



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CONOCIMIENTOS CON RELACIÓN A SOPORTE
BÁSICO DE VIDA I QUE DEBE SABER EL
ESTUDIANTADO QUE CURSA EL SEGUNDO Y CUARTO
AÑO. F.O. UNAM. 2023.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

IDHALI MONSERRAT LOZANO ROMERO

TUTOR: Esp. JESÚS MANUEL DÍAZ DE LEÓN AZUARA

ASESOR: M.C. JAIME ESQUIVEL SOTO

MÉXICO, Cd. Mx.

ix.

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.

Dedicatorias y/o agradecimientos

A Dios por darle la fortaleza a mi madre para que pudiera seguir adelante y el trabajo que solvento todos los años de carrera, por darme la sabiduría y el entendimiento para superar cada obstáculo que se me presento.

A mi madre por siempre brindarme las herramientas más que necesarias para mi buen desempeño, por siempre creer en mí y por nunca dejarme sola en el proceso. Por siempre ser la base de todos mis éxitos y por siempre hacerme ver que sí se puede.

A la UNAM, a la FO y profesores les agradezco porque sin ellos nunca hubiera podido formarme como cirujana dentista, por sus consejos, por compartir su conocimiento y por la enorme paciencia para formar un profesional de excelencia. Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México por brindarme sus increíbles instalaciones y por su increíble pasión para formar profesionales únicos y libres.

A mis familiares y amigos por siempre formar parte de mi equipo, por siempre impulsarme, por motivarme a avanzar con ellos y no dejarme atrás. Por brindarme momentos inolvidables en el proceso y por hacerme sentir que no estoy sola.

A Yepeto y Delta por acompañarme cada noche, por desvelarse conmigo y por siempre esperarme con mucho amor y por esperarme y recibirme con un beso.

Índice

| | |
|---|-----------|
| <u>I. INTRODUCCIÓN.</u> | 5 |
| <u>II. ANTECEDENTES.</u> | 6 |
| <u>III. FUNDAMENTO TEÓRICO.</u> | 17 |
| 3.1 EMERGENCIAS EN EL CONSULTORIO DENTAL | 17 |
| 3.1.1 DIFERENCIA ENTRE EMERGENCIA Y URGENCIA | 17 |
| 3.1.2 LA IMPORTANCIA DE LA PREPARACIÓN DEL ESTUDIANTE DE ODONTOLOGÍA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA | 18 |
| 3.2 SOPORTE BÁSICO DE VIDA. | 19 |
| 3.2.1 PASOS INICIALES DEL SBV | 19 |
| 3.3 INDICADORES PARA EVALUAR EL ESTADO DE CONSCIENCIA. | 20 |
| 3.3.1 ESCALA DE GLASGOW | 20 |
| 3.3.2 DEFINICIÓN DE PULSO: VALORES NORMALES Y SUS ALTERACIONES | 23 |
| 3.4 SISTEMA MÉDICO DE EMERGENCIAS. | 24 |
| 3.4.1 ¿CÓMO ACTIVAR EL SISTEMA MÉDICO DE EMERGENCIAS? | 24 |
| 3.4.2 TIPOS DE AMBULANCIAS. | 25 |
| 3.5 OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA. | 25 |
| 3.5.1 OBSTRUCCIÓN PARCIAL DE LA VÍA AÉREA. | 26 |
| 3.5.2 EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO. | 26 |
| 3.6 REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR (RCP). | 28 |
| 3.6.1 EL CAB DE LA VIDA. | 28 |
| 3.6.2 TÉCNICA DE REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR. | 28 |
| 3.6.3 INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES | 29 |
| 3.7 DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO (DEA) | 30 |
| 3.7.1 ¿QUÉ, COMO Y CUANDO? | 30 |
| 3.7.2 CONSIDERACIONES PARA EL USO DE UN DEA | 31 |
| <u>IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.</u> | 32 |
| <u>V. JUSTIFICACIÓN.</u> | 33 |
| <u>VI. OBJETIVOS.</u> | 34 |
| <u>VII. MATERIALES Y MÉTODOS.</u> | 35 |
| 7.1 METODOLOGÍA | 35 |
| 7.2 TIPO DE ESTUDIO | 37 |

| | |
|---|------------------|
| 7.3 POBLACIÓN | 37 |
| 7.4 MUESTRA Y TIPO DE MUESTRA | 37 |
| 7.5 VARIABLES | 37 |
| 7.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN | 37 |
| 7.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN | 37 |
| 7.8 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN | 38 |
| | |
| <u>VIII.</u> RESULTADOS. | <u>39</u> |
| | |
| <u>IX.</u> DISCUSIÓN. | <u>56</u> |
| | |
| <u>X.</u> CONCLUSIONES. | <u>59</u> |
| | |
| <u>XI.</u> REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. | <u>60</u> |
| | |
| <u>XII.</u> ANEXOS. | <u>64</u> |

I. Introducción.

El estomatólogo durante el desarrollo de su vida laboral se puede enfrentar a muchos retos y uno muy importante es el de saber cómo responder ante alguna complicación médica que pueda poner o no en riesgo la vida del paciente. La correcta preparación del Cirujano Dentista determina el buen desenlace de la situación.

Sin embargo, se ha reportado que existen profesionales que siguen temiendo actuar ante algún evento adverso por omisión de información o por la creencia de que a un odontólogo nunca le pasan situaciones de emergencia a pesar de la incidencia de emergencias médicas en el consultorio dental.

Por lo tanto, la formación académica durante la licenciatura es la base de esta preparación, en la Facultad de Odontología de la UNAM (campus Ciudad Universitaria) se tiene un programa de estudios que abarca 2 asignaturas con los temas y las prácticas necesarias para fortalecer estas habilidades y conocimiento.

El alumnado cursa dichas asignaturas en el segundo y cuarto de la carrera y se ha podido observar que en el transcurso de segundo a cuarto año se pierde el seguimiento de los temas o un desaprendizaje de estos. La cuestión es encontrar en qué punto se encuentra la grieta donde se pierde la continuidad de la formación y el seguimiento de la práctica para poder buscar soluciones y medidas que ayuden al estudiantado a reforzar estos puntos.

El propósito de este trabajo es comparar el nivel de conocimiento que tiene el estudiantado de segundo y cuarto año con respecto a soporte básico de vida I y observar si existe alguna diferencia entre ellos, ante una emergencia en la clínica odontológica.

II. Antecedentes.

Durante la práctica odontológica día a día pueden presentarse situaciones que requieran de una preparación y de conocimientos adicionales para poder hacer frente a una emergencia o una urgencia que pueden comprometer la salud o incluso la vida del paciente. Se ha visto que el consultorio dental es un lugar común para estas desafortunadas situaciones y el odontólogo posee escasos conocimientos para resolverlas.

Por lo tanto, pueden presentarse, con cierta frecuencia, eventos de menor gravedad y de relativo fácil manejo (lipotimia, síncope vasovagal e hiperventilación), pero también otros más complejos de tratar por su variedad de síntomas y signos, y por qué conllevan mayor riesgo para la salud y, en ocasiones, para la vida del paciente (reacciones alérgicas de gravedad variable; crisis epilépticas; hipoglucemias; aspiración o ingestión de instrumentos pequeños, paro cardiorrespiratorio). ^{1, 2}

Para que el tratamiento de una emergencia sea exitoso influyen el conocimiento, el criterio y el estado de preparación de los estudiantes o del profesional. ²

Se ha mencionado que la epidemiología de las emergencias médicas durante la atención odontológica es de al menos 74% que los odontólogos han reportado al menos una emergencia o urgencia durante su práctica según un estudio de Collange y cols. ³

Principales emergencias médicas en la atención odontológica

El síncope vasovagal es la principal emergencia médica que se presenta en la atención odontológica con un 71% de frecuencia de aparición, seguido de hipoglucemia con un 69%, angina de pecho con el 43%, crisis convulsiva con el 36%, reacción anafiláctica con el 33%, crisis asmática con el 24% y obstrucción de la vía aérea con el 23% de aparición en la atención odontológica. Las emergencias médicas menos frecuentes son la crisis

hipertensiva e hiperventilación con el 7%, hipotensión ortostática con el 4% y accidente cerebrovascular con el 3%.⁶

➤ **Síncope Vasovagal**

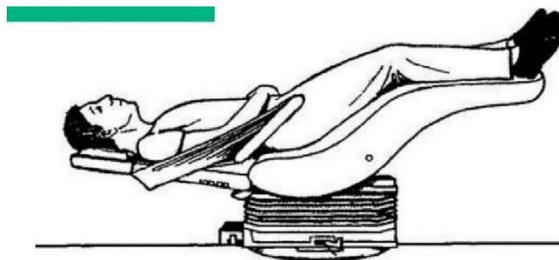
Se trata de la pérdida de conciencia debido a la inadecuada perfusión cerebral. Es un reflejo que está mediado por los nervios autónomos, lo que lleva a la vasodilatación generalizada en los vasos espláncnicos y esqueléticos, además de bradicardia que resulta en la disminución de la perfusión cerebral. Los episodios suelen ser breves (2 minutos) seguidos de una recuperación rápida y completa. La ansiedad, el estrés y el miedo son factores predisponentes.^{6, 3}

Características clínicas

Los pacientes pueden experimentar debilidad, mareos, aturdimiento, palidez, sudoración, pulso lento, presión arterial baja, náuseas y/o vómitos, seguidos de pérdida del conocimiento.⁶

Tratamiento

El tratamiento consiste en suspender de inmediato el tratamiento, colocar al paciente en posición supina con las piernas levantadas lo más alto posible, de ser posible administrar oxígeno hasta que el paciente recupere la conciencia y se pueda continuar con el tratamiento.⁶



<https://pbs.twimg.com/media/ExEjHSGXMAItMiu.jpg>

➤ **Hipoglucemia**

La glucosa es el carburante por excelencia para la obtención de energía durante los procesos metabólicos celulares, sus niveles en sangre por debajo de 50-60 mg/dl, provocan al paciente un cuadro caracterizado por temblores, palpitaciones, sudoración, debilidad, confusión, irritabilidad, entre otros síntomas y signos.³

Características clínicas

Los síntomas que se presentan son clasificados en:

-Autonómicos: la glucemia oscila entre 59 y 65 mg/dL. Se pueden experimentar hambre, palpitaciones, palidez, temblores y sudoración.

-Neuroglucopénicos: glucemia de 47 a 54 mg/dL. Se pueden presentar síntomas como confusión, somnolencia, diplopía, hemiparesia, dificultad para hablar, convulsiones.

-Síntomas inespecíficos: malestar general, náuseas, cefalea, irritabilidad.⁶

Tratamiento

En casos de hipoglucemia con síntomas leves/moderados se puede administrar tratamiento por vía oral y consiste en ingerir una cantidad aproximada de 20 gramos de glucosa o alimentos que contengan una cantidad considerable de carbohidratos.⁶

En casos de coma hipoglucémico se debe administrar dextrosa hipertónica al 20%, 1 ampolleta por vía intravenosa.

Por su parte, Gutiérrez, recomienda inyectar glucagón por vía intramuscular o subcutánea y, tras la recuperación, inyectar glucosa por vía intravenosa u oral. Indica que pueden aparecer vómitos como efecto secundario. El paciente debe ser trasladado al hospital después de su recuperación.³

➤ Angina de pecho

El dolor torácico es uno de los motivos más frecuentes por lo que los pacientes acuden al servicio de urgencias, razón por la cual, también se puede presentar durante un tratamiento dental. Este puede ser de origen cardiovascular y no cardiovascular. ⁶

Características clínicas

El dolor torácico suele ser intenso, localizado detrás del esternón, puede extenderse a la base del cuello, en ambos brazos, zona epigástrica y en ocasiones hasta la mandíbula, por lo que puede confundirse con el dolor odontológico.⁶

Los síntomas asociados son: sudoración, piloerección, taquicardia, ansiedad y angustia. ⁶

Tratamiento

El manejo del paciente que presente angina de pecho durante el tratamiento dental es:

- Suspender todo tratamiento dental
- Permitir que el paciente se coloque en la posición en la cual él se sienta mejor.
- Administrar un vasodilatador coronario de acción corta nitroglicerina sublingual de 5 mg.
- Monitorear signos vitales.
- Administrar oxígeno (2 litros por minuto).
- Si en 5 minutos no hay respuesta dar una segunda dosis del vasodilatador coronario.⁶

➤ **Crisis convulsiva**

La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más frecuentes de la población a nivel mundial. Su cuadro clínico se caracteriza principalmente por contracciones tónicas, clónicas, o tónico-clónicas, que pueden ser de tipo focales, con afectación de una hemicara, o generalizadas, que involucran todo el cuerpo. ³

Características clínicas

Las crisis convulsivas, tienen como manifestación “una descarga anormal, sincronizada y excesiva de neuronas corticales”. A menudo, estos eventos son rápidos y pueden ser automáticos y paroxísticos. ⁴

Tratamiento

- Retirar todos los instrumentos o materiales que estén dentro de boca.
- Para evitar la broncoaspiración colocar al paciente de costado.
- No interferir con sus movimientos.
- Coloque almohadas de modo que la cabeza, los brazos y las piernas no puedan golpearse
- Mantener las vías respiratorias despejadas.
- Si el ataque dura más de 5 minutos, se debe administrar oxígeno a través de mascarilla, a razón de 2 litros/minuto.
- Si el ataque dura más de 15 minutos o se repite llamar al 911, inyectar diazepam 0.15 a 0.3 mg/kg/dosis por vía intravenosa durante 3 a 5 minutos en adultos, en niños 0.05 a 0.3 mg/kg en 3-5 minutos.
- Cuando haya pasado el ataque, dejar descansar al paciente, evaluar su estado de alerta y orientación.

-No introducir objetos en la boca, intentar sujetar la lengua, inmovilizar bruscamente al paciente ni darle líquidos durante o después del ataque.⁶

➤ **Reacción anafiláctica**

Las reacciones anafilácticas pueden ser una amenaza para la vida que se puede llegar a presentar en la práctica odontológica, incluso en pacientes sanos, es de inicio rápido y tiene posibilidad de afección respiratoria y cardiaca. La anafilaxia es una reacción de hipersensibilidad de tipo 1, la cual implica a la IgE que se une al antígeno libre que conduce a la liberación de péptidos vasoactivos y la histamina. La penicilina y el látex son las causas más probables en odontología.⁶

Características clínicas

Principales signos y síntomas:

-Sistema pulmonar: aumento de la frecuencia respiratoria, edema laríngeo, broncoespasmo, edema pulmonar, sibilancias, estridor, disnea, tos, opresión en el pecho.

-Sistema cardiovascular: hipotensión, taquicardia, dolor cardíaco. Sus síntomas son opresión en el pecho y ataque cardíaco.

-Sistema de mucosas: urticaria, enrojecimiento, sudoración, edema alrededor de ojos y encías, sensación de picazón y ardor.

-Sistema nervioso: Cambios en la conciencia; pérdida del conocimiento, mareos, desorientación, fatiga.

-Aparato digestivo: vómitos, diarrea, náuseas, calambres.

- Sistema renal: disminución de la diuresis.

- Sistema hematológico: coagulación intravascular diseminada, sangrado de mucosas.⁶

Tratamiento

Tratamiento de la reacción anafiláctica menor o leve: Gutiérrez y cols. recomiendan tomar de 25 a 50 mg de difenhidramina por vía oral cada 3 a 4 horas, debido a su efecto como bloqueador de los receptores de histamina. ³

Tratamiento reacción anafiláctica grave: inyecte epinefrina de 0.2 a 0.5 mg por vía intramuscular o intravenosa, repita la dosis si la ayuda de emergencia no llega en los próximos 5 o 10 minutos y el paciente continúa grave. Este es el fármaco más eficaz, tiene un inicio de acción rápido, no tiene contraindicaciones absolutas y mejora significativamente la supervivencia. ³

En los adultos mayores, se deben utilizar dosis bajas debido al riesgo de efectos secundarios. ³

➤ Crisis asmática

Un ataque de asma puede ser precipitado por el esfuerzo, la ansiedad, la infección o la exposición a un alérgeno. Los signos y síntomas de un ataque agudo de asma son: Sensación de congestión pulmonar, Inquietud y ansiedad, Taquipnea (20 a 40/min), Taquicardia (más de 120/min), Elevación de la presión arterial, Diaforesis profusa, Somnolencia y confusión, Cianosis, sibilancias espiratorias, El uso de los músculos accesorios de la respiración. ⁶

Características clínicas

La tos, la dificultad para respirar y las sibilancias son síntomas clásicos del asma, varían en intensidad según el ataque de asma y pueden ocurrir de forma gradual o repentina.

El cuadro clínico típico comienza con una sensación de malestar en la parte inferior del esternón, seguida de tos seca y sibilancias que se escuchan a distancia. ⁶

Tratamiento

Los pasos por seguir para tratar un ataque agudo de asma son:

- Interrumpir el tratamiento dental en ese momento.
- Retire cualquier elemento dental que pueda haber en la boca.
- Colocar al paciente en una posición cómoda y ayudarlo a calmarse.
- Tratamiento específico: respirar oxígeno con sonda nasal a una velocidad de 3 a 5 L/minuto, pulverizar salbutamol nebulizado 2 veces, cada 5 minutos hasta su eficacia.
- Si los síntomas continúan, utilizar 0.3 o 0.5 ml de adrenalina 1: 1000 por vía intramuscular y 500 mg de hidrocortisona por vía intravenosa. ⁶

➤ **Obstrucción de la vía aérea**

Durante la práctica estomatológica puede producirse, la ingestión o inhalación accidental de cuerpos extraños (instrumentos pequeños, dientes, secreciones, sangre, etcétera) y provocar un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda. ³

Características clínicas

Obstrucción parcial: respiraciones ruidosas; Si se escucha un gorgoteo, esto indica que hay líquido en las vías respiratorias; Si escuchas ronquidos, puede deberse a que tienes la lengua atascada en la garganta; Si es el tracto respiratorio superior, escuchará un silbido al inhalar y un silbido al exhalar si la obstrucción está en el tracto respiratorio inferior. ⁶

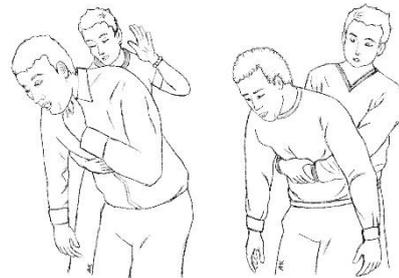
Obstrucción completa: si se presenta en las vías respiratorias, se caracteriza por la aparición de movimientos paradójicos del pecho y abdomen al intentar respirar, dificultad para hablar, respirar o toser con el signo común de ahogo, pánico y sufrimiento.⁶

Tratamiento

Si se produce una obstrucción parcial, se debe alentar al paciente a toser y observar si hay signos de cianosis.

La tos crea una presión alta y constante en las vías respiratorias y ayuda a expulsar objetos extraños.³

Si es total, debemos actuar con rapidez. Si el paciente está consciente se deben aplicar un máximo de cinco golpes fuertes entre los omóplatos con el talón de la mano, si los resultados no son satisfactorios,



<https://ambulanciasloscarmenes.es/wp-content/uploads/2020/09/que-es-la-maniobra-heimlich.jpg>

El operador se posicionará detrás del paciente y lo abrazará mientras presiona la zona epigástrica (maniobra de Heimlich), aumentando así la presión intratorácica y ayudando a expulsar el objeto extraño.³

➤ Crisis hipertensiva

Las crisis hipertensivas vienen a ser un conjunto de situaciones clínicas de gravedad multivariada.⁴

Son aquellas caracterizadas por una hipertensión arterial acelerada, donde el paciente presenta una presión arterial elevada, por encima de 120 mmHg de tensión diastólica. Puede clasificarse en emergencia o urgencia hipertensivas.³

Características clínicas

Presentan signos y síntomas que pueden ser leves (dolor de cabeza, mareos, tinnitus) o graves (disnea, dolor torácico, coma o muerte).

Si el paciente tiene síntomas leves, pero no hay daño agudo específico en órganos diana, el diagnóstico es de emergencia hipertensiva.

Si hay signos y síntomas graves y daño agudo específico al órgano diana, entonces el paciente se enfrenta a una emergencia hipertensiva. ⁴

Tratamiento

El tratamiento de la emergencia hipertensiva durante la atención estomatológica, se recomienda detener el tratamiento estomatológico y evacuar de urgencia a un centro hospitalario.³

En una urgencia hipertensiva, hay más tiempo para orientar al paciente y lograr una reducción de la presión arterial diastólica a 100 - 110 mmHg con ayuda de algún fármaco (Nifedipino 1 tableta 10 mg vía oral o Clonidina 0.2 mg); Debe evitarse una reducción demasiado rápida, que favorece la hipoperfusión cerebral y la insuficiencia coronaria. ³

Actualmente, se ha elevado la posibilidad que los odontólogos en la práctica afronten emergencias médicas; esto se debe a diversas causas, una de las más relevantes, el aumento de pacientes con enfermedades sistémicas como, diabetes e hipertensión, enfermedades cardiovasculares o inmunosupresoras, pacientes con trasplantes. ⁴

El consejo de la American Dental Association (ADA) proponen que todos los consultorios deben estar equipados para resolver y atender las emergencias, así como un plan a seguir describiendo los pasos a seguir en caso de una emergencia, señalan 3 ideas básicas:

- Existencia y 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. ⁵

Como en muchas situaciones es importante mencionar que la clave del éxito siempre será la prevención.

Historia clínica: Lo más importante para reducir el riesgo de emergencias médicas en la práctica dental es la realización de historia clínica detallada y completa, para permitir al odontólogo identificar enfermedades o alguna alteración incluso si el paciente las desconoce.

Signos vitales: Son auxiliares muy importantes que deben de ser registrados antes, durante y después del procedimiento quirúrgico, la presencia de alteraciones de estos indica un cambio significativo en el estado del paciente casi siempre con enfoque negativo y es ahí donde el odontólogo debe comenzar a actuar. ⁵

Plan de acción ante emergencias

La función fundamental de emergencias médicas en el área de atención dental se encuentra limitada a asistir a las funciones vitales de los pacientes hasta que el servicio médico de emergencia se encuentre disponible. ⁶

Los profesionales, estudiantes y auxiliares de la atención médica odontológica deben afrontar todos los casos de emergencia médica de manera conjunta, mediante el uso del algoritmo básico CAB por sus siglas en inglés, el cual consiste en mantener permeable la vía aérea (A), reconocer la respiración adecuada (B) y controlar la circulación (C), con el propósito de que la sangre siga oxigenando órganos vitales tales como el cerebro. ⁶

Dichos algoritmos serán analizados mediante cursos de Soporte Vital Básico (SVB)

III. Fundamento teórico.

3.1 Emergencias en el consultorio dental

Son definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como eventos con consecuencias inmediatas que representan un riesgo para la vida, demandando respuestas rápidas y precisas. Estas eventualidades pueden surgir en cualquier momento, lugar y afectar a cualquier individuo. Se destaca que los incidentes de emergencia son más propensos a ocurrir en el entorno del consultorio dental, dada la elevada tensión experimentada durante las consultas.¹⁸

3.1.1 Diferencia entre emergencia y urgencia

- Urgencia: es la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto o de sus allegados (OMS). Podemos definirla también como toda aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que obligatoriamente su atención no debe retrasarse más de seis horas.
- Emergencia: es toda situación urgente en la que está en peligro la vida de la persona o la función de algún órgano. Es aquel caso en el que la falta de asistencia sanitaria conduciría a la muerte en minutos (hora dorada) y en el que la aplicación de los primeros auxilios por cualquier persona es de importancia primordial. Algunos autores norteamericanos como Adams Cowley promovieron el concepto de hora dorada como la primera hora de un suceso en la que la mortalidad es elevada por la alta frecuencia de aparición de complicaciones mortales²

3.1.2 La importancia de la preparación del estudiante de odontología en situaciones de emergencia

La aptitud del odontólogo para hacer frente a emergencias médicas está vinculada a la calidad de la formación proporcionada por las instituciones académicas y a la constante actualización del profesional. La evaluación del nivel de preparación de los estudiantes de Odontología frente a situaciones de emergencia médica es un tema poco estudiado, y los escasos estudios disponibles indican que hay deficiencias y carencias significativas en dicho conocimiento.¹⁸

Esta situación plantea un desafío significativo, ya que evidencia la falta de conocimiento del profesional en cuanto a la respuesta adecuada ante emergencias médicas. Esto no solo conlleva consecuencias graves para la salud del paciente, sino también riesgos legales para el odontólogo. La literatura resalta la carencia de conocimiento respecto al manejo de emergencias en el ámbito odontológico.¹⁸

Dado el carácter potencialmente fatal de diversas situaciones médicas de emergencia, se sugiere que la instrucción en este aspecto para los estudiantes de odontología debe ser considerada como una prioridad de gran importancia.¹⁹

3.2 Soporte Básico de Vida.

Existen diversas causas que pueden poner en peligro la vida de las personas debido a la interrupción de las funciones vitales, cardíacas y/o respiratorias, como la parada cardiorrespiratoria, los ahogamientos, las intoxicaciones, los accidentes, los traumatismos, etc. En esas circunstancias, la muerte o la invalidez del afectado pueden evitarse si se encuentran ante profesionales o civiles con suficientes conocimientos, serenidad y entrenamiento para actuar de manera raída.²³

Los hallazgos epidemiológicos, así como la evidencia reciente sobre la efectividad de la resucitación cardiopulmonar (RCP) en los primeros minutos para la supervivencia del afectado por un paro cardiopulmonar (PCR), evidencian la relevancia de que toda la población esté capacitada para llevar a cabo tareas de soporte vital básico.²³

3.2.1 Pasos iniciales del SBV

1) El primer eslabón es, como se ha indicado anteriormente, consiste en realizar una llamada de alerta al Sistema Médico de Urgencias (SMU) una vez reconocida la situación crítica. La persona que realiza la alerta debe identificarse, comunicar de manera clara la condición del paciente, especificar la ubicación precisa y señalar si va a iniciar maniobras de Reanimación Cardiopulmonar (RCP). Es esencial que siga las instrucciones proporcionadas por el operador si fuera el caso y que sea la última persona en finalizar la llamada.

2) El segundo eslabón se trata de la atención médica básica llevada a cabo por los presentes. Una reanimación cardiopulmonar (RCP) de alta calidad puede duplicar e incluso triplicar la supervivencia.

3) El tercer eslabón es llevar a cabo la desfibrilación lo más temprano posible. La desfibrilación constituye un eslabón crucial en la cadena de

supervivencia y ha sido demostrado que es una de las pocas intervenciones que efectivamente mejoran los resultados en casos de paro cardíaco con fibrilación ventricular.²⁴

Debido a que la eficacia de las descargas disminuye rápidamente con el tiempo, es crucial realizar la desfibrilación antes de la llegada del Servicio de Emergencias Médicas (SEM), cuyo tiempo de respuesta promedio es de 8-10 minutos en Europa. Los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) son seguros y eficaces cuando los utiliza personal no especializado. Por lo tanto, lo óptimo sería que el primer respondiente, ya sea un testigo, un voluntario entrenado, un bombero, un policía, etc., estuviera capacitado para usar un DEA, y que este dispositivo estuviera disponible en los primeros 3-5 minutos después del paro cardíaco. Las nuevas recomendaciones enfatizan la instalación de DEA en lugares concurridos y subrayan la importancia de programas de acceso público a la desfibrilación.²⁴

4) El cuarto eslabón de la cadena lo constituyen el Soporte Vital Avanzado (SVA) y los cuidados tras la reanimación.²⁴

3.3 Indicadores para evaluar el estado de consciencia.

El nivel de consciencia está vinculado a la evaluación de la orientación del paciente en cuanto a persona, lugar y tiempo. Las alteraciones en estas respuestas señalan niveles crecientes de confusión y desorientación, pudiendo constituir el primer indicio de deterioro neurológico.

La escala del coma de Glasgow es la herramienta más ampliamente reconocida para evaluar el estado de consciencia.

3.3.1 Escala de Glasgow

La Escala de Coma de Glasgow (GCS) es una herramienta internacionalmente reconocida utilizada para evaluar el nivel de consciencia de un paciente.⁷

Los propósitos de la escala desde una perspectiva clinimétrica son los siguientes:

1. **Discriminación:** implica evaluar la extensión de la alteración de la conciencia y coma en individuos con trastornos cerebrales agudos, con el objetivo de distinguir la gravedad del daño cerebral entre formas leve o moderada.
2. **Evaluación:** consiste en medir las variaciones en el nivel de conciencia de los pacientes con daño cerebral mientras son observados.
3. **Predicción:** se refiere a anticipar la evolución de estos pacientes en base a su nivel de conciencia en el momento de la evaluación.⁷

La Escala de Coma de Glasgow (GCS) está conformada por tres subescalas que evalúan de forma independiente tres aspectos de la conciencia: la apertura ocular, con un intervalo de puntuación de 1 a 4 puntos; la respuesta verbal, que varía de 1 a 5 puntos; y la respuesta motora, que se extiende de 1 a 6 puntos. El puntaje total se asigna según la mejor respuesta obtenida en cada una de estas categorías.⁷

Los puntajes de la Escala de Coma de Glasgow (GCS) encapsulan las manifestaciones clínicas que indican la progresión de la lesión en casos de traumatismo craneoencefálico.

Es crucial considerar que estos puntajes pueden ser afectados por el consumo de alcohol, drogas o sedantes, así como por condiciones de hipoxia e hipotensión aguda.⁷

- Apertura ocular

La apertura ocular está directamente relacionada al estar despierto y alerta. los mecanismos para esta respuesta están controlados por un conjunto de neuronas localizadas en el tallo cerebral, hipotálamo y el tálamo, que juntos forman el sistema de activación reticular y es puesto en marcha mediante la percepción de estímulos externos.

Cuando este conjunto de neuronas se deteriora, ya sea por un trauma o por incrementos posteriores en la presión intracraneal, se requerirá una mayor estimulación para producir la misma respuesta de apertura ocular. ⁷

Tabla 1 Apertura ocular

| Respuesta | Descripción | Valor |
|-------------|--|----------|
| Espontánea | Abre los ojos espontáneamente | 4 puntos |
| Al hablarle | Hay apertura al estímulo verbal, no necesariamente por la orden "abra los ojos", puede tratarse de cualquier frase | 3 puntos |
| Al dolor | No abre los ojos con los estímulos anteriores, abre los ojos con estímulos dolorosos | 2 puntos |
| Ninguna | No abre los ojos ante ningún estímulo | 1 punto |

Muñana JE, Ramírez A. Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. Enferm Univ [Internet]. 2014

- Respuesta verbal

La mejor respuesta verbal evalúa 2 aspectos de la función cerebral: la comprensión o entendimiento de lo que se ha dicho, la recepción de palabras y la habilidad para expresar pensamientos, la capacidad de expresar con palabras alguna idea que se quiera manifestar. ⁷

La mejor respuesta verbal proporciona al profesional la información sobre la comprensión y el funcionamiento de los centros cognitivos del cerebro, y refleja la capacidad del paciente para articular y expresar una respuesta. ⁷

Tabla 2 Respuesta verbal

| Respuesta | Descripción | Valor |
|---|--|----------|
| Orientada | En tiempo, lugar y persona | 5 puntos |
| Confusa | Puede estar desorientado en tiempo, lugar o persona (o en todos), tiene capacidad de mantener una conversación, sin embargo no proporciona respuestas precisas | 4 puntos |
| Palabras inapropiadas | Usa palabras que tienen poco o ningún sentido, las palabras pueden decirse gritando, esporádicamente o murmurando | 3 puntos |
| Sonidos incomprensibles | Hace sonidos ininteligibles (quejidos o gemidos) | 2 puntos |
| Ninguno | No emite sonidos ni habla | 1 punto |
| Si el paciente se encuentra intubado o con traqueotomía debe ser documentado, de igual forma si presenta afasia u otro tipo de disfasia, además de las mencionadas anteriormente. | | |

Muñana JE, Ramírez A. Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. Enferm Univ [Internet]. 2014

- Respuesta motora

La respuesta motora se utiliza para determinar qué tan bien el encéfalo está funcionando como un todo.

Muestra la capacidad del paciente para obedecer órdenes sencillas el cual identificará qué tan adecuada es la integración del cerebro con el resto del cuerpo. ⁷

Tabla 3 Respuesta motora

| Respuesta | Descripción | Valor |
|-------------------|---|----------|
| Obedece órdenes | Sigue órdenes, inclusive si hay debilidad | 6 puntos |
| Localizada | Se intenta localizar o eliminar los estímulos dolorosos | 5 puntos |
| De retirada | Se aleja de estímulos doloroso o puede flexionar el brazo hacia la fuente de dolor, pero en realidad no localizar o eliminar la fuente de dolor | 4 puntos |
| Flexión anormal | Flexión anormal y aducción de los brazos, además de extensión de miembros pélvicos con flexión plantar (posición de decorticación) | 3 puntos |
| Extensión anormal | Aducción y rotación interna de las extremidades superiores e inferiores (descerebración) | 2 puntos |
| Ninguna | No hay respuesta, incluso con estímulos dolorosos | 1 punto |

Muñana JE, Ramírez A. Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. Enferm Univ [Internet]. 2014

3.3.2 Definición de pulso: valores normales y sus alteraciones

La evaluación de los signos vitales desempeña un papel fundamental en la clínica dental, ya que nos proporciona una perspectiva objetiva y anticipada del estado funcional del paciente. ⁸

Las irregularidades en estos indicadores deben ser atendidas con atención por parte del estomatólogo, ya que son señales que sugieren condiciones potencialmente graves, algunas de las cuales pueden llevar a situaciones críticas, incluso hasta la muerte. ⁸

El pulso reviste una importancia crucial, ya que a través de su evaluación podemos detectar alteraciones y prevenir complicaciones fatales. Este se define como la fuerza generada por la contracción ventricular, originando una onda de presión que se propaga por las arterias periféricas como un pulso palpable. Aunque la arteria radial es comúnmente utilizada para medir

el pulso, en situaciones de paro cardiorrespiratorio, la carótida se considera la ubicación ideal para evaluar este indicador. ⁸

El pulso suele ser más rápido en niños y en mujeres, modificándose durante el sueño y el ejercicio. En el caso de que la frecuencia del pulso aumente a más de 90 latidos por minuto se le llama taquicardia, mientras que cuando la frecuencia baja a menos de 60 latidos por minuto se llama bradicardia. ⁸

Al pulso se le estudia: frecuencia y ritmo; la primera es el número de latidos por minuto, que se considera normal entre 60 y 90 latidos y traduce en muchos casos ansiedad, dolor, fiebre, etcétera; el ritmo se detecta como una onda regular al palpar el pulso y en caso de arritmia traduce patología cardíaca. ⁸

3.4 Sistema médico de emergencias.

3.4.1 ¿Cómo activar el sistema médico de emergencias?

Para el caso de una emergencia se debe seguir el protocolo dispuesto por los expertos en el libro del estudiante de SVB/BLS para profesionales de la salud AHA, que redacta paso a paso el procedimiento que se debe seguir en cuanto se presente el paro cardiorrespiratorio. ¹⁰



<http://www.lifeguard.cl/files/Resumen-BLS-2013-A.H.A.pdf>

3.4.2 Tipos de ambulancias.

Para efectos de esta Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-034-SSA3-2012, se entiende por:

Ambulancia de traslado o de transporte, a la unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al traslado de pacientes, cuya condición no sea de urgencia ni requiera de cuidados intensivos.⁹

Ambulancia de urgencias básicas, a la unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al servicio de pacientes que requieren atención prehospitalaria de las urgencias médicas mediante soporte básico de vida.⁹

Ambulancia de urgencias avanzadas, a la unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al servicio de pacientes que requieren atención prehospitalaria de las urgencias médicas mediante soporte avanzado de vida.⁹

Ambulancia de cuidados intensivos, a la unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al servicio de pacientes que por su estado de gravedad requieren atención prehospitalaria de las urgencias médicas mediante soporte avanzado de vida y cuidados críticos.⁹

3.5 Obstrucción de la vía aérea.

Debido a su naturaleza generalmente abrupta y crítica, es esencial identificar y abordar rápidamente la obstrucción aguda de la vía aérea. Distinguir esta situación de emergencia de otras que puedan causar dificultad respiratoria súbita pero que demanden tratamientos distintos es crucial para realizar un diagnóstico inmediato. En muchos casos, un observador experimentado puede reconocer los signos de obstrucción parcial o total.¹⁰⁻¹²

3.5.1 Obstrucción parcial de la vía aérea.

Existen dos opciones de obstrucción para este tipo: *con buen intercambio de aire*, en este hay que procurar forzar la tos y es normal que entre las toses se puedan escuchar sibilancias entre otros signos como la posibilidad de respirar. Si el *intercambio de aire es escaso* el reflejo de la tos es ineficaz y débil y se puede escuchar el famoso ruido de “croar” al respirar, no existen ruidos vocales o pueden estar alterados, el paciente puede mostrar cianosis, letargo y desorientación. ¹²

3.5.2 Evaluación y tratamiento.

La prevención constituye siempre la mejor forma de tratamiento, y en el ámbito de la consulta dental, hay diversas medidas y técnicas que se pueden implementar. Entre ellas se incluyen:

- Dique de hule: aísla eficazmente el campo operatorio de la cavidad oral y vía aérea.
- Empaquetamiento oral: se puede crear una cortina faríngea con gasas para evitar que penetren partículas pequeña o líquidos.
- Posición del sillón: es importante saber que no todas las posiciones benefician en la aspiración de un cuerpo extraño.
- Ayuda del asistente: si algún objeto queda libre en boca el asistente podrá reaccionar sin lastimar al paciente antes de ser deglutido.
- Suficiente aspiración: para retirar cualquier sustancia o partícula pequeña de forma rápida.
- Pinzas de Magill: son utilizadas para poder retirar objetos grandes y pequeños de las regiones distales de la cavidad oral y de la faringe.
- Uso de hilo dental: ayuda prevenir la pérdida de objetos y a su recuperación.¹²

Cuando un paciente experimenta una obstrucción parcial de la vía aérea y muestra signos de un intercambio aéreo limitado o si un buen intercambio aéreo previo se vuelve ineficaz, se debe abordar la situación como si fuera una obstrucción completa. ¹²

En tales casos, se recurre a diversas técnicas manuales no invasivas para despejar la vía aérea. Estas incluyen:

1. **Golpes en la espalda:** Se aplican golpes firmes entre los omóplatos para favorecer la expulsión de objetos extraños de las vías respiratorias.



<https://ambulanciasloscarmenes.es/wp-content/uploads/2020/09/a>

2. **Golpes con la mano:** Se administran golpes vigorosos en la parte superior de la espalda entre los omóplatos para ayudar a liberar la obstrucción.



<https://blog.flota.es/wp-content/uploads/2017/10/como-actuar-atragantamiento.jpg>

3. **Maniobra de Heimlich:** Consiste en aplicar compresiones abdominales rápidas y fuertes para expulsar un cuerpo extraño de las vías respiratorias. Esta maniobra puede realizarse de diferentes maneras según la edad y condición del paciente.



https://content.healthwise.net/resources/13.9/es-us/media/medical/hw/s_hwkb17_063.jp

4. **Golpe torácico:** Se aplican golpes en la parte inferior del esternón para ayudar a desalojar la obstrucción en casos específicos. ¹²

3.6 Reanimación cardio pulmonar (RCP).

3.6.1 El CAB de la vida.

La RCP básica se basa en el CAB asegurando en primer lugar una adecuada permeabilidad de la vía aérea (A); en segundo lugar, que la ventilación es efectiva y que produce una adecuada respiración (B), y en tercer lugar que la circulación sanguínea sea restituida (C).¹¹

3.6.2 Técnica de reanimación cardio pulmonar.

Las técnicas estrategias y directrices para la reanimación cardiopulmonar han dado lugar con el paso de los años al desarrollo de un sistema racional de atención para cualquier paciente que presente ausencia de pulso.²³

1) Evalúe si la víctima responde y compruebe si la respiración es normal o no. Si no hay respuesta y no respira, o no lo hace con normalidad (es decir, sólo jadea/boquea), grite pidiendo ayuda.

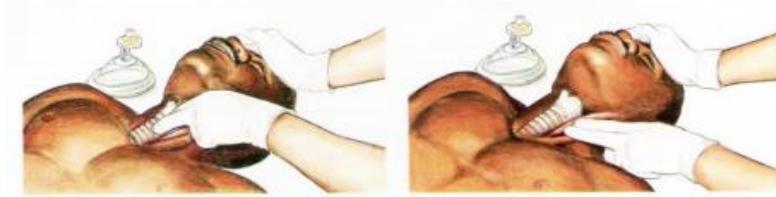
El primer reanimador que llegue junto a la víctima debe asegurarse rápidamente de que la situación es segura. A continuación, el reanimador debe comprobar si la víctima responde.¹⁰

2) Si se encuentra solo, active el sistema de respuesta a emergencias y busque un DEA (o desfibrilador) si está disponible y regrese con la víctima.

Si se encuentra solo y está ante una víctima que no responde, grite pidiendo ayuda. Si no acude nadie, active el sistema de respuesta a emergencias, consiga un DEA (o desfibrilador) si está disponible y, a continuación, regrese con la víctima para comprobar el pulso e iniciar la RCP (secuencia C-A-B).¹⁰

3) Compruebe el pulso de la víctima (entre 5 segundos como mínimo y 10 como máximo).¹⁰

Para comprobar el pulso en un adulto, palpe sobre la arteria carótida. Si no detecta pulso al cabo de 10 segundos, inicie las compresiones torácicas.



<http://www.lifeguard.cl/files/Resumen-BLS-2013-A.H.A.pdf>

4) Si no detecta ningún pulso en 10 segundos, realice 5 ciclos de compresiones y ventilaciones (relación 30:2), comenzando por las compresiones (secuencia C-A-B).¹⁰

Si el reanimador esté solo, debe usar la relación de compresión/ventilación de 30 compresiones y 2 ventilaciones cuando realice la RCP a víctimas de cualquier edad.¹⁰

Cuando aplique las compresiones torácicas, es importante presionar el tórax con fuerza y rapidez, a una frecuencia mínima de 100 compresiones por minuto, permitiendo que el tórax se expanda completamente después de cada compresión y limitando al mínimo las interrupciones entre compresiones. Comience por las compresiones torácicas.¹⁰

3.6.3 Indicaciones y contraindicaciones

Indicaciones:

No existe una indicación específica para la realización de la reanimación cardiopulmonar, pero si hay consideraciones que se den analizar antes de iniciarla.

- Paro cardiorrespiratorio agudo e inesperado.
- Si el paciente no es terminal.
- Reversibilidad y recuperación de funciones vitales.

Contraindicaciones:

- Si existe una leyenda de “no resucitar”.
- El resucitador se encuentra en peligro.
- Muerte biológica evidente.
- Han transcurrido más de 10 minutos sin recibir reanimación cardiopulmonar (RCP).²⁰

3.7 Desfibrilador externo automático (DEA)

3.7.1 ¿Qué, Como y Cuando?

¿Qué es el desfibrilador externo automático (DEA)?

Es un pequeño aparato portátil, de poco peso, que puede descargar una corriente al corazón a través del tórax, para que ésta pare la fibrilación ventricular y permita que el corazón vuelva a un ritmo normal saliendo del paro.¹⁴



¿Cómo funciona el desfibrilador externo automático?

https://1.bp.blogspot.com/wf_JQyXQ7w/WTGLo2VMlgI/AAAAAAAAA4I/KodFfrUrNcgT7a7V6Nn38d00vBxGc7YyQCLcB/s1600/DEA.jpg

Un pequeño computador dentro del aparato chequea el ritmo del corazón mediante electrodos que se colocan en el paciente después de activar el dispositivo. Este identifica el ritmo cardíaco y lo evalúa mediante un algoritmo informático. De entre los cuatro ritmos que pueden llevar a una parada cardíaca, es decir, fibrilación ventricular, taquicardia ventricular sin pulso, asistolia y actividad eléctrica sin pulso, el dispositivo solo identifica los dos primeros, indicando la necesidad de realizar una descarga. ¹⁴

Sin embargo, cuando revela que no está indicada una descarga, sugerirá chequear el pulso y la respiración, y a falta de éstas, se iniciará resucitación cardiopulmonar. Si esta última se comienza antes de la desfibrilación (uno a cuatro minutos) la supervivencia se duplicará, y se triplicará si se aplica desfibrilación. ¹⁴

¿Cuándo usar un desfibrilador externo automático?

Como se indicó previamente, la mayoría de los eventos de paro cardíaco se deben a la fibrilación ventricular. Este fenómeno implica un ritmo desorganizado del corazón que se origina en los ventrículos, generando una frecuencia rápida y desincronizada. Este ritmo resulta ineficaz para lograr una contracción cardíaca adecuada, lo que conduce a una disminución total del gasto cardíaco. ¹⁴

El único tratamiento posible de la fibrilación ventricular es la desfibrilación y no puede manejarse ni con drogas o sólo masaje cardíaco. ¹⁴

3.7.2 Consideraciones para el uso de un DEA

1. Crear cursos para que la gente aprenda a hacer reanimación básica.
2. Enseñar a usar un desfibrilador externo automático para tratar la muerte súbita.
3. Valorar de manera adecuada al paciente para no cometer errores humanos en las descargas.
4. Mantenimiento mecánico al desfibrilador externo automático hará que su funcionamiento sea mucho mejor.
5. Analizar y estudiar las variaciones anatómicas de los pacientes para poder colocar los parches de manera correcta (vello en pecho, embarazo, presencia de agua, etc.). ²⁰

IV. Planteamiento del problema.

La presencia de urgencias o emergencia médico-odontológicas requiere que el cirujano dentista tenga una preparación suficiente para poder actuar eficientemente ante la problemática que se pueda presentar. Este conocimiento en parte se adquiere durante la formación académica del estudiantado durante el primer año de la carrera donde cursan Soporte Básico de Vida I y durante el cuarto año donde llevan Soporte Básico de Vida II siendo los docentes los responsables en enseñar el contenido de soporte básico de vida I y II, desafortunadamente se ha observado sobre todo en clínica que algunos docentes carecen de conocimientos y/o práctica para resolver una situación de emergencia en una consulta dental. Por lo tanto, se llega a la necesidad de tener que delegar responsabilidades al consultorio de urgencias, impidiendo al estudiantado a adquirir una retroalimentación con fundamentos necesarios para un buen desempeño en la futura práctica dental. ¹³

Lamentablemente debido a lo antes mencionado hay alto porcentaje de estudiantes de la licenciatura de odontología sin saber resolver una situación de esta índole, esto como consecuencia llevara una incapacidad del cirujano dentista para reconocer tanto signos como síntomas de una urgencia y poder brindar menos posibilidades de supervivencia si una situación de riesgo se presenta en el consultorio dental.

Por lo tanto, surge el siguiente cuestionamiento:

¿El estudiantado de cuarto año tienen un mayor conocimiento que los de segundo año con relación a soporte básico de vida I?

V. Justificación.

Al realizar las investigaciones necesarias sobre el nivel de conocimiento de la asignatura Soporte Básico de Vida I se podrá determinar la diferencia de las fortalezas y oportunidades de segundo contra cuarto año con base en la trayectoria recorrida. Se podrá verificar si existen áreas o temas que necesiten mayor reforzamiento académico.

Se logrará observar la necesidad de un seguimiento de la materia con una evaluación más rigurosa de las habilidades prácticas adquiridas, una revisión y de ser necesario realizar un complemento del temario. Todo esto con la finalidad de obtener más escenarios clínicos lo que sumará a una práctica, clínica más segura dando al estudiantado una retroalimentación y mayor entendimiento de las posibles situaciones que se puedan presentar.

VI. Objetivos.

Objetivo general

- Comparar los conocimientos con relación a soporte básico de vida I que debe tener el alumnado de segundo y cuarto año por medio de una encuesta para determinar el nivel de conocimiento con el que egresan.

Objetivos específicos

- Evaluar el nivel de preparación del alumnado de segundo y cuarto año después de haber cursado la asignatura soporte básico de vida I.
- Comparar de nivel de conocimientos de SBV I entre los grupos de segundo contra los de cuarto año por la diferencia de años cursados en la licenciatura.

VII. Materiales y Métodos.

7.1 Metodología

Se realizó una revisión del programa de estudios de SBV I del plan de estudio vigente, para implementar el diseño de los ítems que conforman la encuesta, se optó por un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas.

El cuestionario comprende 24 reactivos con opciones de respuesta categóricas, ordinales y abiertas, los cuales se agrupan en 2 secciones: 1) Datos sociodemográficos 2) Ítems relacionados con el soporte básico de vida I.

Sobre el tipo de reactivos: dos reactivos de respuesta abierta, uno sobre la edad de las alumnas y de los alumnos y uno más que recopila la información del año que cursan los estudiantes. Además, 20 reactivos de respuesta cerrada.

De la pregunta número 5 a la 24 se elaboró bajo el escalamiento tipo Likert que consta de un *“conjunto de ítems que se presentan en forma de afirmaciones para medir la reacción del sujeto en tres, cinco o siete categorías.”* Sampieri 2010. F, es decir afirmaciones que van a valorar la actitud de un individuo ante algún objeto medible ya sea cosa, color, etc. El cuestionario (ver anexo A) en línea se programó en la herramienta *Google Forms*.

El sistema receptor de las respuestas al cuestionario que enviaron las y los estudiantes se abrió y se cerró durante su aplicación en cada uno de los grupos participantes, donde la encuestadora solicitó el número de celular a la jefa (e) de grupo para que a su vez ellos enviaran el enlace al WhatsApp de sus compañeras (os) para que pudieran contestar la encuesta.



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa

7.2 Tipo de estudio

Transversal

7.3 Población

Estudiantes que cursan el segundo y cuarto año de la carrera de cirujano dentista pertenecientes a la Facultad de Odontología UNAM.

7.4 Muestra y tipo de muestra

La muestra estuvo constituida por 132 estudiantes que se presentaron a clases el día que se aplicó la encuesta. Siendo un total de 4 grupos: 2 matutinos y 2 vespertinos.

El tipo de muestreo fue no probabilístico.

7.5 Variables

Variable dependiente: conocimiento.

Variable independiente: año académico que cursan los estudiantes, edad y sexo.

7.6 Criterios de inclusión

Estudiantes de segundo y cuarto año de los grupos 2003, 2012, 4005 y el 4008.

Estudiantes que aceptaron participar en la encuesta.

7.7 Criterios de exclusión

Estudiantes que no aceptaron participar en la encuesta.

7.8 Análisis de la información

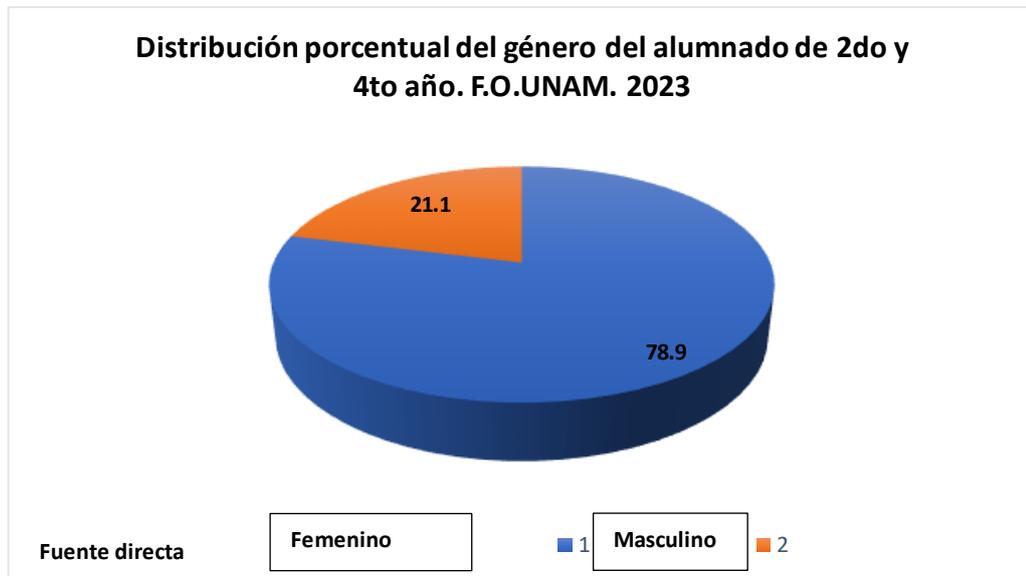
Las y los estudiantes respondieron en su totalidad el cuestionario, sus resultados se analizaron de manera general. Es necesario aclarar que respondieron completamente porque el sistema estaba programado de esta forma.

El ***análisis cuantitativo de los datos*** se realizó mediante el uso del programa Excel para un análisis de frecuencias que permitió conocer la distribución porcentual de las respuestas de las y los participantes en cada *ítem*.

Para la variable edad se calculó el promedio y la desviación estándar (+-) y para la variable género se calculó porcentaje.

VIII. Resultados.

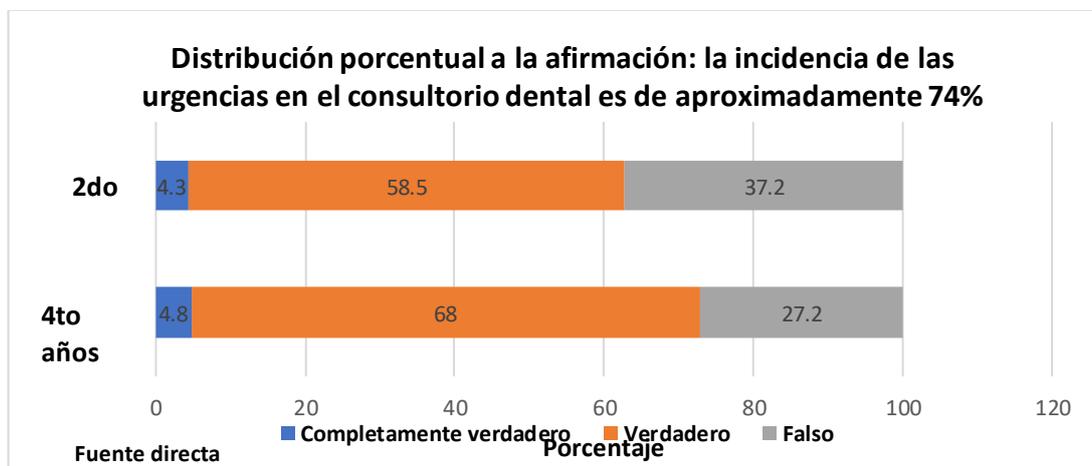
Gráfica Número 1



En la gráfica número 1 se observa que el mayor porcentaje son mujeres con el 78.9% y el 21.1% hombres.

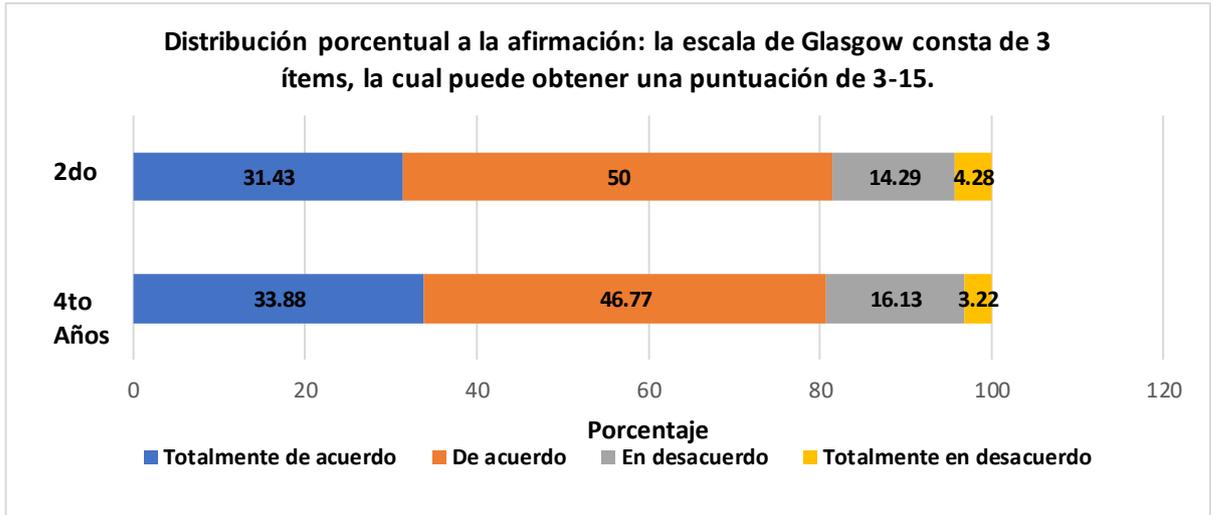
El promedio de la edad de las (os) participantes en este estudio fue de 20.62 años con una de+- de 1.85.

Gráfica Número 2



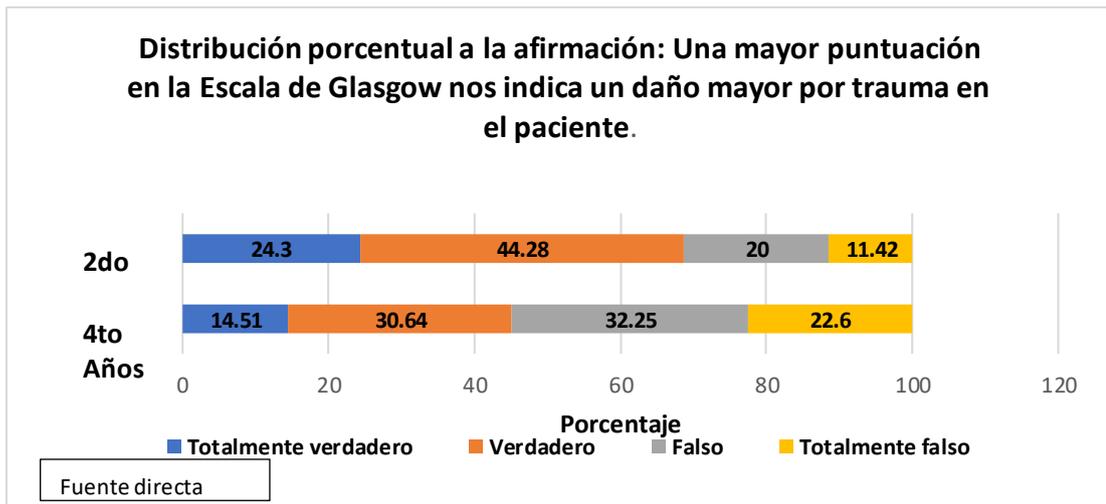
En la gráfica número 2, la opción correcta para la afirmación es: **COMPLETAMENTE VERDADERO** como se observa la mayoría de los entrevistados selecciono verdadero.

Gráfica Número 3



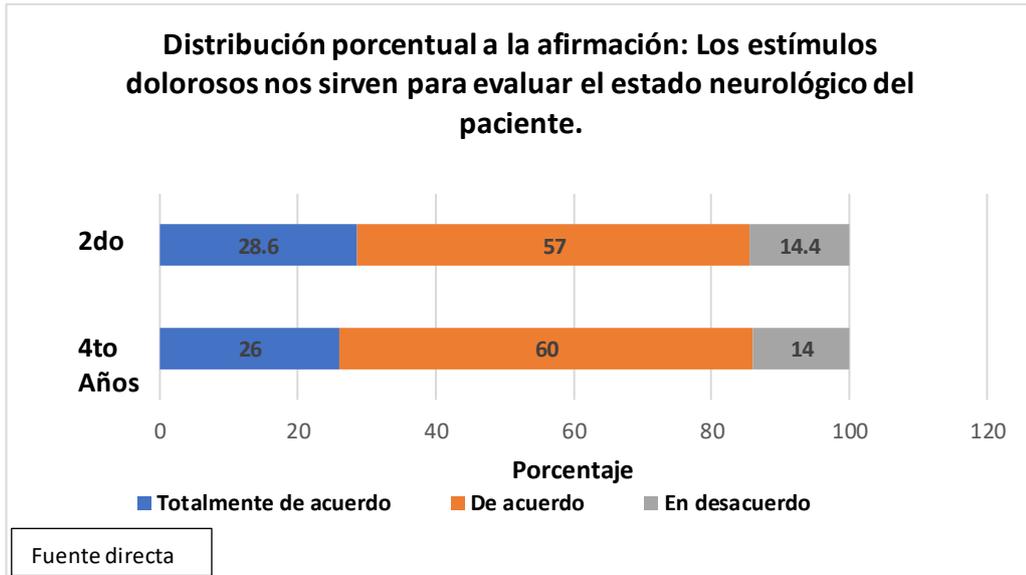
En la gráfica número 3 se puede observar que ambos grados presentan un nivel de conocimiento casi igual en un porcentaje de 31.43% y 33.88% de la respuesta correcta: **TOTALMENTE DE ACUERDO**, lo que demuestra un carácter negativo en cuanto al avance de los cuartos años.

Gráfica Número 4



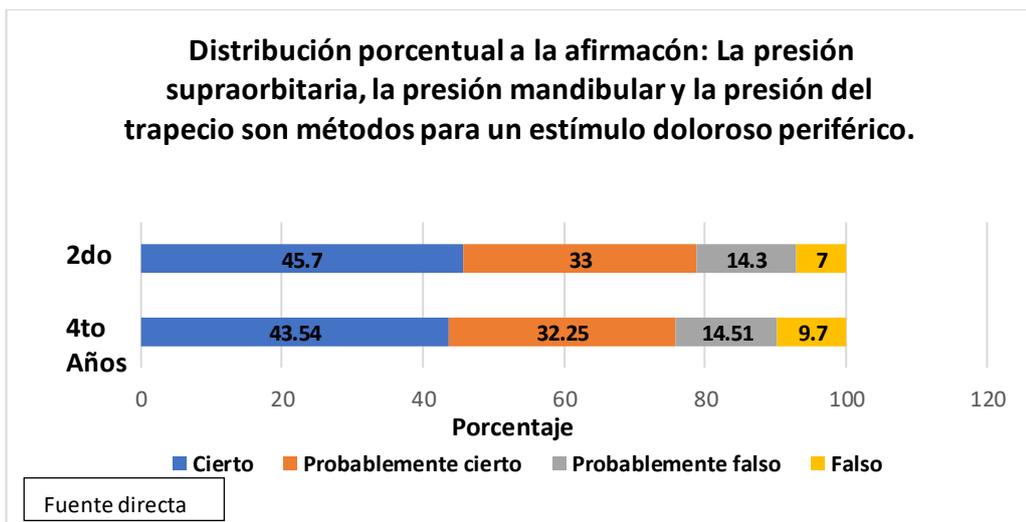
En la gráfica número 4 se puede notar que los alumnos de cuarto año poseen mayor nivel de conocimiento con relación a los alumnos de segundo siendo la respuesta correcta: **TOTALMENTE FALSO**

Gráfica Número 5



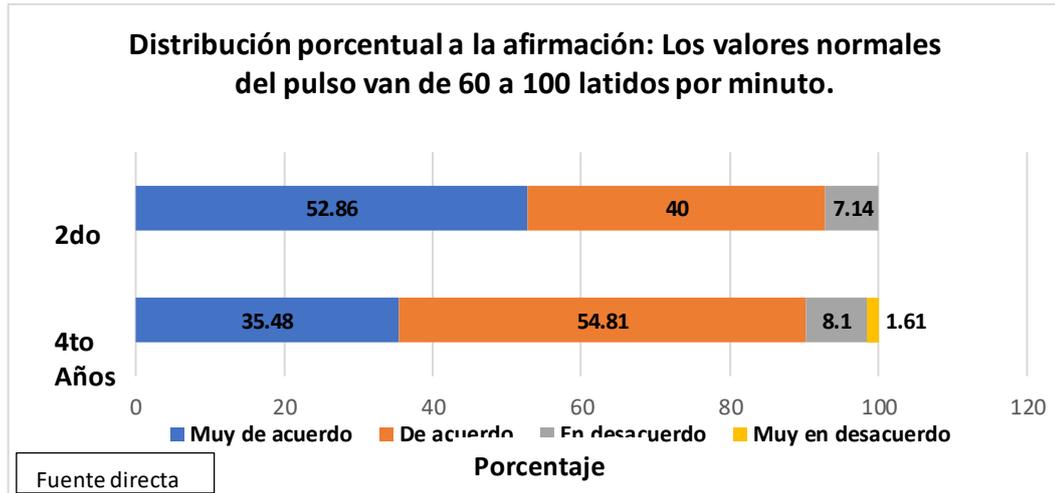
En la gráfica número 5 podemos observar que el nivel de conocimiento no es muy distinto con un porcentaje de entre 26-28% en ambos grupos, se debió seleccionar la afirmación: TOTALMENTE DE ACUERDO.

Gráfica Número 6



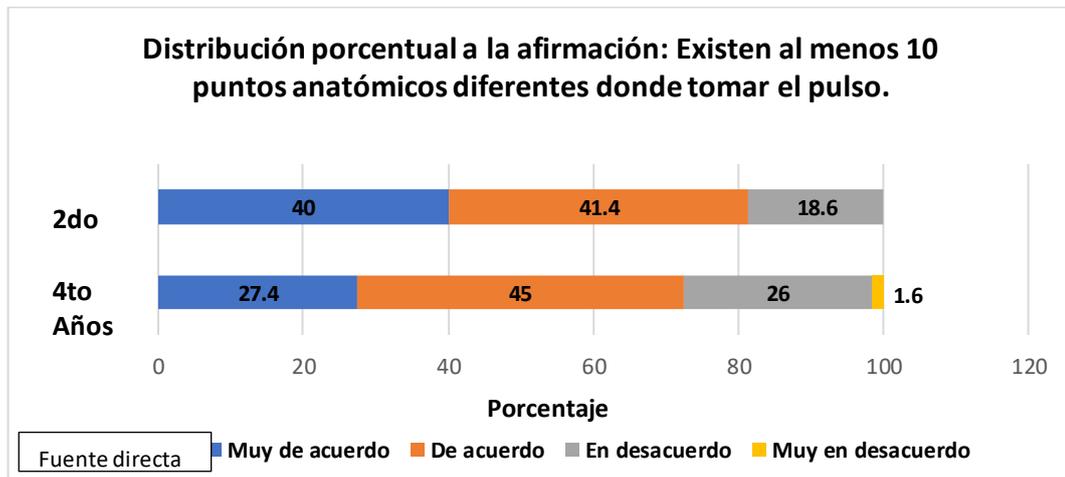
En la gráfica número 6 podemos ver que ambos grados están en el mismo nivel, debieron seleccionar la opción de FALSO, pero el porcentaje de ambos grupos fue muy bajo.

Gráfica Número 7



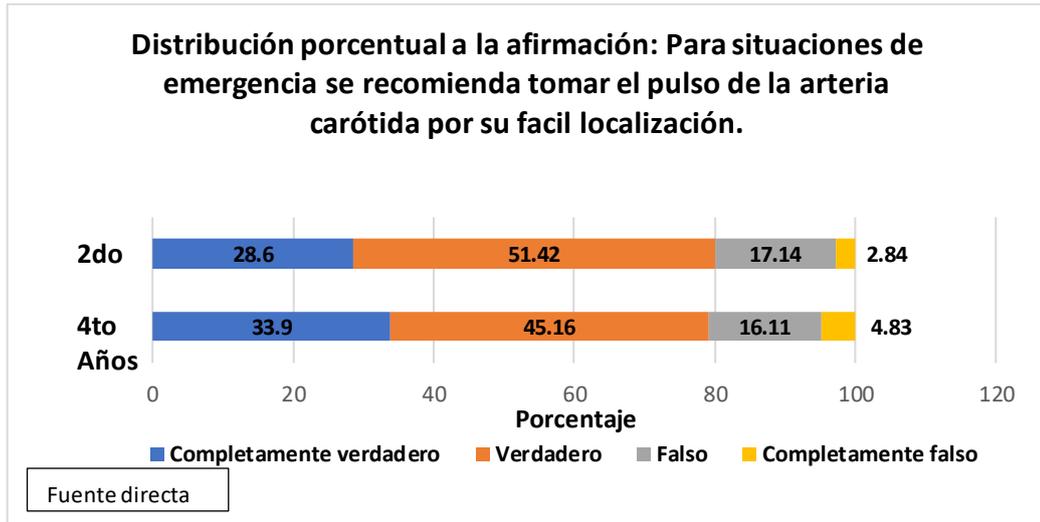
En la gráfica número 7 se puede ver el de segundo grado el 52.86% contestó correctamente esta afirmación comparada con el cuarto año que fue un 35.48%

Gráfica Número 8



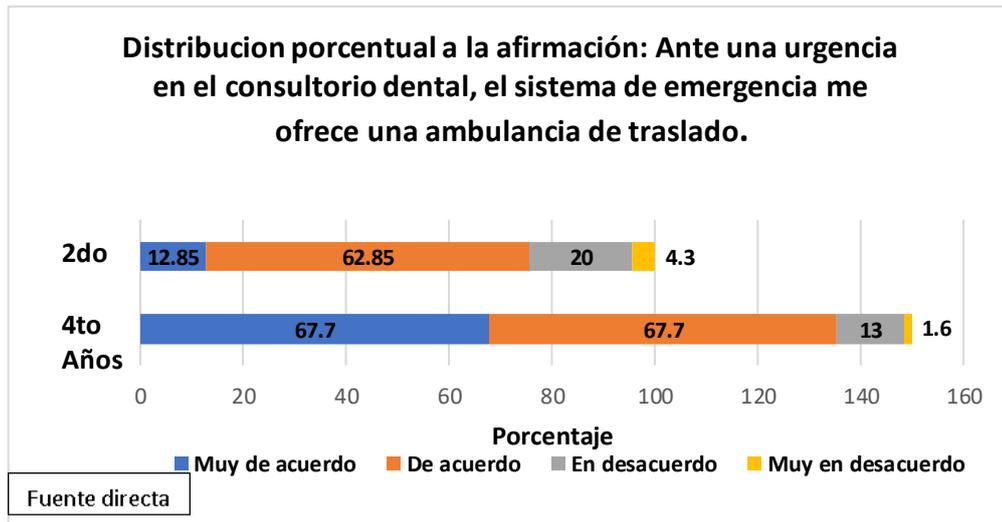
En la gráfica número 8 se observa una mayor aptitud por parte de los alumnos de segundo grado por una diferencia del 12.6%, para la afirmación la respuesta correcta es: MUY DE ACUERDO.

Gráfica Número 9



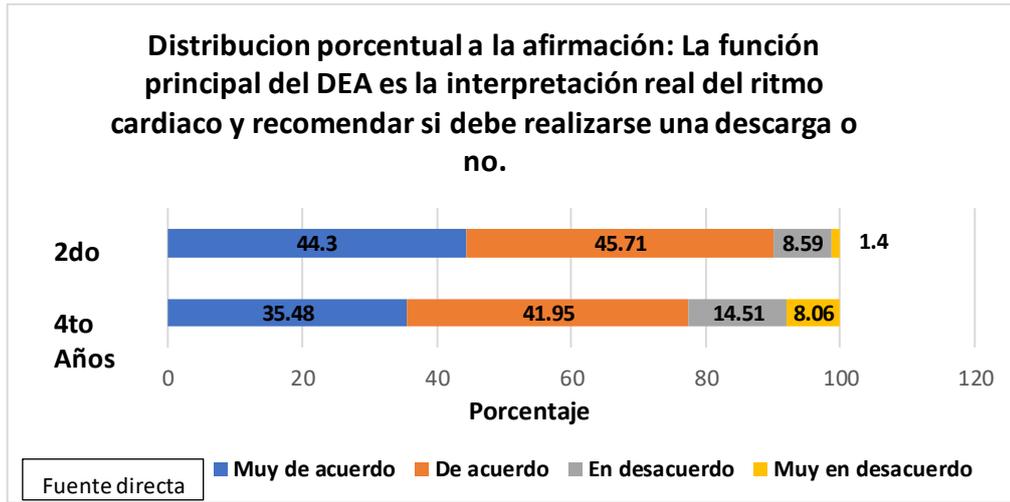
En la gráfica número 9 podemos notar que ambos grados están por debajo del 50 % de conocimiento ante la afirmación, se centraron en la afirmación VERDADERO siendo la correcta: COMPLETAMENTE VERDADERO.

Gráfica Número 10



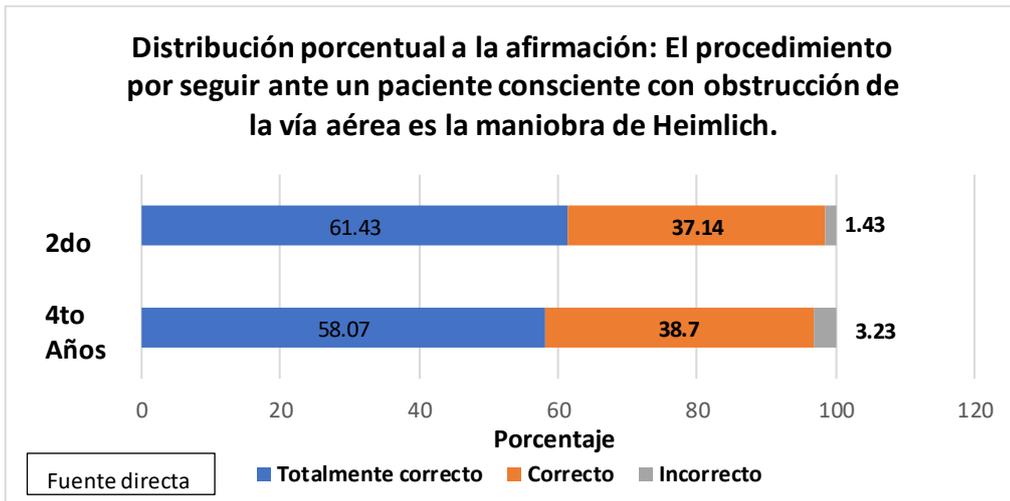
En la gráfica número 10 el porcentaje de afirmaciones correctas es muy bajo no pasa del 5% siendo la correcta: MUY EN DESACUERDO, la mayoría del porcentaje se centró en la afirmación DE ACUERDO, lo que significa es que desconocen que hay distintos tipos de servicios de ambulancias.

Gráfica Número 11



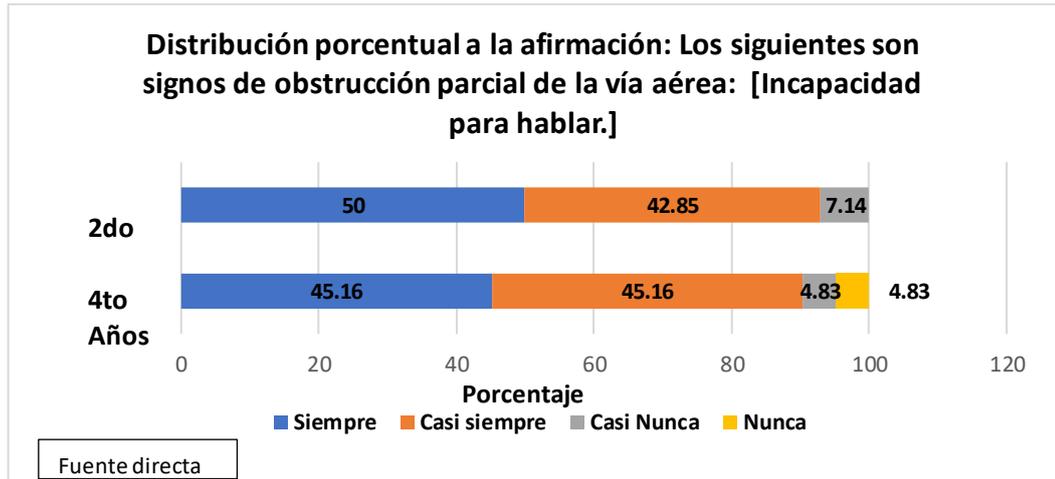
Gráfica número 11 se puede observar que ambos grados están diferenciados por un 9% siendo los grupos de segundo los que poseen el porcentaje más alto seleccionando la afirmación correcta: MUY DE ACUERDO. Ninguno de los grupos sabría auxiliar correctamente a un paciente en un escenario real.

Gráfica Número 12



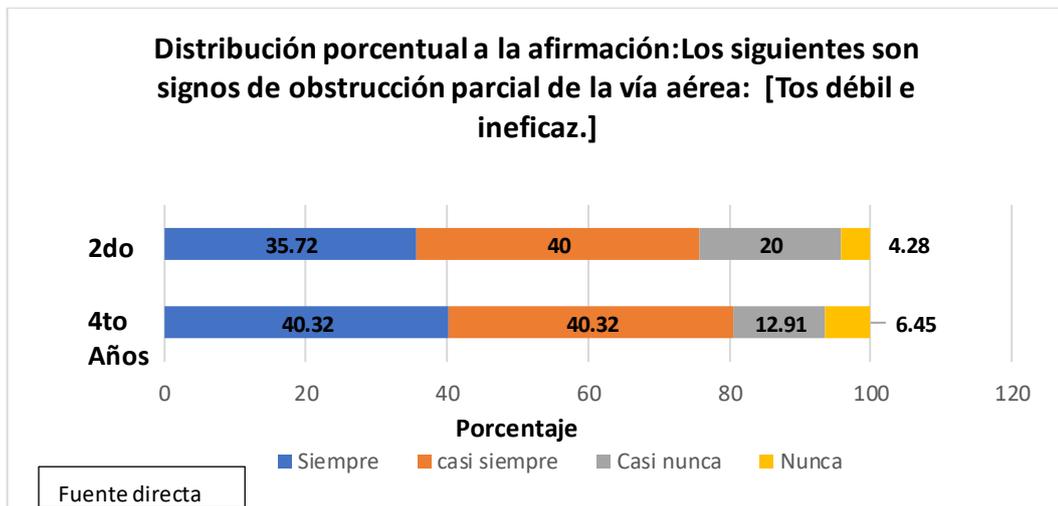
Gráfica número 12 se puede notar que ambos grados están al mismo nivel siendo positiva la respuesta ya que rebasan más del 50% de conocimiento sobre la afirmación con la respuesta correcta: TOTALMENTE DE ACUERDO, saben el nombre del procedimiento.

Gráfica Número 13



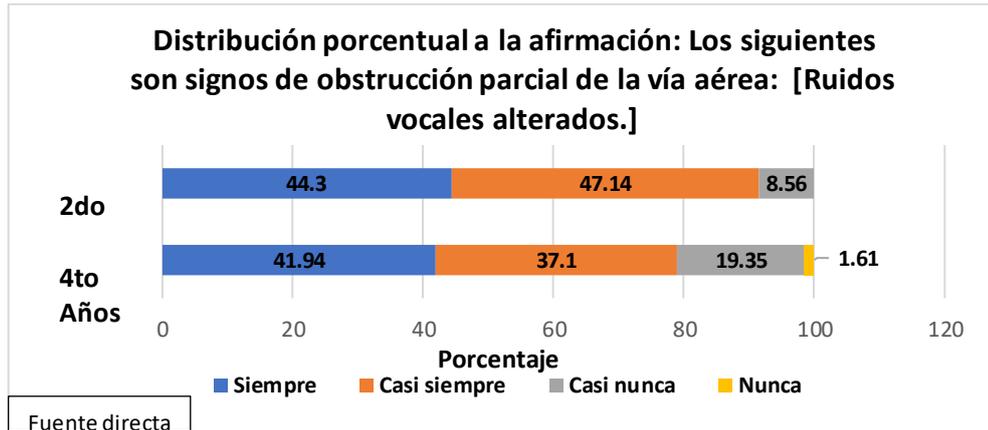
Gráfica número 13 La opción correcta para la afirmación es: NUNCA solo el 4.8% del estudiantado de 4to año sabe identificar los signos de una obstrucción parcial de la vía aérea.

Gráfica Número 14



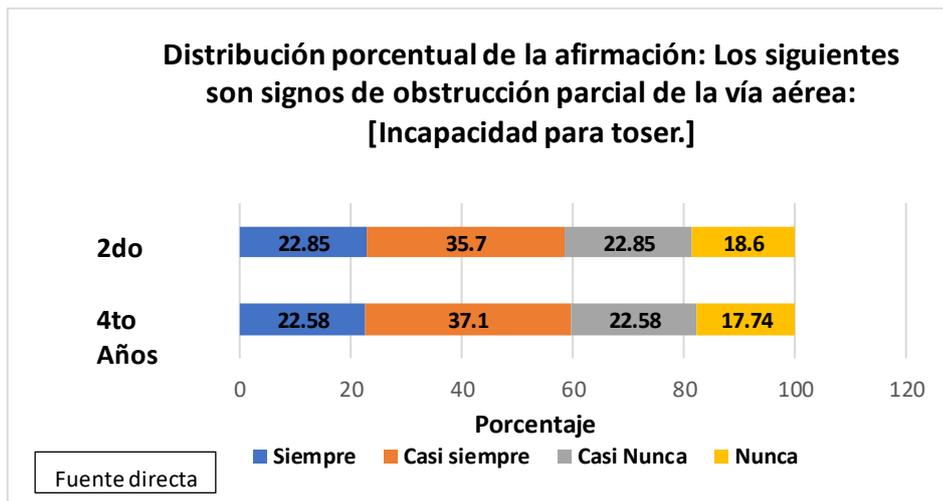
Gráfica número 14 se puede observar el mismo nivel entre los dos grados al seleccionar la opción de CASI SIEMPRE. Se debió seleccionar la opción SIEMPRE.

Gráfica Número 15



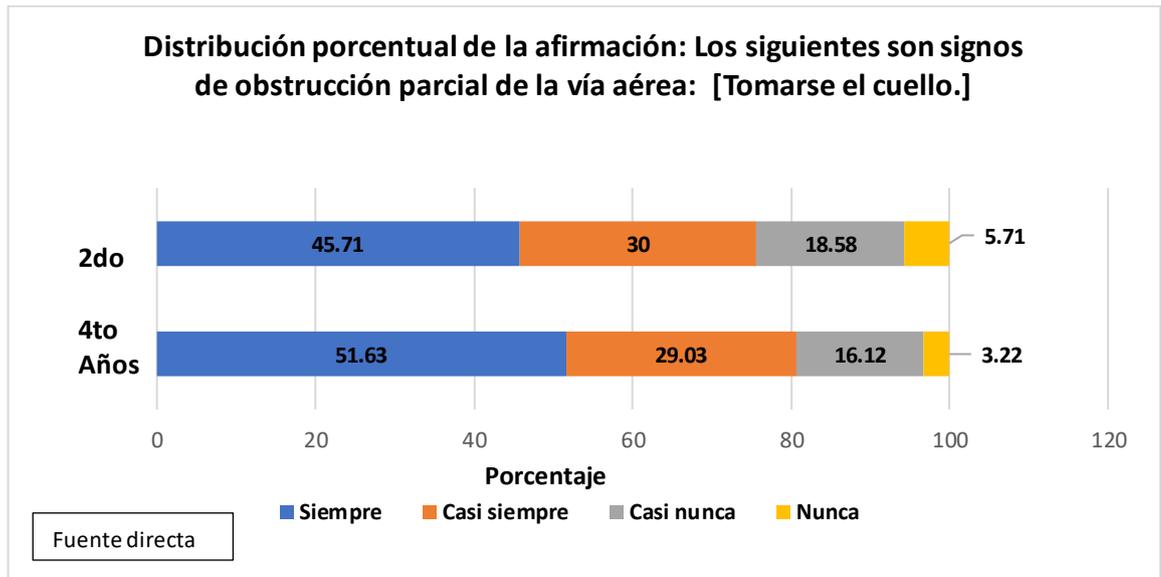
Gráfica número 15 se observa un porcentaje similar entre ambos grados, la opción que se debió seleccionar es: SIEMPRE, y los porcentajes se encuentran entre el 41.94% y el 44.3% siendo segundo el año que obtuvo el porcentaje más alto, aun así, el porcentaje es bajo debido a la importancia del planteamiento.

Gráfica Número 16



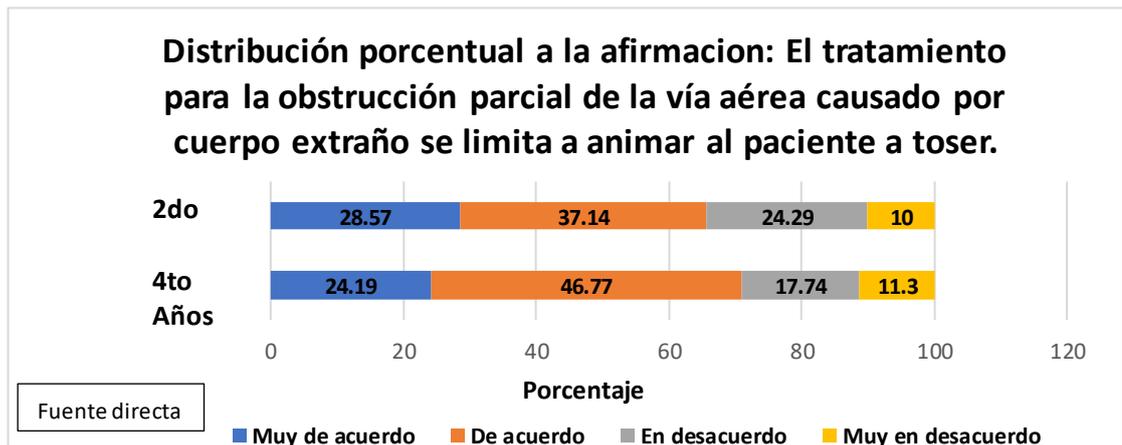
Gráfica número 16 se observa que los grupos de segundo y cuarto año el nivel de conocimiento es similar la afirmación correcta es: NUNCA solo un porcentaje bajo la seleccionó, por lo tanto se tiene carencia para identificar los signos básicos para actuar ante una obstrucción.

Gráfica Número 17



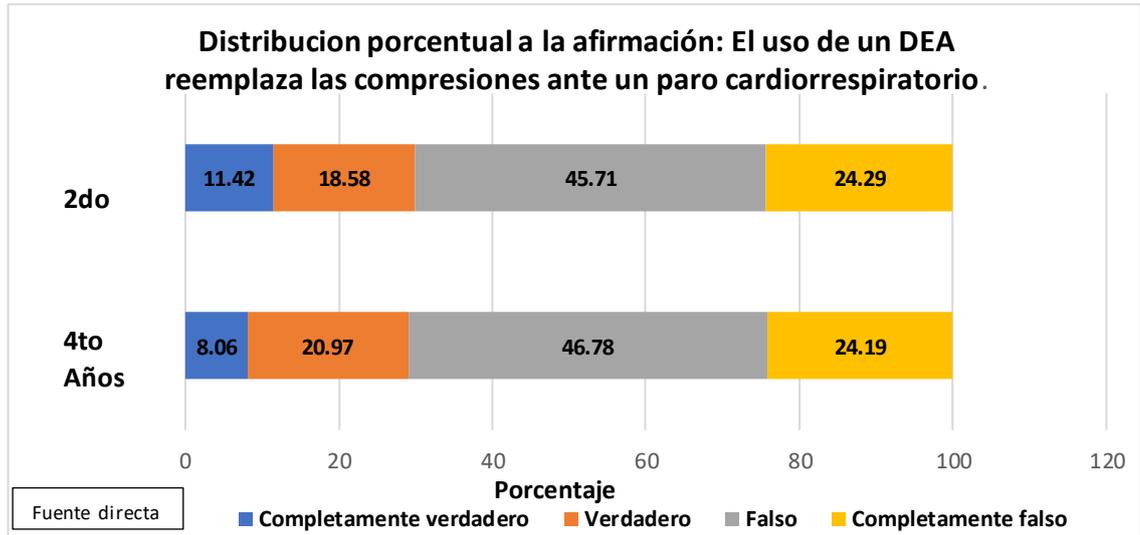
En la gráfica número 17 se puede notar que solo un porcentaje bastante bajo seleccionó la opción correcta para la afirmación: NUNCA.

Gráfica Número 18



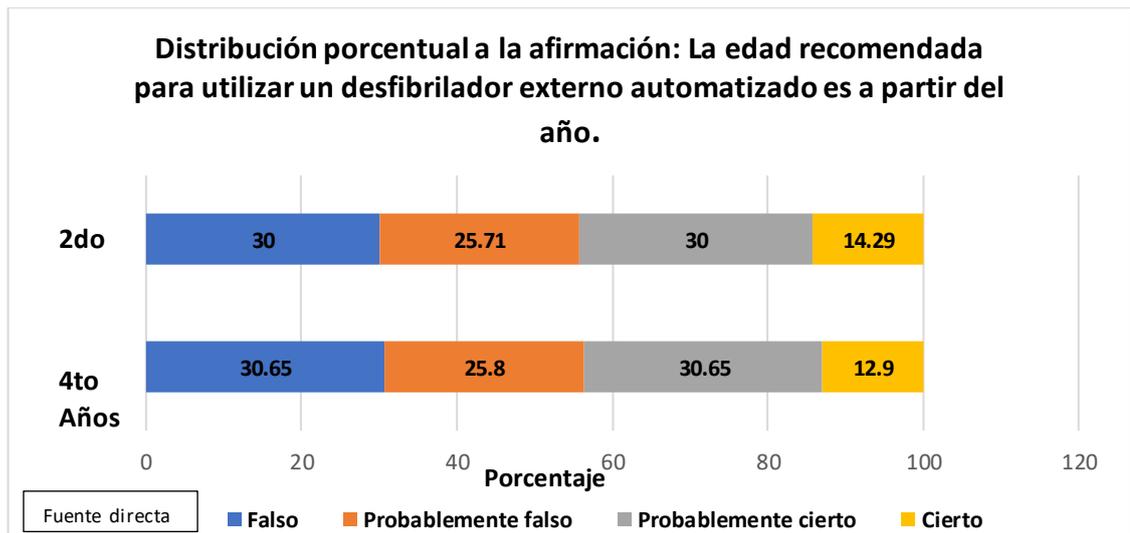
Gráfica número 18 podemos notar un bajo porcentaje del 28.57% y 24.19% seleccionado la opción correcta: MUY DE ACUERDO teniendo mayor porcentaje los estudiantes de segundo año rebasando por un casi 4%, esto nos refleja que en determinado momento para atender a un paciente se pueda o no tomar la decisión correcta para su atención.

Gráfica Número 19



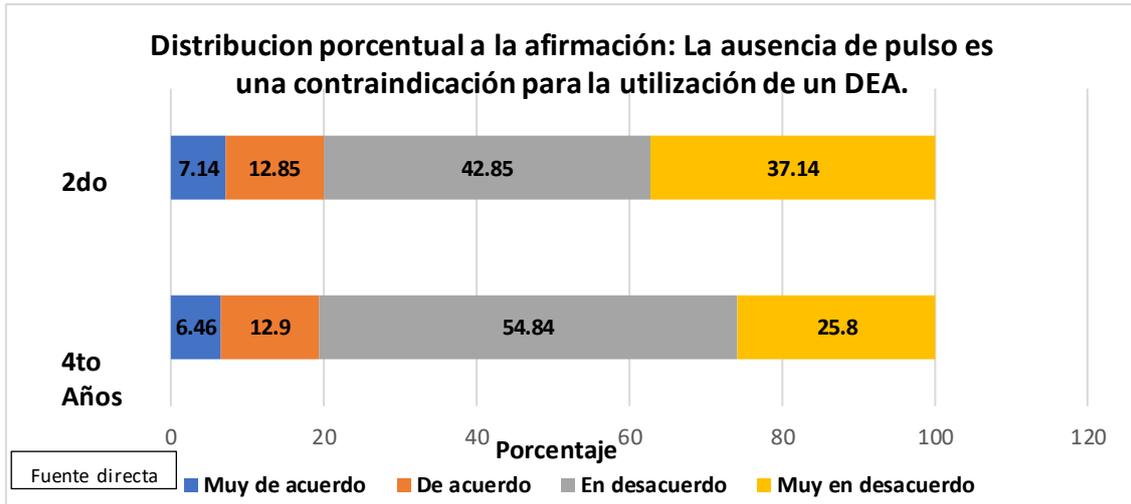
Gráfica número 19 en esta afirmación los estudiantes debieron seleccionar la opción: COMPLETAMENTE FALSO y tan solo el 24.19% y 24.29% respectivamente lo seleccionaron reflejando un nivel de conocimiento similar.

Gráfica Número 20



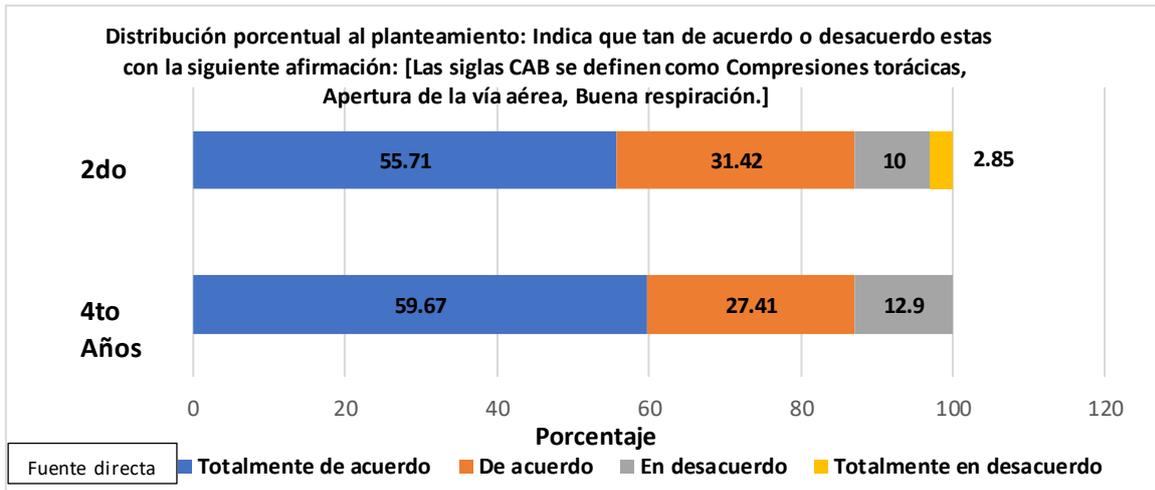
Gráfica número 20 se puede notar un bajo porcentaje del 14.29% y 12.9% de segundo y cuarto año respectivamente que seleccionaron la opción correcta: CIERTO.

Gráfica Número 21



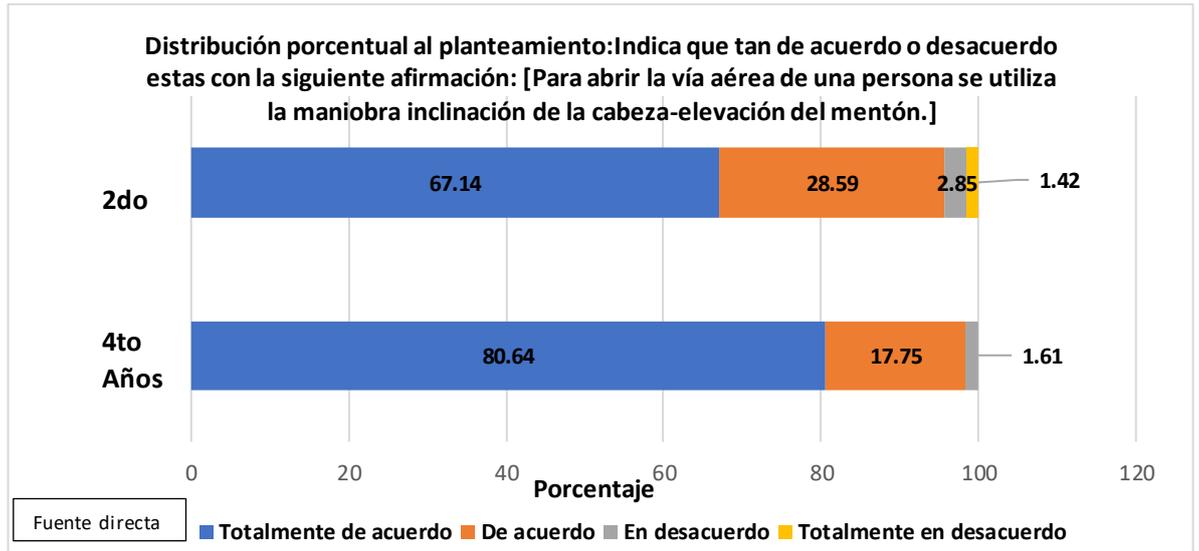
Gráfica número 21 El 37.14% del segundo grado selecciono la respuesta correcta: MUY EN DESACUERDO contra el 25.8% los de cuarto año.

Gráfica Número 22



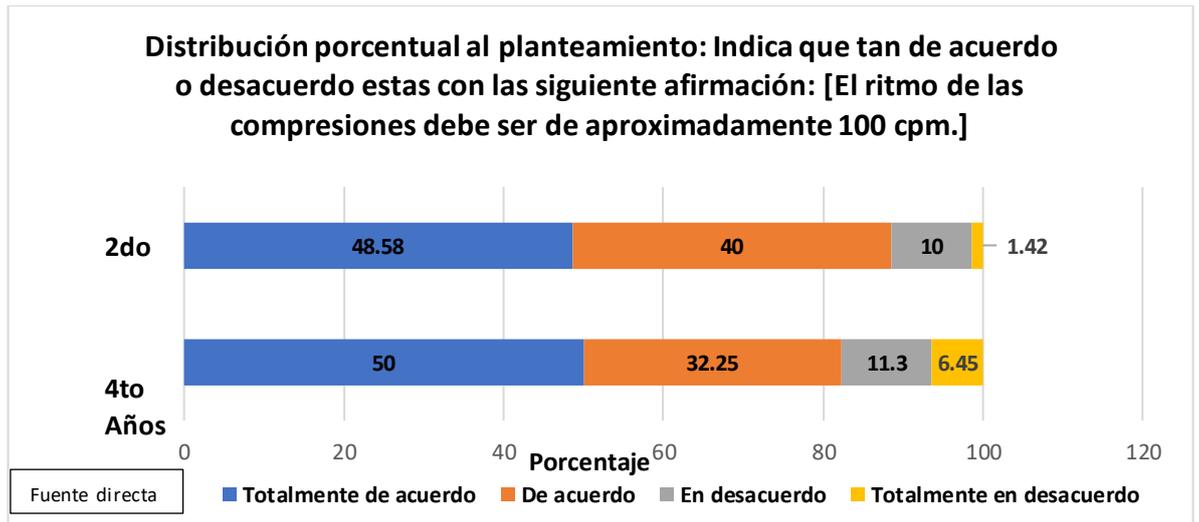
Gráfica número 22 en esta se puede observar que la respuesta fue favorable ya que un 55.71% del estudiantado de segundo y un 59.67% de los de cuarto acertaron con la respuesta correcta: TOTALMENTE DE ACUERDO.

Gráfica Número 23



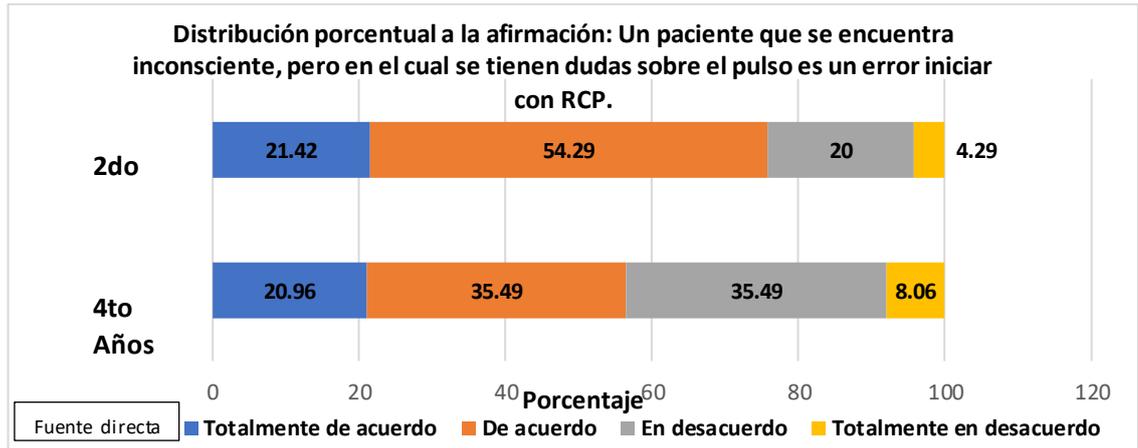
En la gráfica número 23 se puede observar un resultado aceptable sobre todo para el cuarto grado ya que el un 80.64% selecciono la opción correcta: **TOTALMENTE DE ACUERDO**.

Gráfica Número 24



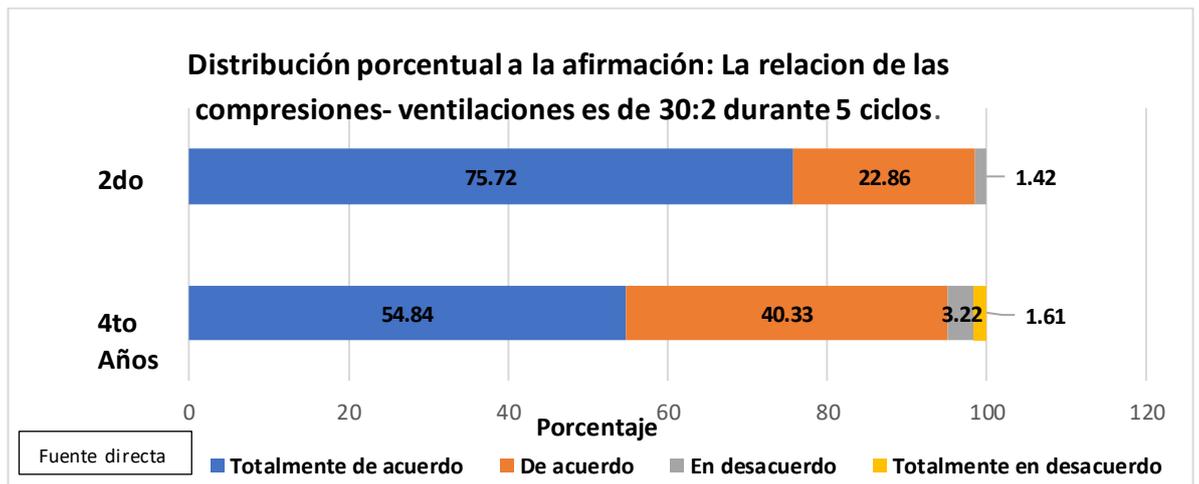
En la gráfica número 24 con el 50% los alumnos de cuarto año obtuvieron el mayor porcentaje seleccionando la respuesta correcta: **TOTALMENTE DE ACUERDO**.

Gráfica Número 25



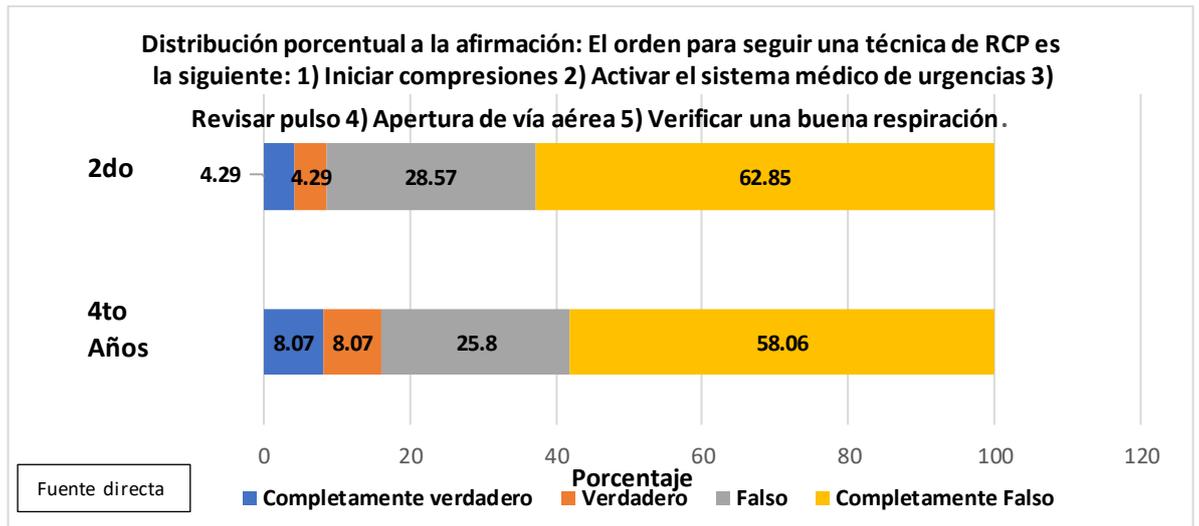
En la gráfica número 25 podemos observar que solo 4.29% de segundo año acertaron en la respuesta correcta: **TOTALMENTE EN DESACUERDO** y los de cuarto años con el 8.06%. Lo que significa que no conocen las indicaciones para iniciar RCP.

Gráfica Número 26



En la gráfica número 26 se obtuvo una respuesta positiva entre los dos grados con el 75.72% de alumnos de segundo año seleccionando la respuesta correcta: **TOTALMENTE DE ACUERDO**, y con un 54.84% los alumnos de cuarto año, añadiendo los que seleccionaron **DE ACUERDO**.

Gráfica Número 27



En la gráfica número 27 Más del 50% seleccionaron la respuesta correcta: COMPLETAMENTE FALSO, teniendo mayor puntaje los de segundo año con el 62.85% por debajo los de cuarto año con el 58.06%.

Como se observa en la tabla Número1, al comparar el promedio de calificación fue de 3 siendo una evaluación reprobatoria para ambos grupos.

Tabla 1 Comparativa del promedio de calificación obtenida al evaluar la encuesta en ambos grupos

| | Segundo año | Cuarto año |
|---------------------------------|--------------------|-------------------|
| Promedio de calificación | 3.1 | 3.01 |
| DE+- | 1.73 | 1.38 |

Tabla 2. Distribución de la frecuencia de las calificaciones del estudiantado de segundo año objeto de estudio.F.O.UNAM 2023

| CALIFICACIONES OBTENIDAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|
| 0.03 | 4 | 6 |
| 0.07 | 3 | 4.3 |
| 0.1 | 3 | 4.3 |
| 1.53 | 1 | 1.4 |
| 1.9 | 5 | 7.1 |
| 2.3 | 9 | 12.8 |
| 2.7 | 6 | 8.5 |
| 3.07 | 5 | 7.1 |
| 3.5 | 11 | 15.7 |
| 3.8 | 2 | 2.9 |
| 4.2 | 5 | 7.1 |
| 4.6 | 2 | 2.9 |
| 5 | 7 | 10 |
| 5.4 | 1 | 1.4 |
| 5.8 | 2 | 2.9 |
| 6.1 | 3 | 4.3 |
| 7.3 | 1 | 1.4 |
| TOTAL | 70 | 100 |

Fuente directa

Como se observa en la tabla número 2, solo 4 estudiantes de segundo año acreditaron la encuesta, 3 con una calificación de 6.1 y solo una persona obtuvo 7.3 de un total de 70 participantes. Por lo tanto, el 94.3% de estos encuestados no aprobaron el cuestionario.

Tabla 3. Distribución de la frecuencia de las calificaciones del estudiantado de cuarto año objeto de estudio. F.O.UNAM 2023

| CALIFICACIONES OBTENIDAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|
| 0.03 | 2 | 3.3 |
| 0.07 | 1 | 1.6 |
| 0.1 | 1 | 1.6 |
| 1.53 | 6 | 9.6 |
| 1.9 | 6 | 9.6 |
| 2.3 | 7 | 11.5 |
| 2.7 | 3 | 4.8 |
| 3.07 | 10 | 16 |
| 3.5 | 8 | 13 |
| 3.8 | 3 | 4.8 |
| 3.9 | 1 | 1.6 |
| 4.2 | 3 | 4.8 |
| 4.6 | 6 | 9.7 |
| 5 | 2 | 3.3 |
| 5.4 | 1 | 1.6 |
| 6.1 | 1 | 1.6 |
| 6.5 | 1 | 1.6 |
| TOTAL | 62 | 100 |

Fuente directa

Como se observa en la tabla número 3 solo 2 estudiantes de cuarto año acreditaron la encuesta, 1 con una calificación de 6.1 y otro con un 6.5 de un total de 62 participantes. Por lo tanto, el 96.8 % de estos encuestados no aprobaron el cuestionario.

IX. Discusión.

Es importante abordar la situación con empatía y comprensión, ya que cada grupo de estudiantes tiene su propio ritmo de aprendizaje y puede haber diversas razones detrás de las diferencias y falta de conocimiento.

Con base en los resultados y comparando la información que se consultó de diferentes autores, se ha podido observar que lamentablemente los egresados terminan la carrera sin saber resolver urgencias o emergencias en la consulta dental. Se esperaba que el estudiantado de cuarto año tuviera un conocimiento mayor con respecto a los de segundo, pero no fue así, ambos grupos aparecen como reprobados, en los diferentes ítems que se elaboraron se implementaron preguntas de escenarios reales, así como de conocimiento general, en los casos de situaciones reales el desempeño de ambos grupos es desalentador, no sabrían cómo actuar ni tomar las decisiones correctas para salvaguardar la vida de un paciente.

Para el caso de conocimiento general se observó que los alumnos de segundo año conservan la información más reciente por el tiempo transcurrido desde que se impartió el curso.

Por lo tanto, ambos grados están en un nivel de conocimiento bastante parejo, aunque no debería ser así, sería conveniente que los de cuarto año tengan un conocimiento más amplio y una habilidad mayor para actuar ante alguna emergencia en la clínica dental.

Es importante mencionar que un gran factor que no mencionan algunos autores es la importancia de la preparación docente a la hora de impartir o instruir al estudiantado, ya forman parte fundamental del equipo para la preparación del odontólogo y suelen deslindarse o delegar la responsabilidad al consultorio de emergencias de la facultad.

Es fundamental adoptar un enfoque comprensivo y activo para cerrar la brecha de conocimiento, involucrando a estudiantes, profesores y administradores en el proceso de mejora.

Aquí hay algunas posibles razones y algunas sugerencias para abordar la brecha de conocimiento en soporte básico de vida (SBV) entre los estudiantes de cuarto y segundo año:

Diferencias en el Plan de Estudios:

Es posible que los estudiantes de cuarto año no hayan recibido una instrucción adecuada sobre SBV I.

Se sugiere revisar y comparar los planes de estudios de ambos años para identificar posibles lagunas o verificar la continuidad de ambos.

Metodología de Enseñanza:

Examinar cómo se imparte la información en ambos años. ¿Se utilizan métodos interactivos y prácticos tanto en el segundo como en el cuarto año?

Considerar la posibilidad de mejorar las estrategias de enseñanza-aprendizaje y así reforzar la formación para hacer que el contenido sea más accesible y memorable con mayor número de cursos, certificaciones, escenarios clínicos etc.

Ofrecer sesiones de repaso o capacitación adicional sobre SBV para los estudiantes de cuarto año.

Fomentar la participación en cursos en línea, simulaciones virtuales o talleres prácticos.

Falta de Práctica:

La práctica regular es clave en SBV. Asegurarse de que los estudiantes tengan oportunidades para practicar las técnicas de manera realista.

Organizar simulacros de emergencia o sesiones prácticas para aplicar los conocimientos adquiridos.

Motivación y Conciencia:

Concientizar al estudiantado sobre la importancia del SBV y cómo puede marcar la diferencia en situaciones de emergencia.

Motivar a los estudiantes proporcionando ejemplos de casos reales en los que el SBV fue crucial y en los cuales ellos puedan participar de la mano de sus docentes.

Colaboración entre Niveles:

Fomentar la colaboración entre los estudiantes de diferentes niveles. Los estudiantes de cuarto pueden enseñar y compartir sus conocimientos con los de segundo año.

Implementar continuidad de las asignaturas para evitar que se dejen ciclos escolares sin reforzar los temas de la asignatura.

Evaluación Continua:

Realizar evaluaciones continuas para monitorear el progreso de los estudiantes en SBV.

Identificar y abordar las dificultades específicas que puedan tener los estudiantes de cuarto año que son los próximos a egresar ya que por el nivel de dificultad en las clínicas que cursan necesitan mayor preparación.

X. Conclusiones.

- El nivel de conocimiento con relación a soporte básico de vida I que posee el estudiantado de la F.O. UNAM. 2023. Resulto ser insatisfactorio.
- Se logró realizar una comparación entre los grupos de segundo y cuarto año, lo que permitió observar si hay diferencias en el progreso del conocimiento a medida que avanzan en los grados escolares. En la mayoría de los casos, los estudiantes de segundo año exhiben un porcentaje de conocimiento ligeramente mayor en comparación con los de cuarto año, esto puede explicarse debido a que los de segundo año acaban de cursar la asignatura.
- A prácticamente un par de años de egreso el estudiantado de cuarto año no se encuentra capacitado para actuar ante una emergencia en el consultorio dental o en las clínicas de la Facultad de Odontología (Campus Ciudad Universitaria).
- Se requiere mantener una secuencia en el desarrollo de la asignatura, prolongándola a lo largo de la formación académica del estudiante, implementando evaluaciones periódicas y emitiendo certificaciones anuales.

XI. Referencias bibliográficas.

1. Herrera IA, Navarro D, Soto A, Pedroso W. Nivel de conocimientos sobre urgencias médicas durante la práctica profesional de los estomatólogos. Educ médica super (Impresa) [Internet]. 2021 [citado el 21 de diciembre de 2023];35(1): 1-16. Disponible en: <https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/2579/1145>
2. Contreras CM. Nivel de conocimiento sobre el manejo de situaciones de emergencia durante la consulta odontológica [Internet]. [Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015: 28-65 Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4596/Contreras_ec.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Rojas IA, Morales D, Hernández W, editores. Urgencias médicas durante la práctica estomatológica. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2021 [citado el 21 de noviembre de 2023];20(6): Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1804/180473611010/html/>
4. Perales G. Nivel de conocimiento sobre protocolos de atención en urgencias médicas en consultorios odontológicos [Internet]. [Perú]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2023: 9-17 Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/10719/REP_GIANCA_RLO.PERALES_SOBRE.PROTOCOLOS.pdf
5. Gutiérrez P, Cázares F, Sanmiguel M, Salinas A. Enfoques actuales de las emergencias médicas en odontología. Revista Mexicana de Estomatología [Internet]. 2017 [citado el 21 de noviembre de 2023];3(2):93–103. Disponible en: <https://www.remexesto.com/index.php/remexesto/article/view/82>
6. Castelo EE. Manejo de las principales emergencias en la atención odontológica [Internet]. [Ecuador]: Universidad Nacional De Chimborazo; 2020: 19-50 Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/6367/1/MANEJO%20DE%20LAS%20PRINCIPALES%20EMERGENCIAS%20EN%20ODONTOLOG%c3%8dA%20-%20PDF.pdf>

-
-
7. Muñana JE, Ramírez A. Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. *Enferm Univ* [Internet]. 2014 [citado el 21 de noviembre de 2023];11(1):24–35. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v11n1/v11n1a5.pdf>
 8. Gutiérrez P, Elizondo MC, Salinas A, Cázares F. Conceptos actuales de interpretación de los signos vitales en odontología y su aplicación clínica. *Revista ADM* [Internet]. agosto de 2019;76(4):229–233. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/COMPLETOS/adm/2019/od194.pdf>
 9. Secretaría de Salud (México). Proyecto de Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas, para quedar como Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-034-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas [Internet]. *Diario Oficial de la Federación* de 15 de junio de 2006 [acceso 1 de noviembre de 2023]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m020ssa294.pdf>
 10. Golpi FC, García Castro A, Martín A, Bibiano Guillén C, Vázquez Lima MJ, editores de la edición en español. Libro del estudiante de SVB/BLS para profesionales de la salud [Internet]. Mesquite, TX, EUA.: American Heart Association; 2012: 1-45 [acceso 20 de noviembre de 2023]. Disponible en: <http://www.lifeguard.cl/files/Resumen-BLS-2013-A.H.A.pdf>
 11. Jenkins JL, Loscalzo J, Braen GR. *Manual de Medicina de Urgencia*. 2a. ed. Masson-Pequeño, Marrón; 1996: 3-20
 12. Malamed SF, Robbins KS. *Urgencias médicas en la consulta de odontología*. España: Mosby/Doyma Libros; 1994: 102-448
 13. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales. [En línea]. México. 2016. [consultado el día 28 de noviembre de 2023] Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5462039&fecha=23/11/2016

-
-
14. Matiz H. El desfibrilador externo automático (DEA): un aparato que debe utilizarse en muchos sitios para salvar vidas. *Revista Colombiana de Cardiología* [Internet]. 2009; [citado el 30 de noviembre de 2023]; 16(4):137–42. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01205633009000400001
 15. Gutiérrez P, Gutiérrez H. Urgencias médicas en estomatología. 2da edición. México: Editorial El Manual Moderno; 2012: 3-108, 185-190.
 16. Šink Žiga, Umek N, Šoštarič M. Emergencias médicas en consultorios dentales. *ZdravVestn* [Internet]. 31Ago.2019 [citado 23 noviembre 2023]; 88(7-8):348-59. Disponible en: <https://vestnik.szd.si/index.php/ZdravVest/article/view/2882>
 17. Díaz CY, Araiza P, Ávila DE, Juárez MF, Pérez EL, Haro Y. Conocimiento de egresados de Odontología sobre emergencias médicas. *Contexto Odontológico* [Internet] 2022; [citado 1 de diciembre 2023]12(24):19–24. Disponible en: <https://revistas.uaz.edu.mx/index.php/contextoodontologico/article/view/2294/1837>
 18. Casco MM, Jacquett NL. Nivel de conocimiento sobre el manejo de emergencias médicas de los alumnos de quinto y sexto año de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Paraguay Pierre Fauchard. *Rev Nac Odontol.* [Internet] 2018;13(26):1-16. Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/2041>
 19. Newby JP, Keast J, Adam WR. Simulation of medical emergencies in dental practice: Development and evaluation of an undergraduate training programme. *Australian Dental.* 2010;55(4):399-404. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2010.01260.x>.
 20. Canto R. La reanimación cardiopulmonar (RCP). Implicaciones éticas en la toma de decisiones. *Ética de los Cuidados.* 2008; [citado el 20 de noviembre de 2023];1(1). Disponible en: <https://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6737.php>
 21. Rosenberg M. Preparing for medical emergencies. *J Am Dent Assoc* [Internet]. 2010 [citado el 23 de noviembre de 2023]; 141: S14–19. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20436085/>

-
-
22. Gutiérrez P, Martínez HR, Rivera G. Importancia actual de las urgencias médicas en el consultorio dental. Revista ADM. 2012 [citado 20 noviembre 2023]; 69(5):208-13. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2012/od125c.pdf>
23. Granero J, Fernández C. Soporte Vital Básico y Avanzado Basado en las recomendaciones ERC 2010: 21-71 Sistemas de oficina de Almería; 2011:
24. López JB, Herrero P, Pérez JL, Martín H. Novedades en soporte vital básico y desfibrilación externa semiautomática. Med Intensiva [Internet]. 2011; [citado el 1 de diciembre de 2023];35(5):299–306. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021056912011000500007
25. Limmer D, O’Keefe M. Urgencias Prehospitalarias. México: Editorial El Manual Moderno, 2017: 504-518

XII. Anexos.

Prueba diagnostica

Año que cursa:

Edad:

Género: M F

INSTRUCCIONES: Lee cuidadosamente cada enunciado y marca la casilla que consideres correcta. No dejes respuestas en blanco. La información de este cuestionario es confidencial, GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN.

1. La incidencia de las urgencias en el consultorio dental es de aproximadamente 74%.

Completamente verdadero

Verdadero

Falso

Completamente Falso

2. La escala de Glasgow consta de 3 ítems, la cual puede obtener una puntuación de 3-15.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

Desacuerdo

Totalmente desacuerdo

3. Una mayor puntuación en la Escala de Glasgow nos indica un daño mayor por trauma en el paciente.

Completamente verdadero

Verdadero

Falso

Completamente Falso

4. Los estímulos dolorosos nos sirven para evaluar el estado neurológico del paciente.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

Desacuerdo

Totalmente desacuerdo

5. La presión supraorbitaria, la presión mandibular y la presión del trapecio son métodos para un estímulo doloroso periférico.

Cierto

Probablemente cierto

Probablemente falso

Falso

6. Los valores normales del pulso van de 60 a 100 latidos por minuto.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

Desacuerdo

Totalmente desacuerdo

7. Existen al menos 10 puntos anatómicos diferentes donde tomar el pulso.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

Desacuerdo

Totalmente desacuerdo

8. Para situaciones de urgencia se recomienda tomar el pulso de la arteria carótida.

Completamente verdadero

Verdadero

Falso

Completamente Falso

9. Ante una urgencia en el consultorio dental, el sistema de emergencia me ofrece una ambulancia de traslado.

Muy de acuerdo

De acuerdo

Desacuerdo

Muy desacuerdo

10. El procedimiento por seguir ante un paciente consciente con obstrucción de la vía aérea es la maniobra de Heimlich.

Totalmente correcto

Correcto

Incorrecto

Totalmente incorrecto

11. Los siguientes son signos de obstrucción parcial de la vía aérea.

-Incapacidad para hablar (N)

-Tos débil e ineficaz (S)

-Ruidos vocales alterados (S)

-Incapacidad para toser (N)

-Tomarse el cuello (N)

12. El tratamiento para la obstrucción parcial de la vía aérea causado por cuerpo extraño se limita a animar al paciente a toser.

Muy de acuerdo

De acuerdo

Desacuerdo

Muy desacuerdo

13. El uso de un DEA reemplaza las compresiones ante un paro cardiorrespiratorio.

Completamente verdadero

Verdadero

Falso

Completamente Falso

14. La función principal del DEA es la interpretación real del ritmo cardiaco y recomendar si debe realizarse una descarga o no.

Muy de acuerdo

De acuerdo

Desacuerdo

Muy desacuerdo

15. La edad recomendada para utilizar un desfibrilador externo automatizado es a partir del año.

Cierto

Probablemente cierto

Probablemente falso

Falso

16. La ausencia de pulso es una contraindicación para la utilización de un DEA.

Muy de acuerdo

De acuerdo

Desacuerdo

Muy desacuerdo

17. Las siglas CAB se definen como Compresiones torácicas, Apertura de la vía aérea, Buena respiración.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

Desacuerdo

Totalmente desacuerdo

18. Para abrir la vía aérea de una persona se utiliza la maniobra inclinación de la cabeza-elevación del mentón.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

Desacuerdo

Totalmente desacuerdo

19. El ritmo de las compresiones debe ser de aproximadamente 100-120 cpm.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

Desacuerdo

Totalmente desacuerdo

20. Un paciente que se encuentra inconsciente, pero en el cual se tienen dudas sobre el pulso es un error iniciar con RCP.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

Desacuerdo

Totalmente desacuerdo

21. La relación de las compresiones-ventilaciones es de 30:2

Totalmente de acuerdo.

De acuerdo

Desacuerdo

Totalmente desacuerdo

22. El orden para seguir una técnica de RCP es la siguiente: 1) Iniciar compresiones 2) Activar el sistema médico de urgencias 3) Revisar pulso 4) Apertura de vía aérea 5) Verificar una buena respiración.

Completamente verdadero

Verdadero

Falso

Completamente Falso