



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

TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EMERGENCIAS MÉDICAS
DURANTE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA EN LOS
ESTUDIANTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA INTEGRAL
DEL ADULTO DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS- FILIAL
CHICLAYO SEMESTRE 2016 II**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

BACHILLER: PARRILLA ANTÓN, MARY VICTORIA

DIRECTOR ASESOR:

MG. CD. TOUZETT LUNA, JOSÉ ANTONIO

LIMA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A Dios y mis padres, que durante toda mi vida han sido mi guía, mi soporte, ejemplos de perseverancia y dedicación

A Fátima, mi hermana por sostenerme, levantarme y animarme en cada tropiezo, por siempre creer en mí

A mis hermanos, por ser el impulso para seguir esforzándome

A todas las personas, que forman parte de mi vida y me han ayudado en el trayecto de mi carrera universitaria

AGRADECIMIENTOS

A el CD. Mg José Antonio Touzett Luna y CD. Mg Luisa Muñante Reyes, por su apoyo y disponibilidad para guiarme en el desarrollo de esta investigación

A los estudiantes, de la clínica estomatológica integral del adulto, por su comprensión y apoyo en el desarrollo de este estudio

En especial a Ángela Milagros Zamora Talaverano, por su gran ayuda en la recolección de la muestra para esta investigación

RECONOCIMIENTO

Un reconocimiento especial a la Universidad Alas Peruanas por ser mi centro de preparación universitaria, además por la disposición y las facilidades brindadas para desarrollo esta investigación.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de conocimientos sobre emergencias médicas durante la consulta odontológica en alumnos de la Universidad Alas peruanas filial Chiclayo semestre 2016 II. La metodología que se utilizó fue un estudio observacional descriptivo. Se evaluó a todos los alumnos de la clínica estomatológica integral del Adulto, cuya muestra fue de 63 estudiantes. Se empleó un cuestionario validado de 20 preguntas, las cuales estuvieron direccionadas al diagnóstico de emergencias, y al manejo de dichas emergencias. Se utilizó para el procesamiento de datos Excel 2010 y SPSS 21 y el análisis estadístico se realizó a través de la prueba U de Mann Whitney. En los resultados observo que respecto a la dimensión nivel de conocimiento sobre el diagnóstico de emergencias médicas predominó un nivel de conocimientos medio con el 57,1% para los estudiantes del VIII ciclo y 42,9% para los estudiantes del IX. Por otro lado, respecto al nivel de conocimientos sobre el manejo de emergencias médicas se obtuvo un nivel de conocimientos medio con el 74,3% para el VIII y el 53,6 para el IX. Se concluyó que tanto el nivel de conocimientos sobre emergencias el diagnóstico y el manejo de estas fue *medio*, para ambos ciclos académicos y no existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y el ciclo de estudio.

Palabras clave: Emergencias médicas; atención odontológica; nivel de conocimientos.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the level of knowledge about medical emergencies during the dental consultation in students of the Peruvian Alas University branch Chiclayo semester 2016 II. The methodology used was a descriptive observational study. All students were evaluated in the integral dental clinic of the Adult; whose sample was 63 students. A validated questionnaire of 20 questions was used, which were directed to the diagnosis of emergencies, and to the management of such emergencies. It was used for data processing Excel 2010 and SPSS 21 and statistical analysis was performed through the Mann Whitney U-test. In the results, I observed that the level of knowledge about the diagnosis of medical emergencies was predominant, with an average level of knowledge with 57.1% for students in the VIII cycle and 42.9% for students in the IX. On the other hand, regarding the level of knowledge about the management of medical emergencies, an average level of knowledge was obtained with 74.3% for VIII and 53.6 for IX. It was concluded that both the level of knowledge about emergencies diagnosis and management of these was average for both academic cycles and there is no statistically significant relationship between the level of knowledge and the study cycle.

Keywords: Medical emergencies; dental care; level of knowledge.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RECONOCIMIENTO	
RESUMEN	
INDICE DE TABLAS	
INDICE DE GRÁFICOS	
INTRODUCCION	13
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1. Descripción de la realidad problemática	14
1.2. Formulación de problema	15
1.2.1. Problema principal	15
1.2.2. Problemas secundarios	15
1.3. Objetivos de investigación	16
1.3.1. Objetivo principal	16
1.3.2. Objetivos secundarios	16
1.4. Justificación de la investigación	16
1.4.1. Importancia de la investigación	17
1.4.2. Viabilidad de la investigación	17
1.5. Limitaciones de la investigación	17
CAPITULO II: MARCO TEORICO	18
2.1. Antecedentes de la investigación	18
2.2. Bases teóricas	23

2.2.1. Emergencia	23
2.2.2. Factores que aumentan una emergencia	24
2.2.3. Tipos de emergencias médicas en un consultorio	24
2.2.3.1. Emergencias neurológicas	24
2.2.3.2. Emergencias cardiorrespiratorias	32
2.2.3.3. Emergencias por reacciones tóxicas y alérgicas	37
2.2.3.4. Emergencias cardiovasculares	43
2.2.3.5. Emergencias endocrinológicas	46
2.2.3.6. Emergencias respiratorias	50
2.2.3.7. Conocimiento	55
CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACION	61
3.1. Hipótesis y variables de la investigación	61
3.1.1. Hipótesis principal	61
3.1.2. Hipótesis secundarias	61
3.1.3. Variables	61
CAPITULO IV: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	63
4.1. Diseño metodológico	63
4.2. Diseño muestral	63
4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	64
CAPITULO V: ANALISIS Y DISCUSION	67
5.1. Análisis	67
5.2. Discusión	75
5.3. Conclusiones	79
5.4. Recomendaciones	80

FUENTES DE INFORMACION	81
ANEXOS	90
Anexo 01. Carta de presentación	
Anexo 02. Constancia del desarrollo de la investigación	
Anexo 03. Consentimiento informado	
Anexo 04. Cuestionario	
Anexo 05. Validación del instrumento	
Anexo 06. Matriz de consistencia	
Anexo 07. Fotografías	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 1: Tabla de distribución de frecuencia de las variables demográficas de los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas-Filial Chiclayo semestre 2016 II.	67
TABLA N° 2: Nivel de conocimiento sobre el diagnóstico de emergencias y el semestre académico de los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la universidad Alas Peruanas- Filial Chiclayo semestre 2016 II.	71
TABLA N° 3: Nivel de conocimiento sobre el manejo de emergencias y el semestre académico de los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la universidad Alas Peruanas- Filial Chiclayo semestre 2016 II.	73

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRAFICO N° 1: Gráfico circular de la frecuencia de la edad de los estudiantes de la clínica estomatológica integral del de la Universidad Alas Peruanas- Filial Chiclayo semestre 2016 II.	68
GRÁFICO N° 2: Gráfico circular de la frecuencia del género de los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas- Filial Chiclayo semestre 2016 II.	69
GRÁFICO N° 3: Gráfico circular de la frecuencia del ciclo académico de los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas- Filial Chiclayo semestre 2016 II.	70
GRÁFICO N° 4: Gráfico de barras agrupadas del nivel de conocimiento sobre diagnóstico y el semestre académico de los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas- Filial Chiclayo.	72

GRÁFICO Nº 5: Gráfico de barras agrupadas del nivel de conocimiento sobre manejo de emergencias y el semestre académico de los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas- Filial Chiclayo.

INTRODUCCIÓN

Los avances en el ámbito odontológico han sido de gran ayuda para que los profesionales puedan ofrecer una atención integral y de calidad a sus pacientes, además de tratar a un número cada vez mayor, de personas de la tercera edad y pacientes con enfermedades sistémicas.

Sin embargo, en la actualidad, en la práctica odontológica, se presentan con mucha frecuencia, emergencias médicas que pueden llegar a comprometer la vida del paciente, si es que el profesional no está debidamente capacitado para afrontar y dar solución en dichos casos, los cuales deben ser atendidos de manera inmediata y adecuada.

La ausencia del equipamiento necesario para manejar una emergencia médica en un consultorio odontológico sumada a la falta de preparación y adiestramiento ante estas situaciones no hace más que agravar el problema.

Es importante que los profesionales cuenten con los conocimientos adecuados para saber atender de manera adecuada las emergencias que se presenten en el consultorio.

Esta investigación tiene como objetivo conocer el nivel de conocimientos sobre emergencias médicas en estudiantes de la clínica estomatológica Integral del adulto de la universidad Alas Peruanas.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La odontología es la ciencia médica que estudia la morfología, estructura, función y enfermedades de la cavidad oral, en la actualidad es mucho más frecuente el desarrollo de enfermedades en esta zona, las cuales al no ser diagnosticadas y tratadas correctamente pueden llegar comprometer la salud e incluso la vida del paciente, considerando que los mismos en ocasiones llegan a la consulta presentando alguna enfermedad sistémica no detectada, o pacientes con múltiples enfermedades que utilizan diversos fármacos para controlar sus enfermedades predisponiendo a una urgencia o emergencia médica.

Hay pocos estudios que demuestren prevalencia de episodios de emergencias médicas durante la consulta odontológica; se conoce que la urgencia más común en el consultorio dental, es el síncope vasovagal, con un porcentaje de 50 a 55%.¹

Se desconoce la existencia de estudios que nos indiquen una tasa de mortalidad exacta en la consulta odontológica, por lo que es muy importante que el odontólogo conozca estas situaciones y aún más, esté capacitado para resolverlas.

Se ha investigado muy poco acerca del nivel de conocimiento de los profesionales y futuros profesionales al momento de hacer frente a estas situaciones.

La poca implementación del equipamiento necesario para manejar una emergencia médica en el consultorio odontológico, asociada al poco conocimiento y preparación adecuada para manejar estas situaciones, agravan

la problemática expuesta anteriormente. Por lo cual es necesario seguir realizando estudios como el presente que nos permita conocer y controlar el grado de conocimientos de los profesionales y futuros profesionales odontólogos, en cuanto al manejo de emergencias médicas.

La atención odontológica orientada, en cuanto a que las emergencias médicas se pueden presentar con mucha frecuencia el profesional debe estar correctamente capacitado para diagnosticar, manejar y controlar adecuadamente el problema y así brindar una atención más segura.

La preparación académica de los profesionales, está estrictamente relacionada a la formación en los centros universitarios y la actualización continua del profesional, esto contribuirá que se desenvuelva con mucha más eficacia ante estas situaciones.

En la consulta odontológica particular, podrían presentarse estas situaciones, por lo que ha generado en mí, el interés de investigar este tema.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema principal

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre emergencias médicas durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas- Filial Chiclayo?

1.2.2. Problema secundarios

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre el diagnóstico de emergencias médicas durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas- Filial Chiclayo?

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre el manejo de emergencias médicas durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas- Filial Chiclayo?

1.3. Objetivos de investigación

1.3.1. Objetivo principal

- Determinar el nivel de conocimientos sobre emergencias médicas durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas- Filial Chiclayo.

1.3.2. Objetivos secundarios

- Determinar el nivel de conocimientos sobre el diagnóstico de emergencias médicas durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas- Filial Chiclayo.

- Determinar el nivel de conocimientos sobre el manejo de emergencias médicas durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas- Filial Chiclayo.

1.4. Justificación de la investigación

Esta investigación permitirá conocer cuál es la calidad de la educación universitaria en el país, así como también poder tomar las acciones necesarias para mejorar el nivel educativo universitario.

Este proyecto propone una metodología viable, válida y confiable, para obtener un conocimiento científico, que comprobará el nivel de conocimientos sobre

emergencias médicas y que se tomará como referencia, para conocer las debilidades y fortalezas de los estudiantes, lo que servirá de apoyo, tanto para las presentes promociones, así como para futuras investigaciones.

1.4.1. Importancia de la investigación

Esta investigación será de suma importancia ya que dará un alcance respecto al nivel de preparación que tienen los estudiantes respecto a este tema.

Aportará una gran información sobre la calidad y preparación de los maestros encargados de la preparación de los futuros profesionales de la salud.

Permitiendo a través de los resultados poder incidir a través de propuestas de talleres teóricos prácticos que refuercen dichos conocimientos.

Además, ayudará para conocer las fortalezas y debilidades respecto a la enseñanza universitaria en nuestro país.

Esta investigación permitirá poder servir como antecedente para futuras investigaciones de esta línea.

1.4.2. Viabilidad de la investigación

Este estudio es viable, pues cuenta con los permisos correspondientes de las autoridades para poder realizar el trabajo de campo, así como los recursos económicos y el personal capacitado.

1.5. Limitaciones de la investigación

Se asoció a la toma de la muestra debido a que algunos de los estudiantes no se encontraban presentes al momento de la ejecución otros, en cambio no quisieron ser parte del estudio. Además del tiempo ya que la aplicación del instrumento para esta investigación tomo más tiempo de lo programado.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

Antecedentes internacionales

Gutiérrez, Martínez y Rivera, 2012 realizaron un análisis sobre **la importancia actual de las emergencias médicas en el consultorio dental**. En este análisis, nos muestran datos estadísticos de un estudio realizado por Malamed, en Estados Unidos (EE. UU) y Canadá, en el cual reportan al síncope como la urgencia más común en el consultorio dental 50,32%, seguida de la reacción alérgica moderada 8,43% y la angina de pecho 8,33%. Así mismo en este estudio se consideró a la angina de pecho, paro cardíaco, shock anafiláctico, infarto agudo de miocardio y edema agudo de pulmón, como urgencias médicas muy graves o letales, los cuales representan el 11,8% de los 30,608 casos reportados. Este estudio concluyó que las urgencias médicas son muy frecuentes y lamentablemente el manejo inadecuado de dichas urgencias podrían desencadenar consecuencias fatales en el consultorio dental, por lo cual el odontólogo debe contar con actualizaciones periódicas sobre urgencias médicas, así como el equipamiento adecuado.²

En la sección llamada Comunidad y Odontología Preventiva de una revista en el 2012 India se publicó un artículo titulado **La evaluación sobre el manejo de las emergencias médicas entre los graduados dentales de la India**, mediante un estudio observacional obtuvo como resultados que el síncope es el evento de emergencia más común, los otros son los ataques de hipoglucemia, reacciones

alérgicas, ataques epilépticos y ataques de asma-tic. Se pudo llegar a concluir que los graduados dentales tenían un conocimiento superficial de emergencias médicas, medicamentos y Equipamientos.³

Stafuzza T, *et.al* 2014 publicaron una investigación **titulado nivel de conocimiento en emergencias / urgencias médicas de los profesionales del hospital de rehabilitación de anomalías cráneo-faciales**, ellos realizaron un estudio en Brasil en el año 2011, cuya finalidad fue evaluar el nivel de conocimientos de los profesionales de dicho centro hospitalario. Para este estudio participaron 100 dentistas de los cuales el 73% eran mujeres y 27% hombres, a quienes se les aplicó un cuestionario. Los resultados mostraron que la mayoría de los profesionales 87% fueron entrenados en soporte vital básico (SVB), pero sólo el 43% se consideraban capaces de proporcionar los primeros auxilios y realizar las maniobras necesarias. Con lo cual se llegó a la conclusión que los profesionales tenían un conocimiento superficial respecto al manejo de las emergencias médicas, además que era necesaria la preparación adecuada de los profesionales en el tema.⁴

Bordinon, M. *et.al* (2014) Brasil publicó un estudio en donde tuvo como objetivo verificar la ocurrencia de emergencias médicas en la práctica dental, la idoneidad de los equipos y medicamentos, así como el nivel de conocimiento y la formación de una muestra de profesionales de Rio Grande, Brasil, para dicho estudio se

les aplico a los profesionales un cuestionario estructurado, del cual se obtuvieron los siguientes resultados: Desmayo/ síncope 47,67% ansiedad/ nervios 29,07% hipoglicemia 19,76% hemorragias 17,44%.

Respecto la posesión de instrumentos en las emergencias 48.85% de los encuestados informó que tiene por lo menos un dispositivo. En la administración de inyectables afirmaron que ser capaz de aplicar por vía intramuscular 59,30% o inyecciones subcutáneas 51,16%), sin embargo, reportaron no estar capacitado para inyección intravenosa 81,40%. Este estudio llegó a la conclusión que los profesionales que participaron del estudio no son capaces de realizar atenciones de emergencia en sus consultorios.⁵

Antecedentes nacionales

Laura, Jessica, (2012) Perú publicó su trabajo de investigación **titulado el nivel de conocimiento acerca del control de la hemorragia bucal, en los alumnos del cuarto al sexto año de la E.A.P de odontología de la UNJBG de Tacna**, realizó un estudio con la finalidad de conocer el nivel de conocimiento acerca del control de la hemorragia bucal de los estudiantes de odontología; la muestra que se utilizó, fueron 92 alumnos, a los cuales se les aplicó un cuestionario. Los resultados obtenidos fueron que el 50% tienen un conocimiento regular acerca de la identificación de la hemorragia bucal, el 84,8% tiene un bajo nivel sobre la etiología de la hemorragia, el 76,1% tiene un bajo nivel de conocimientos respecto a las características de la hemorragia bucal, y un 93.5% tiene un bajo nivel de conocimientos respecto al manejo de la hemorragia bucal. Llegando a la conclusión que el nivel de conocimientos de los estudiantes es regular respecto a la identificación y manejo de la hemorragia bucal.⁶

Villena, Karen. (2014) en su trabajo de investigación titulado **Nivel de conocimientos sobre las emergencias médicas durante la consulta odontológica realizó un estudio en alumnos del quinto y sexto año de la UNT.** Para lo cual se contó con 49 estudiantes, a quienes se les aplicó un cuestionario validado (prueba de validez interna). El resultado obtenido respecto al nivel de conocimientos es bajo en el 65.3%, medio en el 35,7% de conocimientos, no reportándose un nivel alto de conocimientos. Se puede concluir que no existe una diferencia estadística significativa entre el nivel de conocimientos sobre emergencias médicas y el año de estudio, predominando un nivel bajo en el 62,5% y 68% para el quinto y sexto año respectivamente.⁷

Contreras, Christian. (2015) Perú, realizó un estudio titulado **nivel de conocimientos sobre el manejo de situaciones de emergencia durante la consulta odontológica** cuya finalidad fue determinar el nivel de conocimientos de estudiantes de odontología, un estudio observacional descriptivo, el cual contó con 49 alumnos de internado hospitalario de la UNMS, a quienes se les aplicó un cuestionario validado, en el cual se obtuvo como resultado respecto al nivel de conocimiento alto en el 22,4% regular en el 53,1% y bajo 24,5%. Se puede llegar a la conclusión que no existe relación estadística entre el nivel de conocimientos y el ciclo de estudios.⁸

Torres, Guianina. (2015) Perú, realizó una investigación titulado **nivel de conocimientos del manejo de urgencias médicas originadas por la administración de lidocaína con epinefrina por estudiantes de internado en la UMSM** cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos de dichos estudiantes, para lo cual se contó con 49 estudiantes a los cuales se les aplicó un cuestionario validado, este estudio obtuvo como resultados, respecto a nivel de conocimientos: regular 88%, bueno 6% y malo 6%. Se puede concluir que no existe relación estadística significativa entre el ciclo de estudio y el nivel de conocimientos de los estudiantes de internado.⁹

Gaviño, Catherine y Rodrich, Elías. (2016) Perú, realizaron un estudio titulado **nivel de conocimientos de los cirujanos dentistas sobre el manejo de las emergencias médicas durante la consulta odontológica en el distrito de Chiclayo**, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos de los cirujanos dentistas; para ello se tomó en cuenta una muestra de 166 profesionales, a los cuales se les aplicó un cuestionario validado. Se obtuvo como resultado respecto al nivel de conocimientos fue bueno en el 36,75%, regular 43,98% y malo 19,28%. Se pudo concluir que el nivel de conocimientos de los profesionales que participaron en este estudio es regular.¹⁰

Rivera Ubillus, Flavia (2017) Perú, realizó un estudio titulado **nivel de conocimientos sobre emergencias médicas en estudiantes de la clínica I y clínica II de estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego**, cuyo

objetivo que determinar el nivel de conocimientos de dichos estudiantes, para dicho estudio participaron 64 estudiantes a los cuales se les aplicó una encuesta estructurada, de la cual se obtuvieron los siguientes resultados: fue regular en el 70,31%, bueno en 20,31% y malo en el 9,38%. Al efectuar la comparación por ciclo no se encontró diferencia significativa entre ambos ciclos, además al realizar la comparación por géneros no se encontró diferencia significativa entre ambos. Llegando a la conclusión que la obtención de resultados regulares, animan a proponer una serie de mejoras orientadas a fortalecer los conocimientos en los tratamientos de las emergencias médicas en la consulta odontológica.¹¹

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Emergencia

Según el diccionario de la Real Academia Española, emergencia significa “suceso o accidente que sobreviene” o también “situación de peligro que requiere una acción inmediata”.¹

La Asociación Médica Americana (AMA) la define como aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) una emergencia es aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos en que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de vital importancia.

Una emergencia médica es toda situación inesperada y repentina que pone en peligro la vida sino es atendida inmediata y correctamente.¹²

2.2.2 Factores que aumentan una emergencia medica

Si bien es cierto que los profesionales de la salud actualmente están mucho más expuestos a que alguna situación de emergencia se presente dentro de su centro de labores, existen ciertos factores que pueden influir en aparición son los siguientes:

- a. Estrés o ansiedad
- b. Suministración excesiva de fármacos
- c. Presencia de una enfermedad sistemática leve
- d. Sesiones de atención muy largas.¹²

2.2.3 Tipos de emergencia médicas en consultorio

Existen diversos tipos de emergencias médicas, las cuales se pueden presentar de forma repentina en el consultorio dental entre las cuales tenemos:

2.2.3.1 Emergencias neurológicas

a. Lipotimia

La lipotimia es una sensación que se acerca al mareo pero que acaba muy raramente en una pérdida de conocimiento. La lipotimia se caracteriza por una repentina sensación de debilidad generalizada con la impresión por el paciente de que sus piernas no lo sostienen, un velo negro delante de los ojos o niebla visual, acúfenos o tinnitus (percepción de zumbidos o silbidos) y a veces palpitaciones o sudores.^{12,13}

b. Sincope

Proviene del griego “corte” “supresión” se define como la perdida repentina y momentánea de la conciencia, a consecuencia de la disminución del flujo sanguíneo y oxigenación en el cerebro en ocasiones a problemas metabólicos o neurológicos.¹³

Según el diccionario medico lo describe como “la pérdida de conciencia de poca duración debida a un episodio de hipoxia cerebral transitoria.”^{1,13}

- Clasificación y fisiopatología

Los rangos normales los flujos cerebrales es de 5 - 60 ml/100g tejido/minuto que equivale a 12 -15% del gasto cardiaco en reposo, consiguiendo así los requisitos mínimos de oxígeno para mantener la conciencia, basta que el flujo cardiaco disminuya e unos 6 a 8 segundos para que ocurra la “pérdida de conocimiento”, además el mecanismo diferenciador entre el sincope y las causas no sincopales es la hipoperfusión cerebral global transitoria (HCGT)

Aunque los mecanismos fisiopatológicos que pueden originar un sincope son diversos, todos coinciden que la vía común es la caída de la presión arterial, (sistólica menor a 60 mm Hg).^{14,15}

- Tipos y manifestaciones

- Síncope vasovagal: En jóvenes y sanos. Presentan mareos, bradicardia, náuseas, sudoración.

- Síncope ortostático: Se presenta al incorporarse del decúbito. Presenta palidez, sudoración y taquicardia.

- Síncope reflejo: se produce por la presión abdominal en la maniobra de Valsalva.
- Síncope cardiaco: por arritmias. Hipertensión pulmonar severa, miocardiopatía severa, etc.
- Síncope metabólico: hipoxia, hipoglucemia.
- Síncope neurológico: Accidente cerebro vascular, isquémico, crisis comiciales.

Siendo dentro de ellos el más común:

- Síncope vasovagal:

También es conocido como desmayo simple, síncope neurocardiogénico o mediado por factores neurales. Es el más común, se presenta por factores emocionales como: ansiedad excesiva, visión de sangre o del instrumental quirúrgico, cansancio, hambre, etc.

Se conocen dos tipos de síntomas:

Primero pérdida de la visión e incapacidad para pensar con claridad, se dan por alteraciones perfusiones retinianas y la cortical.

Un segundo síntoma sería, el sudor, palidez y taquicardia, descenso del pulso y de la tensión arterial.^{14,15,16}

- Tratamiento

- Interrumpir la atención y retirar todos los objetos de la boca del paciente.

- Colocar al paciente en posición supina con los pies levemente levantados en relación a los pies.
- Proporcionar la entrada de aire, llevando la cabeza ligeramente hacia atrás.
- Oír y observar si el paciente está respirando.
- Evaluar el pulso carotideo.
- Si observa señales vitales, esperar de 2 a 3 minutos para la recuperación.
- Si inmediatamente no se produce la recuperación solicitar ayuda de urgencia.
- Mientras se espera la llegada del médico, administrar oxígeno y controlar la respiración, el pulso y la presión arterial.^{14,15,16}

- Síncope Ortostático

Este síncope posee características como visión borrosa, fatiga, mareos, debilidad (síntomas de hipoperfusión cerebral) además, un aumento excesivo de la frecuencia cardiaca en posición erguida mayor a 120lpm. También se pueden distinguir otros síntomas como diaforesis, náuseas y temblor.

- Hipotensión Ortostática

Se le denomina así a la caída brusca y excesiva de la presión arterial, el cual puede suceder cuando el paciente se levanta de manera repentina del sillón dental, esto puede conllevar a que se desencadene un síncope. Se le considera la segunda mayor causa de pérdida de la conciencia.^{1,16}

En esta emergencia la vasoconstricción adrenérgica normal de las arterias y las venas no se presenta o es inadecuada originando una hipotensión sin aumento

notorio de la frecuencia cardíaca. A diferencia del síncope, en la hipotensión el paciente solo experimenta mareos.^{16,17}

-Tratamiento

Colocar al paciente en posición Trendelenburg.

Facilitar la entrada de aire (Inclinar ligeramente la cabeza hacia atrás)

Revisar la respiración y el pulso carotídeo.

c. Síndrome convulsivo

Es un conjunto de manifestaciones clínicas que tienen como elemento central un tipo de movimiento involuntario llamado epilepsia.^{18,19}

Estas manifestaciones se presentan por descargas bruscas y sucesivas de las neuronas cerebrales.

El síndrome convulsivo es también llamado epilepsia, que se caracteriza por presentar periódicamente crisis epilépticas. Y estas son la aparición brusca de síntomas neurológicos que remiten de una manera brusca sin dejar secuelas.

La Organización mundial de la salud (OMS) la definió como una afección crónica de etiología diversa caracterizada por crisis recurrentes debidas a una carga excesiva de las neuronas cerebrales y se asocia a diversas manifestaciones clínicas de naturaleza motora, sensorial, vegetativa y/o psíquica según la localización de las neuronas implicadas.¹⁹

Aunque se precisa no toda convulsión es una epilepsia ni toda epilepsia se manifiesta con una convulsión.

- Etiología

La etiología es muy variada siendo el más frecuente la epilepsia.

- Procesos agudos

Infección del SNC (Meningitis, encefalitis, abscesos cerebrales, parasitosis cerebral).

- Sepsis

- Enfermedad cerebro-vascular (Isquémica y hemorrágica)

- Hipoxia

- Epilepsia idiopática

- Trauma craneoencefálico

- Hemorragia intracraneal.

- Trastornos metabólicos (hipoglucemia, hipocalcemia, uremia, hipomagnesemia).

- Intoxicaciones (plomo, mercurio, monóxido de carbono, alcohol)

- Insuficiencia hepática

- Procesos crónicos

- Suspensión del tratamiento antiepiléptico

- Enfermedades neoplásicas intracraneales

- Alcoholismo

- Enfermedad heredofamiliar (Neurofibromatosis, Sturge-Weber, esclerosis tuberosa).^{18,19}

- Clasificación

Existen dos tipos de crisis parciales o focales y generalizadas

- Crisis parciales

Son aquellas que tienen origen local o permanecen locales y pueden llegar a generalizar. Tienen su inicio en áreas localizadas de la corteza cerebral. Son aquellas crisis cuyos síntomas ya sean motoras, vegetativas o sensoriales o psíquicos no son tan extensos y se localizan solo en un área de la corteza cerebral.

Este grupo tiene una subdivisión crisis parciales simples y crisis parciales complejas.

- Crisis parciales simples: No hay compromiso de la conciencia y pueden ser motoras, sensoriales (auditivas, visuales etc.) automáticas o psíquicas.

- Crisis parciales complejas: En esta puede haber únicamente compromiso de la conciencia (perdida del contacto) o acompañarse de movimientos automáticos (chuponeo, frotarse las manos). En la mayoría de los casos 65% las descargas no permanecen limitadas a su sitio de origen, sino que se extienden a otras áreas, esto no las convierte en crisis generalizadas.^{19,20}

- Crisis generalizadas

En este tipo de crisis hay una descarga simultánea masiva, bilateral que son simétricas desde el inicio y casi siempre hay pérdida de la conciencia. Comienzan en estructuras subcorticales se extienden simultáneamente a ambos hemisferios.

Se caracteriza por la pérdida de la conciencia y manifestaciones vegetativas (palidez, enrojecimiento, taquicardia, etc.) las cuales afectan a ambos lados del cuerpo. La pérdida de la conciencia es relativamente corta (15 a 20 seg).^{18,20}

-Tratamiento

- Medidas generales:

Realizar el ABC

- Asegurar la vía aérea: Intubación naso u oro traqueal o ventilación con bolsa si existe compromiso respiratorio

- Dar oxígeno a flujos bajos

- Asegurar las vías de acceso periféricos

- Medidas Específicas:

- Si existe hipoglicemia administrar glucosa 50 ml al 50 % con tiamina 100ml

- Identificar y corregir los desequilibrios metabólicos

-Realizar tratamiento anti convulsionante.

-Tratamiento Anti convulsionante

- Benzodiacepinas: Son los fármacos de primera elección atraviesan rápidamente la barrera hematoencefalica. Diazepam o midazolam (0,1 mg/kg)

El fármaco de primera elección es la Fenitoína (15 a 20 mg/kg IV en bolo velocidad de infusión no mayor a 50 mg/kg).²⁰

Los tratamientos tendrán eficacia si se aplican con los estándares adecuados, además de la rapidez con la se aplicarán, ya que de eso dependerá el éxito del tratamiento, para este tipo de situaciones.

2.2.3.2 Emergencias cardiorrespiratorias

a. Paro cardiorrespiratorio

Es toda situación clínica que implica el cese inesperado, brusco y potencialmente reversible de las funciones respiratorias o cardiocirculatorias espontaneas.

El paro cardiorrespiratorio es el cese de la actividad mecánica del corazón y por lo tanto la ausencia del pulso detectable.

“Interrupción brusca del gasto cardíaco y la circulación eficaz, producida casi siempre por la fibrilación ventricular, y en algunos casos la asistolia ventricular”.^{21,22,23}

La fisiopatología puede ser muy variable pero la más comunes es la fibrilación ventricular y el paro.

- Fisiopatología

En el paro cardiorrespiratorio cesan el flujo sanguíneo cerebral con el pase de oxígeno al cerebro, puesto que este a diferencias de otros órganos tiene una reserva metabólica, los efectos combinados son devastadores. Dentro de los 10

primeros minutos el paciente pierde el conocimiento, presenta movimiento mioclónicos.²⁴

El valor normal del flujo cerebral es de 55- 75ml/100g/min, esta puede llegar a descender a 18ml/100g/min, que conlleva a una falla de la función cerebral.

Pero el periodo de daño cerebral no termina cuando se restablece la circulación sistémica, existen cambios inducidos por la isquemia en los elementos gliales y en la micro musculatura durante la reperfusión.

Se ha comprobado que 10 minutos después de producirse la reperfusión, existe un flujo sanguíneo cerebral mayor al normal, aunque en otro estudio se comprobó que el flujo sanguíneo cerebral y CMRO₂ están en unos 50% severamente deprimidos.²⁶

- Causas

Las causas de esta afección son numerosas pero la principal es una enfermedad coronaria que puede llevar a un infarto. El grupo de riesgo están personas de 50 a 70 años más frecuentemente en hombres (70% vs 30%), la mayoría de los casos presenta una fibrilación ventricular (FV) o una taquicardia ventricular (TV) sin pulso originada por una poción de miocardio agudamente infartada o isquémico o con una cicatriz antigua de infarto.²⁵

- Cardiovasculares:

- IMA

- Disrritmias (bradicardias)

- Embolismo pulmonar.

- Taponamiento cardiaco.

- Respiratorias:

- Obstrucción de la vía aérea.

- Depresión del centro respiratorio.

- Broncoaspiración.

- Ahogamiento o asfixia.

- Neumotórax a tensión.

- Metabólicas

- Hiperpotasemia.

- Hipopotasemia.

- Traumatismos:

- Craneocefálico.

- Torácico

- Lesión de grandes vasos.

- Hemorragia interna o externa.

- Shock

- Hipotermia

- Iatrogenia.^{24,25,26}

- Diagnóstico

Las diversas causas por las que se puede originar un paro cardiorrespiratorio anteriormente detalladas poseen ciertas manifestaciones clínicas que son las siguientes:

- Pérdida brusca de la conciencia.

- Ausencia de pulsos centrales (carotídeos, femorales, etc.)

- Cianosis.

- Apnea.

- Midriasis (dilatación pupilar).^{26,27}

- Tratamiento

El éxito de este va a depender de la rapidez en que se realicen los primeros auxilios de la capacidad de reacción y preparación del profesional, pero sobre todo del tiempo que tome la resucitación cardiopulmonar.^{25,26}

Resucitación cardiopulmonar (RCP)

Se define como el conjunto de medidas a seguir de modo reglado secuencial para sustituir y posteriormente restablecer las funciones básicas respiratorias, circulatorias y controlar el daño cerebral hipóxico. El intervalo de tiempo entre el paro respiratorio y la hipoxia cerebral es mínimo, siendo la función principal de RCP mantener la perfusión.

La RCP se realiza en tres pasos:

- Apoyo vital básico o ABCD primario.
- Apoyo vital cardiaco avanzado o ABCD secundario.
- Apoyo prolongado.

El ABCD significa:

- A Vía aérea permeable.
- B Respiración.
- C Circulación.
- D Desfibrilación: anteriormente se incluía en el apoyo vital cardiaco avanzado.

Apoyo vital básico (AVB)

Se refiere a maniobras que se realizan a una persona en paro cardiaco y/o respiratorio para mantener o recuperar la función circulatoria respiratoria mediante el uso de compresiones torácicas externas aire espirado desde los pulmones de un reanimador para garantizar el transporte de oxígeno indispensable para la preservación de los órganos vitales.²⁷

Pasos a seguir:

- Ubicar al paciente boca arriba.
- Verificar si el paciente respira.
- Colocar el talón de la mano en el esternón del paciente.
- Colocar la otra mano sobre la primera con la palma hacia abajo.

- Presionar el cuerpo sobre sus manos para que sus brazos queden rectos.
- Realizar 30 compresiones torácicas.
- Combinar las compresiones con respiración boca a boca.

Apoyo vital avanzado (AVA)

Es la continuación de la AVB, utilizando un equipo auxiliar y técnicas especiales encaminadas a reanudar la circulación espontánea y estabilizar el aparato cardiopulmonar, restituyendo el soporte óptimo de oxígeno con drogas e infusiones de líquidos.²⁶

Apoyo prolongado

Se inicia una vez que se estabiliza la respiración y circulación. Consta de los cuidados que se deben tener a un paciente que ha sufrido un paro cardiorrespiratorio.^{21, 24,25,26,27}

2.2.3.3 Emergencias por reacciones tóxicas y alérgicas

a. Reacciones tóxicas a los anestésicos locales

Los anestésicos locales son fármacos que inhiben de forma reversible la transmisión nerviosa en cualquier parte del sistema nervioso central que la administren. Es una herramienta en el tratamiento o dolor agudo o crónico, pero debemos considerar que muy frecuentemente se producen reacciones adversas por la administración incorrecta de estos fármacos.^{28,29}

Se debe considerar las propiedades de los anestésicos capacidad del anestésico para generar reacciones alérgicas, mientras más potente sea el fármaco mayor será la reacción alérgica que produzca si se excede en su administración.^{30,31}

Las reacciones alérgicas son una respuesta anormal y exagerada del organismo al entrar en contacto con alguna sustancia externa.

- Tipos de toxicidad

- Neurotoxicidad: Se encuentran involucrados cualquier anestésico local.

- Carditoxicidad: Se encuentran involucrados cualquier tipo de anestésicos, pero en especial los liposolubles como cocaína, bupivacaina, levobupivacaina, tetracaína, etc.

- Metahemoglobinemia: Se encuentran involucrados la prilocaína, benzocaína, terciana, cocaína y lidocaína.^{29,31}

- Causas

- Administración incorrecta del fármaco

- Concentraciones excesivas de anestesia

- Ansiedad, estrés

- Enfermedades pre existentes (cardiacas, metabólicas, etc).³¹

- Diagnóstico

Southworh en 1956 describió dos fases para reconocer una reacción alérgica.

- Fase de excitación

Son predominantes las convulsiones, taquicardia, hipotensión y aumento del ritmo respiratorio, además se puede apreciar náuseas y vómitos.

- Fase de parálisis

Se caracteriza por la pérdida de la conciencia y alteración del pulso cardiaco, en esta fase puede haber una depresión respiratoria que puede terminar en paro cardiorrespiratorio.^{28,29,30}

b. Anafilaxia

Se define anafilaxia como “una Reacción adversa de causa inmunológica desencadenada por el contacto del paciente previamente sensibilizado con diferentes agentes externos...”.^{28,29}

Estado biológico especial de reactividad orgánica exaltada (Hiperactividad) que se produce por inyectar por segunda vez alguna sustancia de naturaleza proteica, que ha sido inocua, cuando se inyectó por primera vez; esta hiperactividad constituye un cuadro clínico llamado Shock anafiláctico.

En tanto se puede decir que la anafilaxia es una reacción alérgica y de hipersensibilidad producida por una IgE, cuyo resultado es un síndrome clínico de afección sistémica de gravedad variable en una persona previamente sensibilizada.³²

-Dentro de la anafilaxia el shock anafiláctico, es que se presenta con mayor frecuencia este se produce por la pérdida inicial de fluidos intravasculares

secundario al aumento de la permeabilidad vascular, vasodilatación y depresión.^{31,32}

- Causas

Entre los principales causales de anafilaxia y reacción anafilactoide tenemos:

- Antibióticos (penicilinas, cefalosporina, tetraciclinas, estreptomicina).
- Agentes terapéuticos Extractos alergénicos para inmunoterapia (relajantes - musculares, anestésicos, vacunas).
- Alimentos: Leche, huevo, pescado, cítricos.
- Venenos de insecto, abejas avispas, etc.

Las anafilactoides ácido acetilsalicílico.

- Anafilaxia Idiopática

Fue descrita por Bacal y Col en 1978 pero aun la causa sigue desconocida, pero se han encontrado nuevos agentes como el látex, muchos no lo consideran por esta lógica, las características de esta son similares a las reacciones de causa conocida. El diagnóstico que se realiza es el de exclusión.^{29,30,31}

- Tipos y manifestaciones clínicas de las reacciones

- Reacciones leves:

Se originan por la ingestión de ciertas comidas, pero raramente llegan a ser mortales se caracterizan por la urticaria angioedema en el sitio de exposición o en tracto gastrointestinal.

- Reacciones Sistémicas

Afectan a diferentes órganos como el sistema respiratorio, gastrointestinal, sistema cardiovascular y piel. De inicio casi inmediato y de gravedad variable.

- Reacciones Sistémicas Leves:

Hormigueo, cosquilleo, prurito, en manos y pies además de sensación de calor que puede estar acompañado de congestión nasal, edema de parpado, estornudos lagrimeos, etc. Esta sintomatología inicial se presenta dentro de las primeras dos horas.

- Reacciones Sistémicas Moderadas:

Además de presentar los síntomas antes mencionados, estas vienen acompañada de tos disnea broncoespasmo, sibilancias edema de laringe, disfonía urticaria generalizada, además de náuseas vómitos prurito generalizado sensación de calor y gran ansiedad.^{29,30}

- Reacciones Sistémicas Severas:

Esta puede llegar a ser súbita puede iniciarse con las dos reacciones antes mencionadas, pero puede convertirse en severa en cuestión de minutos, puede que no presenten síntomas de consideración, pero pueden presentar de manera muy rápida disnea broncoespasmo, sibilancias edema de laringe, cianosis y puede llegar hasta el paro respiratorio.³¹

- Tratamiento

Identificar de manera rápida los signos y síntomas de este mal, para ello el profesional debe estar debidamente preparado, Simpson recomienda la administración de adrenalina para las reacciones por alimentos.

En casos de reacción alérgica severa se tiene que seguir los siguientes pasos:

Revisar el estado de las vías respiratorias y en el caso que se encuentren con alteraciones cardiopulmonares empezar con el RCP.

Administrar líquidos intravenosos de forma rápida debido a la extravasación que se produce mantener la presión sistólica en 100 mm/Hg en adultos. Se puede aplicar dentro de la primera hora suero salino 500 a 2000 ml.

- Tratamiento con medicamentos:

Adrenalina: Usar de 0.3 a 0.5 ml por vía SC repetir este punto cada 15 min si fuese necesario. En caso de shock diluir 0.1 ml de adrenalina en 10 ml de suero salino vía intravenosa, luego de esto diluir 1ml de adrenalina de 1. 1000 en 250ml de suero glucosado al 5%.

En niños se aplica 0.05% de adrenalina en 3ml de suero salino cada 4 horas.

Vasodpresores: Se suele utilizar solo si es necesario dopamina, Se aplica 0.3-1.2mg/kg/h (se diluye 200mg de dopamina en 500 mg de suero glucosado al 5%).³⁰

Broncodilatadores: Si existe broncoespasmo a pesar de haber administrado adrenalina, se utiliza beta alérgicos nebulizados vía intravenosa.^{27, 28, 29}

2.2.3.4 Emergencias cardiovasculares

a. Crisis hipertensiva

Se puede definir a la crisis hipertensiva como la elevación arbitraria de presión arterial. La presión diastólica de 120 a 130 mm/Hg y la sistólica por encima de 210 mm/Hg.³³

La crisis hipertensiva es la elevación de la presión arterial (PA) el cual puede producir alteraciones funcionales y estructurales de los órganos.

La Organización Mundial de la Salud la define como "La elevación crónica de la presión sanguínea sistólica, diastólica o de ambos".³³

También, el diccionario médico Mosby la describe como trastorno a menudo asintomático caracterizado por la elevación mantenida de la tensión arterial por encima de los 140/ 90 mm/ Hg.^{14,33}

- Clasificación

Pero para poder identificar cuando se está frente a una crisis hipertensiva se debe conocer a la perfección cuales son los valores normales de la presión arterial.

Según Joint National Committee on Prevention, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure clasificaron a la hipertensión de acuerdo al grado de elevación de la presión arterial de la siguiente manera:

Hipertensión Grado 1: 140- 159mm/Hg - Presión sistólica 90-99mm/Hg -
Presión Diastólica

Hipertensión Grado 2: 160-179mm/Hg - Presión sistólica 100- 109mm/Hg

Presión Diastólica

Hipertensión Grado 3: 180 a más - Presión sistólica 110 a más - Presión Diastólica

Sin embargo, existe otra clasificación que se maneja desde el año 1993 en JNC5:³⁴

- Urgencias hipertensivas:

Es un ascenso agudo de la presión; no se acompaña de lesión aguda a algún órgano y puede presentar signos inespecíficos cefalea, mareos, ansiedad, pero que no llega a comprometer la vida de la persona de forma inmediata, se debe considerar un descenso de la presión dentro de las 48 horas y no requiere internamiento hospitalario.³⁶

- Emergencias hipertensivas:

Es una elevación tensional que viene acompañada de alteraciones en el funcionamiento de los órganos diana (corazón, hígado, riñón) y que pueden comprometer la vida en un tiempo mínimo, por ello se debe considerar haber controlado la presión en 1 hora como máximo.^{34,35}

- Tratamiento

Para tratar las crisis hipertensivas existen varios puntos que se deben tener en cuenta para el correcto manejo de estas:

- No debe haber una reducción brusca de presión arterial ya que esto podría ocasionar isquemia en los órganos diana.

- La presión arterial no debe descender menos de la presión habitual del paciente.

- Se debe tratar de mantener la presión arterial 160/100mmHg.

Se debe colocar al paciente en lugar tranquilo, en una posición adecuada para su mejora.

- Para el tratamiento farmacológico se utilizarán al principio las dosis mínimas recomendadas, si no existe mejoras se aumentará paulatinamente la dosis.^{33,36}

- Tratamiento farmacológico:

Fármacos antagonistas de calcio

- Amlodipino 5-10mg.

- Lacidipino 4mg.

- Nifedipino 30mg.

Bloqueadores beta

- Bisoprolol 2,5 - 5mg.

- Carvedilol 12,5 - 25 mg.

Labetadol 100 - 200 mg.

Diuréticos

- Furosamida 20 - 40mg.

- Torosamida 5 - 10mg.

Bloqueadores del sistema renina angiotensina

- Captopril 25 - 50mg.

- Enalapril 10 - 20mg.³⁶

2.2.3.5 Emergencias endocrinológicas

a. Hipoglicemia aguda

Es una condición, la cual se caracteriza por niveles bajos de glucosa en sangre, puede ocurrir en pacientes diabéticos, así como no diabéticos. La hipoglicemia aparece cuando hay un descenso anormal de glucosa en sangre menor a 60mg/dl. (Los parámetros normales de la glucosa oscilan entre los 70_100mg/dl).³⁷

Según el diccionario médico Teide lo describe como “la disminución (hipo) de la glucemia, es decir, de la tasa normal de azúcar (glucemia) en la sangre humana (taza que oscila entre uno por mil y, por tanto, cada litro de sangre contiene un gramo de glucosa) ...”^{38,39}

- Clasificación según gravedad

Hipoglucemia leve: Se trata de una hipoglucemia sintomática, que es tratada por el propio paciente, sin repercusión sustancial en el modo de vida.

Hipoglucemia moderada: Hipoglucemia sintomática, que es tratada por el propio paciente, pero que altera sustancialmente su modo de vida.

Hipoglucemia severa: El paciente no puede tratarse a sí mismo, requiriendo el auxilio de otra persona.³⁸

- Causas

Dosis excesiva de insulina.

Dosis excesiva de hipoglucemiantes orales.

Ingestión de alcohol.

Interacciones que causan potencialización de agentes hipoglucemiantes provocadas por drogas como la aspirina, aines.

Cuadros de ansiedad.

- Signos y síntomas

Se puede manifestar en tres etapas:

Etapa precoz: Náuseas, sensación de hambre, disminución de la función cerebral de función (Alteración del temperamento o carácter).

Etapa avanzada: Sudoración, taquicardias, pilo-erección, aumento de ansiedad, no cooperación.

Etapa tardía: inconsciencia, convulsiones, hipotermia e hipotensión.^{39,40}

- Diagnóstico

El diagnóstico de la hipoglucemia será confirmado por la existencia de la triada de Whipple:

Existencia de síntomas compatibles:

- Adrenérgico: Sudoración, ansiedad, temblor, taquicardia, palpitaciones, hambre, debilidad, inquietud, irritabilidad, palidez.
- Neurológicos: Convulsiones, fatiga, síncope, cefalea, cambios de comportamiento
- Glucemia baja en pactes sintomáticos

Desaparición de la sintomatología después de la regulación de la glucosa.⁴¹

- Tratamiento
- Paciente consciente y Alerta
- Si el paciente presenta un comportamiento extraño (Como si estuviera borracho) interrumpir inmediatamente la atención.
- Colocar al paciente en posición Tredlemburg.
- No administrar insulina.
- Administrar carbohidratos vía oral cada 5 minutos hasta que los síntomas desaparezcan.
- Paciente consciente pero no colaborador
- Si el paciente a pesar de haber aplicado los procedimientos anteriores solicitar ayuda médica de urgencia
- Aplicar solución de glucosa al 25% IV 10 ml.
- Controlar los signos vitales cada 5 minutos.

- Paciente inconsciente
- Interrumpir la atención y retirar cualquier material de la boca.
- Colocar al paciente en posición de Trendelenburg.
- Inspeccionar las vías respiratorias y el pulso arterial
- Solicitar ayuda médica inmediatamente.
- Aplicar glucosa al 25% IV 10ml.
- Controlar los signos vitales cada 5 minutos ^{1,37,40,42}

a. Hiperglucemia aguda

Se le denomina hiperglucemia a la elevación excesiva de la glucosa en sangre, por una serie de alteraciones hormonales (Aumento de hormonas contra reguladoras de insulina) ya que no produce insulina en cantidad necesaria o que el organismo no puede utilizar correctamente la insulina, es un problema de todo paciente diabético por un inadecuado control de su enfermedad.⁴³

- Causas
- Diabetes mellitus.
- Predisposición genética.
- Mayor prevalencia de obesidad.
- Disminución de la actividad física.
- Aumento de resistencia de insulina

- Síntomas y signos

- Piel seca.

- Mucha sed.

- Aliento cetónico.

- Dolor abdominal.

- Desorientación.^{43.44}

- Tratamiento

Verificar que el paciente el estado del paciente (Nivel de conciencia)

Si el paciente colabora, es decir está consciente se le tratará farmacológicamente, según este indicado.

Si el paciente presenta una cierta gravedad solicitar ayuda médica de emergencia.^{42,45}

2.2.3.6 Emergencias respiratorias

a. Crisis aguda del asma bronquial

Es una enfermedad del tipo inflamatorio de las vías respiratorias, que se caracteriza por el estrechamiento de las vías aéreas debido al espasmo de la musculatura lisa de los bronquios, hay edema e inflamación de las paredes, además de la excesiva producción de mucus adherente.⁴⁶

Trastorno respiratorio caracterizado por el estrechamiento bronquial contráctil de más o menos intensa disnea que surgen por fenómenos de es espasmo de las

paredes bronquiales de personas predispuestas. En tanto que en el periodo inicial puede considerarse como una enfermedad general con manifestaciones críticas respiratorias, en fases avanzadas las lesiones respiratorias adquieren mayor relieve.⁴⁶

En 1995 el National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI) lo describió como “una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas. En individuos susceptibles la inflamación produce episodios recurrentes de disnea, sibilancias, opresión torácica y tos, particularmente por la noche o durante la madrugada”.^{47,48}

- Signos y síntomas

- Dificultad para respirar.

- Constricción en el pecho.

- Tos.

- Disnea.

- Causas

- Susceptibilidad genética.

- Diminución de la función del pulmón.

- Sensibilidad y exposición a sustancias externas (Polvo, alimentos, tabaco, etc.).

- Factores emocionales.⁴⁶

- Tratamiento
- Interrumpir tratamiento.
- Colocar al paciente en una posición cómoda.
- Administrar Salbutamol.
- Administrar oxígeno de 5 a 7 litros por minuto.
- Utilizar su broncodilatador, sino adaptarle una bolsa adaptada a la boca y nariz del paciente pidiéndole que aspire lentamente.
- Si no hay mejora solicitar ayuda médica de inmediato.^{47,48}

a. Obstrucción aguda de la vía aérea

Es la interrupción o impedimento del paso de aire a través de las vías respiratorias, es una emergencia que debe ser atendida a la brevedad posible ya que su prolongación podría ocasionar hipoxia, secuelas e incluso la muerte.

También se le puede denominar como el bloqueo del conducto que transporta el oxígeno hacia los pulmones.⁴⁹

- Causas
- Infecciosa, inflamatorias.
- Obstrucción de cuerpos extraños.
- Traumáticas.

Siendo la más común en la consulta odontológica la siguiente:

b. Obstrucción de las vías aéreas por cuerpos extraños

- Factores de riesgo

Aunque es poco probable, estos sucesos pueden ocurrir durante la atención dental. Se pueden tragar objetos hacia la tráquea o hacia el tracto gastrointestinal.⁴⁸

El mayor riesgo que puede ocurrir es que el profesional no esté correctamente capacitado para la atención inmediata del paciente, siendo los más susceptibles los siguientes:

- Pacientes con enfermedades convulsivas.
- Niños.
- Mujeres embarazadas.
- Pacientes con enfermedades mentales.
- Pacientes con macroglosia.
- Limitaciones de aperturas bucales.^{48,49}
- Signos y Síntomas
- Tos fuerte que irá disminuyendo con el paso del tiempo
- Cianosis.
- Ruidos respiratorios inusuales.
- Desesperación.

- La víctima coloca sus dos manos en la garganta.

- Dificultad para respirar

- Tratamiento

Para tratar este Tipo de problemas existen varias maniobras que se pueden ejecutar, pero va a depender del grado de conciencia del paciente, de la rapidez con la que se aplique los primeros auxilios.⁴⁹

- Procedimientos manuales:

- Maniobras de desobstrucción (Golpes en la espalda).

- Inspección con los dedos.

- Realizar la maniobra de Heimlich o compresión triásica.

La maniobra de Heimlich o compresión torácica, fue descrita por Henry Heimlich en 1974 es empleada en situaciones de atragantamiento por comidas o cuerpos extraños que por la falta de oxigenación pueden coaccionar asfixia seguida de muerte.

Consiste en compresiones sub diafragmáticas con la finalidad que la víctima expulse el cuerpo extraño.

Pasos a seguir: Si observa que la persona tiene dificultad para respirar y comprueba que se trata de un atragantamiento debe hacer lo siguiente:

Colocarse detrás de la persona colocando sus manos en forma de puño entre las costillas haciendo compresiones hacia arriba fuertes y rápidas. Para aumentar la presión torácica ayudando así a que expulse el cuerpo extraño.

Se aplican golpes fuertes y rápidos en la espalda si es que no tiene fuerza suficiente para abrazar al paciente.

Se puede aplicar sentado, acostado siempre dando compresiones fuertes y rápidas.

En niños también se aplica, en bebés, en cambio solo golpes en la espalda.⁴⁹

2.2.3.7 Conocimiento

Según el diccionario de la Real Academia Española, define a conocimiento como “acción y efecto de conocer.”⁵⁰

Una concepción espiritual: “...cada una de las aptitudes que tiene el alma de percibir, por medio de determinados órganos corporales, las impresiones de los objetos externos.” Y una visión de orden científicista: “...producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas, sobre las que se sabe, o que están contenidas en la ciencia.”⁵⁰

Nonaka y Takeuchi en 1995 tienen dos concepciones respecto a este tema, la epistemología define al conocimiento como algo estático y formal. Por otro lado, estos mismos autores contemplan que también se le considera como un proceso humano de la justificación de la creencia personal en busca de la verdad.

Tsoukas y Vladimirou definen al conocimiento como la capacidad individual para realizar distinciones o juicios en relación a un contexto.^{50,51}

Para entender las diversas teorías manejadas sobre este fenómeno, diversos autores la presentan de la siguiente manera:

Para que se pueda formar un conocimiento existe un proceso en el cual tiene que existir una interacción entre dos elementos, el sujeto cognoscente (Que

conoce la información de las cosas) y el objeto de conocimiento (imagen) que inicialmente se encuentran separados; dando como resultado productos mentales a los que se les denomina conocimientos.

Por medio del conocimiento el ser humano trata de entender los fenómenos que pasan en su interior o en el ámbito exterior (relaciones sociales).⁵¹

- Condiciones del conocimiento

Para que este fenómeno sea considerado “conocimiento” debe cumplir con las siguientes condiciones:

- Filosóficas: Para Pedro Chávez las clasifica en tres puntos Creencia, validez y evidencia

- Creencia: La persona ha de creer en la certeza de lo que piensa o afirma.

- Validez: Es indispensable que este conocimiento sea comprobable.

Evidencia: Consiste en que este pueda ser visible.

- Histórico- Sociales

El conocimiento se encuentra inmerso en el ambiente histórico social y tiene que recibir su influencia.

Esto quiere decir que el ser humano nace y se desarrolla en un determinado tiempo y lugar y por lo tanto su aprendizaje y por ende su conocimiento estará condicionado por la cultura de la sociedad a la cual pertenezca.

- Aprehensión de conocimientos

Los seres humanos están constantemente en aprehensión de conocimientos.

Hessen plantea diversas formas de conocimientos, este los subdivide en:

- Sensible: Conocimiento que comienza en la realidad, en el mundo de las cosas.

Esto tiene que ver con la realidad de las cosas

- Intelectual: Conocimiento que inicia en el sujeto, y que tiene que ver con las ideas, con los conceptos que el posee. Es un conocimiento de idealidades. Este a su vez se subdivide en:

- Discursivo: Conocimiento que partiendo de unos anteriores obtiene otros nuevos mediante un discurso que sigue las leyes de la lógica.
- Il Intuitivo: Conocimiento que se obtiene mediante evidencias.
- Racional: Conocimiento que tiene que ver con la facultad del hombre denominado "Pensamiento"
- Irracional: Conocimiento que tiene ver con las facultades del hombre denominado "sentimiento" y "voluntad".⁵¹

Para poder hablar de conocimiento se tiene que diferenciar las clases de conocimiento que se posee.

Conocimientos explícito, implícito; personal y colectivo:

El conocimiento puede ser objeto de diversas clasificaciones, ya que no existe solo una clase de conocimientos.

- Conocimiento explícito e implícito:

La división reconoce la acumulación de experiencias en el ser humano y la facilidad o dificultad para su imitación. Se llama conocimiento explícito, al que es fácilmente representable al exterior de las personas. El implícito o tácito, no se representa fácilmente por medios externos a las personas que lo poseen. Imitar conocimiento tácito, resulta mucho más difícil y costoso que simplemente copiar conocimiento explícito.⁵³

- Conocimiento personal y colectivo

El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en la persona. Se puede decir que cada ser humano lo asimila como resultado de su propia experiencia y lo incorpora a su patrimonio personal como todo un organizado. Es colectivo puesto a que junto con la cultura forman una unidad indisoluble con el medio y con el territorio.

Existe otra clasificación de conocimientos en el que se toma en cuenta el nivel de profundidad que un sujeto alcanza frente al conocimiento.^{51,53}

Conocimiento popular, científico y de divulgación:

- Conocimiento popular

Algunos autores lo denominan vulgar o natural. Es cotidiano y hace parte de una cultura determinada; se caracteriza porque ha permanecido en el tiempo, no tiene orígenes claros y corresponde al patrimonio que ha sido heredado y transmitido a través de generaciones. Se aprende y se aplica, a la solución de problemas, sin cuestionar el procedimiento realizado. Se adquiere de los fenómenos que circundan al ser humano, sin que se profundice en sus causas. Por ende, se resiste a críticas, pues se aplica tal como fue aprendido

socialmente. Se posee sin haberlo buscado ni estudiado, sin aplicar un método y sin haber reflexionado acerca de algo. No es crítico ni metódico; sin embargo, es un conocimiento completo y se encuentra listo para su utilización inmediata.

- Conocimiento científico

Se alcanza cuando se pretenden descubrir causas y principios, mediante el seguimiento de una metodología. Se obtiene mediante la apreciación de la realidad, a través de la observación realizada, mediante el uso de técnicas adecuadas. Procura la demostración, a través de la comprobación de los fenómenos, en forma sistemática; por ello, va más allá del sentido común, al buscar soluciones más metódicas a los problemas.^{50,52,53}

El conocimiento científico se caracteriza por ser cierto o probable, formado por una gran cantidad de conocimientos demostrados o por demostrar. Se preocupa por construir sistemas de ideas organizados coherentemente y por incluir todo conocimiento parcial, en un conjunto cada vez más amplio. Sin embargo, se ha de reconocer, que se constituye tan sólo, en uno de los diversos modos de conocimiento humano. De igual manera, se recuerda que no es el único capaz de dar respuesta a los interrogantes planteados.⁵²

- De divulgación

En el caso del conocimiento científico, la información se trasmite a través de revistas o libros de divulgación y se expone después de que ha sido sometido a una crítica de las teorías expuestas; cuando ha sido calificado por su aporte a las ciencias y al conocimiento científico. Se encuentra en las enciclopedias, las revistas y los diccionarios especializados, los libros de texto, los estudios

monográficos, los trabajos universitarios y las exposiciones orales, como mesas redondas, paneles y congresos científicos.

El conocimiento de divulgación popular, ha sido un conocimiento científico, sometido a un cambio para fines específicos. El valor de la información transmitida, ha perdido su aporte original y tiene un nivel muy bajo de conocimiento científico. Tal conocimiento se trasmite, sin una crítica de las fuentes que la validan. Va dirigido al público en general y su vocabulario es sencillo; incluye la información periodística, radiofónica, televisiva, las enciclopedias generales y las conferencias populares, entre otras.^{51,53}

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Hipótesis y variables de la investigación

3.1.1. Hipótesis principal

Existe bajo nivel de conocimientos sobre emergencias médicas durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas- Filial Chiclayo.

3.1.2. Hipótesis secundarias

Existe bajo nivel de conocimientos sobre el diagnóstico de emergencias médicas durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas- Filial Chiclayo.

Existe bajo nivel de conocimientos sobre el manejo de emergencias médicas durante la consulta odontológica de los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas- Filial Chiclayo.

3.1.3. Variable

“Nivel de conocimientos sobre las emergencias médicas”

Cantidad de información teórica- practica respecto a emergencias médicas, aprendida y asimilada por los estudiantes de dichas carreras.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALAS DE MEDICION
Nivel de conocimiento sobre emergencias médicas.	Nivel de conocimientos en el diagnóstico de emergencias médicas	ALTO MEDIO BAJO	ORDINAL
	Nivel de conocimientos en el manejo de emergencias médicas		
COVARIABLE: CICLO DE ESTUDIO		OCTAVO NOVENO	ORDINAL
EDAD	Joven Adulto	DNI	ORDINAL
GENERO	Joven Adulto	DNI	ORDINAL

CAPITULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Diseño metodológico

Tipo de investigación

El siguiente trabajo es de tipo observacional, cualitativa, descriptiva, transversal, no experimental por las siguientes características:

Se considera observacional porque no hubo manipulación de ninguna variable o fenómeno.

Se considera descriptiva porque se describió lo observado en la muestra

Se considera transversal porque la evaluación fue aplicada en una única ocasión.

Nivel de investigación

Descriptivo

4.2. Diseño Muestral

Contará con una población de 63 alumnos de la Clínica Estomatológica Integral del adulto de la escuela profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas - Filial Chiclayo

Criterios de inclusión

Alumnos de la clínica estomatológica integral del adulto:

- Que se encuentren inscritos en la escuela académico profesional de estomatología - Filial Chiclayo.
- Acepten aplicar el cuestionario.

Criterios de exclusión

Alumnos que no se encuentren matriculados en la clínica estomatológica integral del adulto I y II.

4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

-Técnica

Entrevista estructurada

- Instrumentos

Se aplicará un cuestionario validado.

Las preguntas del cuestionario estuvieron organizadas de la siguiente forma:

Una primera parte, estuvo conformada por 10 preguntas (del 1 al 10) que estuvieron relacionadas al diagnóstico de una emergencia médica, en la cual se evaluó el conocimiento con respecto a los principales signos y síntomas de las emergencias médicas más frecuentes.

Una segunda parte, estuvo conformada por 10 preguntas (del 11 al 20) que estuvieron relacionadas al conocimiento sobre el manejo de emergencias médicas.⁹ Posteriormente, cada pregunta del cuestionario fue evaluada; las que fueron contestadas de manera correcta tuvieron una puntuación de uno, por lo que, si todas fueron contestadas correctamente, obtuvieron una nota de 20; a su vez, las que fueron contestadas de manera incorrecta, tuvieron una puntuación de cero, por lo que, si todas fueron contestadas incorrectamente, obtuvieron una nota de 00. Se estableció rangos de notas para la clasificación cualitativa del nivel de conocimiento en categorías (Bueno, Regular y Malo).⁸

- De 15,43 a 20 = Bueno
- De 12,19 a 15,42 = Regular
- De 00 a 12,18 = Malo

Sobre las puntuaciones parciales para la primera y segunda dimensión, las categorías quedaron establecidas de la siguiente manera:⁸

- De 8 a 10 = Bueno
- De 5 a 7 = Regular
- De 0 a 4 = Malo

Criterio de validez y confiabilidad de los instrumentos

El cuestionario aplicado ya fue validado por juicios de expertos utilizando la Prueba V de Aiken en la tesis de Contreras Enríquez Christian Marlon (Universidad Mayor de San Marcos 2015).⁸

Criterio de confidencialidad

Alpha de cronbach

Plan de procesamiento de información

Plan de análisis de datos

Para la presentación estadística de esta investigación se empleará el programa Excel 2010 y SPSS 21, en donde se utilizó la siguiente forma de tabulación:

Para nuestra variable principal y covariable género se empleó Tablas de frecuencias.

- Se empleó una tabla de contingencia con las variables Nivel de conocimiento y covariable de género.
- La presentación gráfica de los datos se realizó a través de gráficos de barras.
- El análisis inferencial se realizó a través de la prueba U de Mann Whitney entre las variables Nivel de conocimiento - género.

CAPITULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. Análisis y discusión

Tabla N° 1

Tabla de distribución de frecuencia de las variables demográficas de los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas

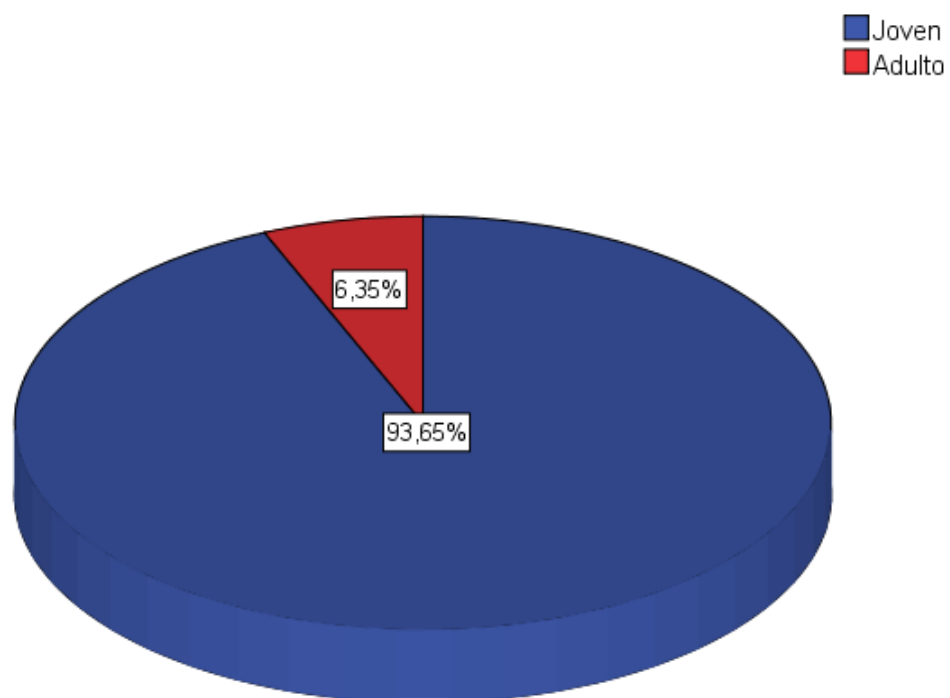
		N	%
Edad	Joven	59	93,7%
	Adulto	4	6,3%
Género	Masculino	23	36,5%
	Femenino	40	63,5%
Ciclo	VIII ciclo	35	55,6%
	IX ciclo	28	44,4%
TOTAL			100%

Fuente: Propia del investigador

En la Tabla N°1 se observa la distribución de frecuencia de las variables demográficas de los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas, donde 59 (93,70%) estudiantes son jóvenes y 4 (6,3%) son adultos. 23 (36,5%) estudiantes son de sexo masculino y 40 (63,5%) son de sexo femenino. Finalmente, 35 estudiantes (55,6%) pertenecen al VIII ciclo y 28 (44,4%) pertenecen al IX ciclo académico.

Gráfico N° 1

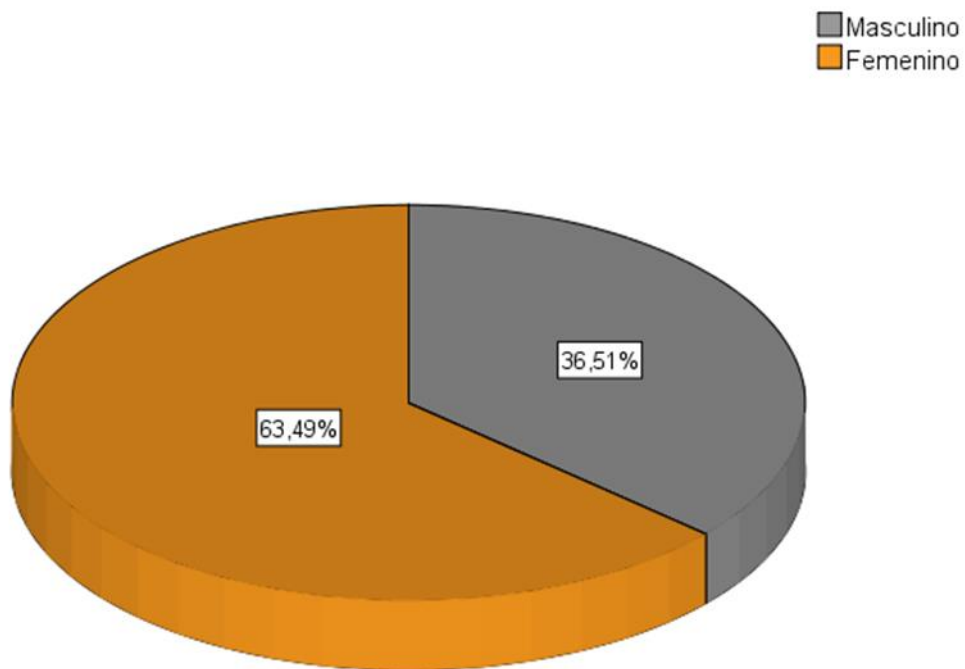
Gráfico circular de la frecuencia de la edad de los estudiantes de la clínica estomatológica integral del de la Universidad Alas Peruanas Filial Chiclayo



Fuente: Propia del investigador

Gráfico N° 2

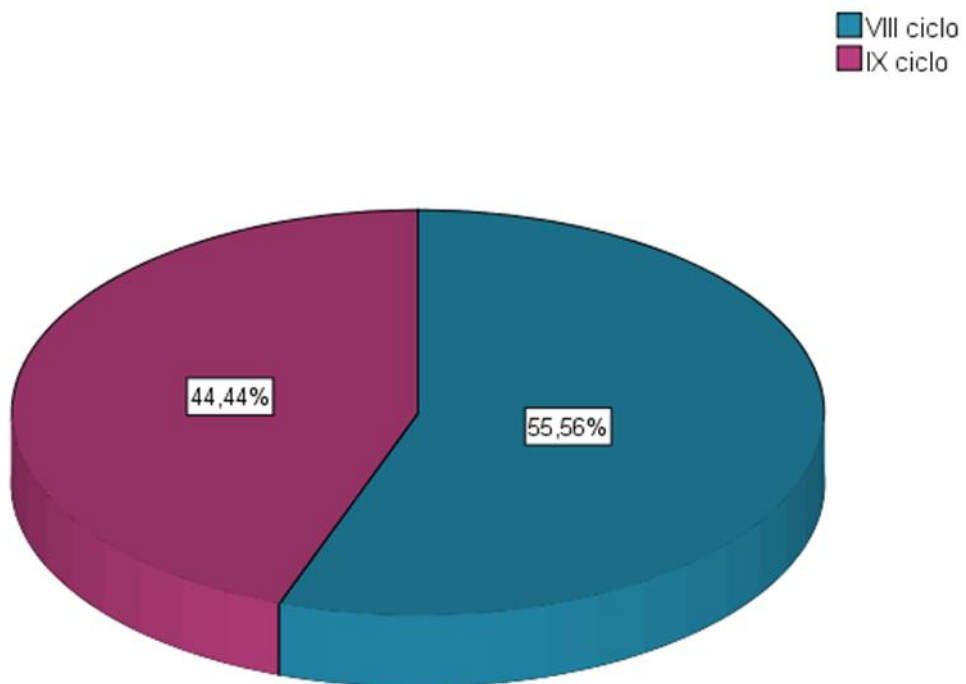
Gráfico circular de la frecuencia del género de los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas Filial Chiclayo



Fuente: Propia del investigador

Gráfico N° 3

Gráfico circular de la frecuencia del ciclo académico de los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas Filial Chiclayo



Fuente: Propia del investigador

Tabla N° 2

Tabla de contingencia del nivel de conocimiento sobre diagnóstico y el semestre académico de los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas

		Ciclo				Valor p
		VIII ciclo		IX ciclo		
		N	%	N	%	
Diagnóstico	Alto	7	20,0%	4	14,3%	0,129
	Medio	20	57,1%	12	42,9%	
	Bajo	8	22,9%	12	42,9%	
TOTAL			100%		100%	

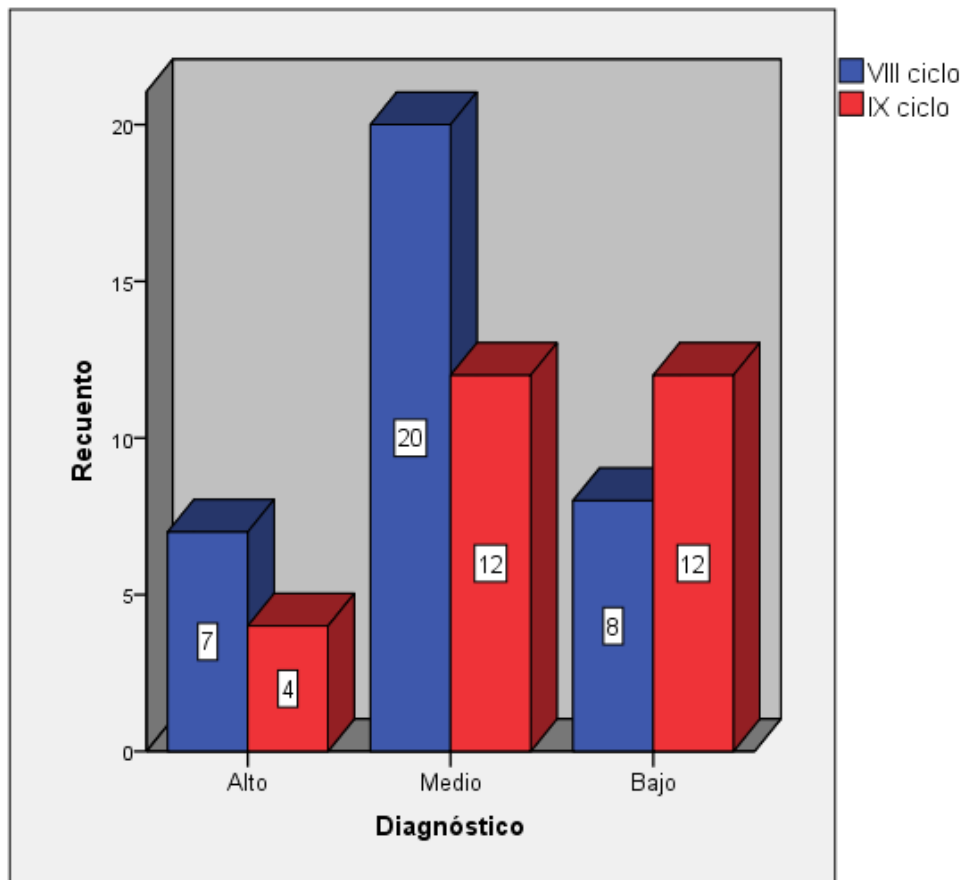
Fuente: Propia del investigador

En la Tabla N°2 se observa el nivel de conocimiento sobre diagnóstico, de acuerdo al semestre académico de los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas, donde 7 (20,0%) estudiantes pertenecientes al VIII ciclo presentan un nivel de conocimiento alto, 20 (57,1%) presentan un nivel medio y 8 (22,9%) presentan un nivel bajo. Del mismo modo, 4 (14,3%) estudiantes pertenecientes al IX ciclo presentan un nivel de conocimiento alto, 12 (42,9%) presentan un nivel medio y 12 (42,9%) presentan un nivel bajo.

Según la prueba U de Mann Whitney, no existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre diagnóstico y el ciclo académico al cual pertenecen los estudiantes encuestados ($p < 0,05$).

Gráfico N° 4

Gráfico de barras agrupadas del nivel de conocimiento sobre diagnóstico y el semestre académico de los estudiantes de odontología clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas



Fuente: Propia del investigador

Tabla N° 3

Nivel de conocimiento sobre manejo de emergencias y el semestre académico de los estudiantes clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas

		Ciclo				Valor p
		VIII ciclo		IX ciclo		
		N	%	N	%	
Manejo de emergencias	Alto	3	8,6%	2	7,1%	0,084
	Medio	26	74,3%	15	53,6%	
	Bajo	6	17,1%	11	39,3%	
TOTAL			100%		100%	

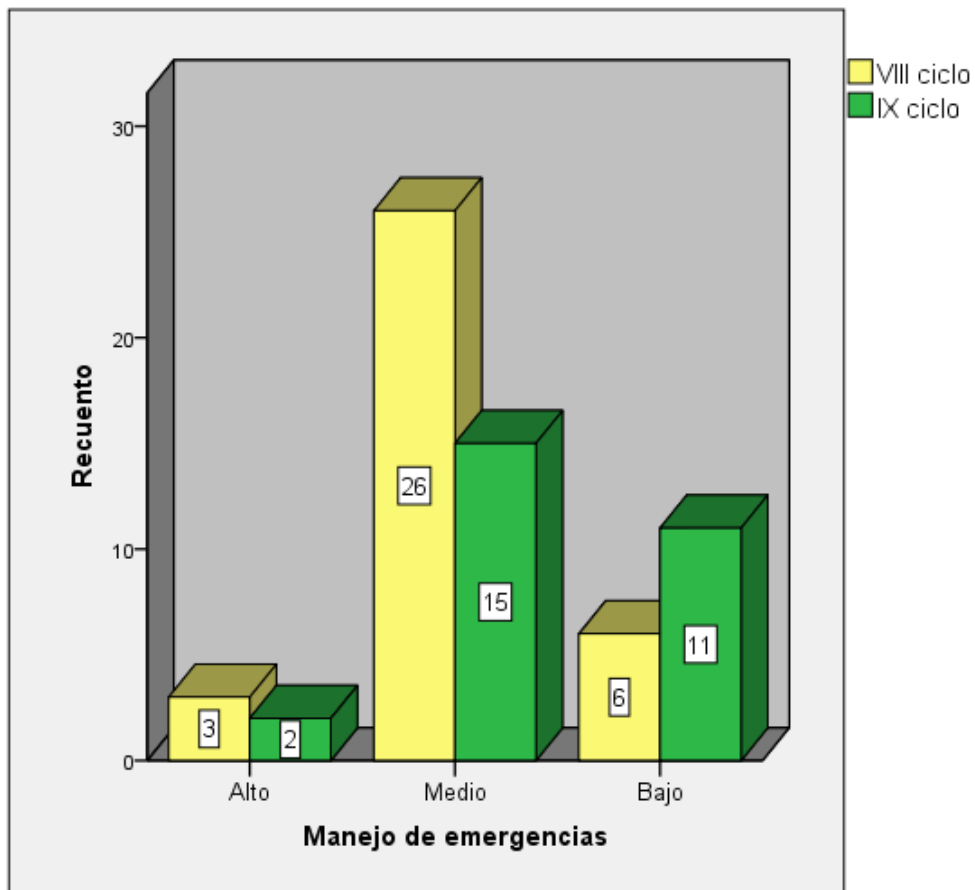
Fuente: Propia del investigador

En la Tabla N°3 se observa el nivel de conocimiento sobre el manejo de emergencias, de acuerdo al semestre académico de los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas, donde 3 (8,6%) estudiantes pertenecientes al VIII ciclo presentan un nivel de conocimiento alto, 26 (74,3%) presentan un nivel medio y 6 (17,1%) presentan un nivel bajo. Del mismo modo, 2 (7,1%) estudiantes pertenecientes al IX ciclo presentan un nivel de conocimiento alto, 15 (53,6%) presentan un nivel medio y 11 (39,3%) presentan un nivel bajo.

Según la prueba U de Mann Whitney, no existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre manejo de emergencias y el ciclo académico al cual pertenecen los estudiantes encuestados ($p < 0,05$).

Gráfico N°5

Gráfico de barras agrupadas del nivel de conocimiento sobre manejo de emergencias y el semestre académico de los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas



Fuente propia del investigador

5.1. DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de conocimientos sobre emergencias médicas durante la consulta odontológica en alumnos de la Universidad Alas peruanas filial Chiclayo semestre 2016 II.

Las emergencias médicas cada vez se presentan con mucha frecuencia, por lo que los profesionales de salud deben estar preparados adecuadamente para hacer frente a cualquier situación de emergencia que se presente en el consultorio.

Para este estudio se tomó en cuenta los 63 alumnos de la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo, de los cuales el 93,7% es joven y el 63,5% de sexo femenino pertenecientes a los últimos ciclos de la carrera (55.6% el VIII ciclo y 44,4% del IX ciclo).

Se evaluaron dos aspectos: el nivel de conocimiento sobre el correcto diagnóstico es decir la identificación de emergencias; y se evaluó el nivel de conocimientos sobre el manejo de emergencias médicas.

El estudio sobre el diagnóstico de acuerdo al semestre académico, dio como resultado que el octavo ciclo presentó predominantemente un conocimiento regular (57,1%), seguido del bajo conocimiento (22,9%), y que el IX ciclo presentaron un conocimiento regular y bajo (42,9%) predominantemente cada uno), por lo que inferimos que el nivel de conocimiento de los estudiante es medio y bajo predominantemente, que no influye la diferencia de ciclos académicos para que ellos estén mejor preparados, similar resultados tenemos con Contreras ,que encontró un 53,1% de estudiantes con conocimiento regular, seguido de bajo (24,5%); y con la investigación de Gaviño que evaluó en

odontólogos encontrando un 43.9% con conocimiento regular, seguido de 36,7% con buen conocimiento, cabe destacar que se trata de evaluación con profesionales jóvenes de menos de 10 años ejerciendo su carrera, por lo que se podría justificar debido a la alta oferta y demanda de capacitaciones en la actualidad dirigidas al odontólogo sobre este tema. También coincide con la investigación de Villena sobre el conocimiento en estudiantes predominando el nivel bajo (65,3%) seguido del nivel medio (35,7%), así mismo evaluó por ciclos de estudio no encontrando diferencias significativas, cabe destacar que a diferencias de las otras investigaciones mencionadas que, si encontraron conocimiento en los tres niveles, Villena no reporto al menos un estudiante con un buen nivel de conocimiento. Así mismo tenemos la investigación de Stafuzza en donde los odontólogos han sido capacitados para emergencias médicas, pero el resultado arrojó que el 69% no diferencia entre emergencia y urgencia; entonces si bien es cierto esta investigación se realizó en Brasil en donde su curricular es distinta al igual que la investigación de La Revista Comunidad y Odontología preventiva realizada en Cuba, pero continua la problemática de escasez de conocimiento.

Por otro lado, respecto al nivel de conocimientos sobre el manejo de emergencias de acuerdo al semestre académico, en el al octavo ciclo predominó el conocimiento medio(74,3%) seguido del bajo (17,1%) , de la misma manera los estudiantes del noveno ciclo presentaron un conocimiento medio (53,6%), seguido del bajo (39,3%), entonces podemos deducir que el conocimiento sobre el manejo de situaciones de emergencia es medio seguido del bajo conocimiento y no se encontró relación estadísticamente significativa entre el nivel de

conocimientos sobre el manejo de emergencias y el ciclo académico al cual pertenecen los estudiantes encuestados. $P > 0.05$. Coincide con Laura que evaluó el manejo de hemorragia y concluyó que el 93,5% tuvo un bajo conocimiento, seguido del bajo conocimiento, así mismo Stafuzza, también encontró en su investigación con odontólogos que a pesar de ser capacitados sobre Soporte vital Básico el 43% era capaz de realizar las maniobras necesarias, esto indica que se tendría que hacer un programa y no un taller aislado para sensibilizar y capacitar, así como Gaviño que en su investigación concluye que el conocimiento del manejo de las emergencias médicas es regular (43,98%), seguido de un buen conocimiento (36,75%), y que el conocimiento es mayor en profesionales con 0-10 años ejerciendo su profesión (40,55%), que aquellos que tienen más tiempo (12,5%), esto es debido a la variedad de oferta que existe como: especialidades, postgrado, diplomados. Coincide también con Contreras que concluye que los estudiantes de internado presentan un nivel regular (42,9%), seguido del malo (30,6%) y que el manejo farmacológico en dichas situaciones es regular (55, 1%). Los resultados concuerdan, también con los obtenidos por Rivera que concluye que el nivel de conocimientos de las clínicas estomatológicas es regular en el (70,31%) seguida del bueno con el (20,31%) y malo en el (9,38%).

Por lo que se concluye que el conocimiento sobre el diagnóstico y el manejo de emergencias médicas es medio, seguido del bajo conocimiento y que no depende de los ciclos académicos que tienen los alumnos o los profesionales con los años de experiencia, sino de las capacitaciones planificadas que deberían existir desde la preparación en pregrado en los diversos cursos

especializados en donde se les ahonde estos puntos vitales que debería manejar y conocer todo profesional de la salud.

CONCLUSIONES

- EL nivel de conocimientos sobre emergencias médicas durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto es medio.
- El nivel de conocimientos sobre el diagnóstico de emergencias médicas durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto es medio.
- El nivel de conocimientos sobre el manejo de emergencias médicas durante la consulta odontológica en los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto es medio.

RECOMENDACIONES

- Respecto al nivel de conocimientos sobre emergencias médicas durante la consulta odontológica, recomienda tomar en cuenta los resultados de esta investigación, para que así se tomen las medidas adecuadas y una mayor preocupación respecto a la preparación de futuros profesionales, para que cuando egresen tengan una mayor preparación respecto a este tema.
- Respecto al nivel de conocimientos sobre el diagnóstico de emergencias médicas se recomienda tomar en cuenta estos resultados, para que así se pueda tomar más interés en cuanto a la preparación de profesionales respecto a este tema.
- En cuanto al nivel de conocimiento sobre el manejo de emergencias médicas se recomienda tomar en cuenta estos resultados para poder, así ahondar mucho más en la preparación práctica de los futuros profesionales.
- Debido a que existen muy pocas investigaciones respecto al nivel de conocimiento, recomienda realizar muchas más investigaciones respecto a este tema, teniendo en cuenta otras poblaciones estudiantiles de las diversas universidades de nuestro país.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. **Gutiérrez Lizardi. P, Gutiérrez Jiménez. H. A** Urgencias médicas en odontología [Internet] Vol.1. 2da ed. México, Manual moderno 2012 [junio 2013, 18 de julio del 21016] Disponible en:

<https://es.scribd.com/mobile/document/261599854/Urgencias-Medicas-en-Odontologia-pdf>

2. **Gutiérrez P, Rivera G, Martínez H** Importancia actual de las urgencias médicas en el consultorio dental. Rev. ADM [Internet] septiembre-octubre 2012/ Vol. LXIX N° 5 PP-208-213 Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2012/od125c.pdf>

3. **Jodalli P, Ankola** Evaluation of knowledge, experience and perceptions about medical emergencies amongst dental graduates of Belgaun India. J Clin Exp Dent [Internet] 2012 Vol. 1 2012, 4 (1): el 4-8 Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3908803>

4. **Stafuzza T, et al.** Evaluation of the dentist's Knowledge on medical urgency and emergency. Braz. Oral Res, Sao Paulo 2014 28(1) 1-5

5. **Bordignon, Marcos et.al.** Emergencias médicas en la práctica odontológica. Dent ciencia [Internet] 2014 abril 5 (18): 32-327. Disponible en:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>

6. Laura, J.G Nivel de conocimientos en los alumnos del cuarto a sexto año de la E.A.P de odontología de la U.N.J.B.G acerca del control de la hemorragia bucal. [Tesis bachiller] 2013 Tacna - Perú. Disponible en:

http://200.37.105.196:8080/bitstream/handle/unjbg/230/115_2013_Laura_Cahuana_JG_FACS_Odontologia_2013_Resumen.pdf?sequence=2

7. Villena Villa, K.M. Nivel de conocimiento sobre emergencias médicas durante la consulta odontológica en alumnos de los estudiantes del quinto y sexto año de Estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo. [Tesis Bachiller] 2014. Trujillo - Perú. Universidad Nacional de Trujillo. Disponible en:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>

8. Contreras Enríquez, C.M. Nivel de conocimiento sobre el manejo de situaciones de emergencia durante la consulta odontológica. [Tesis Bachiller] 2015. Lima - Perú. Universidad Mayor de San Marcos. Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4596/1/Contreras_ec.pdf

9. Torres Rivera, G.V. Nivel de conocimiento sobre el manejo de urgencias médicas originadas por la administración de lidocaína con epinefrina por estudiantes del internado de Odontología de la Universidad Mayor de San Marcos. [Tesis Bachiller]. 2015. Lima - Perú. Universidad Mayor de San Marcos. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4413>

10. Gaviño Guerrero, C.P. Nivel de conocimiento de cirujanos dentistas sobre el manejo de emergencias médicas durante la consulta odontológica en el distrito de Chiclayo. [Tesis Bachiller] 2016 Chiclayo - Perú. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Disponible en:

<http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/322>

11. Rivera Ubillus, F.E. Nivel de conocimiento sobre emergencias médicas en estudiantes de la clínica I y clínica II de estomatología de la universidad privada Antenor Orrego, 2016 [Tesis bachiller] 2017. Trujillo - Perú. Universidad Antenor Orrego. Disponible en:

<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2394>

12. Moya A, Rivas N, Sincope [Internet] Rev. CARDIOL 2012; 65:755-765. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/sincope/articulo/90147733/>

13. Manual de CTO. Enfermería [Internet] 5° Ed. Vol. 2 Madrid. CTO Editorial. 2011 [octubre 2013, 1 de agosto 2016] Disponible en:

<https://es.scribd.com/document/146567012/manual-cto-de-enfermeria-tomo-i-5%C2%AA-edicion-pdf>

14. Océano Mosby Diccionario de Medicina Editorial Océano Barcelona España. 5° edic. Vol. 1 2012 N° pp 2345.

15. Bendiitt. D Sincope revisión diagnóstica y terapéutica. Rev. Uruguaya cardiol. Abril 2011 vol. 3; 26:38-54.

16. Militello, et.al. Consenso para el diagnóstico tratamiento del sincope sociedad argentina de cardiología. [Internet] Rev. Argentina de cardiología Vol. 80 N° 1 enero- febrero 2012 Disponible en:

<https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/04/Consenso-para-el-Diagnostico-y-Tratamiento-del-Sincope.pdf>

17. Segatore L, Diccionario Medico. Quinta ed. Vol. 1, Barcelona Editorial Teide S.A - Viladonot 291- 29- 2009.

18. Misterio de Salud Republica de Colombia Guía de Atención del síndrome convulsivo [Internet] 2 ed. Vol. 3 Colombia 2012 Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/21Atencion%20del%20sindrome%20convulsivo.PDF>

19. De la Rosa D, Gómez L, Triana A Síndrome convulsivo 2006. Rev. Med. 75 marzo 2013 pp. 20, 36.

20. Sastre G, Wasseron J Síndrome convulsivo en pediatría. Rev. Ped - 58 2014 pp 1-14.

21. Nodal P, López J Deller G paro cardiorrespiratorio (PCR) Etiología, diagnóstico y tratamiento. Rev. Cubana. Cir. 2006; 45 (3-4) 38.

22. Filisfosch H, Aguilio J, Leal F Actualización en paro cardiorrespiratorio y resucitación cardiopulmonar Rev. Medicina y humanidades año 2014 vol. VI N° 1 (5-12).

23. Calvo C, Manrique I, Rodríguez A, López H. Reanimación cardiopulmonar en pediatría. Rev. Ped. Vol. 65 2006 pp 241- 255. Disponible en:

https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/5118.pdf&ved=0ahUKEwjW5P2A4v_UAhVHPCYKHWwqB

24. Arellano N Cruz R García J Ramírez C, Valdez J Manejo inicial del paro cardiorrespiratorio en pacientes mayores de 18 años Rev. Cardiol. México 2013-IMSS- 633-13.

25. Escobar J Fisiopatología del paro cardiorrespiratorio, fisiología de la reanimación cardiopulmonar Rev. Chil. Anest. Cir 2012 67 (8-10) 45.

26. Levessio C Paro cardiorrespiratorio. Actualización del libro de medicina 2001 3 ed. Vol.1 editorial El Ateneo Buenos Aires Argentina 2006.

27. Navarro J, Matiz H, Osorio J Manual de práctica clínica basada en la evidencia la reanimación cardiocerebropulmonar. Rev. Colom. Anesthesiol. 2015 43(1) 919.

28. Resano A, Rodin J. Reacciones adversas a anestésicos locales [Internet] Rev. Anales sis. San Navarra 1999 vol.22 supl.2 Disponible en:

<http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2013/01/reacciones-adversas-en-anestesia3.pdf>

29. Viñals H, Berini Caballero R, Sabater M.M. Alergia a los anestésicos locales en odontoestomatología un mito y una realidad [Internet] 1996; 12: 219-230 N°3 Disponible en:

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/67627/1/531820.pdf>

30. Enrico R, García H Toxicidad por anestésicos locales: revisión de la literatura [Internet] Rev. Col. Anest. Febrero - abril 2011 Vol. 39 N 1:40-54 Disponible en:

<http://www.revcolanest.com.co/index.php?p=watermark&idApp=UINPBA000043&piitem=S0120334711910041&origen=anestesia&web=anestesia&urlApp=http://www.revcolanest.com.co&estadoItem=S300&idiomaItem=es>.

31. Miller Loera, Portela M, Arechiga G. Manejo de toxicidad por anestésicos locales [Internet] Rev. Mexicana de anestesiología Vol. 34 Supl.1 abril- junio 2011 Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cmas111w.pdf>

32. Espinoza A. Intoxicación de los anestésicos locales y utilidad de los lípidos al 20%. Rev. Chil. 2010 Vol. 1 – 39: 76-845.

33. Albaladejo Sobrino, Vázquez S Crisis hipertensivas, seudocrisis urgencias y emergencias [Internet] España. Riesgo vasc. 2014 Vol. 31 N°4 pp 11 Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-articulo-crisis-hipertensivas-seudocrisis-urgencias-emergencias>

34. Caldilla. et. al Crisis hipertensivas [Internet] Rev. Clin. Med. Fam 2008: 2(5): 236-243. Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v2n5/revision1.pdf>

35. Juárez U. et. Al Tratamiento racional de las crisis hipertensivas [Internet] Rev. Med Vol. 72, supl. 1 enero- marzo 2002 pp. 95-99. Disponible en:

<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=10782>

36. Morales A, Sobrino J, Domenech M, Coca A Urgencias y emergencias hipertensivas. [Internet] Rev. Med. Sup. (4) 2016. 6612 Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-articulo-crisis-hipertensivas-seudocrisis-urgencias-emergenciasS1889183714000403?redirectNew=true>

37. Obregón R, Cámara A, Lisa V, Marco A Atención de pacientes con hipoglucemia en el servicio de urgencias. Rev. Med. Sup (7) 2012 pp 440- 490

38. Crayer P y col. Evaluation and Mamagement of adult Hypoglycemic disordersan endocrine society practice Guidelines J [Internet] Rev. Clin Metab, March 2009, 9(3) pp 709- 728 Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19088155&ve>

39. National Diabetes information clearinghouse Hypoglycemia Rev. Med EE. UU 2008 vol. 4. 27 (4) 1-12

40. Pérez et.al. Tratamiento de la hiperglucemia en el hospital [Internet] Med. Clin (Barc).2009 132(12):465- 476 Disponible en:

http://www.sediabetes.org/gestor/upload/revista/DOC_CONSEN%20 TRAT_hiper_hosp.pdf

41. Castro M, Godínez S. Manejo de hiperglucemia en pacientes hospitalizados Rev. Med int. Mex. 2012 Vol.1; 28 (2): 124-153.

42. Sabán, J. et.al Fisiopatología y manejo de la hiperglucemia intrahospitalaria.Vol. 1. España, Ed. Díaz Santos 2012 pp 236.

- 43. Manzanares W, Aramendi** Hiperglucemia de estrés y su control con insulina en paciente crítico [Internet] Rev. Med intensiva 2010 34(04): 273-281. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v34n4/revision.pdf&ved>
- 44. Tratamiento de hiperglucemia en el hospital** Rev. Med Clin (Barc.) 2009 Vol. 5; 132 (12): 465-475.
- 45. Pasquel F, Umpierrez G.** Manejo de hiperglucemia en el paciente hospitalizado. [Internet] Rev. Med (Bs Aires) Vol. 70 N° 3 mayo- junio 2010. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci->
- 46. Ministerio de Salud Chile** Guía clínica Asma bronquial en adultos [Internet] Rev. Med. Vol. 1 pp (1- 31) Disponible en:
<http://www.minsal.cl/portal/url/item/81>
- 47. Grupo de las vías respiratorias de la asociación española de pediatría**
Diagnóstico del asma [Internet] (DT.GVR-6) Dic 2013 Disponible en:
<http://www.aepap.org/sites/default/files/gvr/diagnostico-del-ama.pdf>
- 48. Mendoza L, Fernández A, Domenzaín C, Pérez H** Pacientes con obstrucción de vías aéreas relacionado con la clase esquelética [Internet] Rev. Odontológica Mex. Vol.9 (3) Sup 1 2005 pp. 125- 130 Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2005/uo053c.pdf&ved>
- 49. Cabezas L** Cuerpos extraños en vías aéreas [Internet] Rev. Med. Clin Vol. 22(3) 2011,22-289- 292. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-cuerpos-extranos-via-aerea->

50. Luque J Universidad de Sevilla El conocimiento [Internet] Rev. Lit. Sup. 6 pp. 1- 23 España 1993 Disponible en:

<http://personal.us.es/jluque/Libros%20y%20apuntes/1994%20Conocimiento.pdf>

51. Delval J. Como se inicia el conocimiento [Internet] Rev. Lit. Sup. 1 (40-77) Universidad de Madrid- España Disponible en:

http://antoniopantoja.wanadooasl.net/recursos/varios/cons_cono.pdf

52. Morino R Espinosa P, Moreno L Conocimiento científico [Internet] Rev. Lit. Mex.1991 pp 23-26 Disponible en:

<http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wpcontent/uploads/2015/11/conocimiento-investigacion.pdf>

53. Hessen J. Teoría del conocimiento, Universidad de colonia. Edición 3 Vol. 2 (pp2 24-240) Editorial EMU Alemania 1926.

ANEXOS

Anexo N° 1 Carta de presentación



Pueblo libre, 14 de octubre del 2016

Señora:
Mag. ANTONIO DURAND PICCHO
Coordinador de la Escuela profesional de Estomatológica UAP
Filial Chiclayo

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle a la alumna **PARRILLA ANTON MARY VICTORIA**, con código **2008170571**, de la Escuela Académico Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud -Universidad Alas Peruanas, que me honro en dirigir, quien necesita recoger información que le permita realizar el trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: "NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EMERGENCIAS MEDICAS DURANTE LA CONSULTA ODONTOLOGICA EN LOS ESTUDIANTES DE LA CLINICA ESTOMATOLOGICA INTEGRAL DEL ADULTO DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS - FILIAL CHICLAYO SEMESTRE 2016 II"

A efectos de que tenga usted a bien brindarle las facilidades del caso.

Anticipo a usted mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinde a la presente.

Atentamente,



[Handwritten signature]
MAG. DR. ANTONIO DURAN PICHU
COORDINADOR DE ESCUELA PROFESIONAL
ESTOMATOLOGIA

[Handwritten signature]
Dra. MIRIAM DEL ROSARIO VASQUEZ SEGURA
DIRECTORA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

Anexo N° 02 Constancia de desarrollo de la investigación



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

CONSTANCIA

EL QUE SUSCRIBE, **MG. CD ANTONIO DURAN PICHÓ**, Coordinador de la Escuela Profesional de Estomatología de la UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL CHICLAYO.

HACE CONSTAR:

Que, la señorita **MARY VICTORIA PARRILLA ANTON**, identificada con código 2008170571, ha realizado la aplicación de instrumentos de recolección de datos, para la realización de su tesis denominada "**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EMERGENCIAS MEDICAS DURANTE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA EN LOS ESTUDIANTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA INTEGRAL DEL ADULTO DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS-FILIAL CHICLAYO SEMESTRE 2016 II**"; en la clínica estomatológica de nuestra casa de estudios, durante el periodo del 26 octubre de 2016 al 04 de diciembre de 2016.

Chiclayo 02 de agosto de 2017.



Anexo N°03 Consentimiento informado



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

Fecha.....

Yo.....identificado con DNI N° he sido informado por la Bachiller Mary Victoria Parrilla Antón de la Escuela Profesional de Estomatología sobre la ejecución de su estudio, el que tiene objetivo determinar el nivel de conocimientos de emergencias médicas en estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto.

El investigador me ha informado de las ventajas y beneficios del procedimiento, así como sobre la posibilidad de retirarme cuando así lo decida.

Además, se me ha explicado que los resultados obtenidos serán totalmente confidenciales.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para formar parte del presente estudio.

.....

Firma del alumno

DNI: _____

Anexo N°04 Cuestionario



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

Código:

Género: M F

N° de ficha:

¿Ha llevado Ud. el curso electivo de Primeros Auxilios de su Facultad

SÍ

NO

INSTRUCCIONES: Lea atentamente las siguientes preguntas y responda marcando con un aspa (X) la alternativa que Ud. considere correcta; solo hay una respuesta por pregunta.

1. ¿Qué es una situación de emergencia para Ud.?

- a) Situación donde el paciente manifiesta dolor en un diente después del tratamiento dental.
- b) Situación donde el paciente tiene pocos recursos económicos para realizarse algún tratamiento dental.
- c) Situación eventual crítica en la salud del paciente, que tiene que ser socorrida de forma inmediata y que compromete la vida del paciente.
- d) Situaciones eventuales semicríticas en la salud del paciente, que tiene que ser socorrida, pero puede ser durante el transcurso de los días.

- 2. ¿Qué emergencia médica presenta los signos clínicos de pérdida repentina de la conciencia, desaparición de los pulsos carotídeos y ruidos cardíacos, palidez muco-cutánea intensa y cianosis?**
- a) Infarto agudo de miocardio.
 - b) Anafilaxis
 - c) Asma bronquial.
 - d) Paro cardiorrespiratorio.
- 3. ¿A qué emergencia médica le corresponde los signos clínicos de pérdida de conciencia, palidez, sudoración y descenso del pulso?**
- a) Infarto agudo de miocardio.
 - b) Síncope vasovagal severo.
 - c) Asma bronquial.
 - d) Crisis hipertensiva.
- 4. ¿Cuáles son los principales signos clínicos para diagnosticar un Síndrome convulsivo?**
- a) Presencia de contracciones tónicas o clónicas o tónico-clónicas de forma focal o generalizada.
 - b) Cefalea, desorientación, pérdida de conciencia y contracciones clónicas.
 - c) Contracciones tónicas, desorientación, pérdida de conciencia y bradicardia.
 - d) Cefalea, inconsciencia progresiva, contracciones tónicas y sudoración.
- 5. Un cuadro de convulsiones, taquicardia, hipotensión, aumento del ritmo respiratorio, náuseas y vómitos, puede presentarse cuando se trata de un (a)**

- a) Shock anafiláctico.
- b) Crisis hipertensiva.
- c) Reacción toxica al anestésico local.
- d) Sincope vasovagal severo.

6. ¿Qué signos clínicos en un paciente pueden orientar nuestro diagnóstico hacia un cuadro de Anafilaxis severa durante la consulta odontológica?

- a) Presencia de contracciones tónico-clónicas, hipotensión severa y repentina pérdida de la conciencia.
- b) Urticaria generalizada, palidez, frialdad, sudoración, broncoespasmo, posterior pérdida de conciencia e hipotensión severa.
- c) Presencia de convulsiones, sudoración profusa, taquicardia, bochornos y aumento del ritmo respiratorio.
- d) Presencia de palidez cutánea, broncoespasmo y desaparición de pulsos carotídeos.

7. Cuando un paciente atraviesa un cuadro de presión arterial diastólica mayor a 120 mm Hg, cefalea, lesiones oculares (hemorragia, exudados), hematuria y convulsiones; se puede diagnosticar un(a):

- a) Crisis de hiperglicemia.
- b) Infarto agudo de miocardio.
- c) Shock anafiláctico.
- d) Crisis hipertensiva.

- 8. Los signos clínicos de presencia de un fuerte dolor abdominal, vómitos, taquipnea, y en el glucómetro, se registra valores mayores de 200mg/dL de glucosa en sangre, podrían tratarse de un(a):**
- a) Crisis de hiperglicemia.
 - b) Crisis asmática aguda.
 - c) Shock anafiláctico.
 - d) Paro cardiorrespiratorio.
- 9. Cuando el cuadro inicia con tos productiva, acompañado de broncoespasmo, intensa disnea, retracciones de los músc. Intercostales (tiraje) y cianosis de la mucosa labial y base de las uñas, puede diagnosticarse un(a):**
- a) Shock anafiláctico.
 - b) Paro Cardiorrespiratorio.
 - c) Crisis aguda de asma bronquial.
 - d) Obstrucción aguda de vías respiratorias.
- 10. ¿Qué signos clínicos en un paciente pueden orientar nuestro diagnóstico hacia una Obstrucción aguda de vías respiratorias durante la consulta odontológica?**
- a) Presencia de broncoespasmo, hipotensión severa y repentina pérdida de la conciencia.
 - b) Presencia de estridor, alteraciones o ausencia de la fonación, tiraje, "ahogo" o asfixia.
 - c) Presencia de convulsiones, sudoración, taquicardia y aumento del ritmo respiratorio.

d) Presencia de estridor, tiraje, afonía y desaparición de pulsos carotídeos.

11. ¿Si se presentase un síncope vasovagal a tu paciente, lo recomendable es colocarlo en la posición de Trendelemburg o posición Antishock, ¿En qué consiste esta posición?

- a) Colocar al paciente con la espalda a 45°, supina, y con elevación de los miembros inferiores.
- b) Colocar al paciente en posición horizontal, cubito ventral y con elevación de piernas.
- c) Colocar al paciente en posición de cubito dorsal, con elevación de brazos y cabeza.
- d) Colocar al paciente en posición horizontal, supina, con elevación de los miembros inferiores.

12. En cuadros de emergencias hipertensivas ¿Cuál es la conducta terapéutica que debemos seguir?

- a) Proporcionar una toma de Ac. Acetilsalicílico 100 mg y esperar media hora.
- b) Proporcionar adrenalina 0,1 a 0,5 mL, luego brindar Oxigenoterapia.
- c) Realizar soporte básico de vida si requiriese y trasladar rápido al paciente a un centro hospitalario.
- d) Colocar al paciente en posición de Trendelemburg y proporcionar ventilación constante.

13. Si su paciente presentase un paro cardiorrespiratorio en la consulta odontológica, se tendría que realizar un R.C.P. ¿Sabe Ud. que significa las siglas R.C.P.?

- a) Reanimación Cardiopulmonar
- b) Rehabilitación Cervicopulmonar
- c) Resucitación de Conciencia y Postura
- d) Resucitación Craneoperiférica.

14. En una RCP, ¿cuál es el ritmo de compresiones realizadas por un solo reanimador, recomendado por el Consejo peruano de Reanimación en el 2010?

- a) 2 ciclos de 20 compresiones cardiacas seguidas por 3 ventilaciones.
- b) 30 compresiones torácicas, seguidas por 2 ventilaciones durante 5 ciclos o 2 minutos.
- c) 15 compresiones torácicas seguidas por toma de pulso.
- d) 20 a 30 compresiones cardiacas por minuto.

15. ¿Qué medidas tomaría si paciente sufre una obstrucción aguda de vías aéreas en su consulta?

- a) Realizar RCP básico, extenderle los brazos y acostar posteriormente al paciente.
- b) Se coloca al paciente cabeza abajo, se ayuda de palmadas en la espalda para q expulse el objeto; si el cuadro es grave, realizar traqueotomía.
- c) Abrazar al paciente desde atrás, presionando el epigastrio para aumentar la presión intratorácica y que expulse el objeto (Maniobra de Heimlich); en casos muy graves, realizar cricotiroidotomía.
- d) Se coloca al paciente boca abajo, se le da palmas a su espalda y luego se introduce el dedo a la boca para intentar sacar el cuerpo extraño.

16. ¿Cómo contrarrestaría cuadros críticos de hiperglicemia de un paciente en la consulta?

- a) Insulina SC.
- b) Glibenclamida 5 mg + suero salino hipotónico.
- c) Diazepam 10 mg IM.
- d) Metformina 850 mg VO + Suero salino hipotónico

17. ¿Qué conducta adoptaría si su paciente empieza a padecer un síndrome convulsivo en su atención odontológica?

- a) Esperar a que la reacción pase y llevarlo lo antes posible a un centro médico.
- b) Proteger de traumatismos al paciente y aplicarle Diazepam 10 mg IM ó 0,15 mg/Kg/dosis diluido en 10 cm³ de Dextrosa al 5%.
- c) Mantener las vías permeables, prevenir la broncoaspiración elevando la cabeza del paciente 20°, lateralizar la cabeza y aplicarle Midazolam 5 mg EV en 10 cm³ diluido en solución salina.
- d) Sujetar con fuerza sus extremidades y cabeza, y raudamente después, llamar a un médico.

18. En una situación grave de intoxicación por anestésico local ¿qué tipo de medicamento le administraría a su paciente para contrarrestar su principal signo clínico (convulsión)?

- a) Aspirina 100 mg VO b) Bisoprolol 10 mg VO
- c) Nitroglicerina 0,5 mg SL d) Diazepam 10 mg EV

19. ¿Qué medidas tomaría ante una situación de Anafilaxis en tu paciente?

- a) Ventilación con intubación, posición horizontal y sólo aplicación de Dexametasona IM 4 mg.
- b) Posición de Trendelemburg, RCP, aplicación de un antihistamínico y Diazepam 5 mg EV.
- c) Posición de Trendelemburg, intubación si requiriese, aplicación de epinefrina SC 0,2 a 0,5 mL; luego Dexametasona 4mg y un antihistamínico.
- d) Posición cubito dorsal, ventilación manual y administración de Cloranfenicol EV.

20. ¿Qué tipo de fármaco le administrarías a tu paciente si se le presenta una crisis asmática aguda durante su atención en el consultorio dental?

- a) Salbutamol 100mcg/2 puff V inhalatoria
- b) Midazolam 5 mg VO
- c) Captopril 25 mg SL
- d) Oxígeno 100 mL V inhalatoria

Anexo N°05 Validación del instrumento



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

1°

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Prueba V de Aiken

Nombres y Apellidos del experto: *Dr. Victor Manuel Chumpitaz Ceude*
COP 15232

ITEM N°	EVALUACIÓN	COMENTARIO
1	2	
2	2	
3	2	
4	1	
5	2	
6	2	
7	2	
8	1	
9	2	
10	2	
11	2	
12	2	
13	2	
14	2	
15	2	
16	2	
17	2	
18	2	
19	2	
20	2	

Lugar y fecha: *03 Agosto 2015*

[Firma]
Firma del experto informante
DNI. N° *7067779* ... Teléfono: *912 779 274*

Fuente: Validación extraída de la tesis de Christian Contreras Enríquez.⁸

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

2°

Prueba V de Aiken

Nombres y Apellidos del experto: CD. ALEJANDRO CONTRERAS ENRÍQUEZ
 COP: 5123 RNE: 144

ITEM N°	EVALUACIÓN	COMENTARIO
1	2	
2	2	Realizar pregunta de acuerdo a la estructura de 4 pag. 3
3	2	
4	2	Realizar pregunta de acuerdo a la estructura de la pregunta N° 3
5	2	
6	2	Realizar pregunta de igual estructura a la pregunta N° 5
7	2	
8	2	Realizar pregunta de igual estructura a la pregunta N° 7
9	2	
10	2	Realizar pregunta de igual estructura a la pregunta N° 8.
11	2	
12	2	
13	2	
14	2	
15	2	
16	2	
17	2	
18	2	
19	2	
20	2	

Lugar y fecha:

Lima, 13 Julio 2016

.....
 Firma del experto/Informante

DNI. N° 10474146 Teléfono: 312.6473

Fuente: Validación extraída de la tesis de Christian Contreras Enríquez.⁸

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

3°

Prueba V de Aiken

Nombres y Apellidos del experto: *Luis Alberto Benito GERMAN SANCHEZ*
COB 3836 RE 0051

ITEM N°	EVALUACIÓN	COMENTARIO
1	2	
2	2	
3	2	
4	2	
5	2	
6	2	
7	2	
8	2	
9	2	
10	2	
11	2	
12	1	
13	2	
14	2	
15	2	
16	1	
17	2	
18	2	
19	2	
20	2	

Lugar y fecha:

Lima, 20 Julio 2015.

Firma del experto Informante

DNI. N° *43310318*Teléfono: *948422188*Fuente: Validación extraída de la tesis de Christian Contreras Enríquez.⁸

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

4°

Prueba V de Aiken


Nombres y Apellidos del experto:

José Luis Corayo Salazar CBMAE
COP 3673 RNE 457

ITEM N°	EVALUACIÓN	COMENTARIO
1	2	—
2	2	—
3	2	—
4	2	—
5	2	—
6	2	—
7	2	—
8	2	—
9	2	—
10	2	—
11	2	—
12	2	—
13	2	—
14	2	—
15	2	—
16	2	—
17	2	—
18	2	—
19	2	—
20	2	—

Lugar y fecha:

20-07-2015


 FIrma del experto Informante

DNI. N° 07342888 Teléfono: 993049057

Fuente: Validación extraída de la tesis de Christian Contreras Enríquez.⁸

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

5°

Prueba V de Aiken

Nombres y Apellidos del experto: *Lizardo Sáenz Quiroz*
 COP 5212. Esp. en Cinegr. Audio y Video-Edición

ITEM N°	EVALUACIÓN	COMENTARIO
1	2	
2	2	
3	1	
4	2	
5	2	
6	1	
7	2	
8	1	
9	2	
10	1	
11	1	<i>entorno x precio auto shock</i>
12	1	
13	2	
14	2	
15	2	
16	1	
17	2	
18	2	
19	1	
20	2	

Lugar y fecha: 3-08-15


 Firma del experto Informante
 DNI. N° 08404201 Teléfono: 954757115

Fuente: Validación extraída de la tesis de Christian Contreras Enríquez.⁸

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

6°

Prueba V de Aiken

Nombres y Apellidos del experto: Teresa Evaristo Chuyong
 COP: 9839 Magister en Odontopedagogía de Salud Pública

ITEM N°	EVALUACIÓN	COMENTARIO
1	2	
2	2	
3	2	
4	2	
5	2	
6	2	
7	2	
8	2	
9	2	
10	2	
11	2	
12	2	
13	2	
14	2	
15	2	
16	2	
17	2	
18	2	
19	2	
20	2	

Lugar y fecha:
Lima 03-08-15


 Firma del experto informante
 DNI N° 09638747 Teléfono: 998454963

Fuente: Validación extraída de la tesis de Christian Contreras Enríquez.⁸

Anexo N° 3

Cuadro General de Validación de Expertos

ÍTEM	EXPERTO						V de AIKEN	p
	1°	2°	3°	4°	5°	6°		
1	2	2	2	2	2	2	12/12 = 1	< 0,05
2	2	2	2	2	2	2	12/12 = 1	< 0,05
3	2	2	2	2	1	2	11/12 = 0,92	< 0,05
4	1	2	2	2	2	2	11/12 = 0,92	< 0,05
5	2	2	2	2	2	2	12/12 = 1	< 0,05
6	2	2	2	2	1	2	11/12 = 0,92	< 0,05
7	2	2	2	2	2	2	12/12 = 1	< 0,05
8	1	2	2	2	1	2	10/12 = 0,83	< 0,05
9	2	2	2	2	2	2	12/12 = 1	< 0,05
10	2	2	2	2	1	2	11/12 = 0,92	< 0,05
11	2	2	2	2	1	2	11/12 = 0,92	< 0,05
12	2	2	1	2	1	2	10/12 = 0,83	< 0,05
13	2	2	2	2	2	2	12/12 = 1	< 0,05
14	2	2	2	2	2	2	12/12 = 1	< 0,05
15	2	2	2	2	2	2	12/12 = 1	< 0,05
16	2	2	1	2	1	2	10/12 = 0,83	< 0,05
17	2	2	2	2	2	2	12/12 = 1	< 0,05
18	2	2	2	2	2	2	12/12 = 1	< 0,05
19	2	2	2	2	1	2	11/12 = 0,92	< 0,05
20	2	2	2	2	2	2	12/12 = 1	< 0,05

Fuente: Validación extraída de la tesis de Christian Contreras Enríquez.⁸

Anexo N° 06 Matriz de consistencia



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

PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES	METODOLÓGIA
¿Cuál es el nivel de conocimientos que presentan los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto sobre las emergencias médicas en la consulta odontológica?	Determinar el nivel de conocimiento que presentan los estudiantes de odontología sobre emergencias médicas en la consulta odontológica.	Existe bajo conocimiento de los estudiantes de odontología sobre emergencias médicas en la consulta odontológica.	VARIABLE PRINCIPAL: Nivel de conocimiento que presentan los estudiantes de odontología sobre emergencias médicas en la consulta odontológica	- CUALITATIVO - NO EXPERIMENTAL - DESCRIPTIVO - TRANSVERSAL
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECIFICAS		
Ps1 ¿Cuál es el nivel de conocimientos que presentan los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto sobre el diagnóstico de emergencia medicas según los años de estudio?	Oe1. Determinar el nivel de conocimientos sobre el diagnóstico de emergencias médicas más frecuentes, según el ciclo de estudios.	He1. Los estudiantes de odontología tienen bajo conocimiento al diagnosticar emergencias medicas		
Ps2 ¿Cuál es el nivel de conocimientos que presentan los estudiantes de la clínica estomatológica integral del adulto sobre el manejo de emergencias médicas en la consulta odontológica?	Oe2. Determinar el nivel de conocimientos sobre el manejo de emergencias médicas en la consulta odontológica, según años de estudio.	He2. Los estudiantes de odontología desconocen el manejo de las emergencias médicas en el consultorio odontológico		

Anexo N° 07 Fotografías



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



Fotografía 1:

Frontis de la Universidad Alas Peruanas Filial Chiclayo



Fotografía 2:

Clínica Estomatológica I



Fotografía 3:

Clínica Estomatológica II



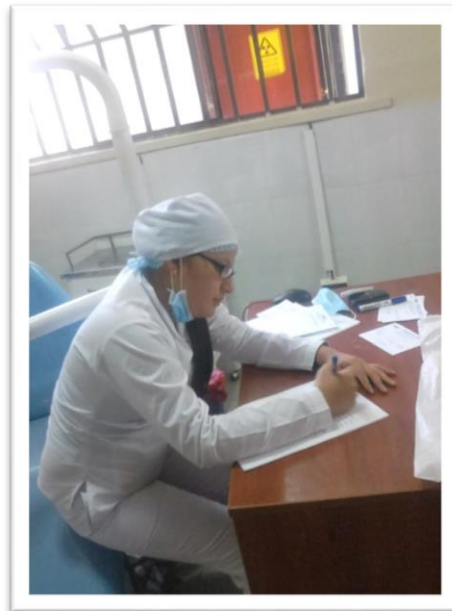
Fotografía 4:

**Alumna de la Clínica Estomatológica integral
del adulto I**



Fotografía 6:

**Alumno de la Clínica Estomatológica
Integral del adulto I**



Fotografía 5:

**Alumna de la Clínica Estomatológica
Integral del adulto I**



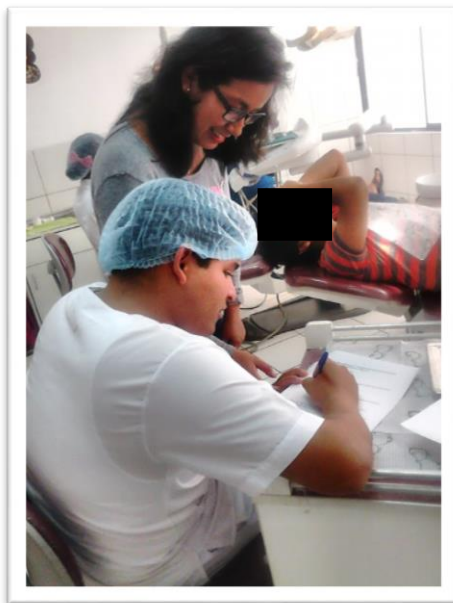
Fotografía 7:

Alumna de la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II



Fotografía 8:

Alumnas de la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II



Fotografía 9:

Alumno de la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II



Fotografía 10:

Docente de la Clínica Estomatológica Integral del adulto.