

**Manual de Actuación ante
emergencias y complicaciones
derivadas del ejercicio de la
profesión**

ÍNDICE

Introducción.....	1
Reconocimiento de signos vitales.....	2

Introducción

Para poder actuar ante una emergencia es necesario adoptar una serie de medidas básicas:

- 1- Conocer las emergencias que se producen con mayor frecuencia
- 2- Saber actuar ante esas emergencias siguiendo protocolos establecidos
- 3- Información de los servicios externos de urgencia (112, Centro nacional de información toxicológica...)
- 4- Disponer del Equipamiento y material necesario para la atención de urgencias médicas o complicaciones de tipo cardiopulmonar básicas, además se deberá contar con un equipo de reanimación cardiopulmonar básico.
- 5- Realizar simulacros para tener control sobre los protocolos y corregir deficiencias.

Ante una situación de emergencia súbita con riesgo vital, está demostrado que la resolución del caso puede depender mucho de la primera respuesta sanitaria que se dé.

Actuación básica

La primera toma de contacto con posibles emergencias se realiza al elaborar la **historia clínica**. Esta anamnesis debe contener la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente¹.

La obtención de asistencia médica de urgencia lo antes posible y la preparación personal para aplicar técnicas de reanimación son también fundamentales para poder afrontar las urgencias médicas en la clínica dentales. Realizar simulacros, tener preparado todo el sistema y revisar periódicamente el protocolo de actuación ante emergencias son tareas necesarias y obligatorias si queremos que todo se ejecute correctamente y que cada cual sepa cual es su papel ante una urgencia.

Los principios básicos de actuación deben ser:

- 1- Proteger tanto al accidentado o enfermo como a uno mismo
- 2- Avisar al servicio de urgencias 112 e informar del hecho con la mayor exactitud posible en caso de requerirse.
- 3- Mientras tanto, atender al paciente, tranquilizándolo y procediendo a una exploración primaria

¹ Art. 15.1 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

Reconocimiento de signos vitales (consciencia, respiración y pulso)

1. **Consciencia:** preguntar al paciente qué le pasa y si nos oye. Si contesta es posible que mantenga las constantes vitales. Colocarle en la posición en la que se sienta mas cómodo, normalmente ante dificultad respiratoria o dolor precordial suelen estar mas cómodos sentados. Ante pródromos de síncope vaso-vagal colocar al paciente en **decúbito supino** con las **piernas elevadas** (favoreciendo así el retorno de la sangre al corazón y mejorando el aporte cerebral de la misma) en el mismo sillón dental.

En caso de **inconsciencia** debemos asegurarnos de que está realmente inconsciente (gritándole y sacudiéndole ligeramente) y colocarle en decúbito supino con ligera elevación de los pies. En caso de **embarazadas** colocar en posición lateral izquierda.

2. **Respiración:** acercar la mejilla a la boca y nariz del paciente para percibir la salida del aire y el calor del aire expirado, comprobando los movimientos torácicos y no más de 10 segundos. **En caso de no detectar respiración o de duda si respira** realizar las maniobras de reanimación pulmonar:

A) Apertura de la vía aérea: eliminar posibles objetos extraños que se encuentren en la cavidad bucal [Fig. 1]

B) Aspirar las secreciones de la garganta (con la cánula de aspiración)

C) Abrir la vía aérea hiperextendiendo la cabeza hacia atrás [Fig. 2]

D) Abrir la vía aérea con la **maniobra frente-mentón:** una mano sobre la frente y los dedos de la otra mano debajo de la mandíbula, desplazando la frente hacia atrás mientras traccionamos de la mandíbula hacia arriba y adelante. [Fig. 3]



Fig. 1

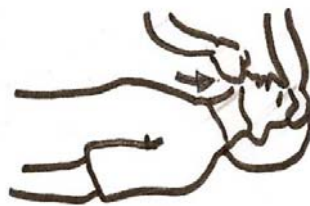


Fig. 2



Fig. 3

E) Realizar dos insuflaciones que logren subir el pecho (con 4 segundos de diferencia).

F) Si tenemos pulso dar una insuflación cada 5-6 segundos y comprobar el pulso cada 2 minutos. Si no tenemos pulso pasar a masaje cardiaco.

La insuflación se realizará con un ambú o de manera manual (tapando la nariz al insuflar).

3. Pulso: localizar la laringe (nuez) y deslizar los dedos índice y medio hasta el hueco que forma la laringe con los músculos laterales del cuello, presionando con la yema de los dedos. **No usar el dedo pulgar para comprobar el pulso.**

Si no hay pulso, iniciar el masaje cardiaco en ciclos de **30 compresiones por dos insuflaciones (30:2)** y **15:2** en niños.

Modo de realizar el masaje cardiaco: poner al paciente en una superficie dura con las rodillas del que va a hacer el masaje cerca del torax del paciente. Se debe seguir el reborde costal localizar el apéndice xifoides y dos traveses de dedo hacia la cabeza (será la mano que quede debajo), colocar el talón de la mano, entrecruzar los dedos y con los brazos rectos, cargar el peso del cuerpo (no levantar las manos) con la fuerza necesaria para deprimir de cuatro a cinco centímetros. **La localización suele coincidir con la línea intermamaria en los varones adultos normales** (no en la apófisis xifoides).

Regla “Presiona rápido y Presiona fuerte” (ratio 100 compresiones por minuto)¹.

Posiciones de espera

- **Posición Lateral de Seguridad (PLS):** indicada para personas inconscientes, sin traumatismos en columna o cráneo, con respiración y pulso estables. Se controlará el vómito y se evitará la caída de la lengua hacia atrás.
 - Paciente boca arriba, apartar el brazo mas próximo al operador y ponerlo cerca de la cabeza **[Fig. 1]**
 - Flexionar la pierna mas alejada del operador **[Fig. 2]**
 - Girar al paciente desde la rodilla y el hombro hasta que descansa sobre la pierna flexionada **[Fig. 3]**
 - Girar la cabeza del paciente en la misma dirección y abrirle la boca para provocar el vómito **[Fig. 3]**

¹ Circulation. Part 4: Adult basic life support. Circulation Journal of the American Heart Association 2005; 112;IV-19-IV-34.
Resuscitation Guidelines 2005: Resuscitation Council (United Kingdom): <http://resus.org.uk/pages/als.pdf>

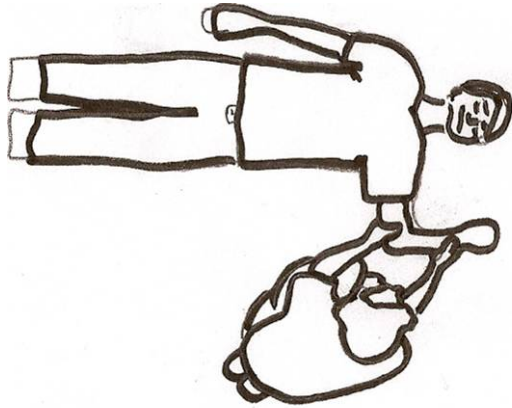


Fig. 1

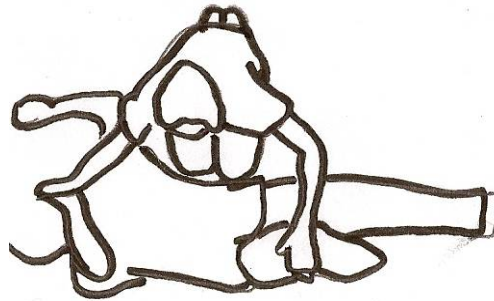


Fig. 2

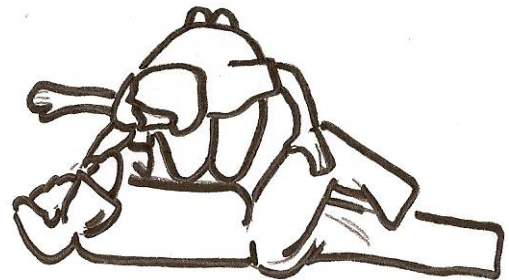


Fig. 3

- **Decúbito supino:** cuando se sospecha de una posible fractura de extremidades inferiores y para aplicar soporte vital básico.
- **Piernas elevadas:** para lipotimias y mareos.

Ante sospecha de traumatismo en la columna vertebral no movilizar al paciente

Equipamiento y Botiquín Básico de emergencias

EQUIPO BÁSICO DE EMERGENCIA	
1.	Equipo de succión dental y quirúrgica.
2.	Resucitador manual con máscara facial. (Ambú)
3.	Cánulas orofaríngeas tipo Guedel números 1, 3 y 5, abre bocas y tiralenguas
4.	Fonendoscopio.
5.	Esfigmomanómetro.
6.	Complementos para la administración de fármacos: 1.- Jeringas desechables con agujas estériles para inyección VSC, VIV y VIM. 2.- Torniquete para punción venosa. 3.- Cánulas intravenosas gruesas (10-16). 4.- Sistemas de conexión. 5.- Esparadrapo y alcohol.
7.	Teléfonos de emergencias
8.	Bolsa de papel para hiperventilación.

FÁRMACOS BÁSICOS DE EMERGENCIA

<i>Medicamento</i>	<i>Indicación</i>	<i>Dosis Inicial en el Adulto</i>
1. Oxígeno (según requerimientos de la consulta)	Casi cualquier emergencia médica	100% vía inhalatoria
2. Epinefrina	Anafilaxis Asma que no responde a albuterol/salbutamol Paro cardíaco	0,1 mg i.v. ó 0,3-0,5 mg i.m. 0,1 mg i.v. ó 0,3-0,5 mg i.m. 1 mg i.v.
3. Nitroglicerina	Dolor de tipo anginoso	0,3-0,4 mg vía sublingual
4. Antihistamina (difenhidramina ó clorfenhidramina)	Reacciones alérgicas	25-50 mg i.v., i.m. 10-20 mg i.v., i.m.
5. Albuterol/Salbutamol	Broncoespasmo asmático	2 sprays: vía inhalatoria
6. Aspirina	Infarto de miocardio	160-325 mg
7. Atropina	Bradycardia clínicamente significativa	0,5 mg i.v. ó i.m.
8. Efedrina	Hipotensión clínicamente significativa	5 mg i.v. ó 10-25 mg i.m.
9. Hidrocortisona	Insuficiencia adrenal Anafilaxis recurrente	100 mg i.v. ó i.m. 100 mg i.v. ó i.m.
10. Lorazepam ó Midazolam	Estatus epiléptico Estatus epiléptico	4 mg i.m. ó i.v. 5 mg i.m. ó i.v.

El botiquín debe guardarse en un lugar ni muy seco ni húmedo, lejos de fuentes directas de calor.

EMERGENCIAS MÁS FRECUENTES

PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO

CONCEPTO: El cuadro más habitual de pérdida de conocimiento es el **síncope** o pérdida brusca y transitoria de la conciencia y tono muscular, de duración corta y recuperación espontánea, sin que sea necesaria una actuación médica y sin repercusión posterior.

El síncope vaso-vagal o espasmo suele ir precedido de sudor frío, palidez, náuseas y visión borrosa. Dura segundos y suele tener una recuperación rápida. Agentes que lo provocan: estrés, hipotensión, dolor, hiperventilación, problemas cardiacos, hipo o hiperglucemia, dietas de adelgazamiento muy severas, crisis epiléptica, patología vascular cerebral o traumatismo craneal.

MODO DE ACTUACIÓN: En cuanto se noten los primeros síntomas, colocar al paciente en decúbito con las piernas elevadas. Si hay pérdida de conocimiento usar la posición lateral de seguridad y mantener la vía aérea abierta. Tranquilizar al paciente tras la recuperación. No dejar al paciente solo por el riesgo de traumatismo si se produce una caída durante el síncope.

CONVULSIONES

CONCEPTO: episodio de origen neurológico de inicio brusco que puede manifestarse con sintomatología sensitiva o motora, perdiendo o no la conciencia. Lo mas habitual es la pérdida brusca de conocimiento seguida de movimientos bruscos de las extremidades y cianosis. Ceden espontáneamente y suelen ser breves.

MODO DE ACTUACIÓN: mantener al paciente tumbado retirando los objetos que tenga alrededor para que no se golpee. Intentar evitar la mordedura de la lengua con un pañuelo, no un objeto duro. Tras el episodio colocar al paciente en posición lateral de seguridad.

OBSTRUCCIÓN DE VÍAS RESPIRATORIAS

CONCEPTO: certeza o sospecha de cuerpo extraño en vías respiratorias. Se deben realizar las maniobras oportunas para su desobstrucción. El mecanismo más eficaz para expulsar el cuerpo extraño es la tos.

MODO DE ACTUACIÓN: Si el paciente respira animarle a que tosa. Si esto no es efectivo debemos diferenciar dos situaciones:

Paciente consciente: si tosiendo no elimina el cuerpo extraño, realizar la maniobra de Heimlich hasta que se expulse el cuerpo:

- Reanimador de pié sujetando al paciente por detrás, pasando los brazos por debajo de las axilas y rodeando el torax.
- Colocar las manos sobre el abdomen y efectuar 5 compresiones hacia arriba y atrás



Paciente inconsciente: examinar la boca y retirar el objeto solo si es accesible. Comprobar la respiración y, si no respira, efectuar 5 insuflaciones. Si no se mueve el torax realizar la maniobra de Heimlich 5 veces de la siguiente manera:

- Colocar al paciente boca arriba, con la cabeza a un lado y la boca abierta.
- Colocarse a horcajadas sobre sus caderas
- Colocar el talón de una mano por encima del ombligo y por debajo del esternón. Colocar la otra mano sobre la primera cogiéndose la muñeca y aplicar movimientos hacia dentro y hacia arriba.

Repetir la maniobra hasta que se elimine la obstrucción.

REACCIONES ALÉRGICAS

CONCEPTO: respuesta anormal ante determinado estímulo en un individuo predispuesto. Pueden afectar a un órgano o ser multiorgánicas y aparecer inmediatamente o a las horas. Podemos considerar tres tipos de reacciones:

- urticaria: proceso cutáneo que cursa con intenso prurito o sensación de quemazón y que se acompaña de la aparición de lesiones habonosas en toda la superficie cutánea y, en ocasiones, también en mucosas. Lo característico de este proceso es que las lesiones tienden a desaparecer en unas horas. Se debe retirar el estímulo inmediatamente.
- Angioedema: se caracteriza por la rápida tumefacción (edema) de la piel, las mucosas y los tejidos submucosos. Puede producir dificultad respiratoria. Aplicar antihistamínico inmediatamente.
- Anafilaxia: reacción alérgica severa en todo el cuerpo y es potencialmente mortal. Cursa con prurito, sibilancias, estridor hipotensión, taquicardia,

convulsiones y finalmente coma. Aplicar adrenalina inmediatamente para parar la reacción y usar corticoides para prevenir reacciones tardías.

MODO DE ACTUACIÓN: una buena historia clínica puede prevenir estas patologías, sobretodo al preguntar las posibles alergias a fármacos (que producen casi el 50% de las reacciones anafilácticas), por tanto, no dar medicamentos que no creamos seguros para el paciente. En cuanto se noten los primeros síntomas de reacción alérgica retirar el estímulo.

HEMORRAGIAS

CONCEPTO: salida de sangre a través de una herida o rotura arterial, venosa o capilar.

MODO DE ACTUACIÓN: limpiar cuidadosamente la zona afectada con suero fisiológico o agua del grifo suavemente. Después desinfectar la zona con povidona iodada o clorhexidina de dentro hacia fuera de la herida y comprimirla con gasas. Valorar la posibilidad de suturar la herida. No usar alcohol ni algodón para limpiar la herida ni retirar objetos punzantes de la herida.

ACCIDENTES EN LOS OJOS

CONCEPTO: introducción de cuerpos extraños o líquidos en los ojos.

MODO DE ACTUACIÓN: lavarse las manos o actuar con guantes. Impedir que el afectado se frote el ojo. Lavar con suero fisiológico a chorro. Si hay un cuerpo extraño, tirar del párpado inferior primero, que es donde se suele alojar el cuerpo extraño y si se ve retirarlo con gasa estéril. Si el objeto se ha clavado en el ojo o ha desgarrado el globo ocular no pretender retirarlo y acudir a un centro sanitario. En caso de quemadura por agente químico hacer lavado intenso (excepto si es ácido sulfúrico o ácido nítrico) y llamar al Centro Nacional de Información Toxicológica (915 62 04 20).

CRISIS ASMÁTICA

CONCEPTO: episodio de broncoespasmo que cursa con disnea y tos seca..

MODO DE ACTUACIÓN: es imprescindible una buena anamnesis en la historia clínica para saber si el paciente ha sufrido estos episodios. Recomendarle que siempre acuda al consultorio con su medicación broncodilatadora. Evitar factores desencadenante (como olores fuertes), y si se produce tranquilizar al paciente y mantenerlo sentado, haciendo que tome (inhale) su medicación.

URGENCIAS EN PACIENTES DIABÉTICOS

CONCEPTO: enfermedad crónica que cursa con un déficit de insulina, podemos tener dos situaciones:

- Hipoglucemia: disminución de glucosa en sangre por debajo de 60 mg/dl. Síntomas iniciales: temblor, palpitaciones, sudor frío y hambre. Si progresa puede provocar mareos, confusión, convulsiones y coma.
- Hiperglucemia: aumento de glucosa en sangre por encima de 180 mg/dl. No suele tener sintomatología, aunque los signos cardinales son poliuria y polidipsia, pudiendo llegar a náuseas, vómitos y dolor abdominal, pudiendo llegar al coma.

MODO DE ACTUACIÓN: es imprescindible una buena anamnesis en la historia clínica para saber si el paciente es diabético. Procurar no alterar el ritmo de comidas con los tratamientos odontológicos que se realicen, con citas cortas (y preferiblemente por la mañana) y sin generando el mínimo estrés posible.

- Hipoglucemia: administrar 10-15gr de azúcar de absorción rápida (dos terrones o 2 pastillas de Gluco-Sport). Si a los 10-15 minutos no persisten los síntomas repetir lo anterior. Si se recupera administrar 15gr de azúcares de absorción lenta (20gr de pan, 5 galletas, 1 fruta). Mantener la glucemia en 100 mg/dl. En caso de inconsciencia llamar al 112.
- Hiperglucemia: administrar insulina según pauta. Por encima de 400 mg/dl derivarlo a un servicio de urgencias.

En caso de duda actuar como si se tratara de una hipoglucemia.

TELÉFONOS DE INTERÉS

URGENCIAS

CENTRO DE SALUD

HOSPITAL

AMBULANCIAS

INFORMACIÓN TOXICOLÓGICA