas:

- Piel y boca seca y enrojecida
- Cefalea
- Poliuria
- Polifagia
- polidipsia
- Taquicardia
- Fatiga
- Visión borrosa
- Desorientación y somnolencia ⁽¹⁹⁾

Manejo:

- Llamar a emergencias médicas.
- Administrar líquidos sin azúcar.
- Si el paciente está inconsciente asegurar la permeabilidad de la vía aérea y administrarle oxígeno a 5 litros por minuto. ⁽²⁾

2.2.6 Escala de grado de riesgo del paciente

Es indispensable valorar el grado de riesgo de cada paciente, por lo que el odontólogo debe estar familiarizado con la escala del grado de riesgo de la Sociedad Americana de Anestesiólogos.

Escala del grado de riesgo del paciente.⁽¹²⁾

ASA PS*	DEFINICION	EJEMPLOS	RECOMENSACIONES TRATAMIENTO
1	Paciente normal y saludable	-	Ninguna precaución especial
2	Paciente con enfermedad sistémica leve	-Embarazo - buen control de DM tipo 2. - Epilepsia. - Asma. - Disfunción Tiroidea. - T.A 140 – 90 a 159-94 mmHg.	Atención electiva; considerar modificación del tratamiento.
3	Paciente con enfermedad sistémica severa que limita actividades pero no es incapacitante.	- Angina de pecho estable. - Post-infarto de miocardio. - Asma inducida por ejercicio. - DM Tipo 1 (controlado). - Epilepsia (bien controlada). - Disfunción tiroidea sintomática. - TA 160-95 a 195-114 mmHg.	Atención efectiva; consideración seria al tratamiento modificado.
4	Paciente con una enfermedad sistémica incapacitante que amenaza constante la vida	- Angina de pecho inestable. - Post-infarto de miocardio < 6 meses. - Convulsiones no controladas. - TA >200/>115 mmHg	Atención efectiva contraindicada; atención de emergencia: no invasiva: (ejemplo: fármacos) o en un ambiente controlado.
5	Paciente moribundo no sobrevive 24 horas son cirugía	- Cáncer en etapa final. - Enfermedades infecciosas en etapa terminal. - Enfermedades cardiovasculares en etapa terminal. - Disfunción hepática en etapa terminal.	Cuidados paliativos

Fuente :Sociedad Americana de anesteologia (ASAPS).2011

Habitualmente suelen aceptarse como pacientes pertenecientes a los grupos I y II, aunque no parece que pueda excluirse por sistema a los del grupo III, siempre y cuando se hallen compensados de su proceso patológico en el momento de ser intervenidos. Si se presenta una situación en la que el paciente pierde el conocimiento durante la práctica, se evalúa el historial médico relacionado con la situación de riesgo para llegar a un buen diagnóstico. ⁽¹⁾

2.2.7 Componentes del botiquín para emergencias - urgencias médicas en el consultorio dental.

a. Medicamentos

- 2 Amp. Adrenalina 1:1000
- 2 Amp. Atropina (1 mg)
- 2 Amp. Lasix (20 mg)
- 1 Amp. Clorotrimeton (10mg)
- 1 Amp. Ketorolaco (30 mg)
- 1 Amp. Agua inyectable (5 ml)
- 2 Amp. Flebocortid (100 mg) ·
- Amp. Lidocaína (2%) ·
- Disp. Salbutamol Spray ·
- Fco Bicarbonato de sodio (7.5%)
- 2 Fcos. Sol glucosada al 5% (250ml)
- 2 Tab. Ketorolaco sublingual (30 mg)
- 3 Tabs. Isorbid Sublingual (5 mg)
- 3 Tabs. Nitroglicerina Sublingual (0.8 mg)
- 3 Tabs. Nifedipina Sublingual (10 mg)
- 1 frasco ampula de tabletas de hidrocortisona MR 100 mg
- Diazepam. (21,23)

b. Equipo de Apoyo Respiratorio

- 1 Ambú.
- Equipo de oxígeno
- 1 Mascarilla Laríngea.
- 1 Cánula de Guedel. ⁽²¹⁾

- c. Equipo de Toma de Signos Vitales
 - Baumanómetro aneroide.
 - 1 Estetoscopio.
 - Termómetro.⁽²¹⁾

Todos estos equipos y medicamentos se pueden deteriorar o expirar por lo que debemos ejecutar un sistema de revisión anual de su frescura y funcionamiento.

2.3 Definición de Términos Básicos

- 1 **Emergencia:** Son eventos o complicaciones que se presentan súbitamente, que de no ser tratadas o de no tomar las medidas rápidas pertinentes, presentarán un desenlace fatal para el paciente.
- 2 **Manejo farmacológico:** Son aquellas acciones que se realizan de forma correcta en la administración de un fármaco, y pueda contrarrestar eficazmente una situación de emergencia.
- 3 **Broncoespasmo:** Contracción del músculo liso bronquial, capaz de producir estrechamiento de las vías aéreas.
- 4 **Disnea:** Sensación subjetiva de falta de aire.
- 5 **Hemiparesia:** debilidad de la mitad del cuerpo.
- 6 **Hemiplejía:** parálisis completa del hemicuerpo.
- 7 **Vértigo:** sensación de que las cosas giran.
- 8 **Ataxia:** falta de coordinación en la marcha.
- 9 **Prurito:** Sensación de picazón, picor. Puede producirse por reacciones alérgicas.

CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de hipótesis y derivados

3.1.1 Hipótesis General

Los conocimientos, actitudes y prácticas respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 – II, es mala.

3.1.2 Hipótesis secundaria

3.1.2.1 Los conocimientos, respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 – II, es mala.

3.1.2.2. Las actitudes respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 – II, es mala.

3.1.2.3. Las prácticas respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 – II, es mala.

3.2 variables; dimensiones e indicadores y definición conceptual y operacional

VARIABLES	DEFINICION DE CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIAS
Conocimientos respecto al manejo de Emergencias – Urgencias médicas durante la consulta odontológica	Es aquella información o saber que una persona posee y que es necesaria para llevar a cabo una actividad.	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimientos sobre crisis hipertensiva. - Conocimientos sobre Reanimación cardiopulmonar. - Conocimientos sobre infarto de miocardio. - Conocimientos sobre una reacción alérgica ante una anestesia local. - Conocimientos sobre hipoglucemia. - Conocimientos sobre crisis asmática. - Conocimientos sobre shock anafiláctico. - Conocimientos sobre accidente cerebro vascular. 	<p>Se evaluará cada pregunta como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Correcta - Incorrecta 	Ordinal	<p>Malo(0-3 puntos) Regular(4-7 puntos) Bueno(8-10 puntos)</p>
Actitudes respecto al manejo de Emergencias médicas- Urgencias médicas durante la consulta odontológica.	Las actitudes no son en sí mismas respuestas sino estados de disposición a responder.	<ul style="list-style-type: none"> - Ítems relacionados a Emergencias – Urgencias más frecuentes durante la consulta odontológica. 	<p>Se evaluará cada ítem como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muy de acuerdo - Ni de acuerdo/Ni en desacuerdo. - Muy en desacuerdo 	Nominal	<p>Adecuada Inadecuada</p>
Prácticas respecto al manejo de Emergencias – Urgencias médicas durante la consulta odontológica.	Las prácticas son una serie de comportamientos relacionados. Es una acción explícita y observable que una persona ejecuta en circunstancias específicas.	<ul style="list-style-type: none"> - Prácticas respecto al manejo de síncope. - Practicas respecto al manejo de la obstrucción la vía Aérea por cuerpo extraño - Practicas respecto al manejo de una crisis asmática. - Practicas respecto al manejo de reanimación cardiopulmonal. - Practicas respecto al manejo de una hiperventilación. - Practicas respecto al manejo de una crisis hipertensiva. - Practicas respecto al manejo de un shock anafiláctico. - Practicas respecto al manejo de una crisis hipergluce mica. - Practicas respecto al manejo de una crisis hipoglucemica. - Practicas respecto al manejo de un paro cardiaco. 	<p>Se evaluará cada pregunta como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Correcta - Incorrecta 	Ordinal	<p>Malo(0-3 puntos) Regular(4-7 puntos) Bueno(8-10 puntos)</p>
Clínica de adulto	Practicas preprofesionales de la carrera de Estomatologia			nominal	I y II

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

4.1.1 Tipo de investigación

La investigación puede ser de varios tipos, y se puede clasificar de distintas maneras, dada la naturaleza compleja de los fenómenos estudiados, por lo general, para abordarlos es necesario aplicar no uno sino una mezcla de diferentes tipos de investigación. El presente estudio reúne las condiciones metodológicas de una investigación no experimental cuantitativa aplicada.

No experimental: en esta investigación solo se observa los efectos sobre situaciones ya existentes.

Cuantitativa: Examinamos datos de manera numérica, se utilizó en el campo de la estadística. Por lo tanto esta investigación existe claridad en los elementos del problema.

Aplicativa: obtuvimos y recopilamos información para construir una base de conocimientos que se agrega a la información ya existente.

4.1.2 Nivel de investigación

Esta investigación es descriptivo correlacional: Buscamos especificar las propiedades, las características y los perfiles de los estudiantes, que se sometieron al análisis, conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables.

4.1.3 Método

Hipotético deductivo: Tiene varios pasos esenciales: observación del fenómeno a estudiar, creación de una hipótesis para explicar dicho fenómeno, deducción de consecuencias o proposiciones más elementales que la propia hipótesis, y

verificación o comprobación de la verdad de los enunciados deducidos comparándolos con la experiencia. ⁽⁶⁾

Método estadístico: Proceso de obtención, representación, simplificación, análisis, interpretación y proyección de las características, variables o valores numéricos de un estudio o un proyecto de investigación para una mejor comprensión de la realidad y una optimización en la toma de decisiones. ⁽⁷⁾

4.2 Diseño muestral, matriz de consistencia

4.2.1 Población

La población bajo estudio estuvo conformada por todos los estudiantes de la clínica Estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 – II.

– Criterios de inclusión

Estudiantes de estomatología matriculados en el 2016 y cursando la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre - 2016 II, que aceptaron la aplicación del cuestionario y como muestra de ello firmaron un consentimiento informado.

– Criterios de exclusión

Estudiantes de estomatología matriculados en el 2016 y cursando la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima – semestre 2016 II, que no se encontraron en el momento de la aplicación.

4.2.2 Muestra

- Determinación del tamaño muestral

Consiste el tamaño de la población bajo estudio, se tomara el 100% de esta población que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

- Selección de los miembros de la muestra

Formado por la relación de los estudiantes que cursan la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima, matriculados en el año académico 2016 proporcionada por la unidad de registro técnico de la escuela profesional de estomatología.

4.2.3 matriz de consistencia

TEMA	PROBLEMA	OBJETIVOS		METODOLOGIA
		GENERAL	ESPECIFICA	
Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 - II.	¿Cuáles son Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta Odontológica en los estudiantes de la clínica Estomatológica integral del Adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 - II?.	Determinar el nivel de Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta Odontológica en los estudiantes de la clínica Estomatológica integral del Adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 - II.	Identificar el nivel de conocimiento respecto al manejo de emergencias-urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica Estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 - II.	TIPO DE INVESTIGACION <ul style="list-style-type: none"> - No experimental - Cuantitativa - Aplicativa. NIVEL DE INVESTIGACION <ul style="list-style-type: none"> - Descriptivo - Correlacional MÉTODO <ul style="list-style-type: none"> - Hipotético deductivo - Método estadístico
			Identificar las actitudes respecto al manejo de emergencias-urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica Estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 - II.	
			Identifica las prácticas respecto al manejo de emergencias-urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la Clínica Estomatológica Integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 - II.	

4.3 Técnica e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad

Se utilizó un cuestionario estructurado y organizado por el investigador el cual tuvo criterios de calificación, validado a juicio de expertos y de confiabilidad mediante el test Alpha de Cronbach. Se evaluó a los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 - II. Consta de 30 preguntas; 10 en los componentes de conocimientos, actitudes y prácticas respectivamente.

La puntuación para evaluar la actitud se basa en la escala de Likert de 3 puntos. Conocimientos sobre emergencias - urgencias médicas durante la consulta odontológica:

Calificación:

- Malo (0-3 puntos)
- Regular (4-7 puntos)
- Bueno (8-10 puntos)

Actitudes sobre emergencias - urgencias médicas durante la consulta odontológica:

Calificación

- Adecuada
- Inadecuada

Prácticas sobre emergencias – urgencias médicas durante la consulta odontológica

Calificación

- Malo (0-3 puntos)
- Regular (4-7 puntos)
- Bueno (8-10 puntos)

4.4 Técnicas de procesamiento de la información

Para la ejecución:

1º Se reprodujo el instrumento para la investigación (cuestionario) en un número no menor de 160 copias.

2º El cuestionario se tomó a cada uno de los estudiantes, según su disponibilidad de tiempo libre dentro de sus actividades en la clínica estomatológica integral del adulto.

3º Por último, se procedió a la reunión de todos los cuestionarios desarrollados por los estudiantes, para su posterior calificación, foliación y tabulación de los datos obtenidos en el programa de Excel 2010.

4.5 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información

Para la presentación estadística de esta investigación se empleó el programa SPSS 21, en donde se utilizó las siguientes formas de tabulación:

- Para las variables: nivel de conocimientos, actitudes y prácticas respecto al manejo de emergencias-urgencias médicas respectivamente se empleó tablas de contingencias.
- Para las preguntas e ítems de cada variable se empleó Tabla de frecuencia.
- La presentación gráfica de los resultados se realizó a través de gráficos de barras.

CAPITULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis descriptiva, tablas de frecuencia, gráficos.

Tabla N.º 01

Nivel de conocimientos respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 - II.

Nivel de conocimiento		Clínica de Adulto		Total
		I	II	
MALO	Recuento	8	7	15
	% del total	5,0%	4,4%	9,4%
REGULAR	Recuento	47	45	92
	% del total	29,6%	28,3%	57,9%
BUENO	Recuento	26	26	52
	% del total	16,4%	16,4%	32,7%
TOTAL	Recuento	81	78	159
	% del total	50,9%	49,1%	100,0%

Fuente.- Elaborado por el responsable de la investigación.

El total de los estudiantes que participaron en la encuesta es de 159 (100%), distribuidos en 81 estudiantes (50,9%) de la clínica I, y 78 estudiantes (49,1%) de la clínica II.

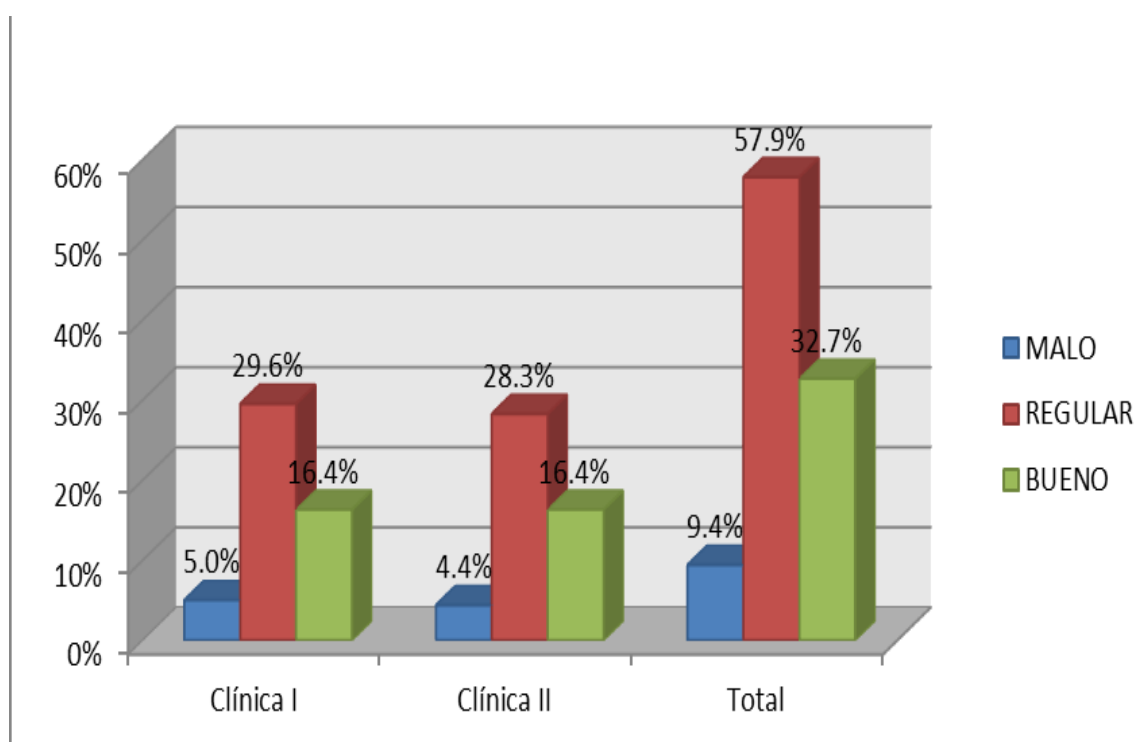
Clínica del adulto I, obtuvo en la categoría malo 5,0%, regular 29,6%, y bueno 16,4%.

Clínica del adulto II, obtuvo en la categoría malo 4,4%, regular 28,3%, y bueno 16,4%.

Se identificó el total del nivel de conocimientos en los estudiantes de la clínica Estomatológica integral del adulto, siendo en la categoría malo un 9,4%, regular 57,9%, y bueno 32,7%.

Grafico N.º 01

Nivel de conocimientos respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 - II.



Fuente.- Elaborado por el responsable de la investigación.

Tabla N.º 02

Actitudes respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 - II.

clínica		ACTITUD		Total
		ADECUADO	INADECUADO	
Adulto I	Recuento	80	1	81
	% del total	50,3%	0,6%	50,9%
Adulto II	Recuento	76	2	78
	% del total	47,8%	1,3%	49,1%
Total	Recuento	156	3	159
	% del total	98,1%	1,9%	100,0%

Fuente.- Elaborado por el responsable de la investigación.

El total de los estudiantes que participaron en la encuesta es de 159 (100%), distribuidos en 81 estudiantes (50,9%) de la clínica I, y 78 estudiantes (49,1%) de la clínica II.

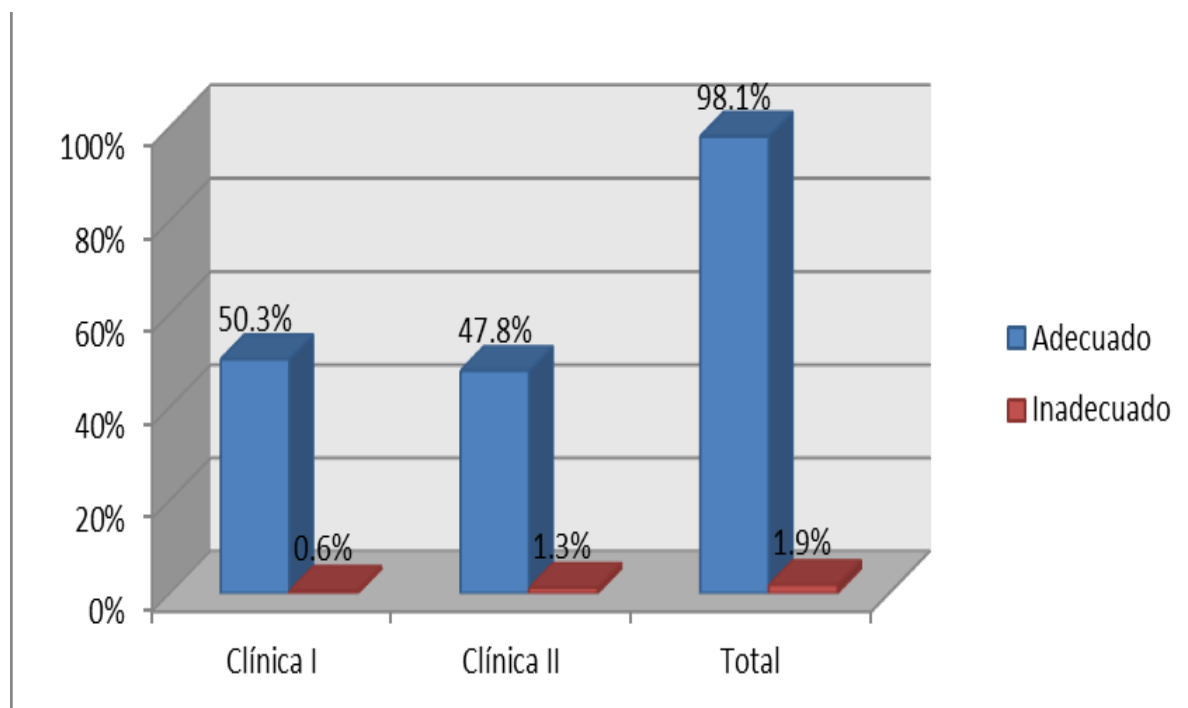
Clínica del adulto I, obtuvo en la categoría adecuado 50,3%, inadecuada 0,6%

Clínica del adulto II, obtuvo en la categoría adecuada 47,8%, inadecuada 1,3%.

Se identificó el total de las actitudes respecto al manejo de emergencias – urgencias médicas durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica Estomatológica integral del adulto, siendo adecuada con un 98,1%, e inadecuada con un 1,9%.

Gráfico N.º 02

Actitudes respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 - II.



Fuente.- Elaborado por el responsable de la investigación.

Tabla N.° 03

Prácticas respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica Estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 - II.

Prácticas		Clínica de Adulto		Total
		I	II	
MALO	Recuento	24	17	41
	% del total	15,1%	10,7%	25,8%
REGULAR	Recuento	47	47	94
	% del total	29,6%	29,6%	59,1%
BUENO	Recuento	10	14	24
	% del total	6,3%	8,8%	15,1%
TOTAL	Recuento	81	78	159
	% del total	50,9%	49,1%	100,0%

Fuente.- Elaborado por el responsable de la investigación.

El total de los estudiantes que participaron en la encuesta es de 159 (100%), distribuidos en 81 estudiantes (50,9%) la de clínica I, y 78 estudiantes (49,1%) de la clínica II.

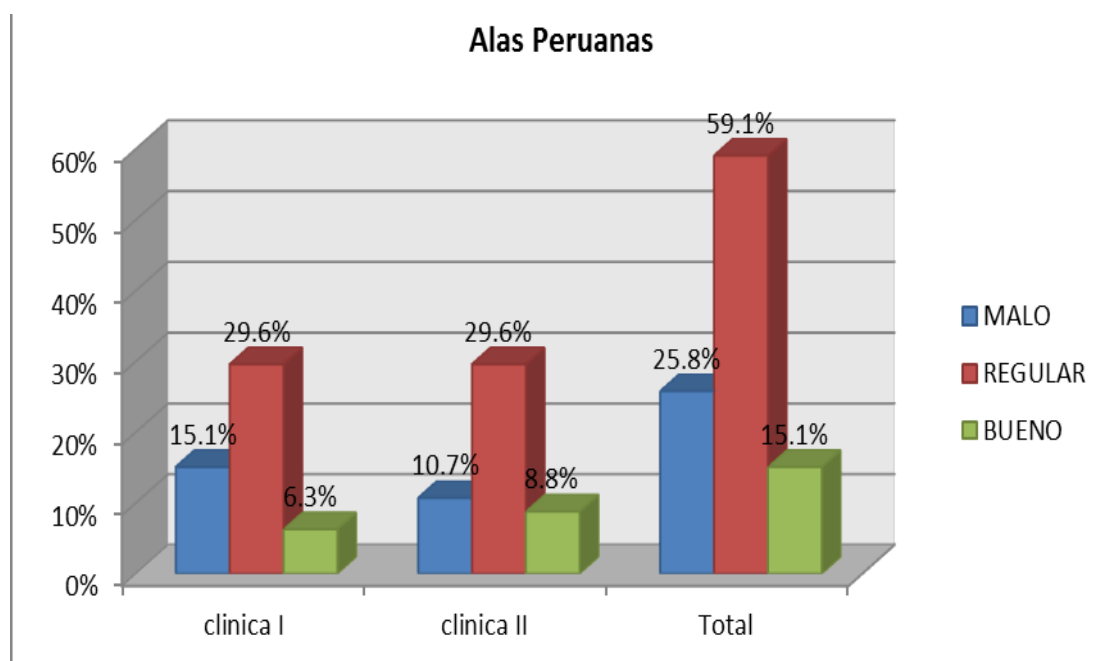
Clínica del adulto I, obtuvo en la categoría malo 15,1%, regular 29,6%, y bueno 6,3%.

Clínica del adulto II, obtuvo en la categoría malo 10,7%, regular 29,6%, y bueno 8,8%.

Se identificó el total de las prácticas respecto al manejo de emergencias – urgencias médicas en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del Adulto, siendo en la categoría malo un 25,8%, regular 59,1%, y bueno 15,1%.

Grafico N.° 03

Prácticas respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica Estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 - II.



Fuente.- Elaborado por el responsable de la investigación.

5.2 Análisis inferencias, pruebas estadísticas no paramétricas

La medida de correlación entre las variables de nivel de conocimiento, actitudes y prácticas con clínica del adulto I y II usada fue chi cuadrado de Pearson; es una prueba no paramétrica, permite medir la correlación entre variables y si esta es significativa o no.

Prueba de chi cuadrado:

Donde:

X= Prueba no paramétrica de chi-cuadrado para variables cualitativas.

Fo= frecuencia observada

Fe= frecuencia esperada

5.3 Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas

Para probar las hipótesis de manera estadística se utilizó el análisis no paramétrico: cuadrado o chi cuadrada.

Prueba de chi cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,054 ^a	2	,974
Razón de verosimilitudes	,054	2	,974
N de casos válidos	159		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7.36.

Se obtuvo un p-valor > 0.05, lo que nos indica que la relación entre las variables no es estadísticamente significativa. Descriptivamente el resultado del nivel de conocimiento es similar en los estudiantes de la clínica I y II.

Prueba de chi cuadrado	Valor	gl	Sig.asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,156 ^a	7	,522
Razón de verosimilitudes	7,383	7	,390
N de casos válidos	59		

a. 10 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,49.

Se obtuvo un p-valor > 0.05, lo que nos indica que la relación entre las variables no es estadísticamente significativa. Descriptivamente el resultado sobre las actitudes es similar en los estudiantes de la clínica I y II.

Prueba de chi cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,806 ^a	2	,405
Razón de verosimilitudes	1,814	2	,404
N de casos válidos	159		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11,77.

Se obtuvo un p-valor > 0.05, lo que nos indica que la relación entre las variables no es estadísticamente significativa. Descriptivamente el resultado sobre las practicas es similar en los estudiantes de la clínica I y II.

5.4 Discusión

En el presente estudio se encontró que el nivel de conocimientos respecto al manejo de emergencias – urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica de los 159 estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 – II, es regular (57,9%). Con respecto a las actitudes adecuadas o inadecuadas; el de mayor porcentaje fue la categoría adecuada con un (98,1%). Por último se identificó el manejo de las prácticas ante éstas situaciones, obteniendo como resultado regular (59,1%). Lo cual coinciden con el estudio de GAVIÑO GUERRERO CATHERINE P. RODRICH TIMARCHI ELIAS R (2016). Que a diferencia del presente estudio que se realizó en estudiantes; ésta investigación determino 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. Los resultados concluyeron que de los 166 odontólogos encuestados, tienen un nivel de conocimiento regular 43.98% ⁽²⁾

CONTRERAS CHRISTIAN MARLON (2015). Determinó 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.

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. ⁽⁵⁾, a diferencia de la presente investigación con respecto a primeros auxilios los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto supieron cómo realizar una reanimación cardiopulmonar (46.9%)

TORRES GIANNINA V. (2015) éste estudio tuvo como objetivo principal 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.

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. En el presente estudio con respecto a una reacción alérgica por anestesia local solo el 18% de los estudiantes del último año supieron cómo reaccionar ante este evento por lo cual se necesita enfatizar sobre este tema ya que los anestésicos locales son materiales que utilizamos con frecuencia.

implementar mayor capacitación en su manejo para así otorgar una atención óptima y minimizar los riesgos presentes en la administración de la solución anestésica.

Los resultados de ésta investigación se contradice con los resultados de la investigación de VILLENA, K (2014), que realizó una investigación que tuvo como propósito determinar el nivel de conocimiento sobre emergencias médicas durante la consulta odontológica de los estudiantes de quinto y sexto año de Estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo. Los resultados obtenidos en el nivel de conocimiento sobre emergencias médicas durante la consulta odontológica de los estudiantes de quinto y sexto año es bajo en el 65.3%.⁽¹⁾ se puede deducir en este estudio que los alumnos no están tomando importancia al curso de urgencias médicas, ya que ellos estarían con los conocimientos recientes sobre estos temas.

STAFUZZA (2014) evaluaron el grado de conocimiento de odontólogos en urgencias y emergencias médicas observando que el 87% de los encuestados refirieron haber recibido entrenamiento en soporte vital básico, pero sólo el 43% consideró ser capaz de manejar adecuadamente los procedimientos de manera efectiva ⁽⁷⁾ . En los resultados del presente estudio el 61,6% de los estudiantes de la clínica Estomatológica integral del adulto supo cómo realizar una reanimación Cardiopulmonar.

TANZAWA, T. Y COL. (2012) En este estudio se llevó a cabo utilizando pacientes robots y estudiantes que serían sometidos a exámenes clínicos de objetivos estructurados para probar sus competencias en el manejo de estas emergencias en el consultorio dental. Se utilizó a 98 estudiantes de Odontología del quinto grado en la Universidad Showa como sujetos y se ejecutó la tarea 8 rSCE titulada "Manejo de emergencia médica usando un paciente robot. Se consultó a los candidatos para manejar una situación de emergencia inmediatamente después de anestesia local,

con un paciente robot configurado para desarrollar síncope vasovagal y otro para experimentar hipersensibilidad a la adrenalina. Se comprobó que 32% de los estudiantes no podía contar de manera precisa su pulso, debido a un método inapropiado. Diagnósticos precisos fueron dados por sólo el 22% de los estudiantes, con síncope vasovagal diagnosticado en un 33% y la hipersensibilidad a la adrenalina en un 8%. A partir de un cuestionario, el 78% de los estudiantes reconoció la gran utilidad del paciente robot en el entrenamiento de emergencia médica ⁽⁸⁾. En los resultados de ésta investigación el 32,7% de los estudiantes de la clínica estomatológica integral del Adulto de la universidad Alas Peruanas diagnosticó de manera precisa las emergencias – urgencias médicas. En el caso de síncope vasovagal y su manejo el 57,2% de los estudiantes respondieron de forma correcta, y sobre una reacción alérgica leve ante la infiltración de anestésico local fue diagnosticado acertadamente por el 18,2 % de los estudiantes.

HERNÁNDEZ VIVIANA C. GRATEROL ALEXANDER D. (2012). En Esta investigación se planteó como objetivo principal diseñar una guía práctica para el manejo de urgencias médicas en la clínica odontológica de la universidad José Páez. El trabajo se enmarco dentro de la modalidad proyecto factible, teniendo apoyo de un modelo de investigación de campo. En el caso objeto estudio la población está constituida por los estudiantes del 5to al 10mo ciclo semestre de la carrera.

Se confirma que durante las clínicas, potenciales de riesgo se convierten en urgencias médicas. Siendo el evento que mayormente se presenta es la crisis hipertensiva, seguida del síncope. En concordancia con los resultados, se demuestra también que un porcentaje de 47,5% de los encuestados desconoce el protocolo a seguir ante la presencia de un shock anafiláctico. Quedó en evidencia que solo un 33% de los encuestados reconoce el protocolo a seguir ante el desarrollo de un síncope por parte de un paciente.

El 75% de los estudiantes del 5to al 10mo semestre de odontología de la universidad José Antonio Páez, refirieron no sentirse preparados para atender o accionar el protocolo correspondiente ante una urgencia médica instaurada dentro de la consulta odontológica.⁽⁹⁾ En los resultados de ésta investigación el 38,4% de los estudiantes de la clínica Estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas reconoce el protocolo a seguir ante un shock anafiláctico, y el 57,2% de

los estudiantes ante un síncope. Nos hace reflexionar cuán importante es saber reconocer éstos eventos, y la poca importancia de los estudiantes sobre estos temas.

GUTIÉRREZ, MARTÍNEZ Y RIVERA (2012) realizaron un estudio de revisión bibliográfica en el que nos muestra datos estadísticos de un estudio realizado en EE. UU. y Canadá y en el cual se reportan al síncope como la urgencia médica más común en el consultorio dental 50,32%, seguida de la reacción alérgica moderada 8,43% y la angina de pecho 8,33%. Asimismo en este análisis se catalogó a urgencias médicas como “muy graves o potencialmente letales“, a la angina de pecho, paro cardíaco, choque anafiláctico, infarto agudo de miocardio y al edema agudo del pulmón; que representaron el 11.8% de los 30,608 pacientes reportados. En dicho estudio se concluyó que las urgencias médicas son muy frecuentes, y lamentablemente el manejo inadecuado de las mismas, podrían desencadenar una tragedia que afectaría seriamente la actividad profesional del cirujano dentista. El odontólogo debe contar con certificaciones periódicas y 9 actualizaciones sobre urgencias médicas, así como contar con un botiquín para el manejo de las mismas en la consulta dental. ⁽¹⁰⁾ En los resultados de ésta investigación 57,2% de los estudiantes reconoce el manejo de un síncope, el 38,4% ante un choque anafiláctico, y el 46,5% ante un paro cardíaco. El 56,0% diagnostica un infarto agudo de miocardio.

AMIRCHAGHMAGHI ET AL. (2012) evaluaron el nivel de conocimiento y preparación en emergencias médicas de odontólogos generales en Irán concluyendo que el 66,7% de los participantes poseen una preparación pobre en el manejo de emergencias médicas. Sólo el 0,5% demostraron una preparación excelente, el 4,3% buena y el 28,5% un nivel de conocimientos moderado ⁽¹¹⁾. En ésta investigación se tomó como muestra a estudiantes de la Clínica estomatológica Integral del adulto, el resultado respecto al nivel de conocimientos es regular 57,9%,

La diferencia de este trabajo con los realizados anteriormente, fue el de subdividir en tres dimensiones, las cuales facilitaron un mejor estudio de lo que se denominó conocimientos, actitudes y prácticas respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la

clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas. No solo se limitó a ver el conocimiento acerca del manejo de emergencias - urgencias médicas sino también estudió las actitudes, y las prácticas de los estudiantes frente a éstas.

La frecuencia de las preguntas que tienen menor porcentaje de respuestas respondidas correctamente servirá para poder reforzar los temas que ameritan ser estudiados, de tal modo que impartido el conocimiento, se puede aplicar de manera oportuna y adecuada en el caso de que se presente una emergencia - urgencia médica en la clínica estomatológica.

CONCLUSIONES

1. En relación al nivel de conocimiento, actitudes y practicas respecto al manejo de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la universidad alas peruanas – sede Lima - semestre 2016 - II, se identificó que presentaron un nivel de conocimientos Regular, con respecto a las actitudes adecuadas y en relación a las practicas empleadas presentaron la categoría regular.
2. En relación al nivel de conocimientos, se determinó que presentaron un nivel regular.
3. En relación a las actitudes, se determinó que presentaron una actitud adecuada.
4. en relación a las prácticas, se determinó que presentaron la categoría regular.

RECOMENDACIONES

1. De acuerdo a los resultados de las investigación, nos hace pensar el porqué del nivel de conocimientos sobre emergencias - urgencias médicas son de promedio regular en los estudiantes de odontología. Teniendo la necesidad de seguir investigando sobre el tema, dando respuestas y soluciones.
2. Reforzar el plan de estudio de las diversas universidades respecto a emergencias – urgencias médicas para lograr así, que los futuros odontólogos egresen con una mejor y adecuada preparación para el abordaje de estos desafortunados eventos que pueden presentarse en la consulta odontológica.
3. Mejorar los conocimientos de los estudiantes mediante cursos continuos de capacitación, talleres en la misma universidad brindados por docentes capacitados sobre tema.
4. Realizar más trabajos de investigación orientados a resaltar la importancia de tener un adecuado conocimiento sobre el manejo de emergencias – urgencias médicas durante la consulta odontológica.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Villena, K. M., Nivel de conocimiento sobre emergencias médicas durante la consulta odontológica de los estudiantes de quinto y sexto año de Estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo 2013. Tesis Bachiller. 2013.
2. Gaviño Guerrero Catherine P. Rodrich Timarchi Elías R. Nivel de conocimiento de cirujanos dentistas sobre el manejo de emergencias médicas durante la consulta odontológica en el distrito de Chiclayo, 2015. Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista. 2016
3. Mackenzie S. “Nivel de conocimiento en el manejo de emergencias médicas durante la consulta dental en la provincia de Limón”. [Tesis]. San José: Universidad Latinoamericana de ciencia y tecnología; 2005.
4. Dr. Núñez Daniela. Diferencia entre emergencia y urgencia. 2013.
<https://es.scribd.com/doc/38651033/Diferencia-Entre-Emergencia-y-Urgencia>
5. Contreras Christian Marlon, Nivel de conocimiento sobre el manejo de situaciones de emergencia durante la consulta odontológica. Tesis Para optar por el título profesional de Cirujano Dentista. 2015.
6. Diccionario de psicología científica y filosófica .Explicación de los principales conceptos, tesis y escuelas en el área de la psicología.[http://www.e-torredebabel.com/psicologia/vocabulario/metodo-hipotetico deductivo.htm](http://www.e-torredebabel.com/psicologia/vocabulario/metodo-hipotetico%20deductivo.htm)
7. Universidad Santo Tomas .Primer claustro universitario de Colombiahttp://soda.ustadistancia.edu.co/enlinea/Segunda%20unidad%20Cuanti/el_mtodo_estadstico.html
8. Torres Rivera Giannina V. “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”. Para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista. 2015.

9. Stafuzza T, Carrara C, Oliveira F, Santos C, Oliveira T. Evaluation of the dentists? Knowledge on medical urgency and emergency. *Braz. oral res.* 2014; 28(1): 1-5.
10. Tanzawa, T., et al. "Medical emergency education using a robot patient in a dental setting" *European Journal of Dental Education.* 2013; 17(1): 114-19.
11. Hernández Viviana C. Graterol Alexander D. "Diseño de una guía práctica para el manejo de urgencias médicas en la clínica odontológica de la Universidad José Antonio Páez, mayo-Agosto 2012". Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de odontólogo. 2012.
12. Gutiérrez, Martínez, H., Lizardi, P. & Rivera, G. R. "Importancia actual de las urgencias médicas en el consultorio dental". *Revista adm.* 2012; 69(5): 208-213.
13. Amirchaghmaghi J, Sarabadani Z, Delavarian P, Mosannen M, AShahri Z, Dalirsani E. The Knowledge and Preparedness of General Dentists about Medical Emergencies in Iran; *Iran Red Crescent Med J* 2011; 13(3):217-8.
14. Eduardo Carneiro Pinto1Emergency dental services in a Health Unit linked to the Family Healthcare Strategy of Montes Claros, Minas GeraisArqOdontol, Belo Horizonte, 48(3): 166-174, jul/set 2012.
15. El Análisis CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas)
http://www.actaf.co.cu/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=352&cf_id=24.
16. Norma Peruana De La Reanimación Cardiopulmonar, Soporte Básico de Vida Y de La desfibrilación Temprana 2011 –J.Vigo R. Consejo Peruano De Reanimación –
[Www.cpr.com.pe](http://www.cpr.com.pe)
17. De Burgos, J García, E, Clemente, M, Palomar, V "Actitud de urgencia en atención primaria. Sincope "(2010). (p. 559-563)

18. Hernández Lisa, Graterol Rosario. Diseño de una guía para el manejo de Urgencias Médicas en la Clínica Odontológica de la Universidad José Antonio Páez. Para optar el título de Odontólogo. 2012.
19. Lizardi Pedro; Gutiérrez Héctor. "Urgencias Médicas en Odontología". 2da edición. México. El manual moderno. S.A de C.V. 2012.
20. Dr. Moisés A; Dr. Bienvenido Reynaldo. Urgencias clínico-estomatológicas. Guías para el diagnóstico y tratamiento Rev. Cubana Estomatol v.37 n.1 Ciudad de La Habana ene.-abr. 2000
21. Gómez Roberto, Luna Navarro Roció." Guía práctica para afrontar las emergencias en el consultorio dental" Revista CONAMED, vol. 19, suplemento 2014, pags. S10-S13
22. Manual de Primeros Auxilios para las Emergencias más comunes en el Consultorio Odontológica.
<http://www.uaz.edu.mx/odontologia/tesis/MANUAL%20DE%20PRIMEROS%20AUXILIOS%20EN%20EL%20CONSULTORIO%20ODONTOLOGICO%202.pdf>
- 23 .Gutiérrez Pedro M.D, Martínez Héctor M.C.D, Rivera Gerardo Ph. D. Treviño E., Rodríguez, leal, Alvares." Botiquín para el manejo de urgencias médicas en el consultorio dental" Revista Adm/Septiembre-Octubre 2012/ Vol. Lxix No. 5. P.P. 214-217.
24. Dr. Roberto Sampieri, Dr. Carlos Fernández, Dra. María del Pilar Baptista. Metodología de la Investigación. 5ta Edicion.Mexico D.F. McGRAW-HILL / Interamericana Editores, S.A. De C.V. 2010
25. Cord. Dr. Paul Fernández, Docentes: Dr. Francisco Niezen Matos, Dr. Javier Navarrete. "Guía para Elaboración del proyecto y la Tesis". Facultad De Medicina Humana Sección De Posgrado, U.S.M.P, 2015.

ANEXOS



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente encuesta tiene una serie de preguntas acerca de emergencias - urgencias médicas más frecuentes durante la consulta odontológica y tiene como objetivo conocer los conocimientos, actitudes y prácticas respecto al manejo de éstas en los estudiantes de la clínica Estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima - semestre 2016 - II.

La información recolectada será de carácter estrictamente confidencial y anónima por ello le rogamos responda.

Los resultados proveerán una valiosa información que permitirá mejorar la calidad de capacitación de los estudiantes de estomatología de la universidad Alas Peruanas en cuanto a emergencias - urgencias médicas durante la consulta odontológica. Agradecemos participar en este estudio contestando de una manera sincera las preguntas que le van a realizar.

Por lo antes explicado,

yo.....con

DNI..... Me comprometo a colaborar en este estudio.

FIRMA

Investigadora: Rodríguez Romero Delfina Vanessa



CUESTIONARIO

El presente instrumento forma parte de un estudio de investigación que está orientado a determinar cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas sobre emergencias - urgencias médicas relacionadas al tratamiento dental, Agradecemos conteste Ud. el siguiente cuestionario. La información obtenida será utilizada anónimamente para efectos de trabajo de investigación.

A) DATO INFORMATIVO:

Fecha: Ciclo : Edad:

B) NIVEL DE CONOCIMIENTOS RESPECTO AL MANEJO DE EMERGENCIAS – URGENCIAS MÉDICAS MÁS FRECUENTES EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA: Marque con un aspa (x), la alternativa que Ud. considere correcta; solo hay una respuesta correcta por pregunta.

1. Los valores normales de la frecuencia respiratoria en un paciente adulto sano:

- (a) 16-30 resp/ min.
- (b) 11-40 resp/ min.
- (c) 20-30 resp/ min.
- (d) 15-20 resp/ min.

2. Los valores normales de la frecuencia cardiaca en un paciente adulto sano:

- (a) 60 -100 pulsaciones/min.
- (b) 85 - 120 pulsaciones/min.
- (c) 90 - 120 pulsaciones/min.
- (d) 100 - 110 pulsaciones/min.

3. Si un paciente empieza a manifestar cefalea, mareos, palpitaciones, malestar general, zumbido de oídos, presión arterial sistólica > 220 mm Hg y la diastólica por encima de 120 mm Hg, es posible que nos encontremos frente a:

- (a) Una Crisis de migraña
- (b) Una Crisis Hipertensiva.
- (c) Una crisis de ansiedad
- (d) Una Crisis de hiperventilación

4. En una Reanimación Cardiopulmonar (RCP), ¿cuál es el ritmo de compresiones y ventilaciones realizadas por un solo reanimador, según el Consejo peruano de Reanimación en el 2011?

- a) 15 compresiones cardíacas seguidas de 2 ventilaciones
- b) 30 compresiones torácicas, seguidas por 2 ventilaciones
- c) 20 compresiones torácicas seguidas por toma de pulso.
- d) 50 a 30 compresiones cardíacas por minuto.

5. Si un paciente de manera repentina empieza a manifestar: dolor retroesternal que irradia a: cara, cuello, mandíbula, hombros, brazos, espalda, epigastrio; aparece diaforesis, náuseas, fatiga; dolor intenso que dura más de 30 min. Entonces es posible afirmar que el paciente está presentando

- (a) Infarto agudo de Miocardio
- (b) Derrame pleural
- (c) Paro cardíaco
- (d) Angina de Ludwig

6. ¿Qué administraría usted a un paciente con una reacción alérgica leve ante la infiltración de anestesia local?

- (a) Corticoide: Hidrocortisona (Solumedrol) vía EV
- (b) Corticoide: Dexametasona vía EV
- (c) Antihistamínico: Difenhidramina IM o EV.(d) Corticoide y antihistamínico vía EV

7. ¿Qué le daría a un paciente diabético que durante la atención dental presenta un cuadro de somnolencia pero que obedece órdenes al despertar?

- (a) Administrarle líquidos sin azúcar
- (b) Darle oxígeno de 5 a 7L/ min.
- (c) Administrar glucosa intravenosa
- (d) Darle azúcar o glucosa vía oral.

8.- ¿Cuáles son los signos y síntomas de una crisis asmática?

- (a) Dificultad respiratoria, sensación de hormigueo, opresión de pecho, náuseas, vómitos. Hipotensión, aleteo nasal.
- (b) Malestar general, disnea, opresión torácica, mareos, alteración del ritmo cardíaco.
- (c) Tos seca, sibilancias, confusión, diaforesis, cianosis, aleteo nasal, elevación de la presión arterial, taquicardia, taquipnea.
- (d) Debilidad o malestar general, breve pérdida de conciencia, bradicardia, náuseas, palidez, hipotensión, tos seca.

9. ¿Cuáles son los síntomas comunes del Shock Anafiláctico?

- (a) Debilidad o malestar general, pérdida de conciencia, Bradicardia, náuseas, palidez, mareos, hipertensión arterial.
- (b) Hipotensión arterial, náuseas, eritema, prurito, dificultad respiratoria, pulso débil y rápido, alteraciones gastrointestinales, broncoespasmo, pérdida de conciencia.
- (c) Dolor retroesternal, se puede irradiar a hombros, cuello, mandíbula o epigastrio, palidez, taquicardia.
- (d) Alteración del habla, alteración de la conciencia, asimetría facial, debilidad de uno o más miembros del mismo lado

10. Si durante la consulta un paciente presenta hemiparesia, hemiplejia alteración del habla, ataxia, alteración del estado de la conciencia, visión doble; estos son signos y síntomas de:

- (a) Accidente Vascular Cerebral o "Derrame Cerebral"
- (b) Aterosclerosis
- (c) Parálisis facial
- (d) Angina de pecho.

C) ACTITUDES RESPECTO AL MANEJO DE EMERGENCIAS – URGENCIAS MÉDICAS MÁS FRECUENTES DURANTE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA:

Marque con un aspa (x) la alternativa que mejor exprese su punto de vista.

	ACTITUDES RESPECTO AL MANEJO DE EMERGENCIAS – URGENCIAS MÉDICAS MÁS FRECUENTES DURANTE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA	Muy de acuerdo	No se	Muy en desacuerdo
1	Los conocimientos sobre el manejo de emergencias - urgencias médicas son importantes en la carrera de estomatología.			
2	Considero que pueden presentarse algunas emergencias - urgencias médicas en la clínica Docente Estomatológica durante la consulta.			
3	Creo que es necesario realizar talleres y capacitaciones con respecto al manejo de emergencias – urgencias médicas, para estar más preparados.			
4	No es necesario cargar con un botiquín de primeros auxilios al realizar tratamientos odontológicos en la Clínica Docente Estomatológica			
5	La falta de conocimientos respecto al manejo de emergencias – urgencias médicas en la consulta puede poner en riesgo la vida del paciente.			
6	Considero que es importante saber la aplicación de las vías de administración parenteral (SC.IM, IV) de los medicamentos en caso sea necesario.			
7	Considero que saber aplicar la técnica de reanimación cardiopulmonar (RCP) puede salvar una vida.			
8	Debo de actuar de forma inmediata y serena ante una emergencia – urgencia médica durante la consulta odontológica			
9	Saber diferenciar los signos y síntomas de las diferentes emergencias – urgencias médicas en la consulta; ayuda a una rápida intervención.			
10	Considero que los odontólogos tenemos que tener la capacidad de brindar primeros auxilios ante una emergencia – urgencias médica que puedan presentarse.			

D). PRÁCTICAS RESPECTO AL MANEJO DE EMERGENCIAS – URGENCIAS MÉDICAS MÁS FRECUENTES DURANTE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA:

Marque con un aspa (x), la alternativa que Ud. considere correcta; solo hay una respuesta correcta por pregunta.

1. Ante una Emergencia - urgencia Sincopal, donde el paciente pierde el estado de conciencia en la consulta odontológica, usted:

(a) Determina la causa del síncope, le pone oxígeno 5L/ min, revisa los signos vitales, colocar al paciente en posición de trendelenburg.

(b) Afloja la ropa apretada, pone al paciente con la cabeza más alta que los pies, le pone una torunda de algodón con alcohol en la nariz, revisa los signos vitales, determina la causa, si no reacciona derivar a un centro de salud.

(c) Le da oxígeno, pone al paciente en posición horizontal, lo pone a oler una torunda de algodón con alcohol, revisa los signos y llama al número de emergencias.

(d) Revisa signos vitales para asegurar que no esté frente a un paro cardíaco o accidente cerebrovascular, paciente en posición de trendelenburg, mantener comunicación con el paciente, poner a oler torunda de algodón con alcohol, cuando reaccione vigilar signos vitales. Si no reacciona deriva a un centro de salud, revisa vías aéreas.

2. Si un paciente aspira un cuerpo extraño mientras se encuentra sentado en la silla dental y empieza a toser y a manifestar dificultad respiratoria, cuáles serían los pasos a seguir para tratar esta emergencia

(a) Realizar RCP, llamar al número de emergencias y revisar los signos vitales cada 5 minutos mientras viene la ayuda profesional.

(b) Preguntar al paciente si se está atragantando, pedirle al paciente que tosa y si el objeto no sale, empezar la maniobra de (RCP) y de Heimlich. Si está inconsciente llevarlo a un centro médico.

(c) Poner al paciente inclinado hacia delante con la cabeza entre las rodillas y pedirle que tosa hasta que salga el objeto, darle oxígeno.

(d) Empezar la maniobra de Heimlich. Si esta inconsciente aplicar la maniobra de barrido digital (maniobra del gancho).

3. Ante una Crisis de Asma en el consultorio odontológico, que haría usted:

- (a) Posición de trendelenburg, le administra oxígeno a 7L/minuto, Espero una hora, administrar un broncodilatador salbutamol (2 inhalaciones) repetir cada 30 minutos.
- (b) Le administra salbutamol (5 inhalaciones), y lo refiere a un centro médico lo más pronto posible.
- (b) Llama al número de emergencias para asistencia médica rápida.
- (c) Le pregunta al paciente si trae su medicación y si la respuesta es negativa le da oxígeno a 4L/min, nifedipino (25mg) vía oral o IM, tranquiliza al paciente.
- (d) Le pregunta al paciente si trae su medicación, si la respuesta es negativa le da Oxígeno 3L/min., Administrar un broncodilatador (Salbutamol), 2 inhalaciones, repetir cada 5 minutos hasta el efecto, aplicar inyección subcutánea de Adrenalina: 0.3 mL 1:1 000.

4. ¿Cuál es la forma correcta de realizar una reanimación Cardiopulmonar (RCP) si comprueba que el paciente no tiene pulso?

- (a) Dar 30 compresiones por cada 2 ventilaciones, por 5 ciclos; chequear el pulso después del primer minuto y si no responde reiniciar RCP.
- (b) Dar 20 compresiones por cada 5 ventilaciones, por 5 ciclos; chequear el pulso después del primer minuto y luego cada 2 a 5 min.
- (c) Dar 10 compresiones por cada 5 ventilaciones, por 5 ciclos; chequear el pulso después del primer minuto y luego cada 2 a 3 min.
- (d) Dar 50 compresiones por cada 5 ventilaciones, por 5 ciclos; chequear el pulso después del primer minuto y luego cada 2 a 3 min.

5. El Síndrome de Hiperventilación aparece cuando el paciente ansioso empieza a respirar rápidamente, en este caso usted:

- (a) Tranquilizar verbalmente al paciente, retire de su cavidad oral materiales, le da oxígeno 5L/minuto para que se calme y lo programa otra cita.
- (b) Tranquilizar verbalmente al paciente, retire de su cavidad oral materiales, le da respiración guiada (Técnica de respiración dentro de una bolsa), se valora la

administración de un ansiolítico, continúa con el tratamiento dental si el paciente está de acuerdo o le programa otra cita.

(c) Le da oxígeno 1 a 3L/min, lo tranquiliza verbalmente y continúa con el tratamiento dental.

(d) Tranquilizar al paciente, retira materiales de la boca, respiración guiada (técnica de respiración dentro de una bolsa), administra ketorolaco, le programa otra cita.

6. ¿Cómo reaccionaría usted ante una crisis hipertensiva?

(a) Colocar al paciente en posición de trendelenburg, administrar diazepam y dar oxígeno.

(b) Colocar al paciente en posición de trendelenburg, administrar captopril (tab. 45mg) vía oral o sublingual.

(c) Colocar al paciente en posición supina, administrar captopril sublingual molido (tab 25mg). Si no hay mejoría a los 20 min. Derivarlo al centro médico.

(d) Dar oxígeno a 5L/min, administrar captopril (tab. 35mg), Llamar a emergencias.

7. Si durante la consulta odontológica el paciente presenta sensación de hormigueo, náuseas, vómitos, broncoespasmo, pulso débil y rápido, pérdida de la conciencia, hipotensión Ud.:

(a) Colocar al paciente en posición supina, abrir vías aéreas, oxígeno, monitoreo pulso y presión sanguínea, administrar hidrocortisona 1 amp 500mg. IM.

(b) Colocar al paciente en posición supina, administrar oxígeno, llamar a emergencias, administrar 1 Amp. Atropina (1 mg) IM.

(c) Iniciar RCP, llamar a emergencias.

(d) Brindar oxígeno, administrar 1 Amp. Ketorolaco (30 mg), monitorear signos vitales.

8. ¿Ante una crisis de hiperglucemia cómo reaccionaría Ud.?

(a) Llamar a emergencias médicas, administra líquido sin azúcar, si el paciente esta inconsciente aseguro la permeabilidad de las vías aéreas, administrar oxígeno.

- (b) Darle azúcar o glucosa oral, si esta inconsciente administrarle dextrosa al 20 %.(ámpula de 20ml).
- (c) Colocar al paciente horizontal, brindarle oxígeno 3L/min, llamar a emergencias médicas.
- (d) Controlar signos vitales, administrar azúcar, esperar su recuperación para seguir con la atención odontológica.

9. ¿Ante una crisis de hipoglucemia cómo reaccionaría Ud.?

- (a) Administrar Nitroglicerina Sublingual de 0.4 mg en tabletas o spray cada 5 minutos, si no mejora después de la tercera dosis, se debe referir a un centro hospitalario.
- (b) Administrar dextrosa al 20 %, (ámpula de 20ml) IV cada 15 minutos, controlar signos vitales, administrar oxígeno 5L/min.
- (c) Preguntarle al paciente si tomó la medicación adecuada o si no se ha saltado ninguna comida, si está consciente darle azúcar o glucosa oral. Si no puede recibir vía oral; administrarle 1g/kg de dextrosa (50g), seguido de una infusión de glucosa al 5 o 10, se debe repetir la determinación de la glucosa c/ 30 min. durante las primeras horas del tratamiento.
- (d) Llamar a emergencias médicas, administra líquido sin azúcar, si el paciente esta inconsciente aseguro la permeabilidad de las vías aéreas, administrar oxígeno 3L/min.

10. ¿Qué hace Ud. si su paciente sufre un paro cardiaco en la consulta odontológica?

- (a) Acostar al paciente en posición de trendelemburg, administrar oxígeno, aplicar dosis de nitroglicerina, referir a un centro médico.
- (b) Vigilar signos vitales, iniciar RCP, administrar adrenalina.
- (c) Llamar a emergencias médicas para una ayuda más especializada, realizar reanimación cardiopulmonar (RCP).
- (d) Acostar al paciente, brindar oxígeno 3L/min, iniciar RCP si no reacciona llamar a emergencias.

Figura N.º 01



Figura N.º 02



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO
- 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA
- 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION
- 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO

Loyola Zegarra Damasio
 Coordinador de Endosurologia
 Navegacion para Fisiologia
 Rodriguez Romero Delinda Vanessa

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE							MINIMAMENTE ACEPTABLE					ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100				
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado											X						
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios cientificos																	X
3. ACTUALIZACION	Esta adecuaoa los objetivos y las necesidades reales de la investigacion.																X	
4. ORGANIZACION	Existe una organizacion logica.																	X
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.																X	
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de las hipotesis.																X	
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos tecnicos y/o cientificos.																X	
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipotesis, variables, dimensiones, indicadores con los sitemos.																X	
9. METODOLOGIA	La estrategia responde a una metodologia y diseño aplicados para lograr las hipotesis.																X	
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relacion entre los componentes de la investigacion y su adecuacion																X	

III. OFINION DE APLICABILIDAD:

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicacion
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicacion

IV. PROMEDIO DE VALORACION:

FECHA: 23/9/16 DNI: 33263758 FIRMA DEL EXPERTO:

FACULTAD DE MEDICINA, ODONTOLOGIA Y ODONTOPEDIATRIA
 ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA
 CO. DAMASIO

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO
- 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA
- 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION
- 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO

CASAS VALVERDE JOSE
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
VALORACION PARA ASIS DE TITULACION
RODRIGUEZ RAMIRO DEL PINO VANEGASE

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE							MINIMAMENTE ACEPTABLE					
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado													X
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos													X
3. ACTUALIZACION	Esta adecuada los objetivos y las necesidades reales de la Investigacion.													X
4. ORGANIZACION	Existe una organizacion logica. Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.													X
5. SUFICIENCIA	Esta adecuado para valorar las variables de las hipotesis.													X
6. INTENCIONALIDAD	Se respalda en fundamentos tecnicos y/o cientificos.													X
7. CONSISTENCIA	Existe coherencia entre los problema, objetivos, hipotesis, variables, dimensiones, indicadores con los sitemos.													X
8. COHERENCIA	La estrategia responde a una metodologia y diseño aplicados para lograr las hipotesis.													X
9. METODOLOGIA	El instrumento muestra la relacion entre los componentes de la investigacion y su adecuacion													X
10. PERTINENCIA														X

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

SF

IV. PROMEDIO DE VALORACION:

FECHA: 26/09/16

DNI: 09923040

FIRMA DEL EXPERTO:

CD. Jose Casas Valverde
C.O.P. 10000