South American Publishing

SAP Dentistry. 2023; 1:15
doi: 10.62486/dent202315

REVIEW

Medical Emergencies in the Dental Office: Challenges and Solutions

Emergencias Médicas en el Consultorio Odontológico: Retos y Soluciones

Maria Belen Cardoso[1], Maria Isabel Brusca[1], Sergio Dario Verdu[1], Virginia Jewtuchowicz[1,2]

[1]Universidad Abierta Interamericana, Facultad de medicina y ciencias de la salud carrera de odontología. Buenos Aires, Argentina.
[2]Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Departamento de Microbiología. Buenos Aires, Argentina.

Cite as
Cardoso MB, Brusca MI, Verdu SD, jewtuchowicz V. Medical Emergencies in the Dental Office: Challenges and Solutions. SAP Dentistry. 2023; 1:15. https://doi.org/10.62486/dent202315

Publication History
Submitted: 09-06-2023
Revised: 21-09-2023
Accepted: 17-12-2023
Published: 18-12-2023

ABSTRACT

Introduction: medical emergencies, although infrequent, represent a challenge in the dental setting due to their potential risk to the patient's life and the need for an immediate response. In Latin America, the aging population and associated comorbidities, such as hypertension and diabetes, increased the probability of these events in dental offices. Anamnesis and professional preparation were essential to identify risks and prevent complications during dental procedures.
Development: the management of medical emergencies in dentistry focused on two key aspects: prevention and intervention. Prevention included the collection of a detailed medical history and constant monitoring of vital signs. On the other hand, immediate intervention, based on protocols such as Basic Life Support (BLS), was essential to avoid serious complications. The most frequent emergencies included syncope, hypoglycemia, seizures and hypertensive crises. The studies underlined the importance of continuous training of dental personnel and the availability of emergency kits, especially in rural areas.
Conclusions: effective management of medical emergencies in dentistry depended on the theoretical and practical training of dentists, as well as the implementation of standardized protocols. The availability of adequate equipment and medications in dental offices significantly improved outcomes. This comprehensive approach ensured a safe environment, minimized risks and strengthened confidence in the dental care system.

Keywords: Medical Emergencies; Dentistry; Prevention; Clinical Protocol; Training.

RESUMEN

Introducción: las emergencias médicas, aunque poco frecuentes, representaron un desafío en el ámbito odontológico debido a su potencial riesgo para la vida del paciente y la necesidad de una respuesta inmediata. En América Latina, la población envejecida y las comorbilidades asociadas, como hipertensión y diabetes, aumentaron la probabilidad de estos eventos en consultorios dentales. La anamnesis y la preparación profesional fueron esenciales para identificar riesgos y prevenir complicaciones durante los procedimientos odontológicos.
Desarrollo: el manejo de emergencias médicas en odontología se centró en dos aspectos clave: la prevención y la intervención. La prevención incluyó la recopilación de una historia clínica detallada y el monitoreo constante de los signos vitales. Por otro lado, la intervención inmediata, basada en protocolos como el Soporte Vital Básico (SVB), resultó fundamental para evitar complicaciones graves. Entre las emergencias más frecuentes destacaron el síncope, la hipoglucemia, las crisis convulsivas y las crisis hipertensivas. Los estudios subrayaron la importancia de la capacitación continua del personal odontológico y la disponibilidad de kits de emergencia, especialmente en áreas rurales.
Conclusiones: la gestión efectiva de emergencias médicas en odontología dependió de la formación teórica y práctica de los odontólogos, así como de la implementación de protocolos estandarizados. La disponibilidad de equipos y medicamentos adecuados en consultorios mejoró significativamente los resultados. Este enfoque integral aseguró un entorno seguro, minimizó riesgos y fortaleció la confianza en el sistema de atención odontológica.

Palabras clave: Emergencias Médicas; Odontología; Prevención; Protocolo Clínico; Capacitación.

© 2023; The Authors. This Open access article is distributed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

INTRODUCCIÓN

Las emergencias médicas corresponden a situaciones clínicas agudas que pueden representar un riesgo para la vida del paciente, así como causar daños permanentes en su estado de salud. A pesar de su baja prevalencia, pueden ocurrir en la práctica clínica de la odontología y, por ello, la respuesta por parte de los odontólogos debe ser inmediata y precisa.[1]

Actualmente, varios factores de riesgo aumentan la probabilidad de que los odontólogos tengan que actuar ante una emergencia médica. Argentina, al igual que muchos otros países de Latinoamérica, presenta una población envejecida, lo que está directamente relacionado con la presencia de diversas comorbilidades, como hipertensión arterial, diabetes o enfermedades cardiovasculares.[2] Este factor, asociado al aumento de pacientes polimedicados, resultado del avance en la medicina actual, exige la recopilación detallada de la historia médica del paciente.

Además, la actual necesidad de tratamientos dentales por parte de esta franja etaria y el tiempo prolongado de consulta exigen un enfoque más cuidadoso y preventivo por parte de los profesionales de la salud.[3] La visión holística del paciente podría prevenir una emergencia médica originada por una acción e interacción farmacológica o por un episodio de estrés generado por los procedimientos dentales.[4]

En caso de no poder prevenir la situación clínica aguda, es la capacidad de los odontólogos para reconocer el problema y proporcionar asistencia primaria lo que determinará el desarrollo de la emergencia médica y definirá su morbilidad o mortalidad.[5]

De este modo, los profesionales de la salud deben estar capacitados y ser eficientes en la rapidez y calidad de la respuesta. Solo con formación teórica y práctica cualificada es posible que el odontólogo se sienta seguro y competente en su capacidad de actuación.[6] Además, todo el equipo clínico, encargado de asistir en los cuidados médicos, debe contar con entrenamiento práctico y conocer el protocolo de emergencia médica predefinido.[6]

Para que el desempeño de los profesionales sea más adecuado, las clínicas deben disponer de todos los equipos y fármacos necesarios para actuar en conformidad con las directrices de cada emergencia médica. Sin embargo, la falta de estudios sobre la prevalencia de las emergencias médicas en la consulta odontológica dificulta la creación de orientaciones sobre qué fármacos y equipos deben estar presentes en los consultorios dentales.[7]

DESARROLLO

Emergencia médica

Una emergencia médica se define como una situación en la que la atención debe ser proporcionada de forma inmediata, en un corto período de tiempo, sin posibilidad de postergación. Cuando estas situaciones se retrasan, representan graves riesgos para la salud del paciente, pudiendo incluso llevarlo a la muerte.[33] La atención inicial es realizada por una persona entrenada para mantener los signos vitales del paciente y evitar el agravamiento del cuadro hasta la llegada de los servicios médicos especializados. Estos procedimientos forman parte de las medidas de primeros auxilios.[34]

Según Williams[35], la prevención es la mejor manera de manejar una emergencia médica. Esto se logra mediante la obtención de información detallada sobre los riesgos del paciente, lo cual puede ser posible a través de una anamnesis bien elaborada. Es esencial que el paciente se sienta cómodo durante la entrevista, de manera que pueda proporcionar datos sobre enfermedades sistémicas preexistentes, antecedentes de alergias a medicamentos y anestésicos, así como el uso actual de medicaciones. Después de la prevención, la segunda prioridad en el manejo de una emergencia médica es la preparación del profesional para actuar frente a esta situación.

Silver[36] señaló que el tema de las emergencias médicas ha sido poco discutido y valorado en el ámbito odontológico. Esta falta de énfasis se debe en parte a que las emergencias médicas son consideradas eventos poco frecuentes en la odontología. Sin embargo, aunque son raras, constituyen riesgos reales y han sido experimentadas por diversos profesionales, como lo demuestran estudios previos sobre el tema.

Los dentistas, así como los estudiantes de odontología, deben ser conscientes de que cuando un paciente está bajo su cuidado, la atención no debe limitarse solo a la cavidad bucal.[37] Se debe considerar al paciente de manera integral, prestando especial atención a su estado general de salud. Esto permitirá, en caso de una emergencia médica, que el profesional esté bien informado sobre la historia médica del paciente y sepa cómo intervenir.

Entre las medidas de primeros auxilios que deben ser proporcionadas a las víctimas, se encuentra el Soporte Vital Básico (SVB). Según María et al.[38], el SVB es fundamental para mantener al paciente con vida hasta la llegada de un servicio médico de emergencia. Este soporte no requiere equipos adicionales, ya que el uso de la boca, las manos y el conocimiento del socorrista son suficientes para mantener la vida del paciente hasta que llegue la ayuda médica. De acuerdo con los autores, los principios básicos de los primeros auxilios son: (1) salvar vidas, (2) evitar el agravamiento antes de la instauración de un tratamiento definitivo, y (3) buscar ayuda calificada.

Según González-Salvado et al.[39] las maniobras de SVB consisten en reconocer y corregir de manera inmediata la falla de los sistemas respiratorios y/o cardiovasculares. Para ello, es necesario evaluar los signos vitales del paciente, monitoreando los latidos cardíacos a través del pulso carotídeo, ya que este suele ser el último en desaparecer en una situación de paro cardiorrespiratorio y el primero en restablecerse.

También se debe verificar si el paciente está respirando, acercando el rostro del socorrista a la boca o nariz de la víctima para sentir la respiración u observando el movimiento del tórax. En caso negativo, se deben despejar las vías aéreas, retirando objetos que puedan estar obstruyendo la respiración y aflojando la ropa para facilitar la ventilación, manteniendo al paciente en condiciones estables hasta la llegada de asistencia especializada.

Real de Asúa et al.[40] destacan que las medidas de SVB también incluyen el inicio inmediato de maniobras de reanimación

cardiopulmonar (RCP) y el uso de un desfibrilador externo automático (DEA) mientras se espera la llegada del servicio de emergencia previamente solicitado. Por lo tanto, el dentista y otros profesionales de la salud deben ser incentivados a capacitarse en técnicas de soporte vital básico (SVB) y reanimación cardiopulmonar (RCP) para ofrecer un entorno seguro y preparado ante este tipo de eventos.

De acuerdo con los diversos estudios analizados en esta revisión, las ocho emergencias médicas más reportadas en consultorios odontológicos, en orden decreciente de frecuencia, fueron las siguientes: síncope, hipoglucemia, crisis convulsiva, crisis asmática, crisis hipertensiva, choque anafiláctico, obstrucción de las vías aéreas y paro cardiorrespiratorio.[33,34,35,36,37,38,39,40]

Estos estudios subrayan la necesidad de preparación continua de los odontólogos, ya que las emergencias médicas, aunque poco frecuentes, pueden ocurrir en cualquier momento. El manejo adecuado de estas situaciones requiere conocimientos teóricos, habilidades prácticas y equipos adecuados, lo que garantiza la seguridad del paciente y minimiza los riesgos asociados a las intervenciones odontológicas.

Síncope

Se considera una pérdida momentánea y repentina de la conciencia, causada por una disminución en la oxigenación del cerebro debido a una reducción en el flujo sanguíneo hacia el mismo. Generalmente, se trata de un cuadro benigno que se resuelve de forma rápida y espontánea. En los niños, es un evento poco común.[41]

El síncope vasovagal es la más frecuente y puede ser desencadenada por ansiedad, al ver sangre, agujas, dolor inesperado, o también por otros factores como el hambre y ambientes muy calurosos. Aunque el síncope vasovagal es la más común, también puede presentarse en el consultorio odontológico el síncope vasodepresora.[42] Esta ocurre en individuos con un miedo extremo al sillón del dentista, lo que provoca una reacción de estrés en el organismo conocida como "lucha o huida". En este estado, los músculos esqueléticos experimentan un aumento en el flujo sanguíneo.

Cuando esta vasodilatación periférica se combina con una disminución de la frecuencia cardíaca (en lugar del aumento esperado debido al pánico), el gasto cardíaco inadecuado resulta en la pérdida de conciencia. El síncope es la emergencia médica más común encontrada en la práctica odontológica. Los signos y síntomas incluyen: taquicardia, palidez, zumbidos en los oídos, somnolencia, hipotensión y visión borrosa u oscurecida.[43]

Qué hacer:

- Se debe interrumpir inmediatamente el tratamiento y evaluar el nivel de conciencia del paciente. Colocar al paciente en posición supina (con las extremidades inferiores ligeramente elevadas en relación con la cabeza, aproximadamente de 10 a 15 grados). Inclinar cuidadosamente la cabeza hacia atrás para facilitar la respiración, monitorizar los signos vitales y esperar de 2 a 3 minutos para que recupere la conciencia.
- Si el paciente no recupera la conciencia en ese tiempo, se debe llamar de inmediato al servicio de emergencias médicas y administrar de 3 a 4 litros de oxígeno por minuto, mientras se continúan monitorizando los signos vitales a la espera de la ayuda médica. Cuando llegue el equipo de emergencias, se debe informar sobre la medicación utilizada y las acciones realizadas durante la atención.

Hipoglucemia

Esta condición ocurre cuando los niveles de glucosa en sangre son iguales o inferiores a 40 miligramos por decilitro. Puede manifestarse tanto en pacientes diabéticos como en no diabéticos y se caracteriza por representar una amenaza para la vida del paciente. En la hipoglucemia, el suministro de glucosa al cerebro se considera insuficiente, lo que perjudica sus funciones. Los cuadros de hipoglucemia pueden variar desde un malestar leve hasta el coma.[44]

Las causas más frecuentes incluyen el consumo excesivo de alcohol, ya que este puede dificultar la liberación de glucosa por el hígado, sobredosis de insulina, ayuno prolongado y esfuerzo físico excesivo.

Se recomienda que, antes de las consultas, el nivel de glucosa en sangre sea monitoreado mediante un glucómetro. Si los valores están por debajo de los niveles normales (70-120 mg/dl en ayuno), se debe ofrecer un carbohidrato al paciente para evitar posibles complicaciones durante los procedimientos.[45]

Signos y síntomas iniciales: incluyen sudoración, taquicardia, ansiedad, nerviosismo, sensación de hambre, náuseas, vómitos y malestar abdominal.

Síntomas en fases avanzadas: convulsiones, pérdida de conciencia, disminución de la temperatura corporal y presión arterial.[45] Es fundamental orientar al paciente para que no acuda a la consulta en ayunas, verificar si los pacientes diabéticos tomaron correctamente su medicación y programar las consultas preferentemente por la mañana, además de mantenerlas cortas.

Qué hacer:

- En caso de hipoglucemia, se debe interrumpir inmediatamente el procedimiento y colocar al paciente en una posición cómoda. Si el paciente está consciente, se deben ofrecer alimentos ricos en carbohidratos de rápida absorción, como caramelos, chocolates o líquidos azucarados.
- En casos de inconsciencia, se debe solicitar inmediatamente un servicio de emergencia médica. Mientras se espera la llegada del equipo, se debe administrar por vía intravenosa 50 mililitros de solución acuosa de glucosa al 50 % durante 2 a 3 minutos. Al llegar el equipo de emergencia, es importante informarles sobre la medicación administrada.[46]

Crisis convulsiva

Las convulsiones resultan de una alteración en la función cerebral normal. Se caracterizan por ser cambios temporales y

reversibles provocados por un episodio de actividad eléctrica anormal en el cerebro. Estos episodios pueden causar actividad motora, fenómenos sensoriales y modificaciones en el comportamiento y la conciencia. Durante una crisis convulsiva, se producen momentos de contracciones musculares combinados con breves períodos de relajación.[47]

Las crisis más conocidas son las llamadas tónico-clónicas, en las que se presenta pérdida de conciencia seguida de contracciones involuntarias de los músculos esqueléticos. Estas contracciones alternan entre episodios de relajación muscular y contracciones violentas. Este tipo de crisis suele durar entre 2 y 5 minutos.[48]

Un episodio convulsivo, en términos generales, puede manifestarse como convulsiones de 20 minutos de duración o como episodios más breves pero repetidos. La crisis convulsiva puede clasificarse como idiopática o desencadenada por factores como el estrés emocional, traumas físicos, fiebre alta, abstinencia de drogas psicotrópicas y alcohol, sobredosis de anestésicos o lesiones intracraneales, como accidentes cerebrovasculares, tumores o abscesos cerebrales.

Según Jiménez et al.[49] los episodios convulsivos pueden representar diversos riesgos para la vida del paciente debido a alteraciones metabólicas importantes, como hipoxia, aumento de la presión intracraneal, acidosis, hipoglucemia y fiebre. Además indican que los casos fatales son raros y generalmente ocurren en situaciones donde las convulsiones son muy prolongadas, superando los 30 minutos.

Signos y síntomas

Los síntomas pueden incluir un episodio previo denominado aura, caracterizado por alteraciones en las sensaciones gustativas, auditivas y visuales, lo que permite al paciente anticipar la aparición de la crisis. Posteriormente, el paciente pierde la conciencia y cae al suelo, comenzando lo que se conoce como ronquido epiléptico. Este sonido se produce por el paso del aire a través de la glotis parcialmente cerrada y los espasmos del diafragma.[50]

En este momento, es posible observar espuma saliendo de la boca del paciente, que resulta de la mezcla de saliva con el aire. Si esta espuma contiene sangre, puede indicar lesiones en los tejidos blandos de la boca, como mordeduras en las mejillas y la lengua.[50]

Procedimiento en caso de crisis convulsiva

Ante una crisis convulsiva durante un procedimiento odontológico, se deben seguir las siguientes acciones:[50]

- Interrumpir inmediatamente el tratamiento y retirar cualquier objeto de la boca del paciente para evitar accidentes, como la aspiración o deglución de objetos.
- Colocar al paciente en posición supina, asegurándose de que las vías respiratorias estén despejadas.
- Si el paciente vomita, es fundamental girar su cabeza hacia un lado para permitir el drenaje del contenido y prevenir broncoaspiraciones.
- Proteger la cabeza del paciente para evitar lesiones debido a movimientos bruscos.
- Monitorear los signos vitales y esperar el final de la crisis, que generalmente dura entre 3 y 5 minutos.

En caso de que la convulsión no se detenga o se prolongue, se pueden administrar medicamentos anticonvulsivos como:

- Midazolam (0,2-0,3 mg/kg en adultos por vía intramuscular).
- Diazepam (5 a 10 mg/kg por vía intravenosa).

Estas medidas deben ser aplicadas con rapidez y precisión para minimizar riesgos y estabilizar al paciente hasta la llegada de un equipo médico especializado.[50]

Crisis hipertensiva

La crisis hipertensiva es una condición caracterizada por la elevación de la presión arterial sistólica y/o diastólica, muchas veces silenciosa. Una parte de los pacientes hipertensos ni siquiera sabe que tiene esta condición. La crisis hipertensiva puede tener como causa una predisposición genética o estar relacionada con factores de riesgo como el sedentarismo, obesidad, consumo de alcohol, tabaquismo, ingesta excesiva de sal y estrés, entre otros.[51]

Durante un tratamiento odontológico, el paciente está expuesto al estrés debido al dolor, la ansiedad y la tensión, lo que provoca un desequilibrio fisiológico y, en consecuencia, una alteración de la presión arterial.[52] Por esta razón, es esencial que el cirujano dentista realice la medición de la presión durante el procedimiento odontológico, especialmente durante cirugías, para evitar posibles complicaciones.

Tabla 1. Clasificación de la presión arterial

Definición	Presión arterial
Óptima	120/85 mm Hg
Normal	130/85 mm Hg
Alta	130/85 mm Hg hasta 139/89 mm Hg
Hipertensión controlada en estadio I	Hasta 160/100 mm Hg
Hipertensión en estadio II	160/100mmHg hasta 180/110 mm Hg
Hipertensión severa	Superior a 180/110 mm Hg

Es muy importante realizar una anamnesis bien detallada en estos pacientes para obtener la mayor cantidad posible de información sobre el tipo de medicación que utilizan, así como identificar actitudes relacionadas con el miedo y la ansiedad.[53] En caso necesario, se puede prescribir un ansiolítico al paciente antes de las consultas, además de tomar medidas para reducir su incomodidad durante el tratamiento, como el control del dolor, cubrir los instrumentos, realizar sesiones más cortas, entre otras.

Asimismo, es fundamental medir la presión arterial de todos los pacientes antes de cada consulta, ya que muchas veces la hipertensión puede ser una enfermedad silenciosa y el paciente podría descubrir durante la consulta odontológica que es hipertenso. En tales casos, se requiere derivar al paciente a un médico especializado.[54]

Pacientes con hipertensión severa sintomática y asintomática presentan niveles de presión arterial iguales (superiores a 180/110 mmHg). La diferencia radica en que los pacientes con hipertensión severa sintomática pueden manifestar dificultad respiratoria, alteraciones visuales, sangrado nasal o gingival espontáneo, entre otros síntomas, como consecuencia de esta alteración en la presión arterial.

En cuanto a la atención odontológica, los pacientes con hipertensión en estadio I pueden someterse tanto a procedimientos electivos como de urgencia. Los pacientes con hipertensión en estadio II deben posponer los procedimientos electivos, aunque los procedimientos de urgencia deben realizarse para aliviar el dolor. Sin embargo, en pacientes con hipertensión severa sintomática o asintomática, no deben realizarse ni procedimientos electivos ni de urgencia. Estos pacientes deben ser remitidos inmediatamente a atención médica.[54]

Los signos y síntomas que pueden presentar los pacientes hipertensos incluyen cefalea, epistaxis, hemorragia gingival tras manipulación, mareos, confusión mental, malestar y alteraciones visuales. Si un paciente hipertenso presenta dolor de cabeza, dificultad respiratoria o alteraciones visuales, se debe interrumpir de inmediato la atención, solicitar el servicio de emergencias médicas móviles y colocar al paciente en una posición cómoda.

Es importante tranquilizarlo y monitorear sus signos vitales, controlando la presión arterial, el pulso y la respiración mientras se espera la llegada del servicio de emergencia. El uso de medicamentos antihipertensivos es una competencia médica y, por lo tanto, el cirujano-dentista no debe administrarlos a sus pacientes para controlar la crisis.[55]

Paro cardiorrespiratorio

El paro cardiorrespiratorio es una interrupción de la oxigenación de la sangre y del flujo circulatorio, lo que provoca la ausencia de respiración y pulso en las arterias principales. Este evento requiere atención inmediata, ya que puede causar daños irreversibles en los órganos y, como consecuencia, la muerte del paciente. Estas alteraciones en la oxigenación sanguínea y el colapso del corazón y los pulmones pueden hacer que el paciente entre en un estado de inconsciencia y, si no recibe ayuda a tiempo, podría fallecer.[56] Los signos y síntomas, incluyen inconsciencia, ausencia de pulso carotídeo y ausencia de respiración.

Procedimiento por seguir

Se debe interrumpir de inmediato el procedimiento que se esté realizando, colocar ambas manos en los hombros del paciente para aplicar un estímulo suave y preguntar si está bien. Esto permite evaluar el estado de conciencia del paciente. En caso de que esté inconsciente, se debe llamar inmediatamente al servicio de emergencias médicas.

A continuación, se debe evaluar la respiración acercando el rostro a la boca y nariz del paciente, así como observar los movimientos torácicos. Si no hay señales de respiración ni pulso, es necesario iniciar de forma inmediata las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP). De acuerdo con Cruz Neto[57], estas maniobras deben seguir el esquema CAB, que consiste en:

- C = Compresiones torácicas.
- A = Apertura de las vías respiratorias.
- B = Ventilación.

Asimismo, se recomienda que cualquier persona, sea profesional o no, realice compresiones torácicas en pacientes con paro cardiorrespiratorio. Las maniobras de RCP deben realizarse inicialmente colocando al paciente acostado sobre una superficie rígida.

A continuación, se deben retirar todos los objetos presentes en la boca del paciente. Se debe trazar una línea imaginaria entre los pezones y colocar una de las manos en el centro del pecho, sobre el hueso esternón. La otra mano se coloca encima de la primera, entrelazando los dedos. Sin embargo, durante las compresiones, los dedos no deben tocar las costillas.[57]

Se deben estirar los brazos e inclinarse sobre el paciente, apoyando el peso del cuerpo para producir una depresión de 5 centímetros. Inmediatamente después, sin retirar las manos, se debe aliviar la presión para permitir la expansión del tórax y el retorno de sangre venosa al corazón. Estos movimientos deben repetirse a una frecuencia de 100 compresiones por minuto.[58]

Para la ventilación, es necesario levantar el mentón del paciente inclinando la cabeza. Con el dedo medio e índice de la otra mano, se debe sujetar el mentón. Luego, se deben aproximar los labios a la boca del paciente y soplar durante 1 segundo, observando la elevación del tórax, repitiendo el procedimiento una vez más. Las maniobras deben combinarse siguiendo una relación de 3:2, es decir, 3 compresiones por 2 ventilaciones.[58]

El simple acto de actuar de inmediato, como llamar para solicitar ayuda y tener disponibles en el consultorio los equipos y medicamentos necesarios, marca la diferencia entre una gestión exitosa y un fallo en la prestación de auxilio durante una emergencia médica. Además, la importancia de contar con estos kits de emergencia en el consultorio, especialmente en casos donde este se encuentra en una zona rural, donde la asistencia podría tardar un tiempo considerable en llegar. La preparación del cirujano dentista para actuar en situaciones de emergencia, junto con la disponibilidad adecuada de estos kits, puede salvar la vida del paciente y mantenerlo estable y seguro mientras espera la llegada del auxilio.[58]

CONCLUSIONES

Las emergencias médicas en el entorno odontológico, aunque poco frecuentes, representan un desafío crítico que exige una preparación integral por parte de los profesionales. La atención odontológica no se limita únicamente al cuidado de la cavidad bucal, sino que requiere un enfoque holístico que considere el estado general de salud del paciente, especialmente en poblaciones envejecidas o con comorbilidades. Este enfoque es esencial para prevenir situaciones críticas y, en su defecto, manejarlas con eficacia y rapidez.

La prevención se establece como la primera línea de defensa, basada en una anamnesis detallada, el monitoreo continuo de los signos vitales y la preparación para actuar frente a condiciones como síncope, hipoglucemia, crisis convulsiva, crisis hipertensiva y paro cardiorrespiratorio. Estas emergencias, aunque diversas en etiología, comparten la necesidad de una intervención inmediata y basada en protocolos bien definidos. Por ejemplo, el síncope y la hipoglucemia pueden controlarse eficazmente mediante medidas simples como la colocación del paciente en posición supina o la administración de glucosa. En contraste, emergencias más graves como el paro cardiorrespiratorio exigen maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) y, en casos ideales, el uso de un desfibrilador externo automático (DEA).

Los estudios revisados destacan que la preparación teórica y práctica de los odontólogos, junto con la capacitación continua del personal clínico, es fundamental para garantizar la seguridad del paciente. Sin embargo, la falta de énfasis en la formación sobre emergencias médicas y la variabilidad en la disponibilidad de equipos en consultorios representan obstáculos significativos. La implementación de kits de emergencia bien equipados, que incluyan medicamentos y dispositivos esenciales, es crucial para mejorar los resultados en casos críticos, especialmente en áreas rurales donde la asistencia médica puede retrasarse.

Además, la gestión exitosa de estas situaciones implica no solo conocimientos técnicos, sino también habilidades interpersonales para tranquilizar al paciente y coordinar la atención. La preparación constante, el compromiso con la actualización profesional y la implementación de protocolos adecuados son factores determinantes para mitigar los riesgos asociados a estas emergencias.

En conclusión, la capacidad de prevenir y manejar emergencias médicas en el consultorio odontológico no solo protege la vida de los pacientes, sino que también refuerza la confianza en el sistema de atención odontológica. Invertir en formación, equipamiento y protocolos es un imperativo ético y profesional que garantiza un entorno seguro y preparado ante eventos críticos. Esto subraya la necesidad de un enfoque proactivo, multidisciplinario y centrado en la calidad de la atención para abordar estos desafíos.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Curación de datos: Maria Belen Cardoso, Maria Isabel Brusca, Sergio Dario Verdu, Virginia Jewtuchowicz.
Metodología: Maria Belen Cardoso, Maria Isabel Brusca, Sergio Dario Verdu, Virginia Jewtuchowicz.
Software: Maria Belen Cardoso, Maria Isabel Brusca, Sergio Dario Verdu, Virginia Jewtuchowicz.
Redacción - borrador original: Maria Belen Cardoso, Maria Isabel Brusca, Sergio Dario Verdu, Virginia Jewtuchowicz.
Redacción - corrección y edición: Maria Belen Cardoso, Maria Isabel Brusca, Sergio Dario Verdu, Virginia Jewtuchowicz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Horruitiner Gutiérrez L. Manejo del paciente autista en el consultorio odontológico. REV ODONTOL PEDIATR [Internet]. 18 de noviembre de 2018 [consultado el 27 de diciembre de 2024];7(02). Disponible en: https://doi.org/10.33738/spo.v7i02.206

2. la Greca R D Koretzky M Caniffi C C Pérez M P Damianich G Choi M R et al. Documento de posición sobre el manejo ambulatorio de la hipertensión arterial en el adulto mayor de 80 años. 2023. Soc Argent Cardiol [Internet]. 2023 [consultado el 26 de diciembre de 2024];91(7):52. Disponible en: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/227631/CONICET_Digital_Nro.63ca765c-25b8-405c-9cbe-9cc835188bc2_B.pdf?sequence=2

3. Faria SF, Castilho LS, Lima AS, Lima RP, Silva ME. Atendimento odontológico a pacientes em fase de pré-transplante hepático: proposta de protocolo. Extensio [Internet]. 17 de diciembre de 2020 [consultado el 27 de diciembre de 2024];17(37):48-60. Disponible en: https://doi.org/10.5007/1807-0221.2020v17n37p48

4. Mirza M, Gupta V, Bhatt A, Baruah L, Rajkumar B. Medical Emergency in Dental Office: A Review. IP Indian J Conserv Endod [Internet]. 15 de abril de 2019 [consultado el 27 de diciembre de 2024];4(1):1-8. Disponible en: https://doi.org/10.18231/2456-8953.2019.0001

5. Manton JW. Medical Emergency Management in the Dental Office: A Simulation-Based Training Curriculum for Dental Residents [Internet]. [lugar desconocido]: The Ohio State University; 2019 [consultado el 27 de diciembre de 2024]. Disponible en: http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=osu1565360422025093

6. Franjić S. Dental Emergency Situations. Int J Clin Exp Med Res [Internet]. 1 de julio de 2020 [consultado el 27 de diciembre de 2024];4(3):63-8. Disponible en: https://doi.org/10.26855/ijcemr.2020.07.006

7. Niaz AT. The Nature and Frequency of Medical Emergencies in Dental Offices of Karachi, Pakistan. Pak J Med Dent [Internet]. 10 de abril de 2020 [consultado el 27 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://doi.org/10.36283/pjmd9-2/018

8. Medical emergencies in dental offices in Slovenia and readiness of dentists to handle them. Signa Vitae [Internet]. 2018 [consultado el 27 de diciembre de 2024];14(1):43. Disponible en: https://doi.org/10.22514/sv141.052018.7

9. Paguay M A F Varela G I S & Palate J D A. Preparación de odontólogos para emergencias médicas en consultorios dentales: un estudio bibliográfico. Rev Cuba Investig Biomed [Internet]. 2024 [consultado el 26 de diciembre de 2024];43(1):16. Disponible en: https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/download/3435/1581

10. Perales Rodríguez G. Nivel de conocimiento sobre protocolos de atención en urgencias médicas en consultorios odontológicos, Trujillo 2020 [Tesis de grado en Internet]. Trujillo – Perú: Universidad Privada Antenor Orrego Facultad De Medicina Humana Programa De Estudio De Estomatología; 2023 [consultado el 27 de diciembre de 2024]. 50 p. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/10719/1/REP_GIANCARLO.PERALES_SOBRE.PROTOCOLOS.pdf

11. Saavedra J. Emergencias médicas en la atención odontológica. Pacientes "de riesgo" y/o "en riesgo". Rev Asoc Odontol Argent [Internet]. 2020 [consultado el 27 de diciembre de 2024];108(1):1-5. Disponible en: https://raoa.aoa.org.ar/revistas/?roi=1081000008

12. Sánchez-Zamora VR. Propuesta De Protocolos De Manejo De Emergencias Odontológicas De La Universidad Católica De Cuenca. Odontol Act Rev Cient [Internet]. 7 de septiembre de 2018 [consultado el 27 de diciembre de 2024];3(3):23-6. Disponible en: https://doi.org/10.31984/oactiva.v3i3.273

13. Cervantes C & Ahrinn N. Ansiedad En Pacientes Adultos Atendidos En La Clínica Dental ORE-2017 [Tesis de grado en Internet]. Perú: Universidad Privada Telesup Facultad De Salud Y Nutrición Escuela Profesional De Psicología; 2018 [consultado el 27 de diciembre de2024].100 p. Disponibleen: https://repositorio.utelesup.edu.pe/bitstream/UTELESUP/726/1/COVEÑAS%20CERVANTES%20NASH%20AHRINN%20(2).pdf

14. Loli Robles M A. Competencias cognitivas y actitudes frente a la atención de emergencias médicas durante la práctica odontológica en estudiantes de pregrado de la Universidad Privada Norbert Wiener en Lima [Tesis de grado en Internet]. Perú: Facultad De Ciencias De La Salud Escuela Académico Profesional de Odontología; 2022 [consultado el 27 de diciembre de 2024]. 76 p. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/c433cc98-13e6-4c86-b1c4-e99ab35eba40/content

15. Cataño Valderrama A, Álvarez Arredondo N, Rendón Figueroa D, Larrea Mejía CI, Arce Osorio AP, Rivera Quiroz LH. Factores determinantes para la atención clínica odontológica de pacientes con discapacidad. Acta Odontol Colomb [Internet]. 31 de julio de 2020 [consultado el 27 de diciembre de 2024];10(2):52-67. Disponible en: https://doi.org/10.15446/aoc.v10n2.83726

16. Romero GM. Nivel de conocimiento en salud oral de pacientes con Síndrome de Down y percepción sobre su atención odontológica que tienen los estudiantes de quinto año e internado hospitalario de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos [bachelor's thesis en Internet]. [lugar desconocido]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2021 [consultado el 27 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.12672/16428

17. Olivera-Herrera A G Franco-Quino C & Chumpitaz-Cerrate V. Evaluación del conocimiento sobre atención de emergencias médicas en dos facultades odontológicas del Perú. Rev Habanera Cienc Medicas [Internet]. 2021 [consultado el 27 de diciembre de 2024];20(6):1-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v20n6/1729-519X-rhcm-20-06-e4059.pdf

18. Rojas Herrara I A Morales Navarro D Rodríguez Soto A & Hernández Pedroso W. Evaluación docente de protocolos para la atención de las urgencias médicas durante la práctica estomatológica. Educ Medica Super [Internet]. 2021 [consultado el 27 de diciembre de 2024];35(2):1-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v35n2/1561-2902-ems-35-02-e2953.pdf

19. Mayta Hinostrosa D S. Nivel de conocimiento sobre emergencias médicas durante la práctica odontológica en cirujanos dentistas del distrito de Cerro Colorado-Arequipa [Tesis de grado en Internet]. Perú: UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA; 2022 [consultado el 27 de diciembre de 2024]. 85 p. Disponible en: https://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/d2ecd3f9-5754-4fce-bcfd-1c07602baaa6/content

20. Nina Mamani A L. Nivel de conocimiento del manejo de emergencias y urgencias médicas de los estudiantes de 3°, 4° y 5° año de odontología de la Universidad Privada de Tacna que llevaron el curso electivo de RCP básica. [Tesis de grado en Internet].

Perú: Universidad Privada De Tacna Facultad De Ciencias De La Salud Escuela Profesional De Odontología; 2023 [consultado el 27 de diciembre de 2024]. 108 p. Disponible en: https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/2834/Nina-Mamamni-Angie.pdf?sequence=1&isAllowed=y

21. Barriguete P J D D Villicaña D B Padilla P V & Miranda J S. Simulación De Emergencias Médicas En La Consulta Dental A Través De Videos En Fb (Simulation Of Medical Emergencies In The Dental Consultation Through Videos In Fb). Pist Educ [Internet]. 2019 [consultado el 27 de diciembre de 2024];40(132):1-11. Disponible en: https://pistaseducativas.celaya.tecnm.mx/index.php/pistas/article/viewFile/1873/1541

22. Morales Romero JT, Herrera Barraza VA, Ferrer Valdivia NF. Manejo inicial de las emergencias médicas en la práctica odontológica. Una revisión de la literatura. Odontoestomatologia [Internet]. 27 de noviembre de 2024 [consultado el 27 de diciembre de 2024];26(44). Disponible en: https://doi.org/10.22592/ode2024n43e336

23. Smereka J, Aluchna M, Aluchna A, Szarpak Ł. Preparedness and attitudes towards medical emergencies in the dental office among Polish dentists. Int Dent J [Internet]. 7 de marzo de 2019 [consultado el 27 de diciembre de 2024];69(4):321-8. Disponible en: https://doi.org/10.1111/idj.12473

24. Vaughan M, Park A, Sholapurkar A, Esterman A. Medical emergencies in dental practice - management requirements and international practitioner proficiency. A scoping review. Aust Dent J [Internet]. 19 de septiembre de 2018 [consultado el 27 de diciembre de 2024];63(4):455-66. Disponible en: https://doi.org/10.1111/adj.12649

25. Al-Hassan M, AlQahtani S. Preparedness of dental clinics for medical emergencies in Riyadh, Saudi Arabia. Saudi Dent J [Internet]. Enero de 2019 [consultado el 27 de diciembre de 2024];31(1):115-21. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2018.11.006

26. Nagarale R, Todkar M, Arman MM, Momin S, Khillare S, Rizvi Q. Assessment of preparedness of dental clinics for medical emergencies. Int J Appl Dent Sci [Internet]. 1 de enero de 2022 [consultado el 27 de diciembre de 2024];8(1):450-5. Disponible en: https://doi.org/10.22271/oral.2022.v8.i1g.1461

27. Kishimoto N, Yamamoto T, Tran SD, Sanuki T, Seo K. Screen-based telesimulation training for medical emergencies in dental clinics. J Dent Anesthesia Pain Med [Internet]. 2024 [consultado el 27 de diciembre de 2024];24(6):427. Disponible en: https://doi.org/10.17245/jdapm.2024.24.6.427

28. Ghanam M, Khawalde M. Preparedness of Dentists and Dental Clinics for Medical Emergencies in Jordan. Mater Socio Medica [Internet]. 2022 [consultado el 27 de diciembre de 2024];34(1):60. Disponible en: https://doi.org/10.5455/msm.2022.33.60-69

29. Medical Emergencies in Dental Clinics: A Survey of 2013 Dentists in China. Chin Med Sci J [Internet]. 2019 [consultado el 27 de diciembre de 2024]:333. Disponible en: https://doi.org/10.24920/003708

30. Choufani A, Moussallem M, Dib JB, Asmar MK, Yeretzian JS. Lebanese Dentists' Preparedness to Deal With Medical Emergencies in Their Clinics: A National Survey. Int Dent J [Internet]. Julio de 2024 [consultado el 27 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.identj.2024.06.010

31. Al-Iryani GM, Ali FM, Alnami NH, Almashhur SK, Adawi MA, Tairy AA. Knowledge and Preparedness of Dental Practitioners on Management of Medical Emergencies in Jazan Province. Open Access Maced J Med Sci [Internet]. 14 de febrero de 2018 [consultado el 27 de diciembre de 2024];6(2):402-5. Disponible en: https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.072

32. Ecuador F. Emergencias médicas. Ecuad J Med [Internet]. 2 de abril de 2024 [consultado el 27 de diciembre de 2024];1(bookmed10):1-247. Disponible en: https://doi.org/10.46721/tejom-vol1issbookmed10-2024-1-247

33. Cortez Méndez RJ. Primeros auxilios. ACVENISPROH Acad [Internet]. 22 de junio de 2024 [consultado el 27 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://doi.org/10.47606/acven/aclib0072

34. Williams S. Medical emergencies. BDJ Pract [Internet]. 5 de septiembre de 2022 [consultado el 27 de diciembre de 2024];35(9):41. Disponible en: https://doi.org/10.1038/s41404-022-1701-3

35. Silver R. Assessing medical emergencies. Dent Nurs [Internet]. 2 de diciembre de 2021 [consultado el 27 de diciembre de 2024];17(12):592-4. Disponible en: https://doi.org/10.12968/denn.2021.17.12.592

36. Huxley E, Randell LA, McKernon S. Medical emergencies in primary dental practice. J Paramed Pract [Internet]. 2 de diciembre de 2024 [consultado el 27 de diciembre de 2024];16(12):502-6. Disponible en: https://doi.org/10.12968/jpar.2023.0055

37. María CF, Marina PQ, Virginia HE, Judit Pilar MC, Llara SL, María CP. Monografic Article. Basic Life Support (Bls): First Intervention Un Cardiorespiratory Arrest. Rev Sanit Investig [Internet]. 1 de enero de 2024 [consultado el 27 de diciembre de 2024];V(01). Disponible en: https://doi.org/10.34896/rsi.2024.73.24.001

38. González-Salvado V, Rodríguez-Ruiz E, Abelairas-Gómez C, Ruano-Raviña A, Peña-Gil C, González-Juanatey JR, Rodríguez-Núñez A. Formación de población adulta lega en soporte vital básico. Una revisión sistemática. Rev Espanola Cardiol [Internet]. Enero de 2020 [consultado el 27 de diciembre de 2024];73(1):53-68. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.11.015

39. Real de Asúa D, Galván JM, Iglesias J, Fernández J, Real de Asúa D, María Galván J, Iglesias J, Fernández J, Diego Rodríguez, Albert P, Méndez R, Alonso T, Churruca M, Salamanca J, Retana B, Casals F, García Í, Canabal A. Criterios de triaje para reanimación cardiopulmonar y soporte vital avanzado durante la epidemia COVID-19. Medicina Clin [Internet]. Septiembre de 2020 [consultado el 27 de diciembre de 2024];155(5):215-9. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.04.009

40. Aparicio L, Dell´ Era S. El midodrine disminuye la recurrencia de síncope vasovagal en pacientes jóvenes. Evid Actual En Pract Ambulatoria [Internet]. 28 de septiembre de 2021 [consultado el 27 de diciembre de 2024];24(3):e002158. Disponible en: https://doi.org/10.51987/evidencia.v24i4.6975

41. Revista de Odontopediatría Latinoamericana ED. Lineamientos de manejo materno-infantil en el consultorio odontológico en tiempos de COVID-19. Rev Odontopediatria Latinoam [Internet]. 17 de enero de 2021 [consultado el 27 de diciembre de 2024];10(2):0. Disponible en: https://doi.org/10.47990/alop.v10i2.197

42. Odontologia FD. Anais da 55ª Semana Acadêmica de Odontologia da UFRGS. Rev Fac Odontol Porto Alegre [Internet]. 22 de noviembre de 2023 [consultado el 27 de diciembre de 2024];64. Disponible en: https://doi.org/10.22456/2177-0018.136907

43. Corona F, Tessitore A, Bobbo M, Barbi E, Cozzi G. La sincope in età pediatrica. Medico Bambino [Internet]. 21 de abril de 2022 [consultado el 27 de diciembre de 2024];41(4):229-43. Disponible en: https://doi.org/10.53126/meb41229

44. UFRGS FD. Editorial da Faculdade de Odontologia da UFRGS e Editorial da Sobracom. Rev Fac Odontol Porto Alegre [Internet]. 30 de abril de 2020 [consultado el 27 de diciembre de 2024];36(2):2. Disponible en: https://doi.org/10.22456/2177-0018.16886

45. Lima Gomes N M de Araújo Cruz J H da Silva Nunes I da Costa Filgueira I Rodrigues Santiago J Ferreira Rocha J et al. Evaluación de la percepción de los estudiantes de odontología sobre emergencias médicas. Rev Cuba Estomatol [Internet]. 2020 [consultado el 27 de diciembre de 2024];57(3):1-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072020000300003&script=sci_arttext

46. Butrón-Téllez Girón C, Hernández-Pérez D, Pierdant-Pérez M. Consideraciones en el manejo dental de un paciente con hiperinsulinismo congénito. Reporte de un caso. REV ODONTOL PEDIATR [Internet]. 6 de agosto de 2022 [consultado el 27 de diciembre de 2024];21(1): e208. Disponible en: https://doi.org/10.33738/spo.v21i1.208

47. Wostyn P. ¿El glaucoma de tensión normal y el de tensión alta son resultado de alteraciones del sistema glinfático ocular y cerebral, respectivamente? Eye [Internet]. 12 de octubre de 2020 [consultado el 27 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://doi.org/10.1038/s41433-020-01219-w

48. Rodríguez Kadota L Torres Nolasco M F Arquinio Estremadoyro L & Valenzuela-Rodríguez G. Eclampsia atípica tardía: compromiso inusual con proteinuria, pero sin hipertensión. An Fac Medicina [Internet]. 2024 [consultado el 27 de diciembre de 2024];85(1):70-3. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v85n1/1025-5583-afm-85-01-70.pdf

49. Jiménez Báez D I & Vásquez Cruz M F. Hallazgos de neuroimagen en pacientes que debutan con crisis convulsivas. Hospital General de la Plaza de la Salud. [Tesis Doctoral. en Internet]. República Dominicana: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña; 2020 [consultado el 27 de diciembre de 2024]. 88 p. Disponible en: https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/3603/Hallazgos%20de%20neuroimagen%20en%20pacientes%20que%20debutan-%20Diomarys%20I.%20Jiménez%20y%20María%20Fernanda%20Vásquez%20Crúz.pdf?sequence=1&isAllowed=y

50. Santana-Miranda R Hurtado-Alvarado G Barrera-Medina A Reséndiz-García M C Jiménez-Correa U Rojas-Zamorano J Á. Resúmenes de trabajos libres del II Congreso Internacional de Medicina del Dormir. Neumol Cirugia Torax [Internet]. 2023 [consultado el 27 de diciembre de 2024];82(2):135-40. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/pdf/nct/v82n2/0028-3746-nct-82-02-135.pdf

51. Santos PH, De Oliveira MM, Burgos UM. Calcificación coronaria en pacientes hipertensos y no hipertensos. Braz J Salud Rev

[Internet]. 22 de noviembre de 2022 [consultado el 27 de diciembre de 2024];5(6):22851-8. Disponible en: https://doi.org/10.34119/bjhrv5n6-082

52. A Hipossialia em pacientes hipertensos. Rev Port Estomatol Medicina Dent Cir Maxilofac [Internet]. 22 de diciembre de 2020 [consultado el 27 de diciembre de 2024];61(s1). Disponible en: https://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.12.797

53. Benatti LN, Carvalho CD, Lot CR, Buzan VD, Pavanelli IL, Moreno BG. Efecto agudo de la manipulación visceral en pacientes hipertensos. Fisioter Bras [Internet]. 17 de abril de 2020 [consultado el 27 de diciembre de 2024];21(2):15. Disponible en: https://doi.org/10.33233/fb.v21i2.4031

54. García-Orellana M, Valero R, Fàbregas N, de Riva N. ¿Es la presión arterial «normal» la presión arterial «óptima» para cada uno de nuestros pacientes? Rev Espanola Anestesiol Reanim [Internet]. Febrero de 2020 [consultado el 27 de diciembre de 2024];67(2):53-4. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.redar.2019.11.006

55. Pinheiro CF, Rodrigues RL. Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos que utilizan medicación. Línea Id REV PSICOL [Internet]. 30 de mayo de 2018 [consultado el 27 de diciembre de 2024];12(40):886-96. Disponible en: https://doi.org/10.14295/idonline.v12i40.1171

56. Ramírez Gómez GA, Roncancio Abadía M. Paro cardiorrespiratorio por electrocución tratado con éxito extrahospitalariamente. Rev Cienc Salud [Internet]. 23 de junio de 2020 [consultado el 27 de diciembre de 2024];18(2):1. Disponible en: https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9277

57. Cruz Neto MS, Negrão RD, Panzetti TM, Vilhena AO, Ramalho JG, Fecury AA, Dendasck CV, Dias CA, Moreira EC, Souza KO, Ribeiro AC, Godinho JA, Raiol TL, Oliveira ED. Paro cardiorrespiratorio: actuación del equipo de enfermería en una unidad de cuidados intensivos. Rev Cient Multidiscip Nucleoconhecimento [Internet]. 19 de abril de 2022 [consultado el 27 de diciembre de 2024]:145-58. Disponible en: https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/salud/actuacion-del-equipo

58. Seoane LA, Burgos L, Baro Vila R, Furmento JF, Costabel JP, Vrancic M, Villagra M, Ramirez Hoyos OD, Navia D, Diez M. Impacto del equipo multidisciplinario "ECMO Team" en el pronóstico de pacientes sometidos a membrana de oxigenación extracorpórea venoarterial por choque cardiogénico o paro cardiorrespiratorio refractario. Arch Peru Cardiol Cirugia Cardiovasc [Internet]. 11 de diciembre de 2023 [consultado el 27 de diciembre de 2024];4(4):132-40. Disponible en: https://doi.org/10.47487/apcyccv.v4i4.325.