



---

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA S. C.  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

CLAVE 8901-22

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TÍTULO DE TESIS

**“PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS  
MEDICO ODONTOLÓGICAS MAS FRECUENTES EN LA  
CONSULTA DENTAL”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

**IVONNE MEJÍA JARDÓN**

ASESOR DE TESIS: SONIA CUADROS VARELA

XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO 2023



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



## DEDICATORIA

A MI MAMÁ:

Juana Margarita Jardón Sánchez por todo el apoyo incondicional que me brindo durante mi formación académica, la cual me motivo y procuro para poder culminar mi licenciatura. Gracias por ser un gran pilar y ejemplo de superación y fortaleza. Admiro la valentía y el amor que nos demuestras, los cuales te ha ayudado para sacar adelante a tu familia; por esto y más motivos el día de hoy puedo decir que este logro no es solo mío también es tuyo. Te amo mamá.

## **AGRADECIMIENTOS**

A DIOS:

Por permitirme gozar de salud, llenarme de fortaleza y sabiduría para culminar mi carrera profesional.

A MI FAMILIA:

Por apoyarme y ser parte de mi formación, gracias por confiar en mí desde el primer momento y aceptar ser mis pacientes.

A mi hermana Monserrat Mejía Jardón por apoyarme y motivarme en cada momento, gracias por ser parte de este proceso.

A mi tía Domitila Jardón Sánchez por creer en mí y siempre procurarme, gracias por estar siempre pendiente.

A MIS PROFESORES

Gracias por formar parte de mi formación académica y darme todas las bases y herramientas para formarme profesionalmente.

A la Dra. Sonia Cuadros Varela, gracias por ser mi directora de tesis; así mismo gracias por el apoyo y los conocimientos brindados durante la realización de esta tesis.

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Valores normales de la temperatura. ....	15
Tabla 2. Valores normales de la frecuencia cardiaca. ....	17
Tabla 3. Valores normales de la frecuencia respiratoria.....	19
Tabla 4. Valores normales de la presión arterial.....	21
Tabla 5. Clasificación ASA.....	23
Tabla 6. Fases de obstrucción completa de vías aéreas.....	54

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Posición supina con pies elevados .....	29
Figura 2. Paciente inconsciente.....	38
Figura 3. Inhalación en bolsa de papel.....	40
Figura 4. Exhalación en bolsa de papel.....	41
Figura 5. Inhalación y exhalación con las manos.....	41
Figura 6. Uso personal de broncodilatador en spray. ....	44
Figura 7. Técnica de insuflación con bolsa de papel .....	44
Figura 8. Correcta colocación de bolsa para insuflación. ....	44
Figura 9. Signo de alerta de dolor de pecho. ....	48
Figura 10. Signo universal de asfixia.....	54
Figura 11. Uso de hilo dental en instrumentos.....	55
Figura 12. Maniobra de Heimlich en paciente consciente. ....	56
Figura 13. Técnica de barrido para retirar cuerpos extraños.....	58
Figura 14. Posición de bebe para golpes en espalda.....	61
Figura 15. Compresiones torácicas en bebes.....	61
Figura 16. Posición para maniobra de Heimlich.....	65
Figura 17. Maniobra de Heimlich.....	65
Figura 18. Maniobra de Heimlich en paciente inconsciente .....	66
Figura 19. Toma de pulso carotídeo.....	70
Figura 20. Ubicación y posición de las manos para RCP.....	70
Figura 21. Compresiones torácicas.....	71
Figura 22. Apertura de vías aéreas. Parte I .....	71
Figura 23. Apertura de vías aéreas. Parte II .....	72
Figura 24. Separación de los labios. ....	72
Figura 25. Toma de frecuencia cardiaca en bebés.....	75
Figura 26. Compresiones torácicas en bebés.....	75
Figura 27. Desplazamiento Uterino a una mano.....	77
Figura 28. Posición de inclinación lateral con cuña. ....	78
Figura 29. Inclinación lateral y compresiones torácicas.....	78

Figura 30. Colocación de mascarilla Pocket mask.....	80
Figura 31. Apertura de vía aérea y mascarilla. ....	80
Figura 32. Ventilación con mascarilla. ....	81
Figura 33. Compresiones torácicas. ....	82
Figura 34. Colocación de Mascarilla-válvula-balón.....	83
Figura 35. Ventilaciones con Mascarilla-válvula-balón .....	83
Figura 36. Flexión de brazo y codo izquierdo. ....	85
Figura 37. Flexión de brazo derecho. ....	85
Figura 38. Flexión de pierna derecha y giro del cuerpo.....	86
Figura 39. Posición lateral de seguridad. ....	86
Figura 40. Número de emergencia. ....	90
Figura 41. Números de emergencia de la zona. ....	90



## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	
AGRADECIMIENTOS.....	
ÍNDICE DE TABLAS.....	
ÍNDICE DE FIGURAS.....	
ÍNDICE GENERAL.....	
INTRODUCCIÓN.....	
<b>CAPÍTULO I. CONSIDERACIONES GENERALES .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1. CONCEPTOS BÁSICOS.....</b>	<b>4</b>
1.1.1. DEFINICIÓN DE EMERGENCIA.....	4
1.1.2. DEFINICIÓN DE URGENCIA.....	5
1.1.2.1. URGENCIA SUBJETIVA.....	5
1.1.2.2. URGENCIA OBJETIVA.....	5
1.1.2.3. URGENCIA VITAL.....	5
1.1.3. DEFINICIÓN DE PREVENCIÓN.....	6
1.1.3.1. PREVENCIÓN PRIMARIA.....	6
1.1.3.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA.....	6
1.1.3.3. PREVENCIÓN TERCIARIA.....	6
1.1.4. DEFINICIÓN DE PROTOCOLO DE ATENCIÓN.....	7
1.1.5. DEFINICIÓN DE SOPORTE VITAL BASICO (SVB).....	7
1.1.6. DEFINICIÓN DE REANIMACION CARDIPULMONAR.....	7
<b>1.2. IMPORTANCIA DE LAS EMERGENCIAS MEDICAS.....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO II. PREVENCIÓN DE LAS EMERGENCIA MEDICAS .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1. HISTORIA CLÍNICA.....</b>	<b>11</b>
2.1.1. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.....	12
2.1.2. SIGNOS VITALES.....	14
2.1.2.1. TEMPERATURA.....	14
2.1.2.2. FRECUENCIA CARDIACA.....	16
2.1.2.3. FRECUENCIA RESPIRATORIA.....	18

2.1.2.4. PRESIÓN ARTERIAL.....	20
<b>2.2. VALORACIÓN DEL PACIENTE.....</b>	<b>22</b>
2.2.1. ESTADO Y RIESGO DE SALUD.....	22
2.2.2. CONTROL DEL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD.....	24
2.2.2.1. MANEJO DE LA ANSIEDAD.....	25
<b>CAPÍTULO III. EMERGENCIAS MEDICO ODONTOLÓGICAS MAS FRECUENTES Y PROTOCOLO DE ATENCIÓN.....</b>	<b>27</b>
<b>3.1. LIPOTIMIA.....</b>	<b>28</b>
3.1.1. CUADRO CLÍNICO.....	28
3.1.2. MÉTODOS DE PREVENCIÓN.....	28
3.1.3. PROTOCOLO DE ATENCIÓN INMEDIATA.....	29
<b>3.2. SINCOPE.....</b>	<b>30</b>
3.2.1. CUADRO CLÍNICO.....	30
3.2.2. MÉTODOS DE PREVENCIÓN.....	31
3.2.3. PROTOCOLO DE ATENCIÓN INMEDIATA.....	32
<b>3.3. HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA.....</b>	<b>33</b>
3.3.1. CUADRO CLÍNICO.....	33
3.3.2. MÉTODOS DE PREVENCIÓN.....	33
3.3.3. PROTOCOLO DE ATENCIÓN INMEDIATA.....	34
<b>3.4. HIPOGLUCEMIA AGUDA.....</b>	<b>35</b>
3.4.1. CUADRO CLÍNICO.....	35
3.4.2. MÉTODOS DE PREVENCIÓN.....	36
3.4.3. PROTOCOLO DE ATENCIÓN INMEDIATA.....	36
3.4.3.1. PACIENTE CONSCIENTE Y ALERTA.....	36
3.4.3.2. PACIENTE CONSCIENTE PERO NO RESPONSIVO.....	37
3.4.3.3. PACIENTE INCONSCIENTE.....	38
<b>3.5. HIPERVENTILACIÓN.....</b>	<b>39</b>
3.5.1. CUADRO CLÍNICO.....	39
3.5.2. MÉTODOS DE PREVENCIÓN.....	39
3.5.3. PROTOCOLO DE ATENCIÓN INMEDIATA.....	40
<b>3.6. CRISIS AGUDA DE ASMA.....</b>	<b>42</b>

3.6.1.	CUADRO CLÍNICO. ....	42
3.6.2.	MÉTODOS DE PREVENCIÓN. ....	42
3.6.3.	PROTOCOLO DE ATENCIÓN INMEDIATA. ....	43
<b>3.7.</b>	<b>EDEMA PULMONAR AGUDO. ....</b>	<b>45</b>
3.7.1.	CUADRO CLÍNICO. ....	45
3.7.2.	MÉTODOS DE PREVENCIÓN. ....	45
3.7.3.	PROTOCOLO DE ATENCIÓN INMEDIATA. ....	46
<b>9.1.</b>	<b>ANGINA DE PECHO. ....</b>	<b>47</b>
9.1.1.	CUADRO CLÍNICO. ....	47
9.1.2.	MÉTODOS DE PREVENCIÓN. ....	48
9.1.3.	PROTOCOLO DE ATENCIÓN INMEDIATA. ....	49
<b>9.2.</b>	<b>INFARTO AL MIOCARDIO. ....</b>	<b>50</b>
9.2.1.	CUADRO CLÍNICO. ....	50
9.2.2.	MÉTODOS DE PREVENCIÓN. ....	51
9.2.3.	PROTOCOLO DE ATENCIÓN INMEDIATA. ....	52
<b>9.3.</b>	<b>OBSTRUCCIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS POR CUERPOS EXTRAÑOS. ....</b>	<b>53</b>
9.3.1.	CUADRO CLÍNICO. ....	53
9.3.2.	MÉTODOS DE PREVENCIÓN. ....	55
9.3.3.	PROTOCOLO PARA RETIRAR CUERPOS EXTRAÑOS DE LAS VÍAS AÉREAS. ....	56
9.3.3.1.	ADULTOS CONSCIENTES. ....	56
9.3.3.2.	ADULTOS CON OBSTRUCCIÓN TOTAL E INCONSCIENTE. ....	57
9.3.3.3.	NIÑOS CONSCIENTES. ....	58
9.3.3.4.	NIÑOS CON OBSTRUCCIÓN TOTAL E INCONSCIENTE. ....	59
9.3.3.5.	BEBES CONSCIENTES. ....	60
9.3.3.6.	BEBES CON OBSTRUCCIÓN TOTAL E INCONSCIENTE. ....	62
<b>CAPITULO IV. MANIOBRAS BASICAS PARA EL MANEJO DE LAS EMERGENCIAS. ....</b>		<b>63</b>
<b>4.1.</b>	<b>MANIOBRA DE HEIMLICH. ....</b>	<b>64</b>
4.1.1.	PACIENTE CONSCIENTE. ....	64
4.1.2.	PACIENTE INCONSCIENTE. ....	66
<b>4.2.</b>	<b>REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP). ....</b>	<b>68</b>

4.2.1. RCP EN ADULTOS.....	68
4.2.2. RCP EN NIÑOS – ADOLESCENTES.....	73
4.2.3. RCP EN BEBES.....	74
4.2.4. RCP EN EMBARAZADAS.....	76
<b>4.3. TÉCNICAS DE VENTALACIÓN.....</b>	<b>79</b>
4.3.1. VENTILACIÓN (BOCA-MÁSCARILLA) .....	79
4.3.2. VENTILACIÓN (MÁSCARILLA-VÁLVULA-BALÓN) .....	82
<b>4.4. POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD.....</b>	<b>84</b>
<b>4.5. ACTIVACIÓN DEL SISTEMA DE EMERGENCIA .....</b>	<b>87</b>
<b>CAPÍTULO V. BOTIQUÍN DE URGENCIAS EN EL CONSULTORIO DENTAL .....</b>	<b>88</b>
<b>5.1. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-013-SSA2-2015, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES. ....</b>	<b>89</b>
<b>5.2. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA3-2018, QUE ESTABLECE LOS REQUISITOS MÍNIMOS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES AMBULATORIOS. ....</b>	<b>91</b>
5.2.1. MATERIAL DE CURACIÓN .....	92
5.2.2. MEDICAMENTOS DE USO GENERAL .....	93
5.2.3. SUGERENCIA DE MEDICAMENTO DE ACUERDO CON LA NORMA. ...	94
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>96</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>97</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>98</b>

## INTRODUCCIÓN

Las emergencias médicas son todas aquellas situaciones en la cuales se necesita atención médica de manera inmediata, para atender una situación en la cual se encuentra en riesgo la salud del paciente. Son situaciones poco frecuentes, sin embargo, existe más probabilidades de que una emergencia se genere en un consultorio dental que en un consultorio médico; esto es derivado de múltiples factores, aunque es conocido que, si el paciente cursa por alguna enfermedad crónica, es más propenso a derivar una emergencia si no se cuenta con las precauciones necesarias.

A pesar de la baja incidencia de las emergencias, se deberá concientizar al odontólogo que una emergencia se puede producir en cualquier momento, por lo tanto se realiza hincapié para que el personal que brinda atención dental se encuentre debidamente capacitado y estar atento para identificar cualquier signo o síntoma de alerta que manifieste el paciente; así como también conocer el correcto protocolo de atención inmediata y las maniobras básicas de primeros auxilios para un adecuado manejo de las emergencias.

El estrés y la ansiedad son algunos factores desencadenantes que no son derivados de alguna enfermedad. Actualmente las personas nos enfrentamos a estrés o ansiedad por diversas causas y el asistir a una consulta dental no es la excepción, algunos pacientes incluso presentan fobia al sonido de la pieza de mano; sin embargo debemos conocer el grado de ansiedad que presenta el paciente y sobre todo como abordar estas situaciones, para un correcto manejo y no permitir que se genere alguna emergencia de mayor magnitud.

La realización del expediente clínico es esencial para conocer las enfermedades por las que cursa el paciente, por lo tanto, mientras se realiza la anamnesis se deberá indagar sobre las enfermedades, diagnóstico y tratamientos médicos; así también hacer énfasis en antecedentes heredofamiliares, ya que puede ser también un factor desencadenante para que el paciente curse por alguna enfermedad. De ser necesario

enviar a médico o realizar una interconsulta con el médico tratante antes de iniciar un tratamiento dental.

No debemos dejar pasar la relevancia del botiquín de emergencias ya que en el consultorio es de vital importancia y necesario conocer los materiales básicos con los que debe contar y es por ello, por lo que no debemos dejar pasar y conocer la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA1-2018, ya que en el apéndice H nos indican los medicamentos y materiales para la atención de emergencias.

La finalidad de la presente investigación es conocer las posibles causas de cada una de las emergencias y llevar a cabo un correcto protocolo de atención, con el fin de actuar de manera rápida y eficaz.

**CAPÍTULO I.  
CONSIDERACIONES GENERALES**

## **CAPÍTULO I. CONSIDERACIONES GENERALES.**

### **1.1. CONCEPTOS BÁSICOS.**

#### **1.1.1. DEFINICIÓN DE EMERGENCIA.**

Determina una situación que requiere una asistencia médica inmediata para mantener la vida del individuo, o evitar aparición de graves secuelas. La asistencia a una emergencia nunca puede ser diferida y requiere asistencia in situ para ofrecer una mínima posibilidad de mantenimiento del estado de salud. Por este motivo. Las emergencias requieren de maniobras de realización inmediata, con material y personal especializado en este tipo de asistencias. (Morillo, 2007, p. 2)

La Real Academia Española define la emergencia como “Un suceso o accidente que sobreviene” así como una “Situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata”.

Mientras tanto la OMS define una emergencia como aquel caso en que la ausencia de asistencia conduciría a la muerte en minutos y que es de importancia vital la realización de primeros auxilios por cualquier persona. (Del Rio Urenda, Susana, 2020, p. 26)

Las situaciones de emergencia en el consultorio dental ocurren de manera inesperada.

La causa de una emergencia es multifactorial, pero debemos tomar en cuenta factores predisponentes como la atención a adultos mayores, pacientes con enfermedades patológica y no patológicas, ansiedad o estrés del paciente, así como el tiempo de duración de la consulta y horario de atención.



### **1.1.2. DEFINICIÓN DE URGENCIA.**

Situación de diagnóstico evidente que exigen una actuación terapéutica inmediata para salvar la vida del paciente. Situación sin riesgo vital en plaza breve, pero es importante el diagnóstico precoz desde el punto de vista epidemiológico para evitar la diseminación de una enfermedad en una colectividad.

Para la OMS, es la aparición inesperada en cualquier lugar de un problema de etiología diversa y gravedad cambiante que genera una necesidad inmediata de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia. (Del Rio Urenda, Susana, 2020, p. 27)

#### **1.1.2.1. URGENCIA SUBJETIVA.**

Esta emergencia está relacionada con el punto de vista del paciente. (Del Rio Urenda, Susana, 2020, p. 27)

#### **1.1.2.2. URGENCIA OBJETIVA.**

Es aquella que compromete la salud de la persona y que es observable por el profesional sanitario. (Del Rio Urenda, Susana, 2020, p. 27)

#### **1.1.2.3. URGENCIA VITAL.**

Es un tipo de urgencia objetiva en la que falla o se comprometen las funciones de respiración, circulación cerebral. (Del Rio Urenda, Susana, 2020, p. 27)

### **1.1.3. DEFINICIÓN DE PREVENCIÓN**

Se define como las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. (OMS, 1998)

#### **1.1.3.1. PREVENCIÓN PRIMARIA.**

Son medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes; pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. (OMS, 1998)

#### **1.1.3.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA.**

Está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” de enfermedades lo más precozmente posible. El diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad. (OMS, 1998)

#### **1.1.3.3. PREVENCIÓN TERCIARIA.**

Se refiere a acciones relativas a la recuperación de la enfermedad clínicamente manifestada, mediante un correcto diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación. Es fundamental el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente.

#### **1.1.4. DEFINICIÓN DE PROTOCOLO DE ATENCIÓN**

Es un documento donde se establece de manera detallada un procedimiento determinado, permitido reducir las variaciones y mejorar la eficiencia de los métodos y procedimientos clínicos, sirve de guía, evita repeticiones y pasos innecesarios, promueve la sistematización. Este se puede complementar con descripciones detalladas por escrito, diagramas de flujo o algoritmos, tablas de decisiones, o algunas otras formas de representar las instrucciones

#### **1.1.5. DEFINICIÓN DE SOPORTE VITAL BASICO (SVB)**

Conjunto de medidas que tiene como finalidad prevenir el paro cardiorrespiratorio en situaciones de emergencia. Contempla aspectos de prevención de cardiopatía isquémica, identificación de un posible infarto agudo al miocardio y un plan de actuación ante estas emergencias.

#### **1.1.6. DEFINICIÓN DE REANIMACION CARDIPULMONAR**

Es el conjunto de maniobras las cuales tienen como finalidad revertir un paro cardiorrespiratorio. En primer lugar, sustituyendo con las maniobras y técnicas, después restaurando la respiración, así como la circulación sanguínea de manera espontánea, para evitar la muerte por una lesión irreversible de los órganos vitales especialmente del cerebro.

## **1.2. IMPORTANCIA DE LAS EMERGENCIAS MEDICAS.**

Las emergencias médicas son consideradas como situaciones o eventos inesperados, críticos, peligrosos y repentinos que comprometen la salud del paciente durante la consulta dental en el consultorio y que en muchas ocasiones, el odontólogo no dispone de los conocimientos necesarios técnicas y habilidades para resolver adecuadamente dichos acontecimientos. Al presentarse estas emergencias médicas se sabe que la atención debe ser inmediata y es indispensable contar con un botiquín de emergencia, así como capacitación y actualización de cursos sobre soporte básico de vida.

En la actualidad es conocido que, debido al sedentarismo, la mala alimentación y múltiples factores ha tenido un incremento notorio las enfermedades crónicas degenerativas como lo es la hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, cáncer, accidentes cerebrovasculares, trastornos respiratorios de visión y audición. Es importante tomar en cuenta estas enfermedades ya que pueden ser el origen de las emergencias durante la consulta, no debemos olvidar que de igual manera el paciente es sometido a una serie de estrés y ansiedad.

Por lo que es importante proporcionar un ambiente seguro durante la atención del paciente odontológico, obligando al profesional de la salud a conocer la etiología, fisiopatología, diagnóstico, tratamiento y protocolo de atención de las emergencias médicas, lo que brindará una mejor calidad de atención al paciente.

Es indispensable conocer las técnicas del soporte básico y la farmacología de los medicamentos utilizados en las urgencias médicas; pero es recomendable que, ante la duda, no medicar.

Es muy importante poseer un botiquín de emergencias en el consultorio dental, ya que además de cumplir con la normativa, será de beneficio para el paciente, y le dará serenidad al odontólogo.

**CAPÍTULO II.**  
**PREVENCIÓN DE LAS EMERGENCIA MEDICAS**

## CAPITULO II PREVENCIÓN DE LAS EMERGENCIA MEDICAS.

La evaluación del estado de salud del paciente es primordial durante la atención dental, el profesional de la salud se debe mantener alerta a cualquier cambio o manifestación que presente el paciente y así tomar las precauciones necesarias para disminuir el riesgo de una emergencia médica durante la atención dental.

El Consejo de la American Dental Association (ADA) afirma que todo el equipo en el consultorio debe estar preparado para manejar emergencias médicas y se debe tener un plan que describa los pasos que se requieran en caso de una emergencia, así señala tres competencias básicas:

- Manejo correcto del botiquín de urgencias médicas.
- Entrenamiento correcto para brindar soporte vital básico ante una emergencia.
- Práctica cada seis meses en soporte vital básico y soporte vital cardiaco avanzado. (Gutiérrez Lizardi, P, 2017, p.93)

Protzman y colaboradores publicaron los puntos para prevenir urgencias en el consultorio dental:

- 1 Realizar una historia médica de cada paciente y actualizarla en cada visita.
- 2 El personal odontológico debe estar entrenado para monitorear e interpretar los signos vitales.
- 3 El equipo debe estar entrenado en primeros auxilios y en soporte vital básico (RCPB).
- 4 Se debe conocer los signos de estrés en el paciente y de diagnosticarlos oportunamente. (Gutiérrez Lizardi, P, 2019, p.229)

Es fundamental vigilar los parámetros fisiológicos del paciente con el fin de detectar cualquier cambio y lidiar con él antes de una situación potencialmente peligrosa que se pudiese generar. El dentista siempre debe evaluar el habitus exterior del paciente, incluyendo nivel de conciencia, tono muscular, color de piel y mucosa, asimismo el patrón respiratorio.

## **2.1. HISTORIA CLÍNICA.**

La historia clínica es la recolección y el conjunto de datos e información del paciente recopilados ordenadamente, con los cuales se podrá realizar un excelente diagnóstico y plantear el tratamiento. Se realiza en dos partes, la primera es mediante el interrogatorio o anamnesis y la segunda mediante la inspección o examen físico.

La Asociación Dental de los Estados Unidos de América (ADA), establece que el registro de información precisa del paciente es esencial para la odontología. Este registro comprende datos diagnósticos, notas clínicas, tratamientos, comunicaciones realizadas y relacionadas con el paciente, incluyendo las instrucciones post operatorias, recomendaciones y consentimiento informado (Corti & Sosa. 2020.)

Según el Artículo 34 de la ley 23 de 1981 “La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud de una persona, estas no son solo las propias de la dolencia, o los signos vitales; son las observaciones de índole socioeconómicas, laboral y estado anímico, que identifican mejor al individuo y que a juicio del profesional ayuden a su adecuado manejo; la historia clínica es un reflejo fiel, exacto y completo del estado de salud de la persona”.

Cada que llega un paciente por primera vez a consulta dental es necesario realizar la historia clínica antes de realizar algún procedimiento, ya que con ella podemos evaluar el estado físico y la salud del paciente. y así descartar futuras situaciones de emergencia.

La correcta elaboración nos llevara a determinar un buen diagnóstico, pronóstico y un excelente plan de tratamiento. Para ello es importante conocer los parámetros que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico; en ella se determinan los apartados y datos que debe contener cada uno.

### **2.1.1. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.**

El objetivo de esta norma establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.

Conceptos básicos que establece la norma

- Establecimiento para la atención médica, a todo aquél, fijo o móvil, público, social o privado, donde se presten servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de pacientes, cualquiera que sea su denominación, incluidos los consultorios. (NOM-004-SSA3-2012. p. 5)
- Expediente clínico, conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables. (NOM-004-SSA3-2012. p. 5)
- Interconsulta, procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud en la atención del paciente, a solicitud del médico tratante. (NOM-004-SSA3-2012. p. 5)



- Urgencia, a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y requiera atención inmediata. (NOM-004-SSA3-2012. p. 6)

La realización de la historia clínica es el punto de partida para la evaluación de un paciente, por lo que esta norma nos indica los puntos relevantes que debemos tomar en cuenta al momento de su realización.

La historia clínica, deberá ser elaborada por el personal médico u otros profesionales del área de la salud, de acuerdo con las necesidades específicas de información de cada uno de ellos en particular.

En el interrogatorio es la parte primordial y durante la realización se deberán obtener los siguientes datos: ficha de identificación, en su caso, grupo étnico, antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales patológicos y no patológicos, padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales) e interrogatorio por aparatos y sistemas.

Durante la exploración física: deberá tener como mínimo habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria), peso y talla, así como, datos de la cabeza y cuello, correspondientes a la materia del odontólogo. (NOM-004-SSA3-2012. p. 8)

La elaboración y contenido de las notas medicas es de suma importancia por lo que deben contener los siguientes datos: fecha y hora del servicio, signos vitales, motivo de consulta, resultados relevantes de los estudios auxiliares (en caso de que hayan sido solicitados), diagnostico, pronostico y tratamiento.

Por último, el consentimiento informado deberá contener los siguientes datos: Nombre de la institución, razón o denominación social, título del documento, lugar y fecha donde se emite, acto autorizado, señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del médico, nombre completo y firma del paciente, nombre y firma del médico.

### **2.1.2. SIGNOS VITALES.**

Son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales como es cerebro, corazón, pulmón. Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, cambios que de otra manera no podrían ser cualificados ni cuantificados. Los cuatro signos principales son: temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, y presión arterial. (Duque & Rubio. 2006. p.15)

Es la parte fundamental en la historia clínica, estos parámetros nos permiten conocer el estado actual de la salud del paciente. Es relevante conocer el rango de los valores normales, para determinar si existe alguna alteración y así tomar las precauciones necesarias y evitar una emergencia, de igual manera nos ayudara a desarrollar un adecuado plan de tratamiento.

#### **2.1.2.1. TEMPERATURA.**

Es el equilibrio entre la producción de calor por el cuerpo y su pérdida. El centro termorregulador está situado en el hipotálamo. Cuando la temperatura sobrepasa el nivel normal se activan mecanismos como vasodilatación, hiperventilación y sudoración que promueven la pérdida de calor. (Duque & Rubio. 2006. p.16)

La temperatura normal del cuerpo en una persona es de 37° C y varía dependiendo de su género, donde se realice la medición, su actividad reciente, el consumo de alimentos, y el horario.

- Técnica de medición de la temperatura:

Existen múltiples técnicas para medir la temperatura, en este caso la técnica más común es la axial. Esta técnica consiste en utilizar un termómetro puede ser digital o de mercurio.

- 1) El termómetro lo vamos a colocar justo debajo de la axila del paciente; le vamos a solicitar que nos ayude levantando el brazo, para su colocación.
- 2) Colocar el termómetro y verificar que la parte metálica del termómetro se encuentre en contacto con la piel.
- 3) Bajamos el brazo y flexionamos el antebrazo llevándolo hacia el pecho.
- 4) Mantenemos el termómetro de 3 a 5 minutos en la zona.
- 5) Para finalizar retiramos el termómetro y realizamos la lectura de este.

*Tabla 1. Valores normales de la temperatura.*

TEMPERATURA		
Bajo	Normal	Alto
Menor a 35°C <i>Hipotermia</i>	36° a 37.5°C	Mayor a 37.5°C <i>Hipertemia</i>

Elaborada por (Gutiérrez L.P, 2019, p.230)

Cuando los valores de la temperatura se encuentran fuera de los rangos normales podemos determinar dos situaciones una hipotermia o hipertemia.

La hipotermia es cuando la temperatura corporal registra un valor por debajo de los valores normales. Se puede presentar somnolencia lo cual, favorece la inadecuada producción de calor y la aparición de hipotensión, disminución de la diuresis, desorientación, sensación de frío y piel pálida y fría. (Duque & Rubio. 2006. p.16)

La hipertermia en cuando la temperatura corporal se encuentra por encima de los valores normales. Se presenta aumento de la frecuencia cardiaca, escalofríos, piel pálida y fría y lechos ungueales cianóticos, por vasoconstricción. (Duque & Rubio. 2006. p.16)

### **2.1.2.2. FRECUENCIA CARDIACA.**

Es la onda pulsátil de la sangre, originada en la contracción del ventrículo izquierdo del corazón y que resulta en la expansión y contracción regular del calibre de las arterias. La onda pulsátil representa el rendimiento del latido cardiaco, que es la cantidad de sangre que entra en las arterias con cada contracción ventricular y la adaptación de las arterias, o sea, su capacidad de contraerse y dilatarse. (Duque & Rubio. 2006. p.15)

Es la fuerza de contracción ventricular que provoca presión que viaja sobre las arterias periféricas como una onda pulsátil. La arteria más utilizada para la medición del pulso es la radial, sin embargo, la carótida es ideal. (Gutiérrez L.P, 2019, p.231)

- Técnica de medición de la frecuencia cardiaca:

El paciente debe estar sentado y relajado, apoyando el brazo sobre una superficie para una correcta medición.

- 1) Pedirle al paciente que extienda el brazo con la palma de la mano hacia arriba.
- 2) Enseguida las yemas de los dedo índice y medio las vamos a colocar sobre el trayecto de la arteria del paciente.
- 3) Generalmente se toma el pulso radial
- 4) El cual lo vamos a localizar en la parte interna de la muñeca, justo debajo de la base del dedo pulgar.
- 5) Se realiza una ligera presión sobre la zona y se inicia el conteo de latidos durante un minuto.

El valor de la frecuencia cardiaca se considera normal entre los 60 y 90 latidos por minuto. Cuando la frecuencia cardiaca aumenta a más de 90 latidos por minuto se le denomina taquicardia, al contrario, si la frecuencia disminuye a menos de 60 latidos por segundo es denominado bradicardia. (Gutiérrez L.P, 2019, p.231)

Tabla 2. Valores normales de la frecuencia cardiaca.

FRECUENCIA CARDIACA		
Bajo	Normal	Alto
Menor a 60 latidos por minuto <i>Bradycardia</i>	De 60 a 90 latidos por minuto	Mayor a 90 latidos por minuto <i>Taquicardia</i>

Elaborada por (Gutiérrez L.P, 2019, p.230)

Cuando los valores de la frecuencia cardiaca se encuentran fuera de los rangos normales podemos determinar dos situaciones una bradicardia o taquicardia.

La bradicardia es cuando la frecuencia cardiaca se encuentra por debajo de los valores normales, por lo general se registran valores menores a 60 latidos por minuto (estos valores pueden variar de acuerdo con la edad del paciente). Su etiología es multifactorial, pero puede ser deriva por hipotermia, hipotiroidismo, hipoxia e hiperpotasemia; se llega a complicar cuando repercute en el gasto cardiaco y debe tratarse la causa desencadenante.

La taquicardia es cuando la frecuencia cardiaca se encuentra por arriba de los valores normales, por lo general se registran valores mayores a 90 latidos por minuto (estos valores pueden variar de acuerdo con la edad del paciente). Su etiología es multifactorial, pero se conoce que puede ser derivada a factores tales como la ansiedad, fiebre, anemia, insuficiencia cardiaca, hipovolemia o cardiopatías.

### **2.1.2.3. FRECUENCIA RESPIRATORIA.**

La respiración es el proceso mediante el cual se toma oxígeno del aire ambiente y se expulsa el dióxido de carbónico del organismo. El ciclo respiratorio comprende una fase de inspiración y otra de espiración. (Duque & Rubio. 2006. p.17)

Por lo tanto, podemos definir la frecuencia cardiaca como el número de ciclos respiratorios (inhalaciones y exhalaciones) que realiza una persona durante la duración de un minuto.

- Técnica de medición de la frecuencia respiratoria:

El paciente tiene que permanecer relajado y sentado en el sillón dental.

- 1) Mientras realizamos el interrogatorio tomaremos la frecuencia cardiaca.
- 2) Mantener al paciente en reposo
- 3) Observar los movimientos respiratorios
- 4) Se determinará de acuerdo con el número de veces que se eleva el tórax o abdomen.
- 5) Realizar el conteo durante un minuto
- 6) Y registrar en la historia clínica.

Generalmente realizamos la medición cuando estamos recabando datos de la historia clínica, para que el paciente no se dé cuenta y pueda llegar a modificar o alterar los resultados.

El rango de los parámetros normales de la frecuencia respiratoria es de 15 a 20 respiraciones por minuto. Se le denomina Bradipnea cuando presenta menos de 10 respiraciones por minuto, mientras si se registran más de 25 respiraciones por minutos de denomina taquipnea.

Los cambios de la frecuencia respiratoria se relacionan con el síndrome de hiperventilación, la cual es una de la emergencia más frecuentes durante la consulta. (Gutiérrez L.P, 2019, p.231)

*Tabla 3. Valores normales de la frecuencia respiratoria.*

FRECUENCIA RESPIRATORIA		
Bajo	Normal	Alto
Menor a 10 respiraciones por minuto <i>Bradipnea</i>	De 15 a 20 respiraciones por minuto	Mayor a 20 respiraciones por minuto <i>Taquipnea</i>

Elaborada por (Gutiérrez L.P, 2019, p.230)

Cuando los valores de la frecuencia respiratoria se encuentran fuera de los rangos normales podemos determinar dos situaciones una bradipnea o taquipnea.

Se denomina bradipnea cuando las respiraciones por minuto son menores a 10 ciclos respiratorios. Los pacientes que presentarán este tipo de afectación serán aquellos con alteración neurológica o electrolítica, infección respiratoria o pleuritis.

La taquipnea es cuando la respiración supera los 20 ciclos respiratorios por minuto, se caracteriza por ser una respiración superficial y rápida. Es poco frecuente, lo encontramos en pacientes con ansiedad, estrés, miedo y por dolor a fractura costal o pleuritis. (Duque & Rubio. 2006. p.17)

#### **2.1.2.4. PRESIÓN ARTERIAL.**

Es una medida de la presión que ejerce la sangre sobre las paredes arteriales. Es la fuerza que ejerce la sangre al ser expulsada por el corazón contra la pared de los vasos sanguíneos. Se divide en dos tipos, la primera es denominada presión sistólica es el momento de presión máxima durante la contracción ventricular; y la presión diastólica es el momento de presión mínima durante la fase de relajación.

- Técnica de medición de la presión arterial:

Es importante contar con el equipo necesario y adecuado para llevar a cabo una correcta medición, por lo que debemos contar con esfigmomanómetro y estetoscopio en el consultorio para la toma de los signos vitales.

- 1) El paciente deberá estar en reposo, sentado y con la espalda recta y los pies apoyados sobre el suelo.
- 2) Indicación al paciente que deberá descubrirse el brazo izquierdo.
- 3) Colocar el brazo en una superficie de apoyo
- 4) Posicionado el brazo continuamos con la colocación del baumanómetro.
- 5) Primero colocamos el mango del baumanómetro se coloca de 2 a 3 centímetros arriba del pliegue del codo
- 6) Posteriormente se coloca el estetoscopio sobre la arteria humeral.
- 7) A continuación, se insufla hasta 30mmHg y se va disminuyendo poco a poco de 2 a 3mmHg/s
- 8) Debemos identificar que el primer ruido que auscultamos que representa la presión sistólica
- 9) Identificar el ultimo ruido que determinara la presión diastólica.
- 10) Registrar los datos en la historia clínica.



Tabla 4. Valores normales de la presión arterial.

PRESION ARTERIAL		
Bajo	Normal	Alto
Menor a 90/60 mmHg <i>Hipotensión</i>	120/80 mmHg	Mayor a 130/80 mmHg o mas <i>Hipertensión</i>

Elaborada por (Gutiérrez L.P, 2019, p.230)

Cuando los valores de la presión arterial se encuentran fuera de los rangos normales podemos determinar dos situaciones hipotensión arterial o hipertensión arterial.

La hipotensión arterial es cuando las cifras tensionales sistólicas oscilan entre 90 y 110 mmHg; se considera disminución del gasto cardiaco en pacientes con hipovolemia, malnutrición y algunas enfermedades neurológicas. Algunos signos y síntomas son astenia, somnolencia, mareos y lipotimia.

La hipertensión arterial se determina cuando la presión diastólica oscila mayor a 90 mmHg; resultado de diversas circunstancias como ejercicio físico y estados de dolor y ansiedad. Está definida, por lo general, con base en la presión diastólica, puesto que es más estable que la presión sistólica, que responde a gran variedad de estímulos. (Duque & Rubio. 2006. p.18)

## **2.2. VALORACIÓN DEL PACIENTE.**

Es conocido que durante la consulta dental el paciente es sometido a estrés durante los procedimientos dentales y son más propensos a presentar estas situaciones de emergencia por lo cual en algunos casos pueden llegar a requerir atención médica inmediata por parte del personal de salud.

Para llevar a cabo una completa valoración de paciente debemos de tomar aspectos como lo es el estado de salud del paciente, el riesgo de salud por el que cursa, así como el estrés y la ansiedad.

### **2.2.1. ESTADO Y RIESGO DE SALUD.**

Se realiza mediante el sistema ASA, fue descrito en 1962 por la American Society of Anesthesiologists. Está basado en cinco categorías ASA I, II, III, IV y V.

ASA I representa al paciente sano que tolera bien el estrés y desde la perspectiva odontológica no necesita ninguna modificación.

ASA II engloba a los pacientes sanos en situaciones especiales, como embarazo, alergia o ansiedad extrema y se deberá adecuar el tratamiento odontológico en cada caso. Algunas modificaciones son el uso la prescripción de antibióticos de forma preventiva, sedación y duración de la consulta.

ASA III representa a pacientes con enfermedad sistémica no incapacitante. Puede realizar actividades normales sin experimentar sufrimiento respiratorio.

ASA IV engloba a los pacientes que padecen una enfermedad incapacitante que afecta su vida cotidiana. Se debe posponer el tratamiento hasta que mejore la situación médica.

ASA V corresponde a pacientes moribundos o paliativos en los que se espera una larga supervivencia. En estos casos el tratamiento dental está contraindicado. (Plaza C.A, 2011, p17)

*Tabla 5. Clasificación ASA.*

Clasificación	Riesgo	Compromiso sistémico
ASA I	Paciente sin enfermedad sistémica, sano. No hay necesidad de modificaciones en su tratamiento	Ninguno
ASA II	Paciente con enfermedad sistémica leve. Presentan ansiedad y miedo, toleran menos el estrés.	Diabetes mellitus no insulino dependientes, epilepsia, asma, alergias, todos estos padecimientos están bien controlados.
ASA III	Paciente con enfermedad sistémica grave que limita su actividad, pero no es incapacitante.	Diabetes mellitus no insulino dependientes, epilepsia no totalmente controlada, asma inducida por ejercicio.
ASA IV	Paciente con enfermedad sistémica incapacitante que afecta constantemente su vida normal.	Epilepsia y diabetes no controlada.
ASA V	Paciente mórbido, que no se espera sobreviva 24 horas con o sin intervención.	Nefropatías terminales. Hepatopatías, cáncer, enfermedades infecciosas en etapa terminal.

Elaborado por (American Society of Anesthesiologists)

### **2.2.2. CONTROL DEL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD.**

La ansiedad dental la entenderemos como un concepto multidimensional, el que consta de tres componentes de respuesta, cognitivo, fisiológico y motor, que interactúan entre sí. Los aspectos cognitivos displacenteros indican una interferencia con la concentración, hipervigilancia atencional e incapacidad para recordar ciertos eventos. Los aspectos fisiológicos tienen que ver con un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, lo que lleva en ocasiones a sudoración, palpitaciones y una falta de respiración. El componente motor implica comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos que pueden ir desde la evitación hasta el escape de la consulta dental. (Fernández & Flores. 2007)

Otras situaciones de riesgo que debemos tomar en cuenta en los pacientes sistémicamente comprometidos son el estrés y la ansiedad extrema, por lo que debemos tomar en cuenta los siguientes aspectos.

- A) En caso de ser necesario realizar la sedación consciente, cuando el grado de ansiedad está en aumento.
- B) Verificar una analgesia adecuada, para disminuir la ansiedad, es imprescindible que el paciente no sienta dolor; en caso contrario el paciente se manifestara inquieto y con un aumento de estrés.
- C) Tomar en cuenta que el horario y duración de la consulta es importante; por lo tanto, se recomienda un régimen de citas especiales para este tipo de pacientes, es ideal que sean atendidos en horarios matutinos y con una duración muy breve.

La fobia, en tanto, es una respuesta desproporcionada e irracional con un alto grado de evitación al estímulo que produce miedo, a tal punto que interfiere con la rutina normal de una persona, el funcionamiento ocupacional o académico, y las actividades y relaciones sociales. El criterio más importante para definir una patología fóbica es el nivel de impedimento existencial. La fobia dental representa un tipo severo de ansiedad caracterizado por una marcada y persistente preocupación en relación a

situaciones/objetos claramente discernibles (ej.: inyecciones) o a situaciones odontológicas en general. (Fernández & Flores. 2007)

Algunos factores que pueden disminuir el riesgo medico en la consulta está relacionado con actitudes clínicas positivas, tal como una correcta evaluación clínica previa al tratamiento odontológico, valorar el riesgo inicial mediante interconsultas cuando sea necesario, utilizar protocolos o procedimientos clínicos establecidos. Implementar citas en turno matutino, de duración corta y adecuada sedación para el control del dolor. (Plaza C.A, 2011, p19).

### **2.2.2.1. MANEJO DE LA ANSIEDAD**

En el consultorio dental podemos determinar dos técnicas de manejo de la ansiedad como es el manejo farmacológico y manejo no farmacológico.

Pacientes con niveles de ansiedad leve o moderada pueden manejarse mediante habilidades de comunicación, empatía, relajación, distracción y tratamiento cuidadoso. Los pacientes más temerosos requerirán más tiempo de atención y el empleo fármacos o analgesia.

- Manejo farmacológico.

A) Niveles de sedación: Los fármacos empleados y sus dosis producen cambios, entre otros, en la actividad cortical, motora, sistema límbico y sistema nervioso autónomo, originando distintos niveles de sedación.

La atención odontológica bajo sedación requiere el uso de anestésicos locales o tópicos, siempre que se enfrenten procedimientos potencialmente dolorosos ya que la sedación por sí sola no es capaz de generar bloqueo del dolor

- Manejo no farmacológico

Alguna de las técnicas para el control de la ansiedad tenemos las siguientes:

- A) Técnica Decir-Mostrar-Hacer: Consiste en utilizar un lenguaje de sustitución para que el paciente pueda reconocer con facilidad el material, descripción de los procedimientos a realizar y la recreación de las maniobras que se efectuarán en la boca. Esto permitirá transmitir seguridad, obtener la atención y colaboración para el tratamiento a iniciar.
- B) Técnica de control de voz: Utilizar un tono acogedor en todo momento, manejando la modulación de manera oportuna. Esto nos permitirá mantener el tono adecuado y en caso de ser necesario intensificar, la comunicación verbal del odontólogo.
- C) Terapéuticas de distracción y atención: se deberán implementar distracciones tales como música, interacción con juguetes y la conversación (ser empático, ponerse en el lugar del otro con respeto, tiempo y buen humor) estas técnicas disminuyen también la ansiedad.
- D) Relajación: Realizar ejercicios continuos y rítmicos como la respiración profunda y la relajación corporal ascendente (desde las extremidades inferiores hasta la cabeza).

**CAPÍTULO III.  
EMERGENCIAS MEDICO ODONTOLOGICAS MAS  
FRECUENTES Y PROTOCOLO DE ATENCIÓN.**

## **CAPITULO III EMERGENCIA MEDICO ODONTOLOGICAS MAS FRECUENTES Y PROTOCOLO DE ATENCIÓN.**

### **3.1. LIPOTIMIA.**

#### **3.1.1. CUADRO CLÍNICO.**

La lipotimia ("faltar el alma o el espíritu") es, definida como un malestar pasajero, caracterizado por una sensación angustiante e inminente de desfallecimiento, con palidez, sudores, zumbidos auditivos y visión turbia, siendo que raramente causa la pérdida total de la conciencia. (Dias A, E. & Ranali J. 2004. p 46)

Es la pérdida de la conciencia de breve duración (minutos o segundos), que se debe a una baja de tensión arterial y una disminución brusca del flujo sanguíneo cerebral. (Costa Vázquez, JM. 2007. p 68)

#### **3.1.2. MÉTODOS DE PREVENCIÓN.**

- En la anamnesis hacer énfasis en pacientes con enfermedades sistémicas
- Preguntar si previo a la consulta si se presenta en ayuno o ya ingirió alimentos
- Observar al paciente y evaluar algún signo de alerta (nerviosismo, miedo, sudoración, tensión, ansiedad o estrés)
- Evitar que el paciente observe sangre, jeringas, agujas, bisturís entre otros.
- Contar con buena ventilación e iluminación en el consultorio
- Realizar consultas de corta duración y crear un ambiente relajado
- Colocar el sillón dental en posición supina o semisupina.



### 3.1.3. PROTOCOLO DE ATENCIÓN INMEDIATA.

1. Interrumpir el tratamiento y remover de inmediato todo el material o instrumentos de la boca de paciente, para evitar que se lastime o se ingieran.
2. Observar y evaluar grado de conciencia del paciente.
3. Verificar signos vitales como es la frecuencia respiratoria y frecuencia cardiaca.
4. Posicionar el sillón dental y colocarlo en posición supina, con los pies elevados.
5. Se recomienda llevar la cabeza hacia atrás para mejorar respiración.
6. Desabrochar botones y aflojar cinturón para facilitar la circulación sanguínea.
7. Verificar nuevamente los signos vitales, si estos se encuentran dentro de los valores normales esperar de 2 a 3 minutos para la recuperación del paciente.
8. Estas medidas deberán ser suficientes para recobrar la conciencia.
9. Si el paciente se encuentra recuperado, es importante mantenerlo en observación unos minutos; en caso de llevar a un acompañante se deberá indicar la emergencia que se presentó y monitorear en casa la salud del paciente.
10. En caso de que no se lleve a cabo la recuperación no se lleve a cabo de forma inmediata, se deberá llamar a servicios de emergencia y seguir monitoreando signos vitales.

*Figura 1. Posición supina con pies elevados*



Nota. Tomada de (Dr. Porrás, Cirugía oral y maxilofacial)

## **3.2. SINCOPE.**

### **3.2.1. CUADRO CLÍNICO.**

El termino sincope ("corte, supresión"), por su vez, se entiende como la perdida repentina y momentánea de la conciencia, consecuente a una súbita disminución del flujo sanguíneo y oxigenación cerebral o precipitada por causas neurológicas o metabólicas. (Diaz A, E.& Ranali J. 2004. p 46)

Es la emergencia médica más frecuente durante la consulta dental, debido a su etiología, el protocolo de atención es muy sencillo y por lo tanto la reacción de respuesta es inmediata, en muy raros casos se llega a complicar esta emergencia.

Clasificación de sincope

- Sincope vasovagal

Es el más frecuente, dentro de los factores desencadenantes encontramos que son emocionales (ansiedad, dolor inesperado y visualización de sangre) y no emocionales (hambre, cansancio, debilidad física y ambiente).

El paciente presentara inicialmente los siguientes signos y síntomas como es palidez cutánea viendo principalmente la cabeza como el área más afectada, sudoración, seguido de disminución de pulso (bradicardia) y presión arterial (hipotensión), por lo tanto, afecta en su tono muscular presentando fatiga y debilidad.

- Sincope vasodepresora

Común en pacientes con previos antecedentes o malas experiencias en la consulta dental, debido a que por el simple hecho de observar el sillón dental o el sonido de la pieza de mano el paciente empieza a sugestionar.

Por lo tanto, esto genera que se produzca un aumento en el flujo sanguíneo a los músculos esqueléticos y si es acompañada de una disminución de frecuencia cardiaca el paciente puede llegar la perdida de la conciencia.

- Sincope del seno carotido

Ocurre frecuentemente en pacientes adultos mayores. Causado por una alta sensibilidad del seno carotido, que debido a una leve compresión del cuello es provocado. Durante la consulta dental es conocido que puede ocurrir cuando se realiza una ligera presión con la mano o codo en la región del cuello. A comparación de los otros tipos de sincopes en este no vamos a encontrar signos o síntomas de alerta ya que ocurrirá de manera inmediata durante la obstrucción.

- Sincope asociado a arritmias cardiacas

Esta emergencia es de las menos frecuentes, pero llega a suceder cuando el paciente presenta frecuencia cardiaca menor de 35, o mayor a 150 latidos por minuto, es común que se presente en pacientes con ciertas arritmias o insuficiencia cardiaca.

### **3.2.2. MÉTODOS DE PREVENCIÓN.**

Es conocido que si se lleva a cabo una excelente historia clínica podemos evitar las emergencias, no obstante, su etiología es multifactorial y debemos de estar alerta de cualquier signo o síntoma durante la consulta dental. Por lo tanto, es importante tomar en cuenta los siguientes aspectos preventivos:

- Durante la anamnesis es importante hacer énfasis en pacientes con enfermedades sistémicas, especialmente ante cardiopatías.
- Importante preguntar antes de iniciar la consulta si el paciente ya ingirió algún alimento o se presenta en ayuno.
- Observar al paciente y evaluar algún signo de alerta (nerviosismo, miedo, sudoración, tensión, ansiedad o estrés)
- Evitar que el paciente observe sangre, jeringas, agujas, bisturís entre otros.
- Utilizar anestésico tópico y una buena técnica anestésica, para evitar dolor.
- Evitar frases tranquilizadoras que aumenten el grado de ansiedad.
- Colocar el sillón dental en posición supina o semisupina.

### **3.2.3. PROTOCOLO DE ATENCIÓN INMEDIATA.**

- 1 Interrumpir el tratamiento y remover de inmediato todo el material o instrumentos de la boca de paciente, para evitar que se lastime o se ingieran.
- 2 Observar y evaluar grado de conciencia del paciente.
- 3 Establecer comunicación con el paciente, para transmitir seguridad.
- 4 Posicionar el sillón dental y colocarlo en posición supina, con los pies elevados.
- 5 Se recomienda llevar la cabeza hacia atrás para mejorar respiración.
- 6 Verificar signos vitales como es la frecuencia respiratoria y frecuencia cardiaca.
- 7 Si los signos vitales se encuentran dentro de los valores normales esperar de 2 a 3 minutos para la recuperación del paciente.
- 8 Si el paciente se encuentra recuperado, es importante mantenerlo en observación unos minutos; en caso de llevar a un acompañante se deberá indicar la emergencia que se presentó y monitorear en casa la salud del paciente.
- 9 En caso de que la recuperación no se lleve a cabo de forma inmediata, se deberá llamar a servicios de emergencia y seguir monitoreando signos vitales.

### **3.3. HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA.**

#### **3.3.1. CUADRO CLÍNICO.**

Es una caída brusca y excesiva de la presión arterial que puede ocurrir cuando el paciente asume la posición vertical. Lo que puede llevar a síncope (desmayo). Es una manifestación de regulación inadecuada de la presión arterial. (Díaz A, E. 2004. p 52)

Es conocido que el shock hipovolémico es una de las causas principales de esta emergencia, así como también el uso y abuso de medicamentos como diuréticos (furosemida), medicamentos vasodilatadores (verapamilo, nifedipino y diltiazem) que son medicamentos usados en el tratamiento de presión arterial, angina de pecho o insuficiencia cardíaca.

Otras condiciones o factores asociados son

- La edad: debido que encontramos mayor prevalencia de esta emergencia en pacientes adultos mayores.
- Defectos venosos: en pacientes con problemas de circulación en miembros inferiores como lo es piernas varicosas.
- Postura: ocurre frecuentemente cuando el paciente pasa mucho tiempo acostado debido a consultas de larga duración y se levanta rápidamente.

#### **3.3.2. MÉTODOS DE PREVENCIÓN.**

Es conocido que si se lleva a cabo una excelente historia clínica podemos evitar las emergencias, no obstante, su etiología es multifactorial y debemos de estar alerta de cualquier signo o síntoma durante la consulta dental. Por lo tanto, es importante tomar en cuenta los siguientes aspectos preventivos:

- Verificar si el paciente toma algún medicamento y con qué frecuencia lo hace.

- Indagar sobre desmayos o convulsiones que haya sufrido el paciente.
- Evaluación de signos vitales como el frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca y presión arterial.
- Al finalizar la consulta levantar poco a poco al paciente del sillón dental.
- Observar al paciente y evaluar algún signo de alerta (ansiedad o estrés)

### **3.3.3. PROTOCOLO DE ATENCIÓN INMEDIATA.**

1. En caso de que ocurra durante el tratamiento, Interrumpir y remover de inmediato todo el material o instrumentos de la boca de paciente, para evitar que se lastime o se ingieran.
2. Observar y evaluar grado de conciencia del paciente, preferentemente realizar movimiento de sus hombros.
3. Mover el sillón dental y colocarlo en posición supina, con los pies elevados.

Llevando a cabo los pasos anteriores el paciente recupera la conciencia de manera inmediata debido a que la perfusión sanguínea cerebral aumenta. En caso de que ocurra lo contrario debemos seguir con el protocolo.

4. Desabrochar botones y aflojar cinturón para facilitar la respiración y circulación.
5. Verificar signos vitales como frecuencia respiratoria, cardiaca y presión arterial.
6. Si los signos vitales se encuentran dentro de los valores normales esperar de 2 a 3 minutos para la recuperación del paciente.
7. Si el paciente se encuentra recuperado, es importante mantenerlo en observación unos minutos; en caso de llevar a un acompañante se deberá indicar la emergencia que se presentó y monitorear en casa la salud del paciente.
8. En caso de que no se lleve a cabo la recuperación, se deberá llamar a servicios de emergencia y seguir monitoreando signos vitales.

### **3.4. HIPOGLUCEMIA AGUDA.**

#### **3.4.1. CUADRO CLÍNICO.**

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) describe la hipoglucemia como la condición clínica que se caracteriza por concentraciones bajas de glucosa en sangre usualmente menor a 70 mg/dL. (Nares Torices, M.A. 2007. p 882)

Esta emergencia es frecuente en pacientes diabéticos, especialmente en los que son tratados con insulina, donde la pérdida de conciencia puede ocurrir minutos después de su inyección. Es conocido que los factores desencadenantes son multifactoriales, pero dentro de las causas más comunes podemos encontrar la mala alimentación o el ayuno prolongado, en el caso de pacientes deportistas el exceso de actividad física o prolongación de la actividad, ambientes que generen estrés, ansiedad o tensión, y por último en pacientes diabéticos es común encontrar dosis inadecuadas de insulina o tratamientos mal administrados por el paciente.

Durante esta emergencia, encontramos tres etapas importantes y la sintomatología de acuerdo con las fases en las cuales se desarrolla la hipotensión:

- Etapa precoz

Es la primera etapa de alerta, en la cual el paciente presentara sensación de hambre, náuseas y un cambio de humor o temperamento.

- Etapa avanzada

Los síntomas aumentan gradualmente y observaremos sudoración, presencia de ansiedad o estrés, taquicardia, la conducta y el comportamiento del paciente se muestra agresivo y no cooperador.

- Etapa tardía

En esta última fase el paciente ya presenta mayores signos y síntomas como lo es ansiedad, hipotensión, hipotermia, convulsiones o pérdida de la conciencia; si no se realiza el protocolo de atención inmediata puede llegar a una complicación.

### **3.4.2. MÉTODOS DE PREVENCIÓN**

- Durante la anamnesis es importante hacer énfasis en pacientes con enfermedades sistémicas, o antecedentes heredofamiliares con diabetes.
- En caso de ser un paciente diabético, indagar hace cuanto tiempo fue detectada la enfermedad, que tratamiento o medicamentos son los que está tomando y el horario; así como también si ha sufrido alguna complicación.  
Preguntar si ya tomo el medicamento y sugerir que cada que acuda a consulta llevar consigo el medicamento que se toma.
- Importante preguntar antes de iniciar la consulta si el paciente ya ingirió algún alimento o se presenta en ayuno.
- Verificar signos vitales y en caso de ser diabético realizar la toma de glucosa.
- Observar al paciente y evaluar algún signo de alerta (ansiedad o estrés)

### **3.4.3. PROTOCOLO DE ATENCIÓN INMEDIATA.**

#### **3.4.3.1. PACIENTE CONSCIENTE Y ALERTA.**

1. Interrumpir el tratamiento y remover de inmediato todo el material o instrumentos de la boca de paciente, para evitar que se lastime o se ingieran.
2. Estar alerta de los signos y síntomas, así como comportamiento del paciente.
3. Colocar el sillón dental en una posición cómoda para el paciente.
4. Realizar la toma de signos vitales primordial la glucosa en sangre (en caso de que el registro de glucosa sea menor a 80mg/dl seguir con el protocolo)
5. Se deberá administrar dextrosa o carbohidratos vía oral (como azúcar, miel, mermelada o jugo de naranja) con esto el paciente tendrá una mejoría notoria.
6. Se verifica nuevamente la glucosa y signos vitales. En caso de ser necesario repetir el paso anterior cada 15 minutos.



7. Mantener al paciente en observación durante 30 minutos; en caso de llevar a un acompañante se deberá indicar la emergencia que se presentó y monitorear en casa la salud del paciente.

#### **3.4.3.2. PACIENTE CONSCIENTE PERO NO RESPONSIVO.**

1. Interrumpir el tratamiento y remover de inmediato todo el material o instrumentos de la boca de paciente, para evitar que se lastime o se ingieran.
2. Estar alerta de los signos y síntomas, así como comportamiento del paciente.
3. Colocar el sillón dental en una posición cómoda para el paciente.
4. Realizar la toma de signos vitales primordial la glucosa en sangre (en caso de que el registro de glucosa sea menor a 80mg/dl seguir con el protocolo)
5. Se deberá administrar dextrosa o carbohidratos vía oral (como azúcar, miel, mermelada o jugo de naranja) con esto el paciente tendrá una mejoría notoria.
6. Se verifica nuevamente la glucosa y signos vitales. En caso de ser necesario repetir el paso anterior cada 15 minutos.

En caso de que el paciente no responda con la administración de carbohidratos, se tiene que solicitar el servicio de emergencia de manera inmediata.

7. Administrar solución de glucosa el 25% (ampolleta 10 ml), vía intravenosa, en inyección lenta otra alternativa es colocar una cucharada de Dextrosol en medio vaso de agua y empapar una gasa la cual vamos a colocar debajo de la lengua del paciente permitiendo una absorción vía sublingual.
8. Llamar a un familiar o acompañante y comentar sobre lo sucedido
9. Mantener un monitoreo constante de los signos vitales mientras llega el servicio de emergencia.

### 3.4.3.3. PACIENTE INCONSCIENTE.

- 1 Interrumpir el tratamiento y remover de inmediato todo el material o instrumentos de la boca de paciente, para evitar que se lastime o se ingieran.
- 2 Posicionar el sillón dental y colocarlo en posición supina, con los pies elevados.
- 3 Desabrochar botones y aflojar cinturón para facilitar la circulación sanguínea.
- 4 Monitorear signos vitales como es la frecuencia respiratoria y frecuencia cardiaca.
- 5 Solicitar el servicio de emergencia de manera inmediata
- 6 Si es posible administrar una ampolleta (10ml) de una solución de glucosa al 25%, vía intravenosa, en inyección lenta; otra alternativa es colocar una cucharada de Dextrosol en medio vaso de agua y empapar una gasa la cual vamos a colocar debajo de la lengua del paciente permitiendo una absorción vía sublingual.
- 7 Llamar a un familiar o acompañante y comentar sobre lo sucedido
- 8 Mantener un monitoreo constante de los signos vitales mientras llega el servicio de emergencia.

*Figura 2. Paciente inconsciente.*



Nota. Correcta colocación de la gasa de bajo de lengua atada de hilo dental.

Tomada de (Dias A. E. & Ranali. J. 2004)

### **3.5. HIPERVENTILACIÓN.**

#### **3.5.1. CUADRO CLÍNICO.**

Cuadro caracterizado por la ventilación en exceso, aumento de la cantidad de aire inspirado que entra por unidad de tiempo en los alveolos pulmonares, causando una disminución del tenor de CO<sub>2</sub> en la sangre y consiguiente alcalosis respiratoria. (Dias A. E. & Ranali. J. 2004. p 64.)

Generalmente la incidencia es en pacientes jóvenes y adultos entre 15 y 45 años. La causa más frecuente es debido a la presencia de ansiedad durante la consulta dental, por lo tanto, genera el aumento de la frecuencia respiratoria.

Síntomas en cuadro de hiperventilación:

- El paciente manifestará un aumento de la frecuencia respiratoria de 25 a 30 respiraciones por minuto; también habrá aumento en la profundidad del pecho.
- También la frecuencia cardiaca tendrá un aumento, lo cual conlleva a taquicardia y palpitaciones.
- Es común el signo de llevar las manos al pecho como sensación de sofocamiento.
- El paciente nos manifestara síntomas como acúfenos, fosfenos, xerostomía, vértigo y dolor abdominal.
- Puede llegar a presentar también hormigueo de las extremidades y en ocasiones alrededor de los labios, así como rigidez muscular.

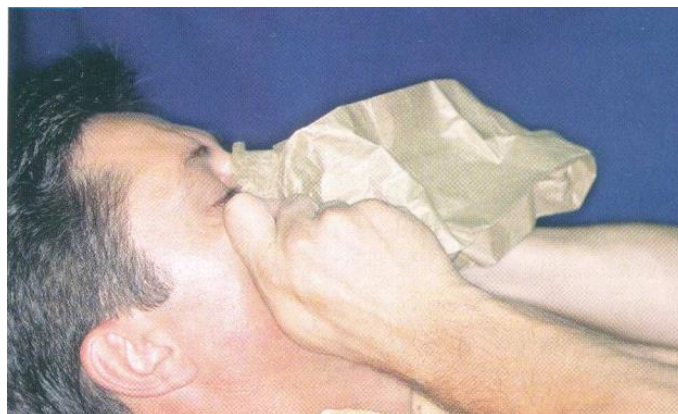
#### **3.5.2. MÉTODOS DE PREVENCIÓN.**

- Observar al paciente y evaluar algún signo de alerta (nerviosismo, miedo, sudoración, tensión, ansiedad o estrés)
- Evitar que el paciente observe sangre, jeringas, agujas, bisturís entre otros.
- Utilizar anestésico tópico y una buena técnica anestésica, para evitar dolor.

### 3.5.3. PROTOCOLO DE ATENCIÓN INMEDIATA.

1. Interrumpir el tratamiento y remover de inmediato todo el material o instrumentos de la boca de paciente, para evitar que se lastime o se ingieran.
2. Establecer comunicación con el paciente, para transmitir seguridad.
3. Posicionar el sillón dental y colocarlo sentado cómodamente.
4. Tomaremos una bolsa de papel y le pediremos al paciente colocársela en la cara de forma que esta cubra la nariz y la boca y permita respirar dentro de ella; también se puede realizar con las manos en forma de concha cubriendo nariz y boca. Lo recomendable es realizar 10 inhalaciones y exhalaciones por minuto).
5. En caso de ser necesario repetir el paso anterior hasta que los síntomas cesen.
6. Si el paciente se encuentra recuperado, es importante mantenerlo en observación unos minutos; en caso de llevar a un acompañante se deberá indicar la emergencia que se presentó y monitorear en casa la salud del paciente.
7. En caso de que no se lleve a cabo la recuperación, se deberá llamar a servicios de emergencia y seguir monitoreando signos vitales.
8. De ser necesario se puede administrar Diazepam 10mg vía oral.

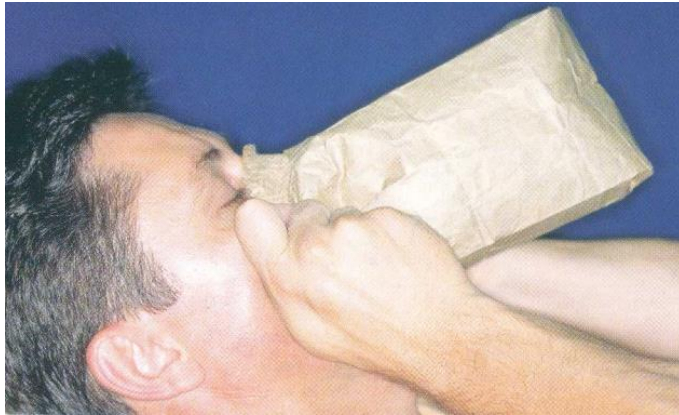
*Figura 3. Inhalación en bolsa de papel.*



Nota. Correcta posición de la bolsa de papel durante la inhalación.

Tomada de (Dias A. E. & Ranali. J. 2004)

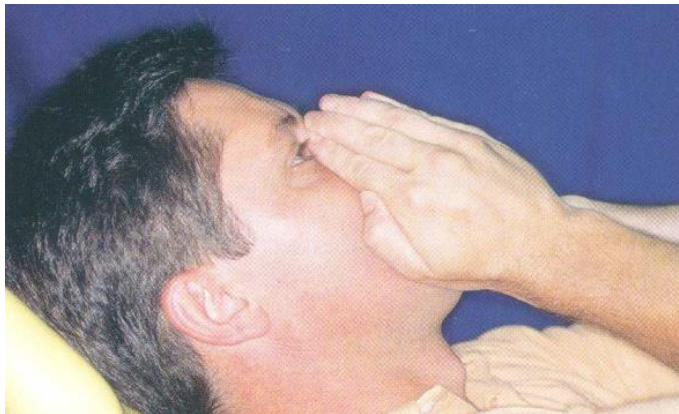
*Figura 4. Exhalación en bolsa de papel*



Nota. Correcta posición de la bolsa de papel durante la exhalación.

Tomada de (Dias A. E. & Ranali. J. 2004)

*Figura 5. Inhalación y exhalación con las manos.*



Nota. Correcta posición de las manos en forma de concha.

Tomada de (Dias A. E. & Ranali. J. 2004)

### **3.6. CRISIS AGUDA DE ASMA.**

#### **3.6.1. CUADRO CLÍNICO.**

Asma bronquial es una enfermedad pulmonar obstructiva, caracterizada por el aumento de la reactividad de la tráquea y bronquios a varios estímulos que se manifiestan por estrechamiento de las vías aéreas. La crisis aguda de asma se caracteriza por el estrechamiento de las grandes y pequeñas vías aéreas debido al espasmo de la musculatura lisa de los bronquios, edema e inflamación de sus paredes. (Dias A. E. & Ranali. J. 2004)

El origen de esta emergencia es multifactorial, algunos de los factores pueden ser:

- El paciente presente ansiedad, estrés o miedo durante la consulta
- Alergia como a ácaros, polvo, látex, polen, humo de tabaco u hongos.
- Cambios climáticos como el aire frío / Infecciones virales en niños.
- Uso y abuso de antiinflamatorios no esteroideos y ácido acetilsalicílico

#### **3.6.2. MÉTODOS DE PREVENCIÓN.**

Llevando a cabo una excelente historia clínica podemos evitar esta emergencia por lo cual debemos de estar alerta de cualquier signo o síntoma durante la consulta dental y tomar en cuenta los siguientes aspectos preventivos:

- Si en la historia clínica se manifiestan crisis asmáticas debemos investigar e indagar ¿Qué tipo de asma es?, frecuencia de las crisis, ¿Cuál es el medicamento que toma?, ¿Ha requerido hospitalización posterior a la crisis?
- Referir una interconsulta con el médico tratante antes del tratamiento.
- Preferentemente programar citas cortas por la mañana o en la tarde.
- Solicitar al paciente que cada que acuda a consulta llevar su medicamento y administrarlo de forma profiláctica antes de la cita.

- Evitar prescribir medicamentos que contengan AAS, así como AINES. Como alternativa se recomienda uso de corticosteroides, paracetamol o dipirona.
- No usar soluciones anestésicas que contengan vasoconstrictores adrenérgicos (adrenalina, noradrenalina, fenilefrina y levonordefrina)

### **3.6.3. PROTOCOLO DE ATENCIÓN INMEDIATA.**

1. Interrumpir el tratamiento y remover de inmediato todo el material o instrumentos de la boca de paciente, para evitar que se lastime o se ingieran.
2. Mover el sillón dental y colocarlo en posición supina con los brazos hacia enfrente
3. Establecer comunicación con el paciente, para transmitir seguridad.
4. Solicitarle al paciente utilizar su broncodilatador en spray. En caso de que el paciente no lo pueda realizar; dentro de una bolsa de papel se colocaran 5 disparos y llevamos la bolsa de papel a la cara del paciente cubriendo nariz y boca e indicarle al paciente que inhale de forma lenta y profunda.
5. Desabrochar botones y aflojar cinturón para facilitar la respiración y circulación.
6. Verificar que en el consultorio exista una buena ventilación
7. Si el paciente se encuentra recuperado, es importante mantenerlo en observación unos minutos; en caso de llevar a un acompañante se deberá indicar la emergencia que se presentó y monitorear en casa la salud del paciente.
8. En caso de que la recuperación no se lleve a cabo de forma inmediata, se deberá llamar a servicios de emergencia y seguir monitoreando signos vitales.

*Figura 6. Uso personal de broncodilatador en spray.*



Nota. Tomada de (Dias A. E. & Ranali. J. 2004)

*Figura 7. Técnica de insuflación con bolsa de papel*



Nota. Tomada de (Dias A. E. & Ranali. J. 2004)

*Figura 8. Correcta colocación de bolsa para insuflación.*



Nota. Tomada de (Dias A. E. & Ranali. J. 2004)



### **3.7. EDEMA PULMONAR AGUDO.**

#### **3.7.1. CUADRO CLÍNICO.**

Es una manifestación dramática de la falencia aguda del ventrículo izquierdo por hipotensión venosa pulmonar, provocando la formación excesiva de flujo seroso en los espacios alveolares o intersticios pulmonares, acompañada de una extrema dificultad para respirar.

Puede ser precipitado por el agravamiento agudo de una insuficiencia cardiaca preexistente, deriva por otro factor que genere exceso de trabajo en el corazón. Es común que se presente por la noche y en el día ocurre con poca frecuencia.

Factores que aumentan la carga de trabajo cardiaco son el estrés físico y/o psicológico, relacionado a la práctica odontológica.

Dentro de los signos y síntomas que podemos identificar son los siguientes:

El paciente en principio presentara tos leve y seca, Dipnea (dificultad para respirar), sensación de sofocamiento, así como ansiedad extrema. En episodios de mayor gravedad se presenta: sudoresis, cianosis, salivación en forma de espuma color rosa (teñida de sangre).

#### **3.7.2. MÉTODOS DE PREVENCIÓN.**

- Durante la realización de la historia clínica no debemos olvidar realizar las siguientes preguntas durante la anamnesis.

¿Cuándo realiza una caminata o sube las escaleras se cansa fácilmente?, ¿Ha presentado dificultad para respirar o dolor en el pecho mientras realiza sus actividades?, ¿ha notado hinchazón de los tobillos durante el transcurso del día?, ¿Se despierta con dificultad de respirar?, ¿Actualmente se encuentra bajo algún tratamiento médico?

- En cuanto a la inspección se deberá prestar atención a la frecuencia respiratoria, así también observar la colocación de los labios y base de las uñas; en caso de presentar coloración azul o gris indica cianosis.
- Evaluar tobillos y el grado de inflamación
- Monitoreo de los signos vitales

### **3.7.3. PROTOCOLO DE ATENCIÓN INMEDIATA.**

1. Interrumpir el tratamiento y remover de inmediato todo el material o instrumentos de la boca de paciente, para evitar que se lastime o se ingieran.
2. Posicionar el sillón dental y colocarlo sentado cómodamente, con el tronco erecto, permitiendo que el exceso de fluido de los tejidos pulmonares quede concentrado en la base del pulmón.
3. Establecer comunicación con el paciente, para transmitir seguridad.
4. Solicitar el servicio de emergencia de manera inmediata.
5. Estrechar los miembros superiores de forma alternada, por un tiempo de 5 minutos para cada brazo
6. Si el paciente se encuentra recuperado, es importante mantenerlo en observación unos minutos; en caso de llevar a un acompañante se deberá indicar la emergencia que se presentó y monitorear en casa la salud del paciente.
7. En caso de ser necesario administrar oxígeno a través de la máscara facial con un flujo de 10L/minuto, para prevenir o aliviar hipoxia y apnea
8. Mantener el monitorear los signos vitales, mientras espera auxilio médico.
9. Si el paciente pierde la conciencia, póngale en posición supina e iniciar las acciones de soporte básico de vida.

## **9.1. ANGINA DE PECHO.**

### **9.1.1. CUADRO CLÍNICO.**

Se puede definir como dolor, opresión o malestar en el tórax, mandíbula, hombros, espalda o brazos que aparece y se agrava por el ejercicio, estrés o cardiopatía. Se puede producir por enfermedad de las arterias coronarias, aunque también la podemos encontrar en patologías valvulares o hipertensión arterial.

Del latín angere= apretar, sofocar y pectoris= pecho. Dolor torácico abajo del esternón, resulta de una disminución temporal del flujo sanguíneo en las arterias coronarias. (Dias A. E. & Ranali. J. 2004)

El principal factor predisponente es el ejercicio físico, pero también pueden influir las siguientes causas como es tabaquismo, obesidad, estrés, hipotermia, ingesta excesiva de cafeína. Por lo cual es importante tomar en cuenta los siguientes aspectos para identificar la emergencia:

Dentro de los signos y síntomas podemos identificar sudoresis

Esta emergencia tiene un origen repentino y la primera señal de alerta es cuando el paciente lleva la mano sobre el pecho y manifestará dolor subesternal o precordial

El dolor tiene una duración espontánea de 2 a 3 minutos; el cual se extenderá hasta el hombro izquierdo y parte interna del brazo, llegando a alcanzar dedos meñiques y anular; los signos vitales como la frecuencia cardíaca y la presión arterial aumentarán y se observará dificultad para respirar y sensación de desmayo.

*Figura 9. Signo de alerta de dolor de pecho.*



Nota. Tomada de (SOLACI, 2021)

### **9.1.2. MÉTODOS DE PREVENCIÓN.**

Es importante tomar en cuenta que, durante la realización de la historia clínica, debemos de realizar el interrogatorio correctamente y no olvidar realizar las siguientes preguntas como: ¿Actualmente está tomando algún medicamento?, ¿Ha presentado dificultad para respirar?, ¿Ha presentado dolor de pecho?

- De ser afirmativas las preguntas anteriores, preguntar si ¿Ha presentado algún episodio de angina de pecho?, ¿Cuándo fue la última crisis que se presentó?, ¿Qué medicamento son administrados durante la crisis?
- Se recomienda enviar a una interconsulta con el médico tratante.
- Las consultas deberán ser de corta duración
- Realizar la toma de signos vitales antes de iniciar el tratamiento y al finalizar.
- Se recomienda el uso de vasodilatador coronario de forma profiláctica.
- Para el uso de anestésicos se deberá utilizar con vasoconstrictor y utilizar un máximo de dos cartuchos.

- Mantenernos al tanto de cualquier signo de alerta y en caso de que el paciente muestre fatiga, se tendrá que interrumpir la consulta.
- Contar con vasodilatador coronario de emergencia.

### **9.1.3. PROTOCOLO DE ATENCIÓN INMEDIATA.**

1. Interrumpir el tratamiento y remover de inmediato todo el material o instrumentos de la boca de paciente, para evitar que se lastime o se ingieran.
2. Posicionar el sillón dental y colocarlo en posición sentado.
3. Administrar un vasodilatador coronario
4. Verificar una buena ventilación del lugar
5. En caso de ser necesario administrar oxígeno o respirar con ayuda de una bolsa de papel.
6. Si el paciente se encuentra recuperado, es importante mantenerlo en observación unos minutos; en caso de llevar a un acompañante se deberá indicar la emergencia que se presentó y monitorear en casa la salud del paciente.
7. En caso de que la recuperación no se lleve a cabo de forma inmediata, se deberá llamar a servicios de emergencia y seguir monitoreando signos vitales.

## **9.2. INFARTO AL MIOCARDIO.**

### **9.2.1. CUADRO CLÍNICO.**

Es la necrosis de las células del miocardio como consecuencia de una isquemia prolongada, producida por la reducción súbita de la irrigación sanguínea coronaria, que compromete una o más zonas del miocardio. Resultante de la deficiencia de suministro sanguíneo de las arterias coronarias para una región del miocardio.

Se caracteriza por dolor subesternal, muchas ocasiones se puede llegar a confundir con la angina de pecho, pero la notoria diferencia es que el dolor es más severo y prolongado por más tiempo.

Es conocido que el principal factor predisponente son las arritmias cardiacas, aunque también puede ser desencadenante de diversas enfermedades como lo es hipertensión arterial, obesidad, tabaquismo, o antecedentes heredofamiliares con problemas cardiovasculares.

Es importante reconocer los signos y síntomas que nos mantendrán alerta

- Inicialmente se manifestará un dolor agudo y repentino, el cual será localizado en el tercio medio o superior del esternón.
- El paciente presentará sudoración y llevará las manos sobre el pecho, lo cual será el primer signo de alerta.
- El dolor se irradiar hacia la parte izquierda, los hombros, seguido por la cara interna del brazo y llegar hasta la mano; pero puede también diseminarse hacia la parte derecha llegando a la espalda, cuello, brazo y mano.
- La frecuencia respiratoria tendrá una disminución notoria; también habrá náuseas y vomito cuando el dolor llega a ser severo.

### 9.2.2. MÉTODOS DE PREVENCIÓN.

Durante la realización de la historia clínica, debemos de realizar el interrogatorio correctamente y no olvidar realizar las siguientes preguntas como: ¿Actualmente está tomando algún medicamento?, ¿Ha presentado dificultad para respirar?, ¿Ha presentado dolor de pecho?

Es importante recordar que el paciente puede llegar a confundir la angina de pecho y el infarto al miocardio, es por ello por lo que se debe indagar en el interrogatorio y realizar las siguientes preguntas:

- ¿Ha presentado algún dolor en el pecho?, ¿Cuándo fue la última crisis que se presentó?, ¿Qué medicamento son administrados durante la crisis?, ¿Ha presentado infarto al miocardio?
- En caso de que el episodio de infarto se haya presentado en menos de seis meses, lo recomendable es posponer la consulta y realizar una interconsulta con el médico tratante.
- Si el episodio de infarto fue mayor a seis meses, se deberá plantear un correcto protocolo de atención y el manejo de la ansiedad.
- Evaluar los signos vitales antes, durante y después de la consulta.
- Las consultas deberán ser de corta duración
- Interrumpir el tratamiento si el paciente muestra fatiga
- En cuanto al anestésico se recomienda con uso de felipresina y un máximo de dos cartuchos.
- Contar con vasodilatador coronario de emergencia.

### **9.2.3. PROTOCOLO DE ATENCIÓN INMEDIATA.**

1. Interrumpir el tratamiento y remover de inmediato todo el material o instrumentos de la boca de paciente, para evitar que se lastime o se ingieran.
2. Posicionar el sillón dental y colocarlo semirreclinado
3. Establecer comunicación con el paciente
4. Evitar que el paciente realice esfuerzo físico.
5. Administrar de 2 a 3 comprimidos de ácido acetilsalicílico de 100mg para aumentar las plaquetas y así generar la formación de coágulos en las arterias coronarias.
6. Solicitar el servicio de emergencia de manera inmediata.
7. Monitorear los signos vitales mientras llegan los servicios de emergencias
8. En caso de paro cardiorrespiratorio, es necesario iniciar las maniobras de RCP.



### **9.3. OBSTRUCCIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS POR CUERPOS EXTRAÑOS.**

#### **9.3.1. CUADRO CLÍNICO.**

La aspiración de un cuerpo extraño es de las emergencias más comunes durante la consulta dental, debido al uso de material e instrumental de tamaño pequeño.

Cuando se presenta esta emergencia el paciente presenta los siguientes signos y síntomas como es disnea, la cual es acompañada de ahogamiento, sibilancias o tos. En caso de que el objeto se aloje en la laringe, el paciente va a tener la capacidad de respirar; en caso de que el objeto llegue a una mayor profundidad, en ese momento el paciente inicia un episodio de ahogamiento.

Los objetos que son accidentalmente deglutidos, por lo general entran en el tracto gastrointestinal, durante la deglución sabemos que la epiglotis actúa como barrera o tapón de la tráquea, lo cual ayuda a impedir la entrada de sólidos, líquidos o cuerpos extraños.

Como fue mencionado anteriormente, ocurre durante los tratamientos dentales, siendo los materiales o instrumentos de menor tamaño los más comunes durante la aspiración como ejemplo tenemos fresas, brackets, materiales de impresión y material de restauraciones.

La obstrucción puede presentarse de dos maneras, puede ser parcial o total:

- Obstrucción parcial: se caracteriza por respiración ruidosa; si se percibe un gorgoteo, indica la presencia de fluidos en las vías aéreas; si se escucha un ronquido puede ser debido a la obstrucción de la faringe por la lengua; si es la vía aérea se escucha un estribido a la inspiración, y un silbido durante la exhalación si el bloqueo es en la vía aérea inferior. (Gutiérrez & Gutiérrez. 2012. p.147)

- **Obstrucción completa:** si acontece en la vía aérea se caracteriza por presentar durante el intento de respirar movimientos paradójicos de tórax y abdomen, con dificultad para hablar, respirar o toser con el signo universal de asfixia, pánico y angustia. (Gutiérrez & Gutiérrez. 2012. p.147)

*Tabla 6. Fases de obstrucción completa de vías aéreas.*

Fase	Signos y síntomas
Primera fase De 1 a 3 minutos	Signos de asfixia, paciente consciente, “respiración paradójica” de lucha, sin movimientos de aire o voz, aumento de la presión arterial y frecuencia cardiaca.
Segunda fase De 2 a 5 minutos.	Inconsciencia, depresión respiratoria, hipotensión grave y bradicardia.
Tercera fase De 4 a 5 minutos.	Coma, paro cardiorrespiratorio y dilatación pupilar.
Fase de recuperación	Desaparición de la dificultad respiratoria, regreso de la conciencia, normalización de signos vitales.

Elaborada por (Gutiérrez & Gutiérrez. 2012. p.147)

*Figura 10. Signo universal de asfixia*

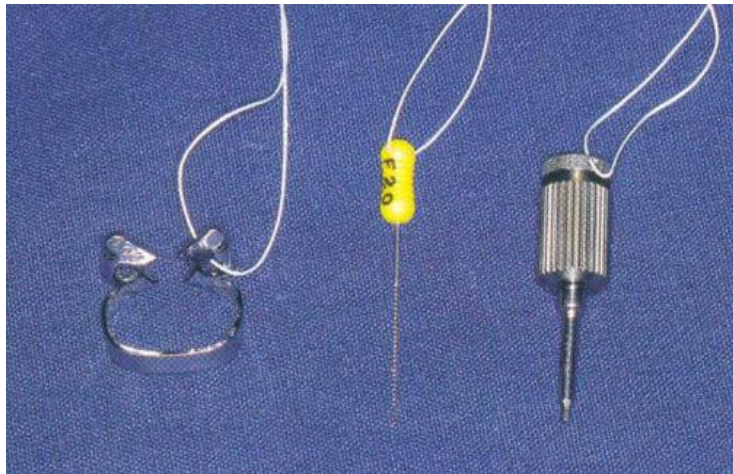


Nota. Tomada de (Gutiérrez & Gutiérrez. 2012.)

### 9.3.2. MÉTODOS DE PREVENCIÓN.

- Antes de iniciar algún tratamiento dental es de suma importancia trabajar con aislamiento absoluto, ya que se pueden prevenir esta emergencia.
- A los instrumentos o materiales pequeños como rollos de algodón, grapas, limas de endodoncia, se les debe colocar hilo dental y sujetar al arco de Young, para evitar la aspiración.
- Succión adecuada del campo operatorio.
- Contar con pinzas de Magill, para poder retirar el cuerpo extraño
- Usar una gasa como barrera protectora, sujeta de hilo dental y colocarla en la zona posterior de la cavidad bucal.

*Figura 11. Uso de hilo dental en instrumentos.*



Nota. Tomada de (Dias A. E. & Ranali. J. 2004)

### 9.3.3. PROTOCOLO PARA RETIRAR CUERPOS EXTRAÑOS DE LAS VÍAS AÉREAS.

#### 9.3.3.1. ADULTOS CONSCIENTES.

- 1 Interrumpir el tratamiento y remover de inmediato todo el material o instrumentos de la boca de paciente.
- 2 Establecer comunicación con el paciente, para transmitir seguridad.
- 3 Levantar al paciente del sillón dental y solicitarle que se pare.
- 4 Iniciar la maniobra de Heimlich para que el paciente arroje el objeto que está obstruyendo la vía respiratoria.
- 5 Expulsado el objeto, es recomendable colocar al paciente en la posición de seguridad.
- 6 Si el paciente se encuentra recuperado, es importante mantenerlo en observación unos minutos; en caso de llevar a un acompañante se deberá indicar la emergencia que se presentó y monitorear en casa la salud del paciente.
- 7 En caso de que la recuperación no se lleve a cabo de forma inmediata, se deberá llamar a servicios de emergencia y seguir monitoreando signos vitales.

*Figura 12. Maniobra de Heimlich en paciente consciente.*



Nota. Tomada de (Gutiérrez & Gutiérrez. 2012.)

### **9.3.3.2. ADULTOS CON OBSTRUCCIÓN TOTAL E INCONSCIENTE.**

1. Interrumpir el tratamiento y remover de inmediato todo el material o instrumentos de la boca de paciente.
2. Solicitar de manera inmediata los servicios de emergencia.
3. Debemos de colocar al paciente en posición supina, no se recomienda dejarlo en el sillón dental ya que por las maniobras se puede ser peligroso; lo recomendable es colocarlo en el piso.
4. Abrir la boca del paciente para poder sujetar la lengua, levantar el mentón y mover la cabeza hacia atrás.
5. En caso de que el objeto sea visible, se procede a intentar retirarlo utilizando unas pinzas de punta ciega.
6. De no ser visible el objeto, realizar una pequeña y cuidadosa inspección con ayuda de los dedos. Si se puede realizar la expulsión del objeto, se recomienda de manera precavida para evitar lastimar la zona.
7. Realizar dos ventilaciones al paciente.

En caso de no llevarse a cabo la expulsión del cuerpo extraño.

8. Se recomienda realizar de 5 a 10 compresiones abdominales, con la finalidad de llevar a cabo la expulsión del cuerpo extraño.
9. Volver a realizar la inspección de la vía aérea con los dedos.
10. Y realizar de nuevamente dos ventilaciones.
11. Repetir hasta que llegue el servicio de emergencias

### 9.3.3.3. NIÑOS CONSCIENTES.

- 1 Interrumpir el tratamiento y remover de inmediato todo el material o instrumentos de la boca de paciente.
- 2 Establecer comunicación con el paciente, para transmitir seguridad.
- 3 Levantar al paciente del sillón dental y solicitarle que se pare.
- 4 Iniciar la maniobra de Heimlich para que el paciente arroje el objeto que está obstruyendo la vía respiratoria.
- 5 Expulsado el objeto, es recomendable colocar al paciente en la posición de seguridad.
- 6 Si el paciente se encuentra recuperado, es importante mantenerlo en observación unos minutos; se indicará a los padres la emergencia que se presentó y monitorear en casa la salud del paciente.

*Figura 13. Técnica de barrido para retirar cuerpos extraños.*



Nota. Tomada de (Reyes, F. 2015)

#### **9.3.3.4. NIÑOS CON OBSTRUCCIÓN TOTAL E INCONSCIENTE.**

- 1 Interrumpir el tratamiento y remover de inmediato todo el material o instrumentos de la boca de paciente.
- 2 Solicitar de manera inmediata los servicios de emergencia.
- 3 Debemos de colocar al niño en posición supina, no se recomienda dejarlo en el sillón dental ya que por las maniobras se puede ser peligroso; lo recomendable es colocarlo en el piso.
- 4 Abrir la boca del paciente para poder sujetar la lengua, levantar el mentón y mover la cabeza hacia atrás.
- 5 En caso de que el objeto sea visible, retirarlo cuidadosamente con ayuda de pinzas de punta ciega o de ser posible con los dedos.
- 6 De no poder ser expulsado el objeto extraño, se procederá a realizar dos ventilaciones

En caso de no llevarse a cabo la expulsión del cuerpo extraño.

- 7 Se recomienda realizar de 5 compresiones abdominales, con la finalidad de llevar a cabo la expulsión del cuerpo extraño.
- 8 Volver a realizar la inspección de la vía aérea con los dedos.
- 9 Y realizar de nuevamente dos ventilaciones.
- 10 Repetir hasta que llegue el servicio de emergencias
- 11 En caso de que se lleve a cabo la desobstrucción la vía aérea. Es importante mantenerlo en observación unos minutos; se indicará a los padres la emergencia que se presentó y monitorear en casa la salud del paciente.

### **9.3.3.5. BEBES CONSCIENTES.**

1. En caso de que él bebe sea capaz de toser o llorar, no intentar remover el cuerpo extraño, ya que se puede llegar a lastimar o agravar la situación.
2. Si él bebe no es capaz de toser o llorar, se colocará en el regazo, de tal manera que se sujete con las manos la cabeza y el mentón del bebe.
3. Mover el cuerpo del bebe girando hacia debajo de tal manera, que la cabeza se encuentre boca abajo, y lo sujetáremos del antebrazo.
4. Con la otra mano se realizarán cinco golpecitos en la espalda del bebe, con el fin de eliminar el cuerpo extraño.
5. En caso de que el objeto no llegue a ser expulsado, se colocara al bebe con la cabeza boca arriba y se apoya del antebrazo.
6. Realizar 5 compresiones con dos dedos (medio y anular) a nivel del tercio medio del esternón.
7. Repetir en caso de ser necesario y alternar los golpes de la espalda y las compresiones torácicas, hasta que se lleve a cabo la expulsión del cuerpo extraño.
8. Expulsado el objeto, es recomendable colocar al paciente en la posición de seguridad.
9. Si el paciente se encuentra recuperado, es importante mantenerlo en observación unos minutos; se indicará a los padres la emergencia que se presentó y monitorear en casa la salud del paciente.



*Figura 14. Posición de bebe para golpes en espalda.*



Nota. Posición boca abajo para facilitar la expulsión del cuerpo extraño.

Tomada de (Dias A. E. & Ranali. J. 2004)

*Figura 15. Compresiones torácicas en bebes*



Nota. Con el dedo anular y medio se realizan las compresiones a nivel de esternón.

Tomada de (Dias A. E. & Ranali. J. 2004)

### **9.3.3.6. BEBES CON OBSTRUCCIÓN TOTAL E INCONSCIENTE.**

- 1 Solicitar de manera inmediata los servicios de emergencia.
- 2 Debemos de colocar al niño en posición supina, no se recomienda dejarlo en el sillón dental ya que por las maniobras se puede ser peligroso; lo recomendable es colocarlo en una superficie firme.
- 3 Abrir la boca del paciente para poder sujetar la lengua con el pulgar y levantar el mentón para intentar visualizar el objeto
- 4 De ser posible removerlo de manera cuidadosa.
- 5 Inclinar la cabeza hacia atrás y elevando el mentón, para realizar 2 ventilaciones.

En caso de no llevarse a cabo la expulsión del objeto

10. Colocar al bebe con la cabeza boca abajo y se realizaran 5 golpecitos en la espalda del bebe, con el fin de eliminar el cuerpo extraño.
6. En caso de que el objeto no llegue a ser expulsado, se colocara al bebe con la cabeza boca arriba y se apoya del antebrazo.
7. Realizar 5 compresiones con dos dedos (medio y anular) a nivel del tercio medio del esternón.
8. Repetir en caso de ser necesario y alternar los golpes de la espalda y las compresiones torácicas, hasta que se lleve a cabo la expulsión del cuerpo extraño.
9. Si el paciente se encuentra recuperado, es importante mantenerlo en observación unos minutos; se indicará a los padres la emergencia que se presentó y monitorear en casa la salud del paciente.

**CAPITULO IV.  
MANIOBRAS BASICAS PARA EL MANEJO DE LAS  
EMERGENCIAS**

## **CAPITULO IV MANIOBRAS BASICAS PARA EL MANEJO DE LAS EMERGENCIAS.**

### **4.1. MANIOBRA DE HEIMLICH.**

Es un procedimiento derivado de los primeros auxilios que permite desobstruir el conducto respiratorio, el cual es bloqueado por algún líquido, solido o cuerpo extraño.

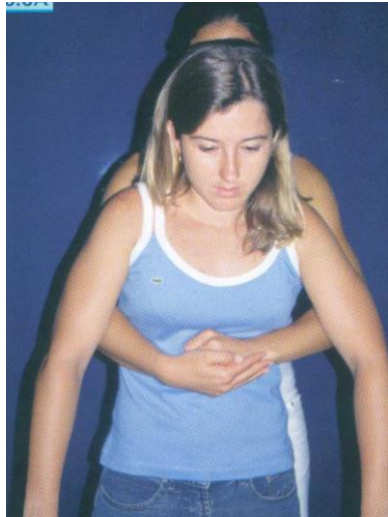
Es una técnica muy efectiva para salvar la vida del paciente en caso de asfixia por atragantamiento, lo cual impide que el oxígeno llegue correctamente a los pulmones.

Por lo cual enseguida se presentarán las correctas técnicas para llevar a cabo la maniobra en caso de llegar a requerirlo durante la consulta dental.

#### **4.1.1. PACIENTE CONSCIENTE.**

1. Se solicitará al paciente colocarse de pie y el odontólogo se posicionará detrás del paciente.
2. Enseguida el odontólogo colocara sus brazos alrededor de la cintura del paciente y justo debajo de los brazos de este.
3. Enseguida vamos a posicionar las manos de manera correcta:  
Colocando la mano en forma de puño (cerrada) con el pulgar dirigido hacia el abdomen del paciente y colocarla levemente sobre el ombligo y debajo de la extremidad de proceso xifoideo. Enseguida la otra mano se colocará por encima de la otra.
4. A continuación, se inician las compresiones, las cuales deberán ser con movimientos hacia adentro y hacia arriba, hasta que el paciente expulse el cuerpo extraño.

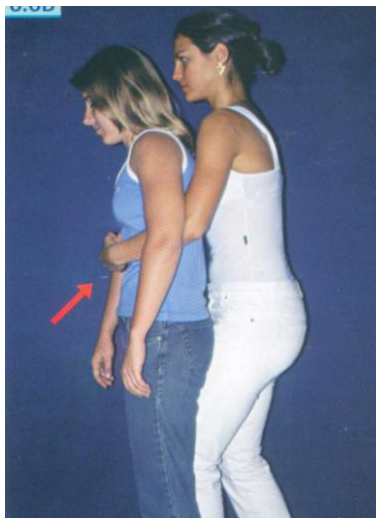
*Figura 16. Posición para maniobra de Heimlich.*



Nota. Correcta posición de paciente y odontólogo, así como de las manos para realizar la maniobra.

Tomada de (Dias A. E. & Ranali. J. 2004)

*Figura 17. Maniobra de Heimlich.*



Nota. Dirección de las compresiones hacia adentro y afuera para expulsar los cuerpos extraños.

Tomada de (Dias A. E. & Ranali. J. 2004)

#### 4.1.2. PACIENTE INCONSCIENTE.

1. Debemos colocar al paciente en posición supina, no se recomienda dejarlo en el sillón dental ya que por las maniobras se puede ser peligroso; lo recomendable es colocarlo en el piso.
2. Posicionar la cabeza de modo que permita la abertura de la boca del paciente, se deberá levantar ligeramente la cabeza y el mentón.
3. El odontólogo se colocará hincado justo al lado del paciente.
4. Se colocará la porción tenar de la mano contra el abdomen del paciente, en la línea media, arriba del ombligo y ligeramente debajo del proceso xifoideo.
5. Enseguida se colocará la otra mano encima de la primera y se deberán entrelazar los dedos.
6. Realizar la presión con fuerza en dirección hacia adentro y arriba para que pueda ser expulsado el cuerpo extraño.
7. Realizar una serie de 6 a 10 compresiones abdominales
8. Para finalizar abriremos la boca del paciente y se realizara la inspección para extraer el cuerpo extraño.

*Figura 18. Maniobra de Heimlich en paciente inconsciente*



Nota. Tomada de (Carrasco & Ayuso. 2005.)

Después de realizar las maniobras es necesario verificar la respiración del paciente, ya que esta no ayudara a verificar si el objeto ya fue expulsado de forma correcta.

Cuando se observen movimientos respiratorios en el tórax o el abdomen, pero no se escuche la respiración; nos indica que la vía sigue obstruida y no se está respirando, por lo cual se tendrá que repetir la maniobra, hasta que el objeto logre ser expulsado.

Durante esta maniobra se recomienda realizar una hiperextensión del cuello y abrir la boca del paciente, moviendo la lengua y la mandíbula.

En caso de que no se llegue a realizar la recuperación, será necesario llamar a los servicios de emergencia de manera inmediata.

Si la obstrucción persiste se deberá iniciar el RCP hasta que lleguen los servicios de emergencia

## **4.2. REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP).**

Es una técnica utilizada para realizar la reanimación o el soporte básico vital y la cual se emplea cuando el paciente se encuentra inconsciente y los signos vitales se encuentran ausentes como es la frecuencia cardiaca y la frecuencia respiratoria.

Esta maniobra consiste en devolver la función del corazón y los pulmones, haciendo que el flujo sanguíneo continúe su ciclo y la sangre llegue al corazón y el oxígeno llegue a los pulmones mediante la realización de las compresiones torácicas y ventilaciones.

Puede ser aplicada en pacientes bebés, niños, jóvenes, adultos y adultos mayores; aunque se deberá tomar en cuenta que el protocolo de atención va a depender de acuerdo con la edad del paciente.

### **4.2.1. RCP EN ADULTOS.**

Para llevar cabo una exitosa reanimación cardiopulmonar se deberá de llevar a cabo los siguientes pasos:

1. Verificar que el lugar donde se encuentra el paciente es un área segura para poder atender la emergencia, en caso de ser necesario mover al paciente.
2. Valorar el estado de conciencia del paciente acercándonos al él, a nivel de los hombros y entablar comunicación.

De no obtener respuesta activar de manera inmediata el sistema de emergencias.

3. Colocar al paciente en una superficie rígida, de preferencia en el suelo y colocarlo en posición decúbito supino.
4. Verifica el pulso carotídeo en la cara lateral del cuello (deslizado dos dedos en la cara lateral del cuello en la porción media, sobre el cartílago cricoides y desplazarlos hasta palpar el pulso carotideo).



5. Mientras se revisa el pulso se deberá verificar al mismo tiempo la frecuencia respiratoria, la cual se va a visualizar mediante los movimientos del tórax.

Estas dos maniobras no deben rebasar los 10 segundos.

De no obtener pulso y respiración, de manera inmediata comenzamos con las maniobras de RCP en ciclos de 30 compresiones torácicas y 2 ventilaciones.

6. Localizar la zona en donde se realizarán las compresiones, el cual lo vamos a ubicar trazando una línea imaginaria a nivel del pecho, colocando el talón de la mano sobre el tercio inferior del esternón, de manera inmediata colocamos la otra mano encima y se entrelazamos los dedos llevándolos hacia atrás.

7. Los brazos tienen que estar de forma recta de manera que se forme un ángulo de 90 grados entre el paciente y los brazos.

8. Mantener firmes los brazos y presionar directamente hacia abajo, estas compresiones deberán lograr una profundidad de 5 a 6 centímetros en el pecho del paciente y una frecuencia de 100 a 120 compresiones por minuto.

9. Asegurarse que entre cada compresión permitir que la pared del tórax vuelva a su posición natural. No apoyarse o inclinarse en el pecho durante las compresiones.

10. Llegando a las primeras 30 compresiones, nos detenemos y abrimos las vías respiratorias inclinando la cabeza y levantando el mentón.

11. Colocar la mano sobre la frente del paciente y con la otra mano específicamente el dedo índice y medio mover la mandíbula. Si los labios se encuentran cerrados es importante mover el labio inferior con ayuda del pulgar.

12. Enseguida realizar las dos ventilaciones, las cuales no deben durar más de 1 segundo cada una.

Continuar con las siguientes 30 compresiones y así sucesivamente con las dos ventilaciones. Un ciclo este compuesto de 30 compresiones y 2 ventilaciones, por lo tanto, en un tiempo de 2 minutos se deberán de realizar 5 ciclos.

*Figura 19. Toma de pulso carotídeo.*



Nota. Primer paso antes de iniciar las compresiones  
Tomada de (Disque. 2021)

*Figura 20. Ubicación y posición de las manos para RCP*



Nota. A nivel inferior del esternón, se coloca el talón de una mano y enseguida colocamos la otra mano encima y entrelazamos los dedos.  
Tomada de (Disque. 2021)

*Figura 21. Compresiones torácicas.*



Nota. Compresión de 5 a 6 cm de profundidad, a una frecuencia de 100 a 120 compresiones por minuto.

Tomada de (Disque. 2021)

*Figura 22. Apertura de vías aéreas. Parte I*



Nota. Inclínación de la cabeza y levantamiento del mentón

Tomada de (Disque. 2021)

*Figura 23. Apertura de vías aéreas. Parte II*



Nota. Colocar una mano sobre la frente del paciente y con los dedos índice y medio levantar la mandíbula.

Tomada de (Disque. 2021)

*Figura 24. Separación de los labios.*



Nota. Abrir la boca para permitir la entrada de aire durante las ventilaciones.

Tomada de (Disque. 2021)

#### **4.2.2. RCP EN NIÑOS – ADOLESCENTES.**

1. Verificar que el lugar donde se encuentra el paciente es un área segura para poder atender la emergencia, en caso de ser necesario mover al paciente.
2. Establecer comunicación y moverlo para determinar el estado de conciencia.
3. Si el paciente no responde y la frecuencia respiratoria se encuentra ausente.

Activar de manera inmediata el sistema de emergencias.

4. Colocar al paciente en una superficie rígida, de preferencia en el suelo y colocarlo en posición decúbito supino.
5. Verifica el pulso cardiaco en la parte lateral del cuello, o el pulso femoral en la parte interna del muslo; por un tiempo de 5 a 10 segundos.

En caso de no sentir el pulso, comenzar de manera inmediata con la reanimación cardiopulmonar.

6. Localizar la zona en donde se realizarán las compresiones, el cual lo vamos a ubicar trazando una línea imaginaria a nivel del pecho, colocando el talón de la mano sobre el tercio inferior del esternón, de manera inmediata colocamos la otra mano encima y se entrelazamos los dedos llevándolos hacia atrás.
7. Los brazos tienen que estar de forma recta de manera que se forme un ángulo de 90 grados entre el paciente y los brazos.
8. Mantener firmes los brazos y presionar hacia abajo, las compresiones deberán lograr una profundidad de 4 a 5 centímetros en el pecho del paciente.
9. En niños se realizan 15 compresiones y 2 ventilaciones, consecutivamente.
10. Generalmente se realizan de 10 a 15 ciclos durante dos minutos.
11. Llegando a las primeras 15 compresiones, nos detenemos y abrimos las vías respiratorias inclinando la cabeza y levantando el mentón.
12. Colocar la mano sobre la frente del paciente y con la otra mano específicamente el dedo índice y medio mover la mandíbula. Si los labios se encuentran cerrados es importante mover el labio inferior con ayuda del pulgar.
13. Enseguida realizar las dos ventilaciones, cada ventilación deberá ser realizada en un segundo.

### **4.2.3. RCP EN BEBES.**

1. Verificar que el lugar donde se encuentra el paciente es un área segura para poder atender la emergencia, en caso de ser necesario mover al paciente.
2. Hablar y mover al paciente para determinar el estado de conciencia.
3. Si el paciente no responde y la frecuencia respiratoria se encuentra ausente.

Activar de manera inmediata el sistema de emergencias.

4. Colocar al paciente en una superficie rígida y colocarlo en posición decúbito supino.
5. Verifica el pulso en la arteria braquial localizada en el interior de la parte superior del brazo, entre el hombro y el codo.

En caso de no sentir el pulso, comenzar de manera inmediata con la reanimación cardiopulmonar.

6. Localizar la zona en donde se realizarán las compresiones, trazando una línea imaginaria a nivel de las tetillas, colocando dos dedos en el centro del esternón.
7. Mantener firmes los dedos y realizar presionan hacia abajo; las compresiones deberán lograr una profundidad de 3 a 4 centímetros en el pecho.
8. En bebés se realizan 15 compresiones y 2 ventilaciones, consecutivamente.
9. Generalmente se realizan de 10 a 15 ciclos durante dos minutos.
10. Llegando a las primeras 15 compresiones, nos detenemos y abrimos las vías respiratorias inclinando la cabeza y levantando el mentón.

*Figura 25. Toma de frecuencia cardiaca en bebés.*



Nota. Se realiza en la arterial braquial, ubicada en el interior del brazo, entre el hombro y el codo.

Tomada de (Disque. 2021)

*Figura 26. Compresiones torácicas en bebés.*



Nota. Compresiones torácicas realizadas con dos dedos.

Tomada de (Disque. 2021)

#### 4.2.4. RCP EN EMBARAZADAS

Es importante tomar en cuenta que a partir de la semana 20 de gestación el peso del útero y el feto pueden comprimir la arteria aorta y la vena cava limitando la efectividad de las compresiones torácicas.

1. Verificar que el lugar donde se encuentra el paciente es un área segura para poder atender la emergencia, en caso de ser necesario mover al paciente.
2. Valorar el estado de conciencia del paciente acercándonos al él, a nivel de los hombros y entablar comunicación.

De no obtener respuesta activar de manera inmediata el sistema de emergencias.

3. Colocar al paciente en una superficie rígida, de preferencia en el suelo y colocarla en posición decúbito supino.
4. Debido a la presión en la arteria aorta y la vena cava; se deberá desplazar el útero a la izquierda para lograr liberar esa presión.
5. Colocando objetos que hagan cuña a nivel del abdominal y cadera derechos para conseguir una elevación de 10-12 cm.
6. Verifica el pulso carotídeo en la cara lateral del cuello (deslizado dos dedos en la cara lateral del cuello en la porción media, sobre el cartílago cricoides y desplazarlos hasta palpar el pulso carotideo).
7. Mientras se revisa el pulso se deberá verificar al mismo tiempo la frecuencia respiratoria, la cual se va a visualizar mediante los movimientos del tórax.

Estas dos maniobras no deben rebasar los 10 segundos.

De no obtener pulso y respiración, de manera inmediata comenzamos con las maniobras de RCP en ciclos de 30 compresiones torácicas y 2 ventilaciones.

8. Localizar la zona en donde se realizarán las compresiones, el cual lo vamos a ubicar trazando una línea imaginaria a nivel del pecho, colocando el talón de la mano sobre el tercio inferior del esternón, de manera inmediata colocamos la otra mano encima y se entrelazamos los dedos llevándolos hacia atrás.



9. Mantener firmes los brazos y presionar directamente hacia abajo, estas compresiones deberán lograr una profundidad de 5 a 6 centímetros en el pecho del paciente y una frecuencia de 100 a 120 compresiones por minuto.
10. Asegurarse que entre cada compresión permitir que la pared del tórax vuelva a su posición natural. No apoyarse o inclinarse en el pecho durante las compresiones.
11. Llegando a las primeras 30 compresiones, nos detenemos y abrimos las vías respiratorias inclinando la cabeza y levantando el mentón.
12. Colocar la mano sobre la frente del paciente y con la otra mano específicamente el dedo índice y medio mover la mandíbula. Si los labios se encuentran cerrados es importante mover el labio inferior con ayuda del pulgar.
13. Enseguida realizar las dos ventilaciones, las cuales no deben durar más de 1 segundo cada una.
14. Las ventilaciones, se recomienda con el uso de mascarilla-válvula-balón.

*Figura 27. Desplazamiento Uterino a una mano*



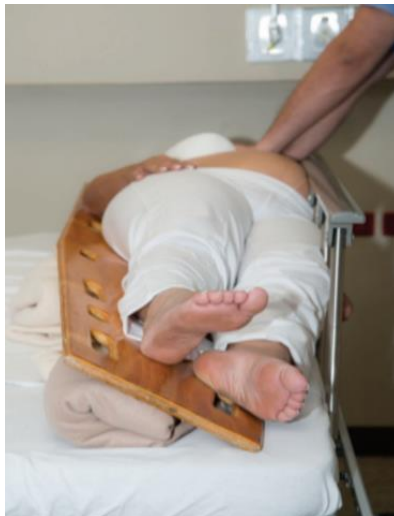
Nota. Tomada de (Sáenz. M. & Vindas. C. 2013)

*Figura 28. Posición de inclinación lateral con cuña.*



Nota. La inclinación debe formar un ángulo de 30°  
Tomada de (Sáenz. M. & Vindas. C. 2013)

*Figura 29. Inclinación lateral y compresiones torácicas.*



Nota. Mantener la inclinación lateral mientras se realizan las compresiones torácicas.  
Tomada de (Sáenz. M. & Vindas. C. 2013)

## **4.3. TÉCNICAS DE VENTILACIÓN**

### **4.3.1. VENTILACIÓN (BOCA-MÁSCARILLA)**

Una de las técnicas de ventilación al realizar la reanimación cardiopulmonar es con el uso de mascarilla de bolsillo o también llamada pocket mask, ya que nos ayudara a realizar con mayor facilidad las ventilaciones y así se evita el contacto boca a boca con el paciente.

El procedimiento para llevar a cabo las ventilaciones es el siguiente:

1. Tras realizar cada 30 compresiones torácicas es necesario realizar dos ventilaciones
2. Por lo cual tomamos la mascarilla y la colocaremos en la cara del paciente de manera que esta cubra nariz y boca.
3. Colocada la mascarilla con ayuda de nuestras manos realizaremos un poco de presión con el fin de obtener un sellado entre la mascarilla y la cara del paciente e impedir que el aire salga. Colocamos y apoyamos una mano en la parte superior de la mascarilla y la otra mano en la parte inferior.
4. Es recomendable que con la mano que está sujetando la parte inferior de la mascarilla también ayude a levantar el mentón, ya que nos facilita la entrada de aire y lograremos una ventilación exitosa.
5. Realizadas las maniobras anteriores, ya se pueden llevar a cabo las ventilaciones por medio del filtro.
6. Ventilamos de manera profunda, si la ventilación fue buena vamos a observar que el tórax se eleva.
7. Realizamos la segunda ventilación y continuamos las compresiones.
8. Es importante recordar que cada ventilación debe durar un segundo

*Figura 30. Colocación de mascarilla Pocket mask.*



Nota. Ajuste de mascarilla cubriendo nariz y boca del paciente.  
Tomada de (Disque. 2021)

*Figura 31. Apertura de vía aérea y mascarilla.*



Nota. Elevación del mentón para llevar a cabo la correcta ventilación.  
Tomada de (Disque. 2021)

*Figura 32. Ventilación con mascarilla.*



Nota. Técnica correcta para llevar a cabo la maniobra de ventilación con mascarilla.

Tomada de (Disque. 2021)

#### 4.3.2. VENTILACIÓN (MÁSCARILLA-VÁLVULA-BALÓN)

Esta técnica es recomendable cuando se cuenta con dos personas (odontólogo y asistente) para realizar la maniobra, ya que mientras uno sujeta la mascarilla y abre la vía aérea correctamente, la otra persona realiza las dos ventilaciones.

El procedimiento para llevar a cabo las ventilaciones es el siguiente:

1. Mientras el odontólogo realiza las 30 compresiones torácicas.
2. El asistente colocará la mascarilla en la cara del paciente cubriendo nariz y boca. Colocará las manos alrededor de la mascarilla en forma de "c" para sujetar y realizaremos un poco de presión con el fin de obtener un sellado entre la mascarilla y la cara del paciente e impedir que el aire salga.  
Al mismo tiempo elevaremos el mentón para abrir la vía aérea.
3. El odontólogo al terminar las 30 compresiones tomará el balón de la mascarilla para realizar las dos ventilaciones y observará la elevación del tórax.
4. Al finalizar se continúa con las 30 compresiones torácicas y nuevamente las 2 ventilaciones sucesivamente.

*Figura 33. Compresiones torácicas.*



Nota. El odontólogo llevará a cabo las 30 compresiones torácicas.

Tomada de (Disque. 2021)

*Figura 34. Colocación de Mascarilla-válvula-balón.*



Nota. El asistente ayudara a colocar la mascarilla mientras que el odontólogo realiza las compresiones.

Tomada de (Disque. 2021)

*Figura 35. Ventilaciones con Mascarilla-válvula-balón*



Nota. El odontólogo al finalizar las compresiones inmediatamente llevara a cabo las ventilaciones, presionando el balón de la mascarilla en dos ocasiones.

Tomada de (Disque. 2021)

#### **4.4. POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD.**

La posición lateral de seguridad es también conocida como posición de recuperación. Es utilizada cuando el paciente se encuentra inconsciente o después que se recupera su frecuencia respiratoria y su frecuencia cardiaca posterior a las maniobras de reanimación cardiopulmonar.

Es recomendable el uso de esta técnica para evitar la obstrucción de la vía aérea.

Para posicionar al paciente se deberán seguir los siguientes pasos:

1. El odontólogo deberá colocarse hincado, justo al lado del paciente.
2. A continuación, se extenderá el brazo del paciente en dirección a donde está el odontólogo y se doblará el codo formando un ángulo recto.
3. Enseguida se cruza el otro brazo del paciente sobre su pecho y se posiciona colocando el dorso de la mano en la mejilla de lado contrario.
4. Posteriormente flexionamos la pierna del paciente (la pierna que se encuentre más alejada al odontólogo) colocando la planta del pie apoyada al suelo.
5. Apoyándonos de la pierna flexionada y sosteniendo la cabeza del paciente se girará su cuerpo hacia el odontólogo. La cabeza del paciente quedara apoyada del lado del brazo extendido y el dorso de la otra mano quedara de sostén de la cara.
6. Posicionaremos la cabeza del paciente hacia arriba y atrás para asegurar la apertura de la vía aérea.

Con esta posición el paciente se mantendrá seguro hasta que lleguen los servicios de emergencia.



*Figura 36. Flexión de brazo y codo izquierdo.*



Nota. Primer paso es la extensión del brazo y flexión del codo hacia arriba, formando un ángulo de 90 grados.

Tomada de (Caldas, et al. 2018)

*Figura 37. Flexión de brazo derecho.*



Nota. Se llevará el dorso de la mano derecha hacia la mejilla izquierda.

Tomada de (Caldas, et al. 2018)

*Figura 38. Flexión de pierna derecha y giro del cuerpo.*



Nota. Flexionamos la rodilla, apoyando la planta del pie contra el suelo y giramos a la izquierda el cuerpo del paciente.  
Tomada de (Caldas, et al. 2018)

*Figura 39. Posición lateral de seguridad.*



Nota. El dorso de la mano protege la cabeza y la pierna quedara flexionada hacia el piso. Al final llevamos hacia atrás y hacia arriba la cabeza.  
Tomada de (Caldas, et al. 2018)

#### **4.5. ACTIVACIÓN DEL SISTEMA DE EMERGENCIA**

Es importante conocer los pasos que se deben seguir cuando se activa y llama a los servicios de emergencia para agilizar la llegada de los paramédicos.

El tiempo es vital y conviene saber cómo actuar en esos casos. A modo de sugerencia, se propone el sistema SIR:

- Situación.

Indicar la emergencia que se presentó en el consultorio.

Proporcionar de manera exacta la dirección o ubicación del consultorio

- Información.

Informar el estado de conciencia del paciente (consciente o inconsciente, respira o no, paro cardíaco, convulsiones, etcétera).

Comunicar las maniobras que se han realizado o pretenden realizar al momento.

- Recomendaciones.

Escuchar con atención las recomendaciones que darán los paramédicos, para un correcto protocolo de atención, mientras se espera la llegada del auxilio médico.

**CAPÍTULO V.  
BOTIQUÍN DE URGENCIAS EN EL CONSULTORIO DENTAL**

## **CAPÍTULO V. BOTIQUÍN DE URGENCIAS EN EL CONSULTORIO DENTAL.**

### **5.1. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-013-SSA2-2015, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES.**

Esta Norma tiene por objeto establecer y uniformar los criterios y procedimientos, que llevan a cabo los integrantes del Sistema Nacional de Salud, para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales de mayor frecuencia en la población de los Estados Unidos Mexicanos.

Es importante conocer los criterios que establece la norma, ya que nos ayudara en la prevención de las emergencias en el consultorio dental.

En el punto 5.8. se implementa que “El personal de estomatología debe estar capacitado para proporcionar primeros auxilios a quien sufra lesiones accidentales con instrumental o material contaminado en el área estomatológica, para realizar maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar y soporte básico de vida.”

Esta sección es de suma importancia, es conocido que el odontólogo se deberá mantener actualizado con cursos de reanimación cardiopulmonar; lo cual la actualización dependerá del tiempo de dure la constancia de actualización.

Es importante resaltar el punto 5.21. donde nos indica que “El consultorio estomatológico debe poseer el botiquín para las urgencias médicas que puedan presentarse en el ejercicio estomatológico, establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2018.”

Otro punto importante en la norma es el 5.22. donde menciona que “Todo consultorio estomatológico debe contar con una lista actualizada de números telefónicos de emergencia a la vista.” Los principales números de emergencia será el 911, además de contar con numero adicionales como el de la cruz roja, bomberos o protección civil.

Figura 40. Número de emergencia.



Nota. Toma de Coordinación general de protección civil y gestión.

Figura 41. Números de emergencia de la zona.



Nota. Tomada de Ayuntamiento de Santiago Tianguistenco.

## **5.2. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA3-2018, QUE ESTABLECE LOS REQUISITOS MÍNIMOS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES AMBULATORIOS.**

Esta Norma tiene por objeto establecer los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento que deben cumplir los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud, que proporcionen servicios a pacientes ambulatorios.

Conceptos básicos que establece la norma

- Atención médica ambulatoria: al conjunto de servicios que se proporcionan en establecimientos para la atención médica fijos o móviles, con el fin de proteger, promover o restaurar la salud de pacientes que no requieren ser hospitalizados. (NOM-005-SSA3-2018. p. 3)
- Atención médica de urgencias: a las acciones médicas que se llevan a cabo de manera inmediata, encaminadas a disminuir el riesgo de muerte y evitar el daño a órganos o funciones vitales. (NOM-005-SSA3-2018. p. 3)
- Botiquín de urgencias: a los materiales indispensables para la atención de urgencias médicas. (NOM-005-SSA3-2018. p. 3)
- Consultorio de estomatología: a todo establecimiento para la atención médica de los sectores público, social o privado, ligado a un servicio hospitalario o dedicado al ejercicio profesional independiente, en el que se desarrollan actividades preventivas, curativas y de rehabilitación del aparato estomatognático, dirigidas a promover, mantener y restaurar la salud de las personas. (NOM-005-SSA3-2018. p. 3)

- Equipo médico: a los aparatos, accesorios e instrumental para uso específico, destinados a la atención médica, quirúrgica o a procedimientos de exploración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes, así como aquellos para efectuar actividades de investigación biomédica. (NOM-005-SSA3-2018. p. 4)

Cabe resaltar que al final de la norma en el Apéndice H Normativo, se establece una lista con el material de curación, así como los medicamentos que deberán integrar el botiquín de urgencias.

### **5.2.1. MATERIAL DE CURACIÓN**

El botiquín debe tener los siguientes materiales de curación que establece la Norma Oficial Mexicana.

- Apósitos
- Algodón
- Campos estériles
- Gasas
- Guantes quirúrgicos estériles
- Jeringas desechables con aguja de diversas medidas
- Material de sutura
- Soluciones antisépticas
- Tela adhesiva
- Tiras reactivas para la determinación de glucosa en sangre, y
- Vendas elásticas diversas medidas



## 5.2.2. MEDICAMENTOS DE USO GENERAL

- Analgésicos
- Anestésico local
- Antidiarreicos
- Antieméticos
- Antihistamínicos
- Antihipertensivos
- Antiinflamatorios
- Antipiréticos
- Broncodilatadores
- Corticosteroides
- Electrolitos orales, y
- Vasodilatadores coronarios.

Anteriormente en esta misma Norma del año 2010, se establecía los medicamentos y la presentación que debía tener cada uno de los fármacos. Ahora con la nueva actualización de Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2018, únicamente se establece el tipo de fármaco y se deja a consideración del odontólogo la presentación que mejor le convenga tener en el botiquín.

### 5.2.3. SUGERENCIA DE MEDICAMENTO DE ACUERDO CON LA NORMA.

- Analgésicos.
  - Ibuprofeno, capsula 400 y 600 mg;
  - Ketorolaco, solución inyectable 30 mg;
  - Metamizol, solución inyectable 500 mg;
  - Paracetamol, tabletas 500 mg.
  
- Anestésicos.
  - Lidocaína simple, solución inyectable al 2%.
  - Mepivacaina, solución inyectable al 2%
  - Articaína, solución inyectable al 4%
  
- Cardiovasculares
  - Nifedipino, cápsulas 10 mg;
  - Trinitrato de glicerilo, solución inyectable 50 mg/10 ml;
  - Trinitrato de glicerilo, cápsulas o tabletas masticables 6.8 mg.
  
- Antibiótico
  - Amoxicilina, cápsula de 500mg
  - Eritromicina, comprimido de 500mg
  - Dicloxacilina, cápsula de 500mg
  - Amoxicilina con ácido clavulanico, tableta de 500mg
  
- Broncodilatador
  - Salbutamol, spray, 100mg

- Antihistamínico
  - Difenhidramina, solución oral;
  - Epinefrina, solución inyectable 1 mg 1:1000/ml;
  - Loratadina. Tabletas, 10mg
  
- Corticoesteroide
  - Dexametasona, solución inyectable, 8mg/2ml.
  - Betametasona, solución inyectable, 5mg/2mg
  
- Ansiolítico
  - Diazepam, solución inyectable 10 mg.
  - Clonazepam, tabletas 2mg.
  
- Antivertiginosos
  - Difenidol, solución inyectable 40 mg;
  
- Antiemético
  - Dimenhidrinato, solución inyectable 50 mg.
  - Metoclopramida, tableta 10mg.

## **CONCLUSIONES.**

Los protocolos de atención de las emergencias médico-odontológicas en la consulta dental nos permiten brindar la atención de manera precisa e inmediata al paciente. Abordar temas como el cuadro clínico de cada enfermedad nos permite conocer la etiología de la emergencia, de igual manera no permite realizar un buen diagnóstico al momento de la realización de la historia clínica.

Se determinó que la prevención y los signos de alerta son los principales componentes que nos ayudaran a evitar una eventualidad. El conocimiento de los parámetros de los signos vitales nos permite mantenernos al tanto de algún cambio en el estado de salud del paciente, como se planteó anteriormente lo recomendable es realizar el registro antes, durante y después de realizar algún tratamiento.

La capacitación contante y las certificaciones periódicas del odontólogo permiten tener mayor seguridad al momento de llevar a cabo las maniobras de reanimación cardiopulmonar, no debemos olvidar la capacitación de todo el personal que trabaje en conjunto en el consultorio dental; lo que permitirá el correcto aborda de las maniobras.

Por ultimo y no menos importante contar con el botiquín de urgencias en el consultorio dental para el manejo de las emergencias, ya que se estará cumpliendo con la normatividad, además de que nos dará tranquilidad al momento de que surja alguna emergencia; verificar los medicamentos y materiales con los que debe contar y revisar de forma periódica de cuatro a seis meses con la finalidad de mantener todos los medicamentos en buen estado.

## **RECOMENDACIONES.**

- Realizar una completa historia clínica
- Interconsulta con el médico tratante.
- Complementar con análisis clínicos.
- Monitoreo contante de los signos vitales.
- Implementar técnicas para el manejo de ansiedad.
- Mantenernos alerta de cualquier síntoma o signo de alerta.
- Actuar de manera inmediata y llevara a cabo el correcto protocolo.
- Capacitación contante del odontólogo, así como del personal auxiliar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Del Rio Urenda, Susana. (2020). Asistencia hospitalaria en urgencias. Primera edición. Editorial Elearning, España.
2. Morillo Rodriguez, Javier. (2007). Manual de enfermería en asistencia prehospitalaria urgente. Primera edición. Elsevier España. Madrid España.
3. Gutiérrez P. (2012). Urgencias metabólicas y endocrinológicas. Urgencias médicas en odontología. 2ª ed. México: Manual Moderno.
4. Gehrig, J. (2018). Propedéutica Medico Odontológica. Editorial Jones & Bartlett Learning, LLC. España.
5. Rubio Vanegas, H., Duque Ramírez, L. G. (2006). Semiología médica integral. Colombia: Universidad de Antioquia.
6. Corti, María., & Sosa, Darío. (2020). Estructura de la historia clínica utilizada en la práctica odontológica privada. Revista odontológica de los Andes, 15(2).
7. Jiménez L, Montero J. (2004). Medicina de urgencias y emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ª ed. España. Elsevier
8. Ávila, A. J. M., de Santiago Tovar, J. R., Suarez, A. K. B., Martínez, Z. K. P., & Delgadillo, C. B. (2019). Historia clínica: Documento médico legal en odontología. Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, 8(15).
9. Álvarez de la Cadena Sandoval, C. (1998). Ética Odontología. Segunda edición. México: UNAM.
10. Fernández Fredes, O., Flores Barret, M. T., & Mánquez Hatta, E. (2007). Norma control de la ansiedad en la atención odontológica. In Norma control de la ansiedad en la atención odontológica. Chile. Ministerio de Salud. Recuperada de [https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/02/Norma-control-de-la-ansiedad-atencion-odontologica\\_v2.pdf](https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/02/Norma-control-de-la-ansiedad-atencion-odontologica_v2.pdf)

11. Gutiérrez Lizardi, P., Cázares de León, F., Sanmiguel Salinas, M., & Salinas Noyola, A. (2017). Enfoques actuales de las emergencias médicas en odontología. *Revista Mexicana De Estomatología*, 3(2), 93-103. Recuperado de <https://www.remexesto.com/index.php/remexesto/article/view/82/137>
12. Surós Batlló A. (2005). *Semiología Médica y Técnica Exploratoria*. 8ª ed. Elsevier Masson.
13. Malamed FS. (1994). *Urgencias médicas en la consulta de odontología*. 4ª edición, Madrid, Mosby/Doyma.
14. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. Recuperada de [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5272787#:~:text=Esta%20norma%2C%20establece%20los%20criterios,y%20confidencialidad%20del%20expediente%20cl%C3%ADnico.](https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787#:~:text=Esta%20norma%2C%20establece%20los%20criterios,y%20confidencialidad%20del%20expediente%20cl%C3%ADnico.)
15. Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, para la prevención y control de enfermedades bucales. Recuperada de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5462039&fecha=23/11/2016#gsc.ta  
b=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5462039&fecha=23/11/2016#gsc.tab=0)
16. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2018, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Recuperada de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5596456&fecha=09/07/2020#gsc.ta  
b=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5596456&fecha=09/07/2020#gsc.tab=0)
17. Hernández, J. M. (2006). Historia clínica. *Cuadernos de bioética*, 17(1), 57-68. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/875/87505904.pdf>
18. Gutiérrez Lizardi P., Elizondo Rojas M.C., Salinas Noyola A., Cázares de León F., (2019). Conceptos actuales de interpretación de los signos vitales en odontología y su aplicación clínica. *Revista ADM*.76 (4). Pág. 229-233.

19. Duque Ramirez, Luis Guillermo & Rubio Vanegas, Humberto. (2006). Semiología médica integral. Primera edición. Universidad de Antioquia. Colombia.
20. Rita K. Cydulka. (2018). Tintinalli Manual de medicina de urgencias. Editorial: McGraw-Hill Interamericana, 8th Edición.
21. Gutiérrez Lizardi Pedro & Gutiérrez Jiménez Héctor. (2012). Urgencias médicas en odontología. Editorial El manual moderno. Segunda edición. México.
22. Gómez-León Mandujano, Amir, Morales López, Sara, & Álvarez Díaz, Carlos de Jesús. (2016). Técnica para una correcta toma de la presión arterial en el paciente ambulatorio. Revista de la Facultad de Medicina (México), 59(3), 49-55. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422016000300049&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000300049&lng=es&tlng=es)
23. Plaza Costa, Andrés. Silvetre Donat, Francisco Javier. (2011). Odontología en pacientes especiales. Editorial Universidad de Valencia.
24. Dias de Andrade, Eduardo. & Ranali, José. (2004). Emergencias médicas en odontología. Primera Edición, Editorial Artes médicas. Sao Paulo, Brasil.
25. Costa Vázquez, José Manuel. (2007). Primeros auxilios, nociones básicas de auxilio en situaciones de emergencia. Segunda Edición. Editorial Ideas propias.
26. Cabrera, J. A., Porta-Sánchez, A., Casado, R., Salvador, O., Sánchez-Enrique, C., Bayona-Horta, S., & Campal, J. R. (2021). Síncope. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 13(44), 2591-2600. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030454122100278X>
27. Mathias, V. P., Fernández, A. S., Ramis, M. L. B., & Torres, J. A. C. (2022). Evaluación del síncope en urgencias. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 29(8), 436-441. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134207222001992>
28. Nares Torices Miguel Ángel, González Martínez Armando, Martínez Ayuso Francisco Agustín, et al. (2018). Hipoglucemia: el tiempo es cerebro. ¿Qué estamos



haciendo mal? Medicina Interna de México. 34(6):881-895. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2018/mim186h.pdf>

29. Marroun, I. (2023). Hipotensión ortostática: mecanismos, etiología y principios de tratamiento. EMC – Tratado de Medicina. 2023; 27(1):1-8. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636541022474666>

30. Velilla-Zancada, S. M., Prieto-Díaz, M. A., Escobar-Cervantes, C., & Manzano-Espinosa, L. (2017). La hipotensión ortostática, esa gran desconocida. SEMERGEN-Medicina de Familia, 43(7), 501-510. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359316302192>

31. Baracco, B. (2019). El asma. Revista Higienistas, 1(45), 5-6. Recuperado de [https://colegiohigienistasmadrid.org/na\\_revista/new/34-c-praxis.asp#inicio](https://colegiohigienistasmadrid.org/na_revista/new/34-c-praxis.asp#inicio)

32. Prado A., Francisco, Yáñez P., Johnny, Boza C., M. Lina, Herrera O., Patricio, Guillén B., Byron, Hernández N., Helio, & Quezada E., Gerardo. (1999). Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño: Manejo endoscópico combinado. Revista chilena de pediatría, 70(5), 398-404. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41061999000500006>

33. Mendoza OL, Fernández LA, Domenzain OJC, et al. Pacientes con obstrucción de vías aéreas relacionadas con la clase esquelética. Revista Odontológica Mexicana. 2005;9 (3):125-130. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=2159>

34. Sheehy. (2020). Enfermería de urgencias: principios y prácticas. Séptima Edición. Editorial Elsevier. España.

35. Coll-Muñoz Y, Valladares-Carvajal F, González-Rodríguez C, Falcón-Hernandez A, Pereira-Valdés E. Infarto agudo de miocardio. Guía de práctica clínica. Revista Finlay. 2011; 1(2):19 p. Recuperado de: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/33>

36. Onufer JR. (1996). Maniobras básicas y avanzadas de reanimación cardiopulmonar. Manual de Terapéutica Médica. 8 ed. Barcelona: Editorial Masson-Salvat.

37. Carrasco Jiménez, María Sol & Ayuso Baptista, Fernando. (2005). Fundamentos básicos de anestesia y reanimación en Medicina de Urgencias, Emergencias y catástrofes. Primera edición. Editorial Aran. España.
38. Disque, Karl (2021). SBV Soporte básico de vida. Manual del proveedor By Dr. Karl Disque. Satori Continuum Publishing. Recuperado de [https://nhcps.com/wp-content/uploads/2021/07/2021\\_BLS\\_Handbook\\_Spanish.pdf](https://nhcps.com/wp-content/uploads/2021/07/2021_BLS_Handbook_Spanish.pdf).
39. Caldas Blanco, María Eugenia., Hidalgo Ortega, María Luisa., Castellanos Navarro, Aurora. (2008). Primeros auxilios: Formación y orientación laboral. Editorial Editex. Madrid.
40. Uraco A, Díaz T. (1996). Introducción. Complicaciones médicas en la consulta dental. Barcelona: Editorial Masson-Salvat,
41. Vignolo, Julio, Vacarezza, Mariela, Álvarez, Cecilia, & Sosa, Alicia. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina Interna, 33(1), 7-11. Recuperado de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es)
42. Sáenz Madrigal, Manuel Eduardo, & Vindas Morera, Carlos Adrián. (2013). Paro Cardíaco en el Embarazo. Revista Costarricense de Cardiología, 15 (2), 35. Recuperado el 13 de marzo de 2023, de [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-41422013000200006&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422013000200006&lng=en&tlng=es).