

# PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES CON URGENCIAS MÉDICAS DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

Versión N°	Elaboró	Revisó y Aprobó
2.0	Daniela Zabala Enfermera  Leonardo Aguilar Enfermero	Decana: Joyce Huberman C.  Director Clínica Santiago Juan Ignacio Herrera P.  Director Clínica Viña del Mar Claudia Romero C.  Director Clínica Concepción Stefanie Klischies N.
 <p data-bbox="252 1848 422 1915">Universidad Andrés Bello Conectar - Innovar - Liderar</p> <p data-bbox="462 1792 742 1904">Facultad de Odontología</p>		Fecha entrada en vigencia: Marzo 2019  Fecha Próxima Revisión: Enero 2023

## INDICE

	<b>Página</b>
<b>1. Introducción</b>	<b>3</b>
<b>2. Objetivos y Alcance</b>	<b>3</b>
<b>3. Definiciones</b>	
<b>A. Crisis Hipertensivas</b>	<b>4</b>
<b>A.1</b> Flujograma Paciente Urgencia Hipertensiva	<b>6</b>
<b>B. Alteraciones metabolismos de la glucosa</b>	
<b>B.1</b> Hipoglicemia	<b>7</b>
<b>B.2</b> Hiperglicemia	<b>9</b>
<b>B.3</b> Flujograma atención paciente con Alteración Metabolismo de la Glucosa	<b>15</b>
<b>C. Sincope</b>	<b>16</b>
<b>C.1</b> Flujograma Atención de paciente con Sincope	<b>18</b>
<b>4. Bibliografía</b>	<b>19</b>

## 1. Introducción

Una emergencia médica puede producirse en cualquier lugar, y el sillón dental no es la excepción. La inyección de fármacos, el contacto con potenciales alérgenos como el látex, el uso de materiales dentales, antisépticos tópicos y ambientales, sumados al stress psicológico o quirúrgico producido por alguna de las maniobras que se realizan en los pacientes, son todos potenciales causantes de complicaciones médicas, la mayoría de las veces inesperadas.

## 2. Objetivos:

### General

- Crear un Protocolo de Manejo de pacientes que presenten alguna Emergencia y/o Urgencia Médica durante la atención Odontológica.

### Específicos

- Conocer los signos y síntomas clínicos de las urgencias/emergencias médicas más comunes y reconocer al paciente de riesgo.
- Conocer, preparar y utilizar insumos disponibles y necesarios para enfrentar las urgencias más comunes que se puedan producir durante la atención odontológica.
- Conocer y aplicar el protocolo básico que le permitirá manejar las diferentes situaciones de emergencias médicas que pueden ocurrir durante la atención de pacientes odontológicos.
- Conocer los roles y asignar funciones a los miembros del equipo odontológico presente en el momento en que se deba enfrentar una emergencia médica.

## 3. Alcance:

Todo el personal que tiene contacto con el paciente que se atiende en Clínica Odontológica Universidad Andrés Bello (Odontólogos-Docentes, Enfermeras, Asistentes Dentales y Alumnos).

## 4. Definiciones

### A.- CRISIS HIPERTENSIVAS-URGENCIAS HIPERTENSIVAS

**CRISIS HIPERTENSIVAS:** Es la situación clínica derivada de un alza de la presión arterial (PA), que obliga a un manejo eficiente, rápido y vigilado de la presión arterial, ya sea por los riesgos que implican las cifras tensionales por sí mismas o por su asociación a una condición clínica subyacente que se agrava con ascensos discretos de la presión arterial.

Se distinguen dos situaciones incluidas bajo este concepto:

**Urgencia Hipertensiva o Crisis Hipertensiva**, es la situación clínica en que la elevación brusca y sintomática de la PA debe ser controlada en forma rápida, pero no inmediata (incluso en días). En general, no hay riesgo vital. Dentro de las presentaciones clínicas podemos tener:

- ✓ Hipertensión con Presión Arterial Diastólica (PAD) > 130 mm Hg no complicada
- ✓ Insuficiencia Cardíaca
- ✓ Angina Estable
- ✓ Infarto cerebral
- ✓ Pre-eclampsia con presión arterial diastólica > 110 mm Hg

*No constituye una crisis hipertensiva la HTA con cifras tensionales elevadas, PAD mayores a 110 mmHg y menores a 130 mmHg, sin síntomas y sin amenaza de daño a corto plazo de órganos blanco.*

Existen por otro lado situaciones que producen una elevación compensatoria de la PA, en las cuales, la reducción brusca de dichos valores puede agravar la alteración primaria, como en Enfermedad Cerebro Vascular Isquémica o Hemorrágica y la Isquemia Placentaria.

**Emergencia Hipertensiva**, es la situación clínica en que la PA es de tal magnitud o, las circunstancias en las que la hipertensión se presenta son de tales características, que la vida del paciente y/o integridad de los órganos vitales están amenazados, lo cual obliga a su control inmediato, en minutos u horas. Dentro de las presentaciones o condiciones clínicas de la Emergencia Hipertensiva tenemos:

- ✓ Disección Aórtica
- ✓ Insuficiencia coronaria aguda
- ✓ Aneurisma disecante de la aorta
- ✓ Hemorragias intracraneanas
- ✓ Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC)
- ✓ Supresión brusca de la Clonidina
- ✓ Interacción de drogas y alimentos con inhibidores de la MAO
- ✓ Usuarios de Cocaína

Se debe evitar tratar en forma agresiva a pacientes con **alza de PA asintomática**, confundiéndola con emergencia o urgencia hipertensiva. En ellos hay que tranquilizar al paciente, adecuar terapia antihipertensiva oral, evaluar perfusión periférica, certificar PA de pie, dar indicaciones de control en las próximas 24-48 horas e idealmente coordinar control con la atención primaria. En estos pacientes están formalmente **contraindicados** los fármacos que reducen la PA en pocos minutos y cuyo efecto final puede ser una hipotensión significativa con hipoperfusión coronaria o cerebral. Tal es el caso del Nifedipino sublingual.

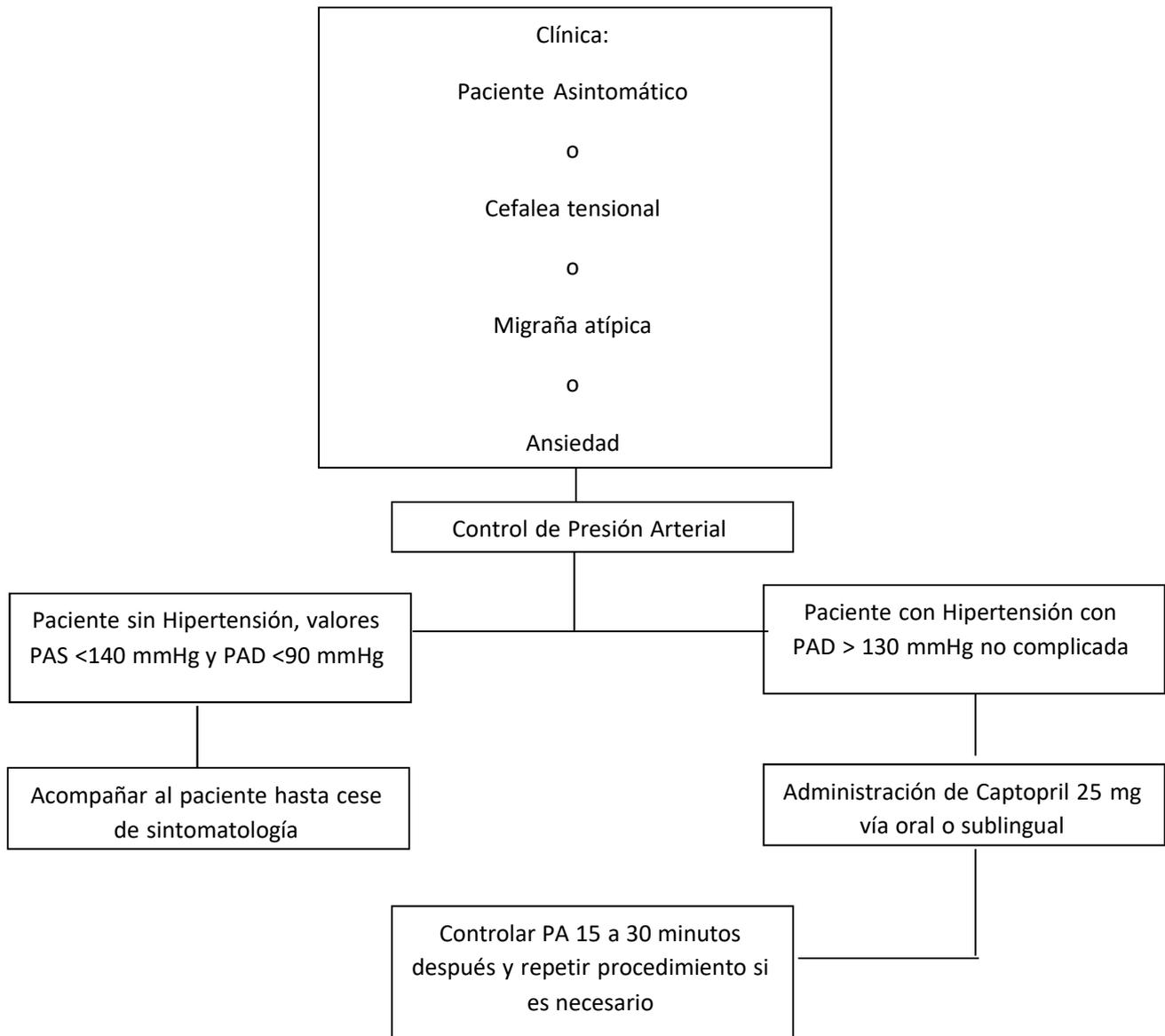
Por lo tanto y según lo anterior se debe insistir en lo peligroso de la conducta habitual de tratar como Crisis Hipertensivas a pacientes con PA Sistólica (PAS) mayor o igual a 180 mmHg o PAD mayor o igual a 130 mmHg asintomáticos o con molestias inespecíficas dado el riesgo de que estos hagan fenómenos isquémicos asociados al descenso brusco de la Presión Arterial, específicamente en territorios como el cerebro. En el caso de las Emergencias Hipertensivas, estas son clasificadas como de **Riesgo Vital** y requiere la activación de sistemas de apoyo de Emergencias (EMECAR y HELP). Para efectos prácticos esta guía sólo se enfocará al manejo de pacientes con Urgencias o Crisis Hipertensivas.

### **Tratamiento de las Urgencias Hipertensivas.**

En esta situación el manejo inicial debe ser realizado en Clínica Odontológica de la Universidad Andrés Bello. Para efectos del manejo farmacológico propuesto en esta guía, el fármaco de elección será el CAPTOPRIL. Dicho fármaco pertenece a la familia de los inhibidores de la Enzima Convertidora de la Angiotensina (I-ECA). Su presentación es en comprimidos de 25 mg. Se puede administrar por vía oral y sublingual, su efecto comienza entre los 15 a 30 minutos posteriores a su administración y su acción dura entre 6-8 horas. La dosis recomendada inicialmente es de 1 comprimido de 25 mg. Dentro de las contraindicaciones está:

- Hiperkalemia
- Enfermedad Renal con creatininemia mayor o igual a 2 mg/dl
- Estenosis Bilateral de arteria renal
- Depleción de volumen con marcada restricción de Sodio
- Focalidad compatible con accidente cerebro vascular

### A.1 Flujoograma atención de paciente con Urgencia Hipertensiva



## **B.- ALTERACIONES EN EL METABOLISMO DE LA GLUCOSA:**

### **B.1.- HIPOGLICEMIA**

La glucosa es el carburante principal del metabolismo energético y fundamental para el tejido nervioso como fuente principal de energía. De allí que la hipoglicemia, disminución en los niveles de glucosa en sangre, tenga un impacto notable sobre el metabolismo del tejido nervioso. El nivel de glicemia que se considera diagnóstico es motivo de controversia, se define hipoglicemia como un valor de glicemia < de 50 mg/dl, pero actualmente se sabe que los mecanismos de defensa contra la hipoglicemia de una persona sin diabetes se ponen en marcha con una glicemia de 68 mg/dl, lo que ha llevado a la redefinición de hipoglicemia: Por lo que vamos a considerar como hipoglicemia un valor menor o igual a 70 mg/dl. Si la hipoglicemia es severa y prolongada, puede sobrevenir el daño cerebral irreversible y hasta la muerte.

#### **Etiología:**

Las causas más comunes de hipoglicemia son la sobredosis de insulina y de hipoglicemiantes orales. Sin embargo, puede ser producto de diversas causas.

1. Hipoglicemia de ayuno
  - a. Hiperinsulinismo endógeno (insulinoma)
  - b. Deficiencias endocrinas (insuficiencia suprarrenal)
  - c. Insuficiencia renal
  - d. Fármacos (alcohol, propanol, sulfonamidas)
2. Posprandial
  - a. Reactiva
  - b. Relacionada con diabetes mellitus

Las hipoglicemias graves que se presentan con mayor frecuencia están relacionadas con el manejo de la diabetes mellitus. El 4% de las muertes de este tipo de diabéticos se debe a hipoglicemia.

Los factores precipitantes son:

- Hacer ejercicio excesivo sin precaución.
- Ayuno
- Dosis excesiva (o error) de insulina o hipoglicemiantes orales.
- Omisión o atraso en el horario de una comida.
- Beber alcohol sin comer.
- Falta de absorción de los alimentos (vómitos o diarrea).

En los pacientes no diabéticos, la causa más frecuente de hipoglicemia mediada por insulina es la liberación excesiva de insulina endógena por un tumor de células B del páncreas. Los datos que

hacen presumir el diagnóstico son la hipoglicemia en ayuno, una historia familiar y la exacerbación de los síntomas con el ejercicio.

La hipoglicemia posprandial (reactiva), por lo general, se relaciona con manifestaciones adrenérgicas, pero excepcionalmente es lo suficientemente severa como para deprimir el estado de conciencia.

### Síntomas

Los síntomas de hipoglicemia se dividen en dos grupos:

- I. Los que se originan en el cerebro como consecuencia de la falta de azúcar (síntomas neuroglucopénicos), ya que el sistema nervioso se resiente mucho por la falta de glucosa.
- II. Los relacionados con los intentos del cuerpo por mantener unos niveles de glucosa normales (síntomas adrenérgicos). Los signos neurológicos pueden durar hasta 48 horas después de la normalización de la glicemia.

Los primeros en producirse son los síntomas adrenérgicos ya que son consecuencia de la secreción de hormonas contrarreguladoras (hormonas que se oponen a la acción de la insulina) y que se secretan para poder contrarrestar la hipoglicemia. Posteriormente se producirán los síntomas causados por el déficit de glucosa en el cerebro (síntomas neuroglucopénicos).

**Tabla: Síntomas Adrenérgicos y Neuroglucopénicos**

Síntomas Adrenérgicos	Síntomas Neuroglucopénicos
✓ Palidez	✓ Falta de concentración
✓ Sudor frío	✓ Confusión
✓ Irritabilidad	✓ Mareo y debilidad
✓ Hambre	✓ Dolor de cabeza
✓ Temblor	✓ Visión doble o borrosa
✓ Nauseas	✓ Sensación de calor o de frío o alteración de la conducta
✓ Palpitaciones, <b>taquicardia</b>	✓ Alteración de la memoria a largo plazo
✓ Ansiedad	✓ Marcha inestable, falta de coordinación
✓ <b>Cefalea</b>	✓ Convulsiones
✓ <b>Hipotermia</b>	

## Cuadro Clínico

El cuadro hipoglicémico se clasifica según los niveles de glucosa:

1. **Hipoglicemia moderada** (glucosa sangre < 50 mg/dl), se presenta taquicardia, sudoración, parestesias faciales, irritabilidad progresiva y sensación de hambre.
2. **Hipoglicemia severa** (glucosa sangre < 30mg/dl) se manifiesta por confusión mental, convulsiones y coma.

## Tratamiento

Si el estado de conciencia del paciente lo permite, se elige la vía oral para iniciar el tratamiento. La dosis usual es de 20 g de glucosa (1 vaso de jugo de naranja natural, o cuatro cucharadas de azúcar). Si el paciente no puede tomar alimentos, administrar glucosa al 30% vía IV (dosis 0.5 a 1 gramo/kg).

## B.2.- HIPERGLICEMIA

Estados hiperglicémicos mantenidos y diabetes de larga duración, traen consigo complicaciones al organismo, llevando al paciente a sufrir daños en órganos como retina, riñones, nervios, vasos sanguíneos y también resultando en trastornos sistémicos asociados (hipertensión arterial, accidentes vasculares encefálicos, entre otras). La diabetes se asocia a una reducción en la expectativa y calidad de vida, aumento del riesgo de complicaciones y de eventos mórbidos relacionados con las complicaciones crónicas y aumento en los costos.

La carga global de la enfermedad por diabetes se estima en aproximadamente 173 millones el año 2002, y se proyecta que aumentará a 366 millones el 2030; dos tercios de ésta corresponde a países en vías de desarrollo, de África, Asia y Latinoamérica. El diagnóstico de diabetes tipo 2 en los niños y adolescentes es un hecho cada vez más frecuente, lo que seguramente aumentará aún más la carga de las complicaciones crónicas de la diabetes a nivel global.

Además de cambios generales de salud, como cetoacidosis, infecciones, tendencia al sangrado y respuesta cicatrizal deficiente, que a nivel bucal produce una mayor cantidad de trastornos tales como lesiones periodontales, candidiasis, xerostomía y caries.

Una revisión de la literatura sobre la relación entre diabetes y salud oral, especialmente enfocada en la enfermedad periodontal (EP), caries y pérdida dentaria, ha podido determinar: 1) la diabetes y el control inadecuado de la glicemia son factores de riesgo para la EP; 2) la infección periodontal tiene un efecto adverso en el control de la glicemia; 3) no existe una relación consistente entre diabetes, caries dental y pérdida dentaria. La EP, la caries dental y particularmente la pérdida dental, tienen una importancia significativa, considerando el rol especial que tiene la dieta en la salud de los pacientes con diabetes. Las complicaciones orales asociadas a la diabetes (candidiasis, mucormicosis, queilitis comisural, xerostomía y síndrome de ardor bucal), al igual que las afecciones

sistémicas relacionadas con la enfermedad, están vinculadas con el grado de control de la glicemia. Las personas con una diabetes controlada tienen menos patologías orales que aquellas con un pobre control de la glicemia. El odontólogo puede jugar un rol importante en el diagnóstico de la diabetes, pues los primeros signos y síntomas de la enfermedad se pueden desarrollar en la cavidad bucal.

### Etiología

La DM es una condición metabólica crónica de hiperglicemia que resulta de la alteración en la secreción y/o acción de la insulina. El estado de hiperglicemia crónica se asocia a largo plazo con disfunción e insuficiencia de diversos sistemas, especialmente el ocular, renal, tejido nervioso y cardiovascular.

La alteración en el metabolismo se produce por anomalías en el procesamiento de los hidratos de carbono, grasas y proteínas, dado por la acción deficiente de la insulina sobre los tejidos blanco. En un mismo paciente suele presentarse una alteración en la secreción de insulina y defectos en la acción de ésta.

### Diagnostico

Existen diferentes tipos de DM, pero actualmente, más que importar catalogar al paciente en una de ellas, importa entender la patogénesis para un adecuado tratamiento. Los criterios diagnósticos para diabetes se resumen en la Tabla 1. Cabe mencionar que en un paciente sometido a cirugía los valores de hiperglicemia habitualmente son subestimados. Actualmente, han cobrado importancia los estados conocidos como prediabéticos (Tabla 2), debido a que estos poseen un mayor riesgo cardiovascular y entre un 12% a 25% de probabilidad de desarrollar diabetes si dicha condición se mantiene.

**Tabla 1. Criterios diagnósticos de Diabetes Mellitus<sup>6</sup>**

Debe estar presente al menos uno de los siguientes:
1. Hemoglobina Glicosilada $\geq 6,5\%$ ***
2. Glicemia de ayuno $\geq 126$ mg/dl Requiere 8 h de ayuno***
3. Glicemia $\geq 200$ mg/dl 2 h post carga de 75 g de glucosa***
4. Paciente con síntomas clásicos de hiperglicemia, con glicemia aislada $\geq 200$ mg/dl

\*\*\*En ausencia de hiperglicemia inequívoca, criterios 1-3 deben ser confirmados con repetición de la prueba.

**Tabla 2. Estados con riesgo aumentado de desarrollar Diabetes Mellitus (Prediabetes)<sup>6,7</sup>**

1. Glicemia de ayuno: 100 mg/dl-125 mg/dl (glicemia de ayuno alterada)
2. Test de tolerancia a glucosa: 140 mg/dl-199 mg/dl a las 2 h posteriores a ingesta de 75 g de glucosa (intolerancia a la glucosa)
3. Hemoglobina glicosilada: 5,7%-6,4%

## Factores de Riesgo

Según recomendaciones realizadas por la Asociación Americana de Diabetes (ADA), sugieren estudiar a todos los pacientes mayores de 45 años y aquellos menores de esta edad con índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 25 y factores de riesgo adicionales que se mencionan en la Tabla 3.

**Tabla 3. Pacientes en que se recomienda realización de pruebas de *screening* para Diabetes Mellitus<sup>6</sup>**

1. Desde los 45 años en todo paciente
2. Pacientes con IMC mayor o igual a 25 con uno o más factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none"><li>- Sedentarismo</li><li>- Antecedente familiar primer grado con Diabetes</li><li>- Etnia de alto riesgo</li><li>- Mujeres con hijo nacido con macrosomía</li><li>- Hipertensión</li><li>- HDL menor a 35 mg/dl o triglicéridos mayor a 250 mgdl</li><li>- Mujeres con síndrome de ovario poliquístico</li><li>- Glucosa de ayuno alterada</li><li>- Intolerancia a la glucosa</li><li>- Condiciones de resistencia a la insulina</li><li>- Historia de enfermedad cardiovascular.</li></ul>

## Síntomas

Los síntomas característicos de hiperglicemia crónica son poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso . En tanto, condiciones agudas que pueden colocar en peligro la vida de un paciente diabético no controlado son la cetoacidosis diabética y el síndrome hiperosmolar no cetósico

### 1. Cetoacidosis Diabética

La cetoacidosis diabética (CD) es una complicación aguda de la diabetes mellitus (DM). Esta emergencia, es más frecuente en la diabetes tipo 1 (antes diabetes mellitus insulino dependiente o juvenil), produciéndose por la acumulación de subproductos del metabolismo de las grasas (cetonas), que se presenta cuando no hay glucosa disponible como fuente de energía para el organismo, como consecuencia del déficit de insulina.

Los síntomas más frecuentes son:

- Polidipsia
- Poliuria
- Pérdida de peso
- Náuseas, vómitos

- Dolor abdominal
- Visión borrosa.

Mientras que los principales signos son:

- Deshidratación
- Hipotensión
- Taquicardia
- Hiperventilación
- Halitosis cetónica
- Confusión
- Somnolencia y coma

Se mencionan como causas desencadenantes, en orden de importancia:

- Suspensión de la terapia insulínica
- El inicio clínico de la enfermedad en diabéticos insulino dependientes
- Infecciones
- Estrés quirúrgico
- El embarazo
- Transgresiones alimentarias.

Otro factor causal de importancia son las infecciones agudas. Dentro de las infecciones se citan usualmente las respiratorias, urinarias y de piel. En la literatura internacional existen pocos reportes de infecciones bucales agudas como factor desencadenante de CD.

### **Tratamiento**

El objetivo del tratamiento es corregir el alto nivel de glucosa en la sangre con insulina. Otro objetivo es reponer los líquidos perdidos a través de la micción, la inapetencia y el vómito si tiene estos síntomas, por lo tanto es considerado una Emergencia que requiere una Atención Médica lo más pronto posible.

## **2. Síndrome Hiperosmolar no cetosico**

Es una complicación de la diabetes tipo 2 que implica niveles extremadamente altos de glucosa en la sangre sin la presencia de cetonas, un subproducto de la descomposición de las grasas.

## Causas

El coma diabético hiperosmolar hiperglicémico es una afección que presenta:

- Nivel extremadamente alto de azúcar (glucosa) en la sangre
- Falta de agua extrema (deshidratación)
- Disminución de la conciencia (en muchos casos)

La acumulación de cetonas en el cuerpo (cetoacidosis) también puede ocurrir; sin embargo, es inusual y a menudo leve en comparación con la cetoacidosis diabética.

Esta afección suele verse en personas con diabetes tipo 2 que no tienen la enfermedad bajo control. También se puede presentar en aquellos que no han sido diagnosticados con diabetes.

La afección puede ser causada por:

- Infección.
- Otra enfermedad, como ataque al corazón o derrame cerebral.
- Medicamentos que disminuyen el efecto de la insulina en el cuerpo.
- Medicamentos o afecciones que aumentan la pérdida de líquidos.

Los riñones normalmente tratan de compensar los altos niveles de glucosa en la sangre permitiendo que la glucosa extra salga del cuerpo a través de la orina, pero esto también provoca que el cuerpo pierda agua.

## Factores de Riesgo:

- Evento estresante, como una infección, un ataque cardíaco, un accidente cerebrovascular o una cirugía reciente
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Alteración en la sed
- Acceso limitado al agua (especialmente en pacientes con demencia o postrados)
- Edad avanzada
- Funcionamiento renal deficiente
- Manejo inadecuado de la diabetes (no seguir el plan de tratamiento indicado)
- Suspensión de la insulina u otros medicamentos que bajan los niveles de glucosa

## Síntomas

Los síntomas pueden abarcar cualquiera de los siguientes:

- Coma
- Confusión
- Convulsiones
- Resequedad en boca y lengua
- Fiebre
- Polidipsia
- Poliuria (al comienzo del síndrome)
- Letargo
- Náuseas
- Debilidad
- Pérdida de peso

Los síntomas pueden empeorar durante un período de días o semanas.

Otros síntomas que pueden ocurrir con esta enfermedad:

- Pérdida de la sensibilidad o de la actividad muscular
- Problemas con el movimiento
- Deterioro del habla

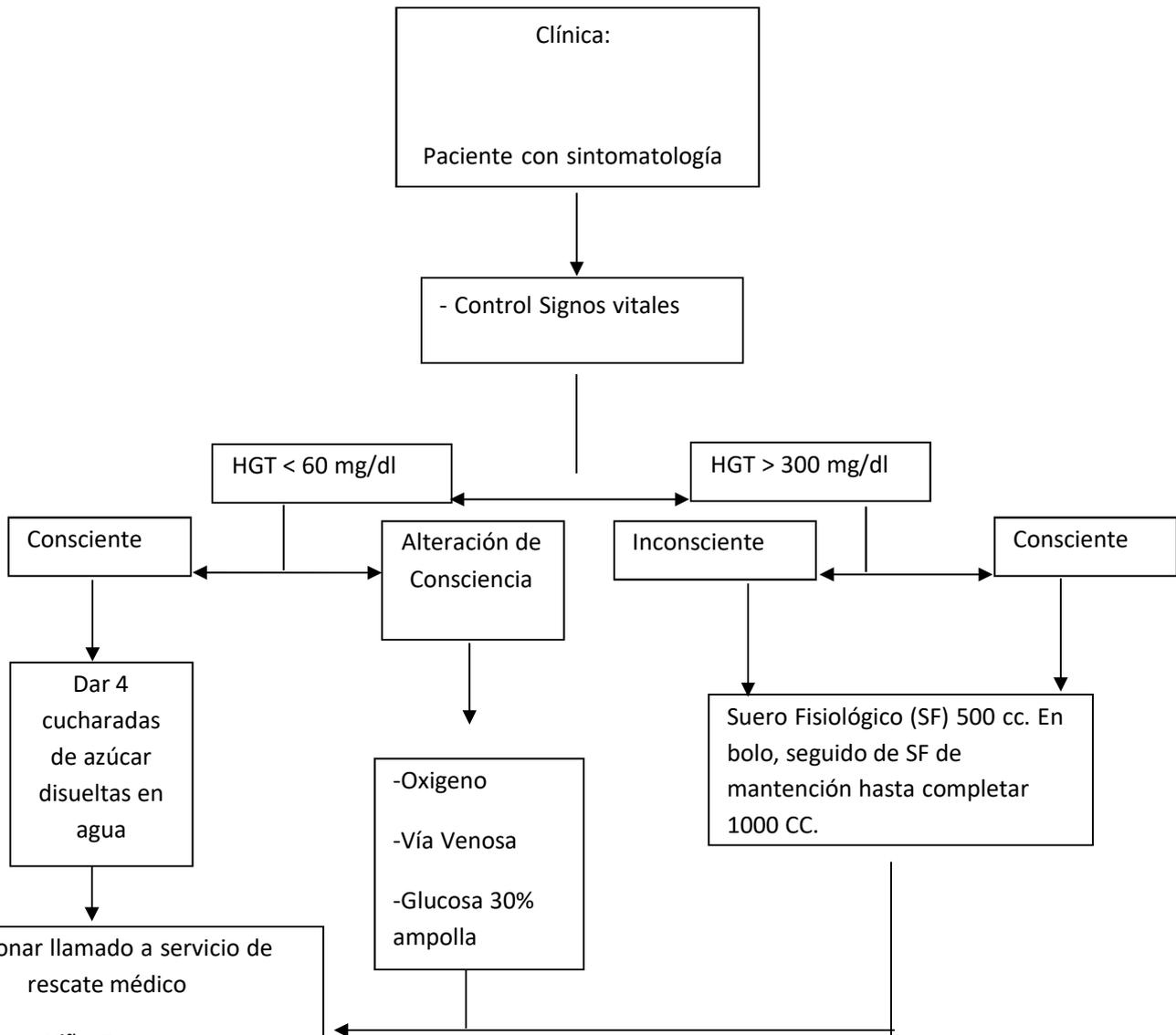
## Signos:

- Deshidratación extrema
- Fiebre por encima de los 38° C
- Taquicardia
- Presión arterial sistólica baja

## Tratamiento

El objetivo del tratamiento es corregir la deshidratación, lo cual mejorará la presión arterial, la diuresis y la circulación.

**B.3 Flujoograma atención de paciente con Alteración Metabolismo de la Glucosa (Adaptado Protocolo Urgencias S.A.M.U.)**



Gestionar llamado a servicio de rescate médico

**Viña: Emecar**  
 (032) 2 972920  
 (Nº afiliación: 100 25 29) y traer un DEA  
 (Activación alarma de Emergencia)

**Santiago: HELP**  
 Desde Red fija 800800911  
 Desde celulares 2 2631 0911  
 (Indicar Rut Servicios Profesionales 96.567.170-6)

**Concepción: HELP**  
 Desde Red fija 800800911  
 Desde celulares 2 2631 0911  
 (Indicar Rut Servicios Profesionales 96.567.170-6)

### **C-. SINCOPE**

Se define como síncope la pérdida brusca y transitoria de conciencia asociada a la pérdida de tono postural, que se recupera espontáneamente sin necesidad de maniobras de reanimación y que se debe a la disminución o interrupción transitoria del flujo sanguíneo cerebral. Se recupera espontáneamente. Los síncope más frecuentes en jóvenes son las lipotimias y, en ancianos, el ortostatismo.

Etiopatológicamente se puede clasificar el síncope en 3 grandes grupos:

- Síncope de origen cardíaco.
- Síncope de origen no cardíaco.
- Síncope de causa indeterminada.

En ocasiones, los síntomas que preceden al cuadro sincopal (pródromos) pueden alertar al paciente de la inminente pérdida del conocimiento. Como presíncope se entiende la sensación inminente de pérdida de conocimiento, pero sin llegar a perderlo, con recuperación también espontánea del cuadro.

El síncope es un problema médico importante por su alta frecuencia y la gran variedad de causas responsables del mismo. Constituye entre el 1-2% de las consultas en los servicios de urgencias.

Es más frecuente en ancianos; en edades superiores a 75 años la incidencia anual es superior al 5%. Hasta un 40% de la población general, en algún momento de su vida presenta algún episodio sincopal.

El pronóstico se relaciona con su etiología, aunque no se puede llegar a un diagnóstico de presunción al menos en el 30% de los casos. Es importante estratificar el riesgo de estos pacientes mediante la realización de una historia clínica correcta, la exploración física y las exploraciones complementarias.

#### **Características de los síncope más frecuentes**

- Síncope vasovagal o lipotimia. Es el más frecuente, sobretodo en jóvenes. Suele presentarse cuando hay factores desencadenantes que producen un aumento de la actividad simpática, como el ambiente caluroso, la bipedestación prolongada o el estrés. La pérdida de conciencia se da cuando el paciente está en posición erecta y suele ir precedida de síntomas vegetativos como sudoración, náuseas o vómitos, palpitaciones, visión borrosa, tinitus o molestias abdominales.
- Síncope ortostático o postural. Es más frecuente en ancianos. Suele producirse al pasar del decúbito a la bipedestación. Normalmente también se acompaña de pródromos, aunque en ocasiones puede presentarse de forma brusca.
- Síncope por dolor. Está muy relacionado con la lipotimia, puesto que también se desencadena por un estímulo vagal. Es típica en la neuralgia del glosofaríngeo.

- Síncope tusígeno: suele producirse en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica tras un exceso de tos. También puede ser provocado por paroxismos de estornudos o risa, y se debe descartar hemorragia intracraneal.
- Síncope miccional. Es casi exclusivo en los varones. Es frecuente después de una ingesta importante etílica y ocurre típicamente durante o inmediatamente después de la micción. La patogenia es mixta: hipotensión ortostática y estimulación vagal originada por el rápido vaciamiento de la vejiga.
- Síncope por hipersensibilidad del seno carotídeo: Este fenómeno se puede encontrar aproximadamente en un tercio de los ancianos, aunque en la mayoría de casos cursa de forma asintomática. Cabe destacar especial atención en pacientes a los cuales se les prescriba digoxina, cafeína, nitratos, calcio, bloqueadores beta y colinérgicos. Una vez estimulado el seno carotídeo se puede producir un síncope por 3 mecanismos diferentes: inhibición cardíaca (bradicardia extrema o asistolia), vasodepresor (vasodilatación esplácnica y muscular) y cerebral (disminución del flujo cerebral a la compresión de la carótida ya estenosada).

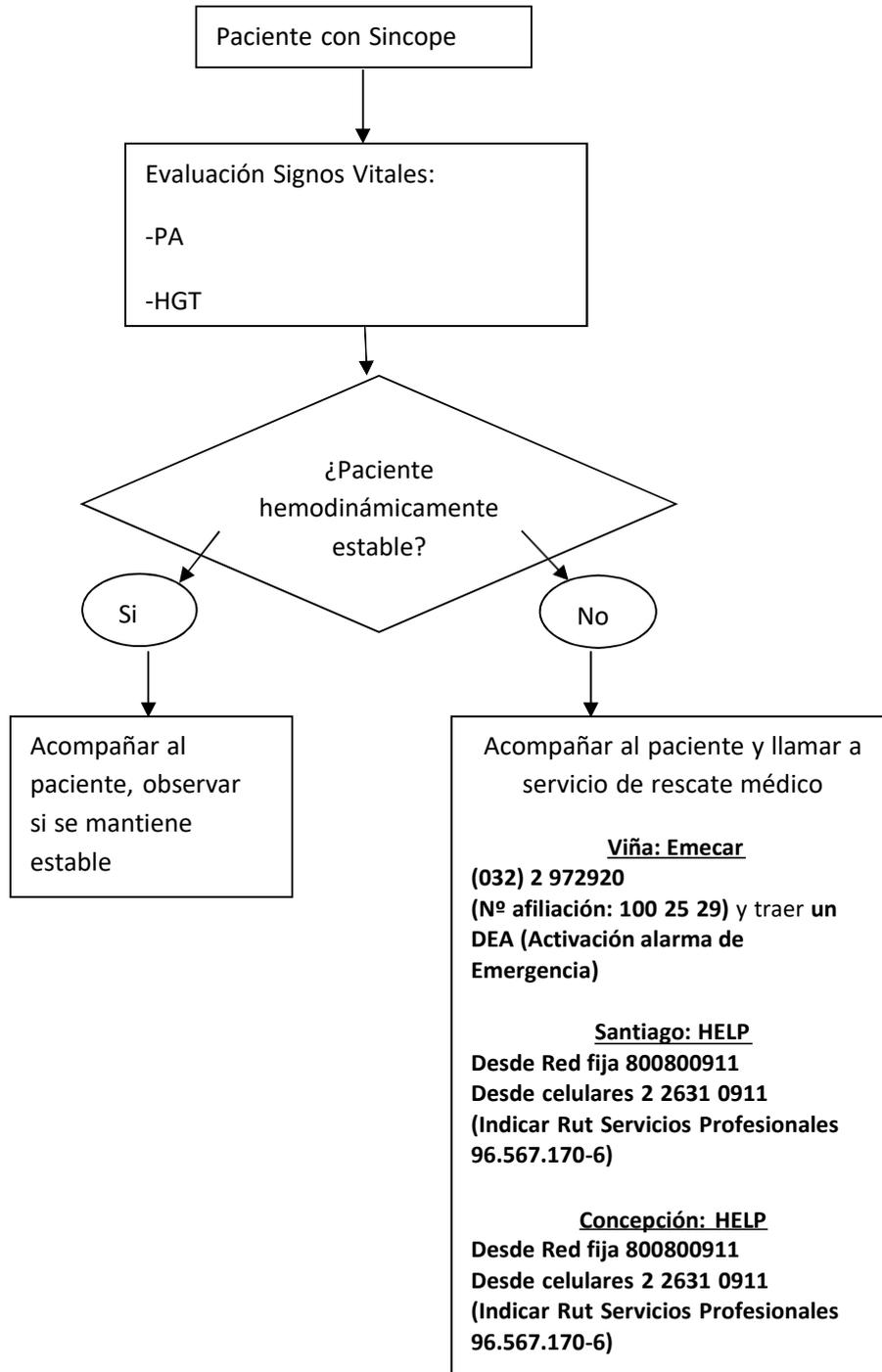
*Cuando el paciente que ha presentado un síncope lo primero que se debe realizar es la toma de constantes vitales, un examen del nivel de consciencia y de aspecto general y una glicemia capilar.*

## Tratamiento

El tratamiento específico del síncope depende de su etiología. Teniendo en cuenta las causas más frecuentes se realizará una revisión de las medidas terapéuticas básicas:

- Síncope vasovagal: colocar el paciente en decúbito supino y elevar las extremidades inferiores. Evitar la bipedestación prolongada y los ambientes calurosos. Aumentar la ingesta de agua y de sal.
- Síncope ortostático o por hipotensión posprandial: colocar el paciente en decúbito y elevar las extremidades inferiores. Suspender fármacos vasoactivos. Tratamiento de la causa de depleción de volumen si la hay.
- Síncope miccional: evitar la ingesta de alcohol y la sobrecarga de líquidos. Recomendar al paciente que permanezca sentado durante la micción.
- Síncope por hipersensibilidad del seno carotídeo: Si la causa es por mecanismo cardioinhibitorio se debe evitar la presión sobre el cuello, el paciente debe tener especial cuidado en: evitar las corbatas, abrocharse el cuello de la camisa y evitar los movimientos bruscos de la cabeza. Si estas medidas no son efectivas se puede realizar un tratamiento farmacológico. En ocasiones es necesaria la implantación de marcapasos.
- Síncope por valvulopatía aórtica: evitar esfuerzos.
- Síncope secundario a trastornos de conducción cardíaca y por miocardiopatía hipertrófica obstructiva requieren evaluación médica.

### C.1 Flujoograma atención de paciente con Sincope



#### D. MANEJO DE OTRAS URGENCIAS MÉDICAS

Clínica Odontológica de la Universidad Andrés Bello cuenta distintos convenios según sede con los Servicio de Rescate y Atención Médica Prehospitalaria.

Estos servicios consideran urgencia médica los siguientes aspectos:

1. **Inestabilidad metabólica:** Glicemia:  $<60$  o  $>300$ mg/dl y/o con sintomatología asociada: palidez, sudoración fría, sed, ganas de orinar de forma frecuente, lipotimia.
2. **Estados convulsivos.**
3. **Dolor torácico** (todo dolor torácico es Infarto Agudo al Miocardio hasta que no se demuestre lo contrario).
4. **Compromiso cuantitativo y cualitativo de consciencia.**
5. **Caídas de pacientes.**
6. **Obstrucción de la vía aérea alta**
7. **Cefalea de Inicio súbito e incontrolable para el paciente**
8. **Deterioro significativo de la condición general del paciente de causa no clara**
9. **Emergencias cardíacas o respiratorias**
  - Inestabilidad hemodinámica:** PA  $<80/50$ mmHg ó  $> 190/100$ mmHg, FC  $<50$  x minuto,  $>120$  x minuto, otras arritmias, mala perfusión piel: pálida, fría.
  - Dificultad Respiratoria:** saturación  $<90\%$ , uso musculatura accesoria, aleteo nasal, llene capilar retardado, cianosis periférica.
10. **Cólicos agudos**
11. **Fiebre alta**
12. **Hemorragias (sangramiento severo)**
13. **Intoxicaciones**
14. **Accidentes en general en el interior de la clínica**
15. **Asfixias y/o problemas respiratorios severos**
16. **Desmayos**

**17. Vómitos reiterativos**

**18. Heridas o contusiones mayores**

**19. Ingestión accidental de tóxicos y objetos extraños**

**20. Quemaduras extensas**

**21. Shock eléctricos**

**22. Traumatismos**

**23. Cualquier otro signo o síntoma que afecte el bienestar del paciente.**

### Bibliografía:

- 1) **Santiago, MINSAL, 2010.** “Guía clínica: Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más”. Disponible en: <http://web.minsal.cl/>
- 2) **Valdés S G., Roessler B E, 2002.** “Recomendaciones para el manejo de las crisis hipertensivas: Documento de Consenso de la Sociedad Chilena de Hipertensión Arterial. Rev Méd Chile. Disponible en: <http://www.scielo.cl/>
- 3) **C. Sánchez. 2014. España.** “Hipoglicemia”. Publicación WEB. Disponible en: <http://www.aibarra.org/>
- 4) **Clínica las Condes, Centro de diabetes Infantil. Consultado mayo/2015.** “Hipoglicemia”. Publicación WEB. Disponible en: <http://www.clinicalascondes.cl/>
- 5) **Clínica Alemana, CEDICA, Consultado en Mayo/2015.** “Hipoglicemia y glucagón”. Publicación WEB. Disponible en: <http://portal.alemana.cl>
- 6) **Región Metropolitana, 2007.** “Protocolos de atención pre hospitalaria S.A.M.U.” Disponible en: <http://es.slideshare.net/>
- 7) **Nazar J, Claudio, Herrera F, Christian, & González A, Alejandro. (2013). Consultado julio de 2015.** “Manejo preoperatorio de pacientes con Diabetes Mellitus”. Revista chilena de cirugía, 65(4), 354-359. Disponible en: <http://www.scielo.cl>.
- 8) **Verdugo F. y cols., 2011. Consultado julio 2015.** “Protocolo quirúrgico para el manejo de pacientes diabéticos sometidos a procedimientos de cirugía bucal” Acta Odontológica Venezolana - VOLUMEN 49 Nº 2 / 2011 ISSN: 0001-6365. Disponible en: <http://actaodontologica.com/>
- 9) **Juárez R. y cols., 2009. Consultado Julio 2015.** “Impacto económico de la hiperglucemia en la salud oral de pacientes diabéticos tipo 2”. Acta Odontológica Venezolana - VOLUMEN 47 Nº 1 / 2009 ISSN: 0001-6365. Disponible en: <http://actaodontologica.com/>
- 10) **Juarez R. y cols., 2007. Consultado Julio 2015.** “Tratamiento dental en pacientes con cetoacidosis Diabetica – Caso clínico”. Acta Odontológica Venezolana - VOLUMEN 45 Nº 1 / 2007 ISSN: 0001-6365. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com>
- 11) **Wisse B, Biblioteca Nacional de Medicina EEUU. 2014. Medline Plus. Consultado Julio 2015.** “Síndrome Diabetico hiperosmolar hiperglucemico”, Publicación WEB. Enciclopedia Médica. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov>
- 12) **Capdevila C. y cols., 2007. Servicio de Urgencias. Hospital Mútua de Terrassa. Terrasa. Barcelona. España. Consultado Julio, 2015.** “Sincope: Manejo de urgencias”. Publicación Revista científica online N.º 1.668.