

61
2ej'



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

SEGUIMIENTO DE LOS EGRESADOS DEL SEMINARIO DE TITULACION DE EMERGENCIAS MEDICO DENTALES.

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
LETICIA HERNANDEZ OLVERA

Vo Bo

[Signature] 16/01/99
DIRECTOR: M.C. PORFIRIO JIMENEZ VAZQUEZ



CIUDAD UNIVERSITARIA.

1999.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

274009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

PAGINACION

DISCONTINUA.

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS.

Por este bello regalo que es... la vida.

A MIS PADRES:

Por su apoyo, cariño y comprensión...

A MIS HERMANOS:

Por su infinita ayuda, los quiero mucho.

A TI FÉLIX:

Por tu gran apoyo, amor y comprensión TE AMO.

A FRANCISCO:

Por su amistad y ayuda incondicional.

Agradezco también a todas aquellas personas que colaboraron para la realización de esta investigación.

GRACIAS.

ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN

1 ANTECEDENTES

1.1 Importancia de las Emergencias Médicas en el consultorio dental.	2
1.2 Prevención de Emergencias	3
1.2.1 Historia Clínica	3
1.2.2 Reducción del Estrés.....	5
1.2.3 Aislamiento del campo operatorio.....	7
1.2.4 Una toma de impresión adecuada	8
1.2.5 El uso adecuado de los anestésicos locales	8
1.2.6 Evitar el uso de ciertos materiales durante la consulta puede prevenir emergencias	9
1.3 Reconocimiento de las Emergencias.....	10
1.4 Equipo de Emergencia	11
1.5 Adiestramiento Especial	14
1.6 Aspectos Médico Legales.....	17
2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	19
3 HIPÓTESIS.....	19

4	OBJETIVOS	20
4.1	Objetivo General	20
4.2	Objetivos Específicos.....	20
5	DETERMINACIÓN DE LAS VARIABLES	21
6	DETERMINACIÓN DE RECURSOS Y PROCEDIMIENTO.....	22
7	SELECCIÓN DEL DISEÑO	26
8	POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA	27
8.1	Criterios de inclusión	28
8.2	Criterios de exclusión	28
8.3	Criterios de eliminación	28
9	RESULTADOS	29
10	CONCLUSIONES	33
	GRÁFICAS	
	BIBLIOGRAFÍA	35

INTRODUCCIÓN

El Seminario de Emergencias Médico dentales surgió aproximadamente hace 10 años, contando ya con 21 promociones y por concluir la promoción número 22.

El propósito de este Seminario es adiestrar a los futuros Cirujanos Dentistas en el área de Emergencias, durante el curso se prepara al alumno en las maniobras de soporte vital básico, así como en el reconocimiento y tratamiento de algunas emergencias que pueden presentarse en un momento dado en su práctica profesional.

El presente trabajo es una breve investigación para conocer lo que ha ocurrido con los egresados del Seminario en el campo de las emergencias en su desarrollo profesional, así como en educación continua tanto en área de emergencias como en el área Odontológica propiamente dicha.

Esta investigación es un breve estudio de los egresados, es decir , un seguimiento que se les hizo a los mismos, desafortunadamente no se pudo contactar a todos por falta de información, espero que en un futuro pueda retomarse este tema y obtener una información más amplia sobre esta investigación.

1. ANTECEDENTES

1.1. IMPORTANCIA DE LAS EMERGENCIAS MÉDICAS EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Las emergencias médicas que suceden en el consultorio dental se presentan de manera súbita e inesperada, estas situaciones pueden ser resultado del tratamiento o sólo presentarse por casualidad. (7)

Existen factores importantes como el estrés y el dolor que están relacionados con el tratamiento bucodental y que pueden ser desencadenantes de situaciones de emergencia.(12)

Afortunadamente las emergencias son poco frecuentes pero no deja de existir la posibilidad de que se presenten en un momento dado (10), ya que el dentista debido a los avances de la medicina maneja a una población más senil, estas personas tienen un periodo de vida más prolongado pero también con más riesgos, pues se tienen pacientes a quienes se les salvó la vida con la colocación de un marcapaso, o aquellos que se les hizo trasplante de algún órgano, los pacientes inmunosuprimidos, etc. Aunado a esto esquemas terapéuticos múltiples.(7, 13)

El paciente solicita o requiere atención dental y es obligación del Odontólogo proporcionársela, lo cual representa una mayor posibilidad para que se presente una emergencia.

Este es un problema que el Cirujano Dentista tiene que resolver y para ello debe valerse de conocimientos, equipo y de un adiestramiento especial, mismo que le permitirá en un momento determinado salvarle la vida a un paciente.

1.2 PREVENCIÓN DE EMERGENCIAS EN EL CONSULTORIO DENTAL.

La principal medida preventiva y la más importante, es la correcta elaboración del examen clínico, mismo que proporcionará al cirujano dentista todos los elementos necesarios para lograr tener un conocimiento preciso del estado de salud general del paciente y los posibles riesgos asociados al tratamiento. (12)

1.2.1 HISTORIA CLÍNICA

Mediante una elaboración adecuada de una historia clínica se pueden prevenir un gran número de emergencias en el consultorio dental.

Por medio de un sistema completo de evaluación física pueden evitarse el 90% de las situaciones de emergencia, ya que se dice que cuando se está preparado para una emergencia ésta deja de existir. (1)

La evaluación física en Odontología consta de los tres componentes siguientes:

1.- Interrogatorio médico completo que incluya antecedentes de alergia, enfermedades graves, hospitalizaciones, cirugías, hábitos, antecedentes familiares y sociales, así como revisión de síntomas. La evaluación de los riesgos se basa bien en los antecedentes personales.

2.- Capacidad de hacer diagnóstico por exploración física en grado suficiente para identificar cambios en la función cardíaca, incluye conocimiento de los signos y síntomas de isquemia e insuficiencia cardíaca, hipotensión, hipertensión, etc.

3.- Capacidad para medir signos vitales, que incluyen pulso, tensión arterial, respiración y temperatura.

4.- Las cifras de las mediciones iniciales de la presión arterial y el pulso en los adultos deben registrarse por escrito en el expediente clínico, actualmente se recomienda medir los signos vitales en el comienzo de cada visita en que se realiza el tratamiento. (14)

Existen estudios donde los cirujanos dentistas toman muy aisladamente la tensión arterial incluso en pacientes con riesgo. (10)

Con la información obtenida después de aplicar los tres pasos anteriores, el Odontólogo estará mas capacitado para:

- 1) Determinar el estado físico y psicológico del paciente (clasificar los factores de riesgo del paciente),
- 2) Solicitar alguna interconsulta en el caso de que sea necesario, también existen reportes donde el dentista no mantiene una interconsulta con el médico de cabecera para conocer los antecedentes patológicos de su paciente.
- 3) Realizar las modificaciones pertinentes al plan de tratamiento, si está indicado.(2)

1.2.2 REDUCCIÓN DEL ESTRÉS

Todo procedimiento dental, o el simple hecho de saber que se tiene que acudir a una cita con el dentista induce al estrés. Este estrés puede ser fisiológico (dolor, ejercicio intenso) o psicológico (ansiedad y miedo). En ambos tipos una de las respuestas del organismo consiste en la liberación de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) a partir de la médula suprarrenal, esto acelera el funcionamiento del sistema cardiovascular (aumento de la frecuencia y de la fuerza de contracción miocárdica y por lo tanto aumento de la demanda de oxígeno del miocardio). Aunque los pacientes sanos pueden tolerar estos cambios en la actividad del sistema cardiovascular, el grado anormal de estrés en este tipo de pacientes pueden desencadenar diferentes emergencias psicógenas como la hiperventilación o el síncope vasovagal, en los pacientes médicamente comprometidos se reduce la capacidad para tolerar este grado de estrés, este tipo de sujetos tendrán o serán más susceptibles para desencadenar emergencias en el consultorio dental que comprometan la vida de los mismos.

Los protocolos de reducción del estrés están constituidos por dos series de procedimientos que, cuando se emplean individual o colectivamente, minimizan el estrés que se origina durante el tratamiento odontológico reduciendo el riesgo que presenta el paciente. Estos protocolos se basan en la creencia de que la prevención o reducción del estrés se debe iniciar antes del comienzo del tratamiento, continuado durante todo el periodo que abarque el mismo e incluso, si esta indicado, también durante el periodo postoperatorio.

PROTOCOLO DE REDUCCIÓN DEL ESTRÉS: PACIENTE NORMAL Y SANO, AUNQUE CON ANSIEDAD.

1. Identificar la ansiedad (la comunicación verbal, la observación del paciente ofrecen pistas sobre la presencia de ansiedad en el paciente).
2. Medicar la noche anterior a la cita si ello fuera necesario.
3. Medicar inmediatamente antes de la cita programada si fuera necesario.
4. Citar por la mañana (las citas por la mañana se hacen con el propósito de evitar la angustia durante el día al paciente de pensar en la visita al dentista).
5. Reducir al mínimo el tiempo de espera antes de pasar a la consulta.
6. Realizar un control adecuado del dolor durante el tratamiento.
7. Duración variable de la consulta.
8. Control postoperatorio del dolor y la ansiedad (medicación después del tratamiento como analgésicos, antibióticos, etc. Sobre todo si el tratamiento fue muy traumático).

PROTOCOLO DE REDUCCIÓN DE ESTRÉS EN PACIENTES CON RIESGO MÉDICO.

1. Identificar el riesgo médico.
2. Realizar una interconsulta medica antes de comenzar el tratamiento si fuera necesario.
3. Citar por la mañana.
4. Monitorización y registro preoperatorio y postoperatorio de signos vitales.
5. Sedación durante el tratamiento si fuera necesario.
6. Control adecuado del dolor durante el tratamiento.

7. Duración variable de la visita: no sobrepasar los límites de tolerancia del paciente.
8. Control postoperatorio del dolor y la ansiedad.(2).

1.2.3 AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO.

En la práctica profesional el tiempo operatorio es muy importante, la mayoría de los cirujanos dentistas tratan de que las sesiones sean cortas, este ahorrar de tiempo conlleva a suprimir procedimientos que pueden salvar una vida, como es la omisión del aislamiento del campo absoluto.

En lugar de usar un medio de aislamiento tan efectivo como el dique de hule lo sustituyen por la utilización de rollos de algodón, que son más baratos, no necesitan esterilizarse, se " pierde" menos tiempo colocándolos y son menos difíciles de colocar que el dique de hule.

Esta situación es un riesgo latente, puesto que la cantidad de algodón en la boca del paciente , más aún si el paciente es pediátrico ya que puede haber una emergencia por obstrucción de las vías aéreas.

Es importante que en cada paso del aislamiento se siga una secuencia para evitar accidentes, una de las precauciones es valorar en que tipo de pacientes podemos usar el dique de hule y en cuáles pacientes no, además debemos de amarrar las grapa con un hilo al arco para evitar que esta se nos salga de control.

Durante el tratamiento dental manejamos un sin fin de materiales e instrumental, algunos con el suficiente tamaño como para ser aspirados por el paciente.(3).

La aspiración de cuerpos extraños es desafortunadamente uno de los accidentes más frecuentes durante el tratamiento dental siendo consecuencia de la falta de protección del dique de hule que es un preventivo de esta situación de emergencia, en la literatura hay reportes de pacientes los cuales se han tragado algún instrumento como limas endodónticas, y que han tenido que ser operados de emergencia para extraer el cuerpo extraño, pudiendo prevenir estos accidentes con el dique o colocando un trozo de hilo dental a la lima.(4,5).

1.2.4 UNA TOMA DE IMPRESIÓN ADECUADA .

En ocasiones el vómito puede ser inducido al tomar una impresión por la consistencia inadecuada del material de impresión, lo cual provocará que este también pueda fluir a las vías aéreas, la posición errónea en el sillón dental, aunado a la defectuosa selección del portaimpresión son factores que pueden provocar la obstrucción de las vías aéreas que es una emergencia a tratar en el consultorio que puede tener consecuencias graves como poner en riesgo la vida del paciente.

1.2.5 EL USO ADECUADO DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES.

Es importante contar con una jeringa que en su constitución tenga incorporado un aditamento para fijar el émbolo del cartucho anestésico, para que disminuya el riesgo de introducir el anestésico al torrente sanguíneo el medio principal para prevenirlo es la aspiración, esto nos evitara tener

complicaciones como la hipotensión y la sobredosis , además de que la inyección debe de hacerse lentamente.(2).

Las situaciones de emergencia que son causadas por el anestésico local son debidas al vasoconstrictor, éstos pueden ocasionar dos tipos de reacción: las reacciones tóxicas leves y las reacciones anafilácticas.

La sobredosis tóxica causada por el anestésico es ocasionada por la administración excesiva o a la mala técnica de administración que conlleva al exceso de uso del anestésico por no obtener los efectos deseados.(3).

1.2.6 EVITAR EL USO DE CIERTOS MATERIALES DURANTE LA CONSULTA PUEDE PREVENIR EMERGENCIAS.

Los materiales y equipo utilizado en el consultorio pueden provocar alergias a los pacientes, no estando exentos los utilizados para la técnica de barrera y el material utilizado para aislar el campo operatorio.

Se puede provocar una alergia al sólo contacto con la piel del paciente y estas van desde las leves a las graves por no percartarse de qué es lo que está provocando esta reacción y la prolongada utilización de ellos. Las manifestaciones que se pueden presentar van desde prurito, hinchazón hasta las más severas como angioedema neurótico. (3).

1.3 RECONOCIMIENTO DE LAS EMERGENCIAS.

El odontólogo debe de ser capaz de reconocer pronto una emergencia surgida en el consultorio dental.

Ya que el primer paso para atender satisfactoriamente una situación de emergencia es el reconocimiento de la misma.

El dentista debe de reconocer los signos y síntomas que el enfermo experimenta.(17)

Para estar preparado debe de conocer en detalle las enfermedades que con mayor frecuencia acaecen en el consultorio como son: síncope, síndrome de hiperventilación, hipoglucemia, convulsiones, reacciones alérgicas leves, hipotensión arterial ortostática, angina de pecho y asma bronquial y también los medios para corregirlas o tratarlas.(7).

1.4 EQUIPO DE EMERGENCIA

Otro aspecto básico e importante para el manejo de las emergencias en el consultorio dental es contar con un equipo, es decir con un botiquín. (7)

Es de vital importancia que todo consultorio dental disponga de fármacos y equipo de emergencia, ya que aunque la mayoría de las situaciones de emergencia no implica la administración de fármacos, su utilización puede a veces salvar una vida. (8).

Hay reportes de estudios que se han hecho que revelan que un gran porcentaje de cirujanos dentistas carecen de un equipo para atender emergencias o que éste es deficiente. (10,11).

No existe un juego de instrumentos y fármacos universalmente aceptados para la atención de emergencias, y que lo ideal es organizar uno de acuerdo a las necesidades particulares de cada profesional, por lo tanto la literatura sugiere una serie de pasos para organizar un equipo básico de emergencias para que este al alcance de cualquier cirujano dentista independiente de lugar donde se encuentre, y que se adapta a la mayoría de los diferentes especialistas , incluyendo al profesional de la práctica general.

1. El surtido del equipo debe adaptarse a las necesidades particulares de cada profesional.
2. Seleccionar de entre los grupos de fármacos, sólo uno que sea representativo, de preferencia el que mejor maneje el profesional.
3. Debe colocarse en un sitio accesible.

4. No debe guardarse bajo llave.
5. Deben reponerse inmediatamente los elementos que hayan sido utilizados.
6. Revisar periódicamente el equipo (cada seis meses) para verificar su funcionamiento, caducidad, deterioro, etc.
7. Evitar precargar las jeringas, ya que los fármacos se deterioran o contaminan.
8. Tener siempre una reserva de fármacos y equipo aunque sea mínima.
9. El equipo debe de ser portátil y fácil de trasladar.
10. Etiquetar los fármacos con letras grandes y visibles.
11. Preparar tarjetas recordatorio con el nombre del fármaco, indicaciones, dosis y vías de administración.
12. Elaborar tarjetas recordatorio del manejo de diversas emergencias de preferencia las más comunes.

De esta manera podemos autoconformar un botiquín de emergencias y así poder ayudar a salvar una vida en un momento determinado. (7.8).

El tener los elementos de un equipo de urgencias dentro de un consultorio, no significa ni que el consultorio dental, ni el personal estén

mejor preparados para el manejo de una emergencia. Se espera que el personal esté capacitado para utilizar apropiadamente este equipo en los pacientes.

Desafortunadamente, la mayoría de dichos elementos son inútiles y también peligrosos si se emplean en forma inapropiada o equivocada en el paciente. (18).

También es importante mencionar lo que recomiendan algunos autores como el incluir en el botiquín sólo drogas con las cuales el odontólogo esté familiarizado y entrenado y evitar tener aquellas que desconoce.(9).

1.5 ADIESTRAMIENTO ESPECIAL.

El cirujano dentista debe de estar adiestrado en las maniobras de soporte vital básico de la vida para poder proporcionarlo al paciente cuando éste lo requiera.

Es importante que el cirujano dentista guarde la calma y actúe con serenidad, con el fin de organizar la atención en las víctimas y determinar la gravedad de la situación.

En primer lugar deberá de reconocer la emergencia que existe, en segundo lugar, deberá ocuparse de la víctima y tratarla, en tercer lugar activará el servicio de emergencia. (6,13).

En primer lugar se determinará si el paciente está inconsciente, si es así se procederá a dar el soporte vital básico.

Desde 1974 la American Heart Association dispuso una serie de medidas para el soporte básico de la vida. (14).

En el paciente inconsciente, la vía aérea superior puede llegar a obstruirse a causa de la relajación de los grupos musculares del tracto respiratorio superior.

1. Cuando existe respiración espontánea, a menudo la permeabilidad de la vía aérea puede asegurarse mediante una serie de maniobras mecánicas simples que implican la boca, el mentón y la mandíbula. Si no existe lesión en la columna cervical, simplemente inclinando la cabeza hacia atrás puede resultar muy efectivo para la apertura de la vía aérea, y de ser

así, los signos de obstrucción respiratoria tales como el estridor, pueden desaparecer. En algunos pacientes con lesión cervical la tracción mandibular se realiza colocando los dedos por detrás de ambos ángulos mandibulares y desplazando la mandíbula hacia delante.

- A) Si se sospecha de la obstrucción de la vía aérea superior por un cuerpo extraño esto debe de corroborarse dando al paciente dos insuflaciones de estar obstruida hay que realizar lo siguiente hacer un rastreo manual. si ello no es efectivo, se hará la maniobra de Heimlich (que se realiza presionando con fuerza el tórax anterior del abdomen bajo del paciente en decúbito supino).

Una vez corroborado el libre tránsito por las vías respiratorias se hará una evaluación de la propia respiración, el paciente debe tener respiraciones de frecuencia y profundidad adecuadas , de no ser así, hay que proporcionar respiración artificial y suministrar oxígeno.

La magnitud del trabajo muscular que el paciente debe realizar para obtener ventilación será el siguiente parámetro a valorar, se inicia la evaluación de la frecuencia respiratoria. En siguiente término se exploran los músculos de la respiración y el operador estimará la cantidad de energía que se gasta para que se expanda y se contraiga el tórax, en estas situaciones se deprimen los músculos intercostales durante la inspiración y sobresalen durante la espiración, además de que existe el aleteo nasal.

La evaluación de la circulación se hará mediante el pulso, por sus características, si es lleno y lento o apenas perceptible y rápido, permiten

saber si el paciente tiene circulación adecuada, por lo general si es apenas perceptible y rápido la circulación es deficiente, si el paciente muestra signos de deficiencia circulatoria pero tiene pulso, se medirá su presión arterial, y si las cifras son bajas, se colocara al individuo en posición de Trendelenburg con las extremidades inferiores en un nivel mas alto que el corazón, En los enfermos cardiacos hay que evitar esta posición cuando tienen hipertensión e insuficiencia cardíaca.

Si el paciente no respira ni tiene pulso se emprenderá a dar Reanimación Cardiopulmonar, ésta consiste en una serie de maniobras como la ventilación y el masaje cardiaco con el fin de devolver la circulación y la respiración al individuo.

En nuestro país podemos tomar estos cursos en la Cruz Roja, también es importante la actualización de estas maniobras ya que se dice que lo que se aprende y no se practica se olvida, se pierde habilidad lo cual puede representar una vida. (16).

A pesar de anterior hay reportes en la literatura extranjera de que muchos de los cirujanos dentistas no realizan el entrenamiento ni capacitan a su personal en las maniobras de soporte básico, tampoco realizan simulacros.(10).

Cabe mencionar que todas las valoraciones citadas anteriormente deben de hacerse en cuestión de segundos lo más rápido posible, ya que el tiempo es un determinante de la vida o la muerte del paciente. (16).

1.6 ASPECTOS MÉDICO LEGALES.

Es poco probable que la necesidad del dentista para llevar a la práctica medidas de emergencia dependan exclusivamente de consideraciones morales, excepto en los casos en los que no se ha establecido una relación médico-paciente; tal situación surgiría cuando el odontólogo tiene que afrontar una situación de emergencia lejos de su consultorio.

La situación antes mencionada puede ser aplicable para el dentista que atiende a un vecino que se cayó y se fracturó un diente anterior, exactamente como sería el buen samaritano que emprende medidas de reanimación cardiopulmonar en la víctima de paro cardio-respiratorio. De manera similar, las obligaciones en una y otras situaciones son muy semejantes. En caso de no haber una relación médico-paciente, se puede proteger al buen samaritano con leyes de jurisdicción que rigen los actos de benevolencia; sin embargo, también existe el deber de actuar en una forma congruente con la norma de atención en ese aspecto de la práctica.

Las leyes del “buen samaritano” buscan proteger, contra demanda legales, a individuos o profesionales que no tienen la obligación de brindar este tipo de atención, que actúan de buena fe y que no son culpables de negligencia suma. Los prestadores de servicios de salud que han recibido entrenamiento en Soporte Vital Básico y que no cumplen con la práctica aceptada en estos casos, pueden ser demandados por daños que puedan surgir.

Cuando existe una relación médico-paciente existe la posibilidad de demandas por negligencia profesional. En dichos casos el quejoso tiene la necesidad de probar los siguientes puntos:

1. La conducta del dentista no se ajustó a la práctica adecuada y aprobada.
2. No hubo diligencia, habilidad ni atención por parte de dicho profesionista
3. La negligencia del dentista constituyó la causa próxima de la lesión atribuida.

El punto crítico es saber si el odontólogo se apartó de la norma obligada de atención terapéutica. Si no hay pruebas que refuercen la existencia de otro método de diagnóstico, si existe sólo un método habrá que averiguar si es el correcto. En el caso específico del Soporte Vital Básico el dentista es el responsable definitivo de lo que ocurre en su consultorio y con su personal, la responsabilidad de resolver eficazmente una emergencia médica debe ser parte del armamento diario y es importante que nunca sufra menoscabo. (15).

Las demandas por el mal manejo o por una técnica inadecuada de reanimación cardiopulmonar son más penalizadas en los Estados Unidos que las demandas realizadas por mala práctica.(1)

2 . PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN.

Tienen los egresados del Seminario de Emergencias Médico Dentales presentes los conocimientos para atender una emergencia en un momento dado, cuentan con el equipo básico, se han actualizado y adiestrado en las maniobras de emergencias.

La inquietud para la realización de esta tesina surge al saber que no existe una investigación acerca de este tema y que hasta la fecha se desconocen resultados acerca del adiestramiento obtenido durante el Seminario aplicado a la práctica profesional.

3.PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS.

Los egresados del Seminario de Emergencias Médico Dentales están capacitados para identificar y tratar una emergencia.

2 . PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN.

Tienen los egresados del Seminario de Emergencias Médico Dentales presentes los conocimientos para atender una emergencia en un momento dado, cuentan con el equipo básico, se han actualizado y adiestrado en las maniobras de emergencias.

La inquietud para la realización de esta tesina surge al saber que no existe una investigación acerca de este tema y que hasta la fecha se desconocen resultados acerca del adiestramiento obtenido durante el Seminario aplicado a la práctica profesional.

3.PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS.

Los egresados del Seminario de Emergencias Médico Dentales están capacitados para identificar y tratar una emergencia.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL .

El objetivo del presente estudio es saber que ha pasado con los egresados en el campo de las emergencias.

4.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS.

❖ Saber si tienen botiquín completo para atender emergencias y si llevan a cabo una revisión periódica del mismo.

❖ Corroborar si llevan una educación continua en el área de Odontología.

❖ Saber si han atendido emergencias fuera del ambiente odontológico.

Conocer si han tenido emergencias y si las han resuelto satisfactoriamente.

5. DETERMINACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO
<ul style="list-style-type: none"> • Hace cuánto tiempo tomaron el Seminario. 		CUANTITATIVA
<ul style="list-style-type: none"> • Edad. 		CUANTITATIVA
<ul style="list-style-type: none"> • Cuántos trabajan en la Odontología. 		CUALITATIVA NOMINAL
<ul style="list-style-type: none"> • Cuántos cuentan con el equipó básico. 	BOTIQUÍN: Conjunto de fármacos y equipo.	CUANTITATIVA
<ul style="list-style-type: none"> • Quién hace revisión periódica del equipo básico. 		CUANTITATIVA
<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de emergencias que se les han presentado. 	EMERGENCIA: Suceso súbito e inesperado que pone en riesgo la vida del paciente.	CUANTITATIVA
<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia a cursos de actualización en las maniobras de emergencia. 	RCP (Resucitación Cardio Pulmonar): Conjunto de maniobras que tienen como objetivo devolver la función respiratoria y circulatoria en un momento dado al paciente.	CUANTITATIVA

6. DETERMINACIÓN DE RECURSOS Y PROCEDIMIENTO.

EQUIPO:

- ❖ Computadora.
- ❖ Disketts.
- ❖ Impresora.
- ❖ Hojas de papel.
- ❖ Lápices.
- ❖ Vía Telefónica.
- ❖ Hojas de cálculo.
- ❖ Fotocopias.

PROCEDIMIENTO:

- ❖ Reunir el listado de los egresados del Seminario, este listado se conseguirá en la Coordinación de Seminarios.
- ❖ Investigar dirección y teléfono.
- ❖ Elaboración del cuestionario.

- ❖ Aplicación del siguiente cuestionario por vía telefónica, con un margen de 2 llamadas , como método de comprobación de la Hipótesis.

CUESTIONARIO.

1.- ¿Qué edad tiene?

_____ años

2.- ¿Está ejerciendo la práctica odontológica?

SI _____

NO _____

3.- ¿A nivel privado, o a nivel institucional?

❖ Privada _____

❖ Institucional _____

4.- ¿Cuenta con un botiquín para atender emergencias?

SI _____

NO _____

5.- ¿Cómo conformó su botiquín?

❖ Autoconformó _____

❖ Comprado en el mercado _____

❖ Otro _____

6.- ¿Efectúa revisión periódica de su botiquín?

❖ Semanalmente _____

❖ Mensualmente _____

❖ Otro _____

7.- ¿Ha sido de utilidad el botiquín con el que cuenta?

SI _____

NO _____

8.- ¿Se le ha presentado alguna emergencia en su práctica profesional?

SI _____

NO _____

9.- ¿ Cuántas emergencias ha tenido?

_____ emergencias

10.- ¿Qué emergencias?

11.-¿Ha tenido emergencias fuera del área de trabajo?

SI _____

NO _____

12.- ¿En qué sitio se presentó la emergencia?

13.- ¿Ha tomado algún curso de actualización de emergencias, o de RCP?

SI _____

NO _____

14.- ¿Hace cuánto tiempo?

15.- ¿Está tomando cursos a otro nivel?

❖ Diplomado _____

❖ Especialidad _____

❖ Maestría _____

❖ Doctorado _____

16.- ¿Qué tipo de práctica odontológica realiza?

❖ General

❖ Odontopediatría

❖ Cirugía Maxilo- Facial

❖ Ortodoncia

❖ Endodoncia

❖ Prostodoncia

❖ Parodoncia

❖ Prótesis

❖ Análisis de los datos.

❖ Obtención de resultados y conclusiones.

7. SELECCIÓN DEL DISEÑO

EXPLICATIVO LONGITUDINAL

La investigación se realizará para saber que ha pasado con los egresados del Seminario en cuanto al manejo de las emergencias en su práctica profesional, que como ya se menciono anteriormente es de suma importancia estar preparado para enfrentarlas de la manera más eficaz en el consultorio dental.

El estudio se hará mediante la aplicación de un cuestionario estructurado y que será aplicado por vía telefónica a los sujetos a investigar, estos se aplicarán en un determinado lapso de tiempo, esto nos permitirá obtener los datos, evaluarlos , sacar resultados y conclusiones de los mismos.

8. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA.

La población de estudio es la siguiente: Egresados del Seminario de Titulación de Emergencias Médico Dentales de la Facultad de Odontología de la U.N.A.M.

MUESTRA:

El universo para el estudio que se seleccionó en un principio fue de 50 egresados del Seminario, esta selección se hizo al azar.

Posteriormente se tuvieron que hacer modificaciones a esta muestra por los siguientes motivos:

No se encontró el registro de alumnos de todas las promociones del Seminario, faltó el registro de las primeras seis promociones.

Los números telefónicos ya no correspondían a los seleccionados.

Los datos encontrados en los registros estaban equivocados, no correspondían a alumnos egresados del Seminario.

Por lo tanto se llegó al acuerdo de interrogar a todos los alumnos registrados en la lista, que son un total de 284 .

8.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- ❖ Que sea egresado del Seminario de Titulación de Emergencias Médico Dentales de la Facultad de Odontología de la U.N.A.M.

8.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- ❖ Se descartaron aquellos egresados que no tenían número telefónico.
- ❖ No ser egresado del seminario.

8.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- ❖ Que en un margen de 2 llamadas telefónicas no se le localice, quedará eliminado.

9. RESULTADOS

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

En total se obtuvo el registro de 284 egresados , de los cuales sólo a 84 se pudo interrogar.

Los datos concentrados después de concentrar la información son los siguientes:

EDAD.

El rango de edad de las personas encuestadas va de los 23 a los 44 años.

SEXO.

El sexo que predominó fue el femenino al cual le corresponde un 71% del total de la población de los cuestionados, el 29% restante correspondió al sexo masculino.

EJERCICIO DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL.

El 85% está ejerciendo la práctica odontológica, el 15% restante se dedica a otras labores como el hogar, representantes médicos o tienen puestos de tipo administrativo en alguna dependencia, a partir de este 85% que está ejerciendo la práctica profesional, el 76% ejerce a nivel privado, el 7% ejerce a nivel institucional y el 17% realiza ambas prácticas.

El 81.9% se dedica a la práctica general, 8.3% realiza la práctica de cirugía maxilo-facial, 4.1% se dedica a la endodoncia, el 2.7% se dedica a la prótesis.

BOTIQUÍN DE EMERGENCIAS.

El 75% cuenta con un botiquín para atender emergencias en el lugar donde trabaja.

De este 75 % , un 84% conformó su botiquín de manera individual, es decir lo autoconformó de acuerdo a lo que se vio en el seminario, así lo expresaron los entrevistados, el 3.1% lo adquirió preconformado, (comprado en el mercado), el 12.7% reportaron que el botiquín ya lo tenían en el lugar donde laboran, algunos fueron donados por la institución donde trabajan, lo autoconformaron otras personas, lo comparten con otro personal médico.

La revisión del botiquín la realizan de la siguiente manera:

El 53.9% hace la revisión en un lapso de tiempo de cada dos meses a un año, mientras que el 28.5% lo hace cada mes, el 3.1% lo revisa cada semana, y por último el 14.2% no lo revisa.

El 83.9% reportó que no ha utilizado el botiquín de emergencias, el 15.8% manifestó que el botiquín si ha sido de utilidad aunque no necesariamente para atender una emergencia.

PRESENTACIÓN DE EMERGENCIAS DENTRO Y FUERA DEL ÁREA DE TRABAJO.

DENTRO DEL ÁREA DE TRABAJO:

Sólo un 10.7% reportó haber tenido emergencias dentro del consultorio dental.

Las emergencias reportadas son las siguientes:

EMERGENCIA	CASOS REPORTADOS
Convulsión	1
Hemorragia	6
Hipotensión	1
Schock anafiláctico	2
Síncope	11

Todas las emergencias mencionadas anteriormente fueron resueltas favorablemente ,así lo manifestaron quienes las reportaron.

Un 15.4% manifestó haber tenido una emergencia fuera del área de trabajo, dichos sucesos tuvieron lugar en los siguientes sitios:

En su propia casa, en un hospital, en una escuela primaria, un rodeo, en el metro, en otro consultorio dental, en un campamento.

Dichas emergencias fueron las siguientes:

EMERGENCIAS	CASOS REPORTADOS
Angina de Pecho	2
Broncoaspiración	1
Convulsión	2
Crisis hipertensiva	2
Hipotensión	1
Obstrucción de las vías aéreas	2

Paro cardiaco	1
Shock anafiláctico	1
Síncope	2
Traumatismo	1

En algunos casos estas emergencias no fueron resueltas en su totalidad por los egresados, pero si fueron ellos los primeros en dar el auxilio a la víctima.

Otras de las emergencias de las citadas anteriormente sí fueron resueltas en su totalidad por los manifestantes, quienes expresaron haberlo logrado gracias a los conocimientos que obtuvieron en el seminario.

En cuanto a los cursos de actualización de emergencias o de RCP sólo el 65.4% respondió afirmativamente, de este 65.4% el 63.6% lo había tomado hace seis meses, el 23.6% lo tomó hace un año y el 12.7% restante lo tomó hace más de un año.

En educación continua el panorama se muestra de la siguiente manera:

❖ Doctorado	0% (0)
❖ Maestría	1.19% (1)
❖ Especialidad	10.7% (9)
❖ Diplomado	13% (11)

Lo cual corresponde aproximadamente a un 25% del total de la población encuestada.

10. CONCLUSIONES

De la presente investigación se pudo concluir lo siguiente:

1.- La mayoría de los entrevistados si está preparado para atender una emergencia en un momento determinado, ya que como se pudo comprobar las emergencias no son exclusivas del consultorio dental , son sucesos que pueden ocurrir en cualquier lugar , incluso en nuestra propia casa, y a un familiar nuestro.

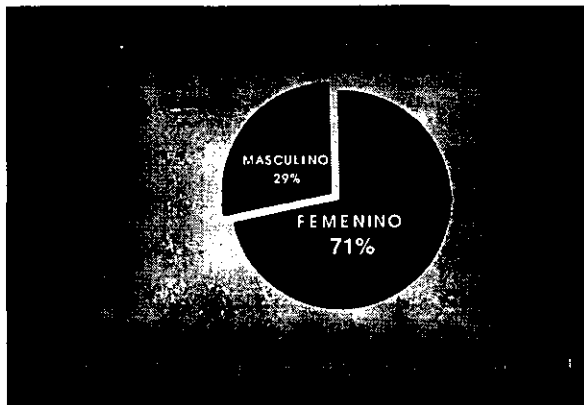
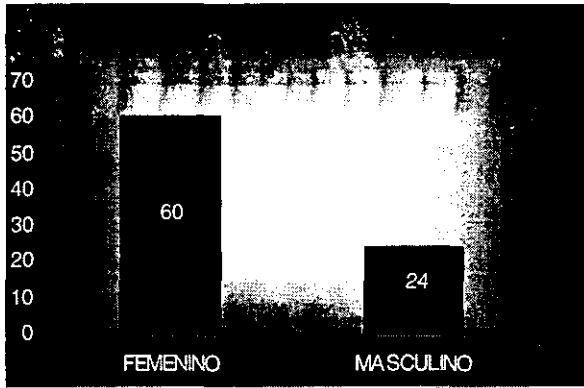
2.- Todos los interrogados tienen el adiestramiento especial en las maniobras de soporte vital básico, cabe mencionar que la mayor parte de ellos tiene presentes estos conocimientos y estas habilidades porque tomó el curso en el período aceptable de tiempo que son seis meses, porque lo que se aprende y no se práctica se olvida se pierde habilidad y esto puede representar una vida.

3.- Gran parte de los entrevistados cuenta con un equipo básico para atender emergencias, el cual autoconformaron de acuerdo a los conocimientos adquiridos en el seminario, pero también cabe mencionar que si saben utilizar el equipo, puesto que han resuelto algunas emergencias gracias a la utilización de fármacos contenidos en su equipo.

Todo lo anteriormente mencionado corrobora la hipótesis planteada como verdadera, es decir , los egresados del seminario están capacitados para reconocer y tratar una emergencia en un momento dado.

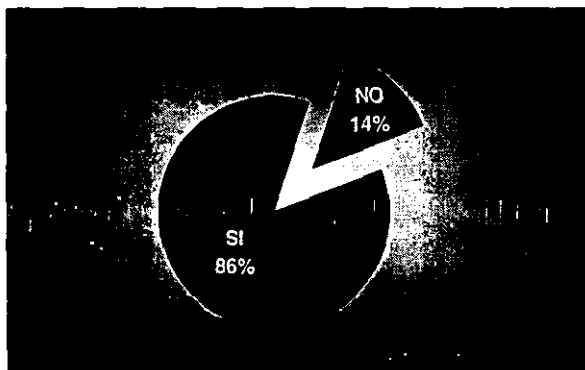
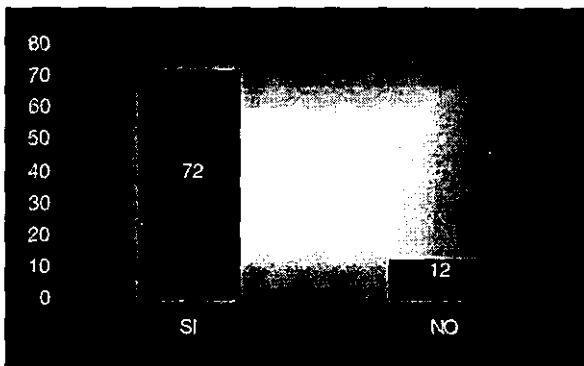
Creo que sería de gran utilidad para la investigación de este tema hacer en un futuro un estudio comparativo entre aquellas personas que han

SEXO

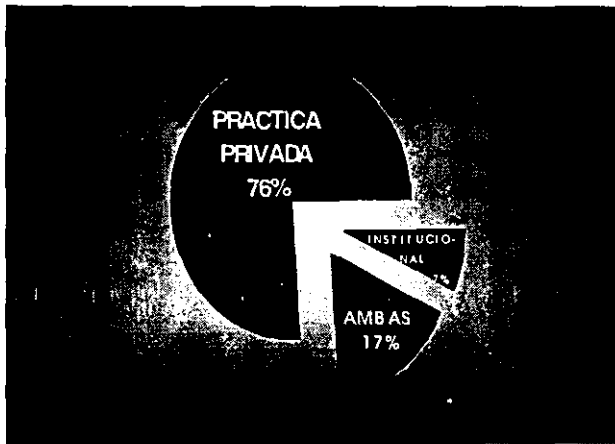
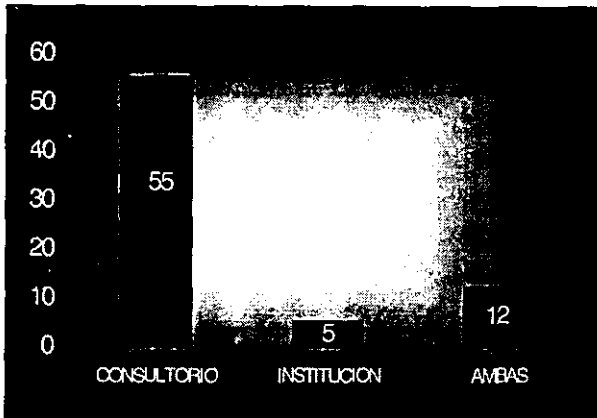


Nota: El rango de edad de los encuestados va de 23 a 44 años.

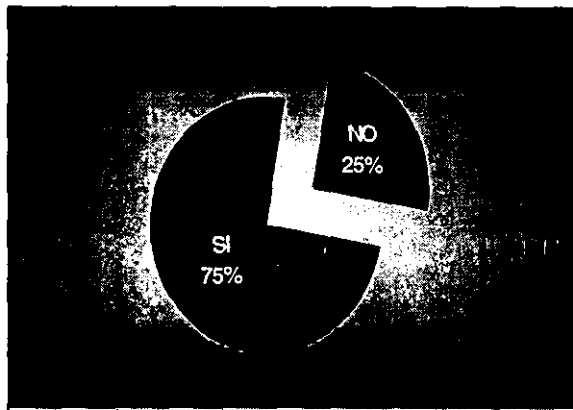
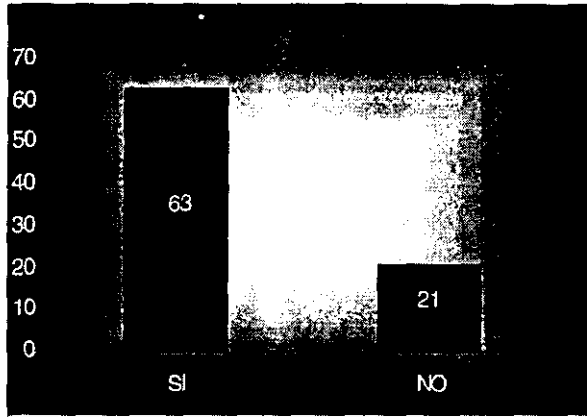
¿ESTÁ EJERCIENDO LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA?



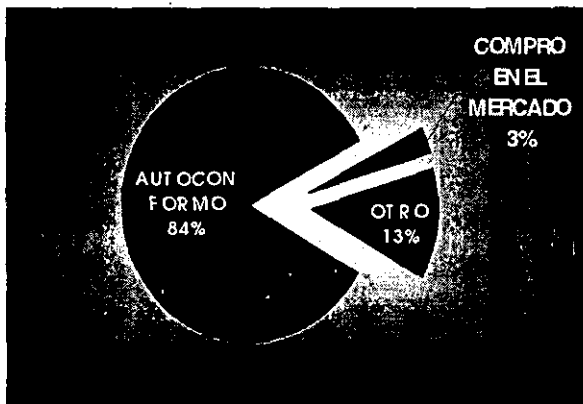
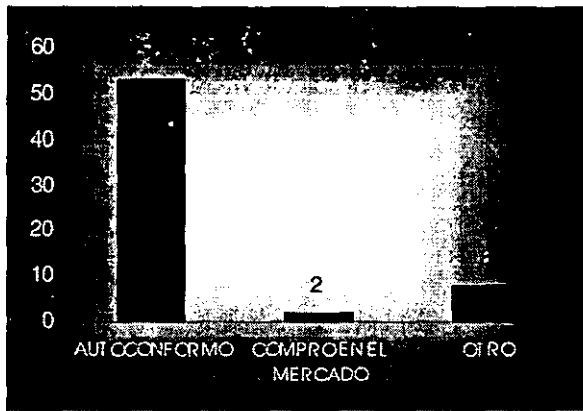
¿A NIVEL PRIVADO O A NIVEL INSTITUCIONAL?



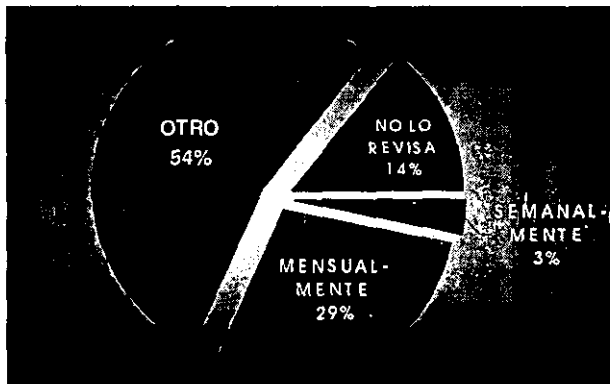
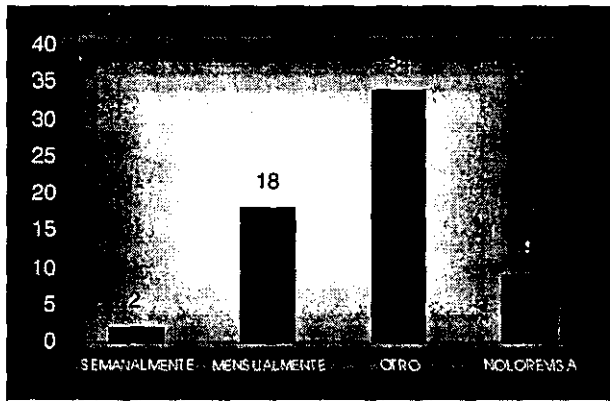
¿CUENTA CON UN BOTIQUÍN PARA ATENDER EMERGENCIAS?



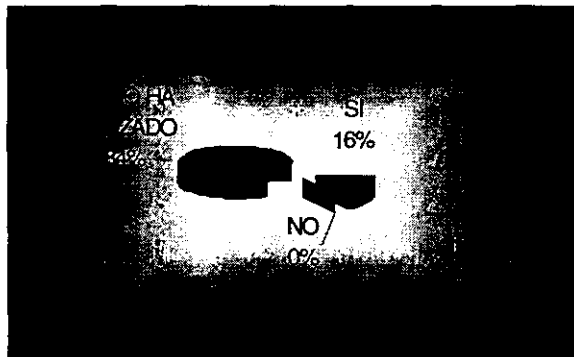
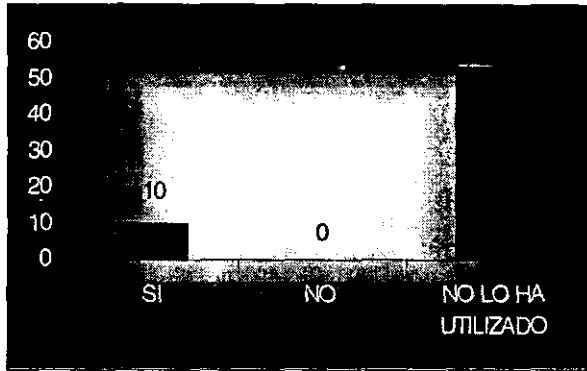
¿CÓMO CONFORMÓ SU BOTIQUÍN?



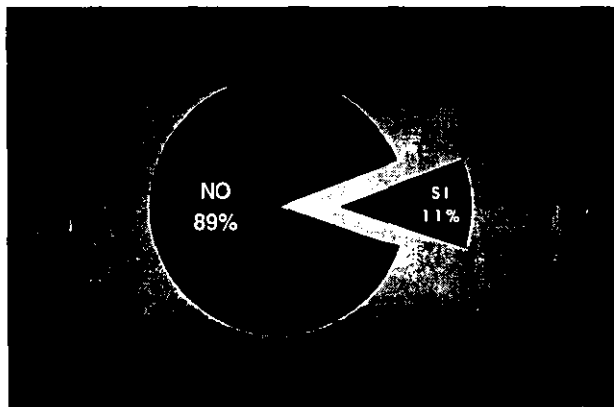
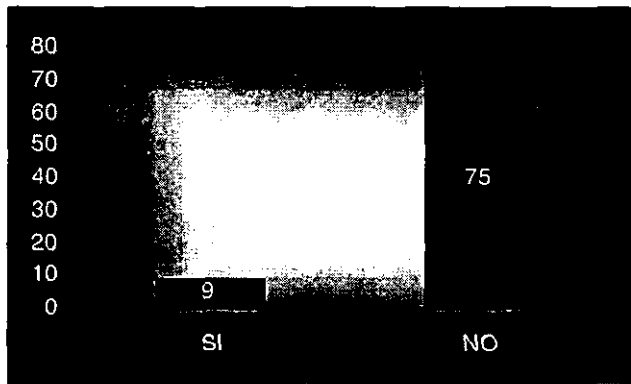
¿CADA CUANDO REVISA SU BOTIQUÍN?



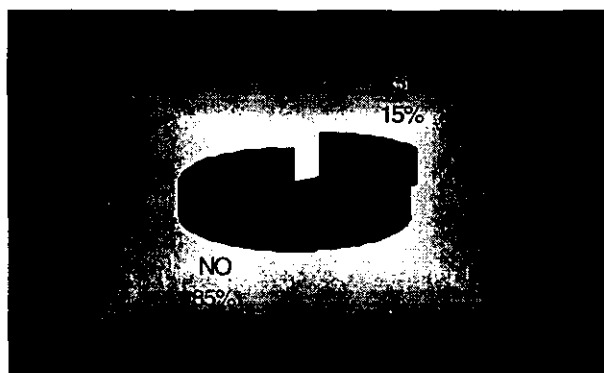
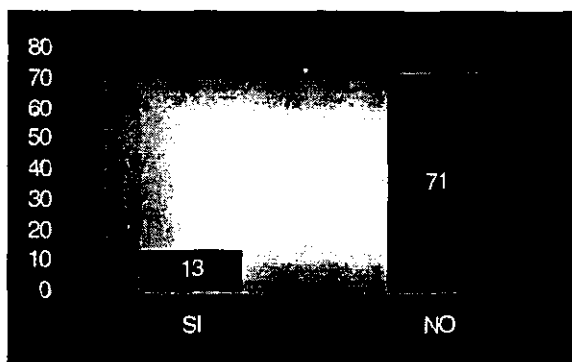
¿HA SIDO DE UTILIDAD EL BOTIQUÍN CON EL QUE CUENTA?



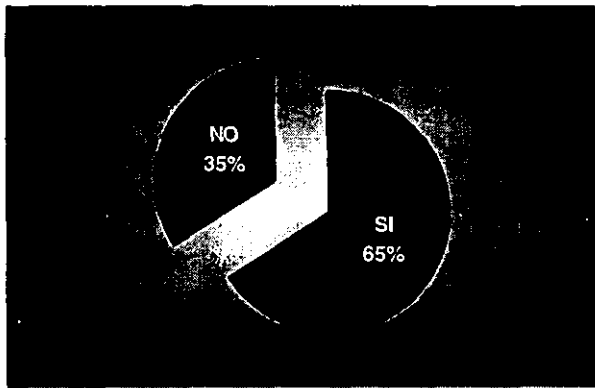
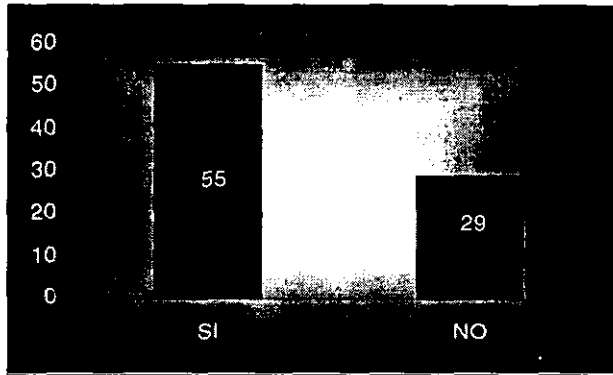
¿SE LE HA PRESENTADO ALGUNA EMERGENCIA EN SU PRACTICA PROFESIONAL?



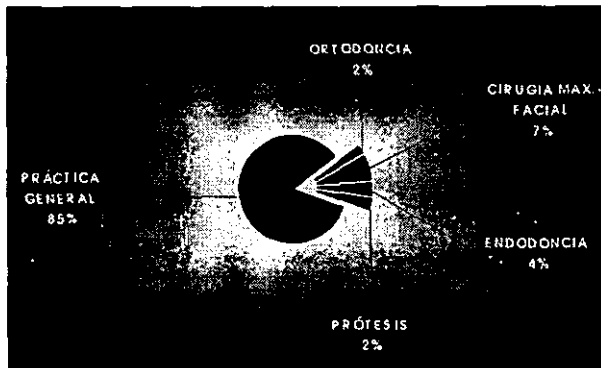
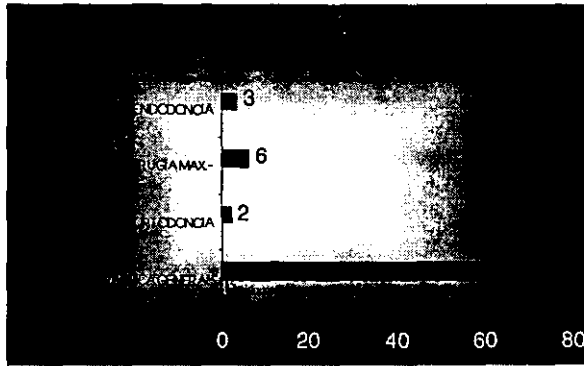
¿SE LE HA PRESENTADO ALGUNA EMERGENCIA FUERA DEL ÁREA DE TRABAJO?



¿HA TOMADO ALGÚN CURSO DE ACTUALIZACIÓN DE EMERGENCIAS O DE RCP?



¿QUÉ TIPO DE PRÁCTICA ODONTOLÓGICA REALIZA?



BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Malamed SF, URGENCIAS MÉDICAS EN LA CONSULTA DE ODONTOLOGÍA, España, Mosby/Doyma libros, 1994, pp 9,10.
- 2.- Malamed SF, Christine LQ, SEDACIÓN, España, Mosby/Doyma libros, 1996, pp.33,58-62.
- 3.-González EMM, Emergencias por mal uso del equipo, técnicas y Materiales Dentales, U.N.A.M., Méx. , 1996, pp 16-19, 36-39,62,67.68.
- 4.- Makeen LML, DENTAL OFFICE EMERGENCIES: DO YOUR LEGAL OBLIGATION?, JADA, 1993, pp 54-57.
- 5.- Shafer DM, Urgencias Respiratorias, Clín. Odont. de Norte.,39, 1995,pp 487.
- 6.- Steven HS, Valoración de las urgencias médicas extremas, Clín. Odont. de Norte., 39:1, 1995,pp 473-487.
- 7.- Jiménez VP, García LM, Recomendaciones para un equipo básico de urgencias en el consultorio dental, PO, 12 (7) 1991,pp 35-39.
- 8.- Becerril MI, Presencia de Botiquín Básico en Consultorios Dentales, U.N.A.M. Méx,1997,pp 1,4,8.
- 9.- Malamed SF, IS YOUR OFICCE READY FOR A MEDICAL EMERGENCY?, JADA, 124, 1993, pp 50.

10.-Schön F, Un hombre ha perdido el conocimiento ¿qué hacer? Informe de nuevos remedios en casos de urgencia, Quintessence (ed. esp.) 4(4), 1991, pp 251-257.

11.- Thomas BF, Michael MD, Timothy ME, Emergency preparedness: a Survey of dental practitioners, JADA, 112,1986, pp 499-500.

12.- González CAE, Barrera MP, Preparación para el manejo de las Emergencias en el Consultorio Dental, U.N.A.M, Méx. , 1995, pp 2

13.- Chávez AM, Adiestramiento del Cirujano Dentista en las Urgencias Médicas, U.N.A.M, Méx., 1993, pp 6-7.

14.- Michael DM, Thomas BF, Skills in cardiopulmonary resuscitation: a survey of dental practitioners, JADA, 112, 1986 , pp 501-502.

15.- Peskin MR, Siegelman IL, Atención cardíaca de urgencia. Consideraciones morales, legales y éticas, Clín. Odont. de Norte., 39(1), 1995,pp 671-681.

16.- Jenkins, Manual de Medicina de Urgencia, Méx., 1996, pp 3-5.

17.- Malamed SF, Guía para atender urgencias médicas en el consultorio dental, Dental Abstracts en Español, 5 (5), 1998, pp 193-194.

18.- Castillo SE, Adiestramiento del Cirujano Dentista en las Urgencias Médicas, U.N.A.M, Méx., 1992, pp 39.