



EMERGENCIAS MÉDICAS EN ODONTOPEDIATRÍA

PROF. DR. DAVID RIBAS PÉREZ

EMERGENCIAS

URGENCIAS

EMERGENCIA

CONCEPTO:

Emergencia pediátrica o urgencia vital:

Cualquier situación clínica de enfermedad o accidente infantil con riesgo vital, requiere de actuación urgente y adecuada.

URGENCIA

CONCEPTO:

Para la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) la Urgencia es la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la consciencia de una necesidad inminente de atención, por parte del sujeto que lo sufre o de su familia.

URGENCIA

CONCEPTO:

Según la Asociación Médica Americana (A.M.A.)
Urgencia es toda aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia sanitaria inmediata .

PREVENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS MÉDICAS

HISTORIA CLÍNICA

- Conocimiento del estado del paciente.
- Documentación por escrito.
- Actualizar y consultar previamente a cualquier intervención.

CONSULTA MÉDICA

- Interconsulta con pediatra u otro especialista médico.
- Informe escrito (premedicación.)
- Importancia médico-legal.

VIGILANCIA DEL PACIENTE

- Niños de riesgo.
 - Extremar vigilancia.
 - Control de parámetros.
 - Consciencia.
 - Grado de bienestar.
 - Tono muscular.
 - Color de piel y mucosas.
 - Ritmo cardiaco y respiratorio, Tensión arterial (Pulsioxímetro.)
 - Tratamiento hospitalario.



PREPARACIÓN DEL ODONTÓLOGO, EL PERSONAL Y EL CONSULTORIO

PREPARACIÓN

- FORMACIÓN. (RCP BÁSICA)
- CADUCIDAD FARMACOS.
- TFNOS. HOSPITAL, AMBULANCIAS, EMERGENCIAS.
- NO COMENZAR TRATAMIENTO ALGUNO SIN HISTORIA CLÍNICA PREVIA.



EQUIPO DE EMERGENCIAS

EQUIPO DE EMERGENCIAS

INSTRUMENTAL

1. AMBÚ (TAMAÑO PARA ADULTO Y NIÑO.)
2. FUENTE DE OXIGENO.
3. MASCARILLA DE TAMAÑO ADULTO.
4. MASCARILLA DE TAMAÑO INFANTIL.
5. EQUIPO DE ASPIRACIÓN.
6. TUBO DE MAYO DE TAMAÑO ADULTO.
7. TUBO DE MAYO DE TAMAÑO INFANTIL.
8. LARINGOSCOPIO DE INTUBACIÓN.
9. TUBOS DE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL DE DISTINTOS TAMAÑOS.
10. ESFIGMOMANOMETRO.
11. FONENDOSCOPIO.

EQUIPO DE EMERGENCIAS

INSTRUMENTAL

12. PINZAS DE MAGILL.
13. SMARCH.
14. EQUIPO DE CRICOTIROTOMIA.
15. JUEGOS DE INFUSIÓN INTRAVENOSA.
16. DISPOSITIVOS DE INFUSIÓN INTRAVENOSA DE TIPO PALOMITA.
17. JERINGUILLAS DE DISTINTOS VOLUMENES.
18. GASAS Y ESPARADRAPO.
19. SOLUCIÓN ANTISÉPTICA (BETADINE ®)
20. GUANTES.

EQUIPO DE EMERGENCIAS

MEDICACIÓN

1. AMPOLLAS DE ADRENALINA AL 1:1000 (1 ML= 1 MG)
2. AMPOLLAS DE ATROPINA.
3. AMPOLLAS DE FLUMAZENIL (ANEXATE[®], 1 ML = 10MG)
4. AMPOLLAS DE NALOXONA (NALOXONE ABELLÓ[®], 1ML=0,4MG)
5. AMPOLLAS DE DEXCLORFENIRAMINA (POLARAMINE INY[®], 1ML=5MG)
6. AMPOLLAS DE DIACEPAM (VALIUM INY[®] 10MG)
7. SOLUCIÓN BEBIBLE DE CLEMASTINA, ANTIHISTAMÍNICO (TAVEGIL[®], 1ML=0,1 MG)
8. SPRAY DE SALBUTAMOL (VENTOLIN[®])
9. SPRAY DE NITROGLICERINA

EQUIPO DE EMERGENCIAS

MEDICACIÓN

10. GLUCAGÓN DE 1 Y 10 MG.
11. GLUCOCORTICOIDES EN AEROSOL (BECLO-ASMA® DE 50 Y 250 MG)
12. TERRONES DE AZUCAR O ZUMOS AZUCARADOS.
13. AMPOLLAS DE 6-METILPREDNISOLONA (URBASON®, 20MG)
14. SOLUCIONES DE GLUCOSA AL 50% (GLUCOSMON® R-50, 20 ML.)
15. SUERO GLUCOSADO AL 5% (500ML.)
SUERO SALINO AL 0,9% (500ML.)



CUADROS CLÍNICOS Y TRATAMIENTO.

SHOCK ANAFILÁCTICO

*REACCIÓN ALÉRGICA GENERALIZADA QUE APARECE
TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE UN FÁRMACO.*

- a) Cutánea (prurito, eritema)
- b) Respiratoria
 - a) Broncoespasmo.
 - b) Edema laríngeo.
 - c) Disnea, sibilancias.
- c) Vascular
 - a) Colapso cardiovascular
 - b) Cianosis
 - c) Hipertensión arterial.

SHOCK ANAFILÁCTICO

TRATAMIENTO

1º PREVENCIÓN

ANTE LA DUDA → PRUEBAS CUTÁNEAS → ALERGÓLOGO

SHOCK ANAFILÁCTICO

EN CONSULTA

VÍAS AÉREAS PERMEABLES.
O₂ CON MASCARILA Y AMBÚ

SHOCK ANAFILÁCTICO

EN CONSULTA

VIGILAR PULSO Y TENSIÓN ARTERIAL.
COLOCAR AL PACIENTE EN TRENDELLEMBURG



SHOCK ANAFILÁCTICO

SI NO MEJORA...

Administrar medicamentos

Epinefrina (adrenalina) subcutánea
0.01ml/kg cada 5 minutos hasta 3 dosis.

Acción antihistamínica

Broncodilatador

Vasoconstrictor.

Vía intravenosa (suero fisiológico.)

0.15mg/kg POLARAMINE® IV O IM

URBASON® IV O IM 1 mg/kg O 2 mg/kg

SHOCK ANAFILÁCTICO

SI NO MEJORA...

ADRENALINA INTRAVENOSA O INTRALINGUAL
(PLEXO VENOSO SUBLINGUAL)

SHOCK ANAFILÁCTICO

SI EMPEORA...

Traslado urgente al hospital.

Oxígeno, mascarilla y medicación.

RCP en caso de paro cardiorrespiratorio.



REACCIÓN ALÉRGICA LIGERA O MODERADA

CUADRO CLÍNICO

Hinchazón, edema en la cara, párpados y extremidades.

Prurito, eritema cutáneo.

No reacción generalizada.

No disnea.

No hipotensión.

REACCIÓN ALÉRGICA LIGERA O MODERADA

TRATAMIENTO

TAVEGIL[®] (Fumarato de clemastina)

NIÑOS > 11 AÑOS 10ml/ 8 h.

DE 3 A 11 AÑOS 5ml/ 8 h.

< 3 AÑOS 2,5 ml/8h.

Traslado al centro más cercano.

EDEMA LARÍNGEO

CUADRO CLÍNICO

Tras reacción alérgica Grave.

Hinchazón, edema tejidos bucofaciales y congestión nasal.

Disnea, estridor laríngeo (sigo principal)

Cianosis.

EDEMA LARÍNGEO

TRATAMIENTO

Oxigenar al paciente (mascarilla y ambú.)

Inyectar adrenalina subc. (0,01 ML/kG.)

Administrar Polaramine[®] IV o IM(1 mg= 0,2ml.)

A los 5 min nuevamente adrenalina(hasta 3 veces)

EDEMA LARÍNGEO

SI EMPEORA

Intubación orotraqueal

Cricotirotomía

(SOLO SI SE TIENE EXPERIENCIA.)

CON URGENCIA AL HOSPITAL.

CRISIS ASMÁTICA AGUDA

CUADRO CLINICO

Historia previa de asma.

Distress respiratorio agudo con disnea importante.

Tiraje intercostal.

Espiración alargada.

Sibilancias.

Cianosis.

Taquipnea superficial.

Taquicardia superior a 100 latidos /min.

CRISIS ASMÁTICA AGUDA

TRATAMIENTO

Oxigenar al paciente con mascarilla y ambú.
Administrar BD (salbutamol inhalatorio 2-3)
Repetir a los 10-15 min.
Si no cede → HOSPITAL.

LIPOTIMIA

CUADRO CLINICO

(Desmayo)

Hipotensión marcada (ansiedad tensión)

Sensación de desvanecimiento y malestar.

Sudoración, bradicardia, pulso débil.

Síncope (pérdida de consciencia de rápida recuperación.)

A veces convulsiones.

LIPOTIMIA

TRATAMIENTO

Trendelemburg.

Humedecer frente, cara. Echar aire en cara.

Aflojar ropa. Oxigenar al paciente.

Incorporarlos poco a poco.

Si hay pérdida de consciencia → Atropina
0,02mg/kg con un mínimo de 0,1 mg.

Para niños mayores y adultos → 0,5 mg.

OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR CUERPO EXTRAÑO

CUADRO CLÍNICO

SOSPECHA.

DISNEA, TOS VIOLENTA.

GRAN NIVEL DE ANSIEDAD.

SI EMPEORA:

CIANOSIS Y PÉRDIDA DE CONSCIENCIA.

OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR CUERPO EXTRAÑO

TRATAMIENTO PACIENTE CONSCIENTE

Si puede hablar, animarle para que continúe tosiendo.

Golpes secos en la espalda, entre omoplatos.

Si no puede hablar. Maniobra de Heimlich.

OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR CUERPO EXTRAÑO

TRATAMIENTO PACIENTE INCONSCIENTE

Abrir la boca del paciente. Intentar extraer cuerpo extraño.

Laringoscopio, pinzas de Magill y aspirador flexible hasta tráquea para aspirar.

Paciente en decúbito supino. Compresiones en diafragma y golpes en la espalda en decúbito lateral.

OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR CUERPO EXTRAÑO

TRATAMIENTO
PACIENTE INCONSCIENTE
Si no se consigue desobstruir.

Ambú y mascarilla con fuente de O₂.
Cricotirotomía si no ventila.
RCP.

DIQUE DE GOMA

OAVS POR CUERPO EXTRAÑO I

Obstrucción Incompleta

1. Contraindicadas maniobras de extracción.
2. Colocar al paciente confortablemente.
3. Administrar oxígeno con máscara.
4. Traslado al hospital soporte vital.

OAVS POR CUERPO EXTRAÑO I

Obstrucción Completa

1. Maniobras de extracción de ce: >1 año Heimlich.
2. Abrir la boca e intentar extraer.
3. Laringoscopia e intentar extracción con pinzas.
4. Intubación para enclavar /Cricotirotomía.

ASFIXIA por cuerpo extraño

ATRAGANTAMIENTO

Extracción manual si es posible.
Colocación en Trendelenburg.
Secuencia de actuación en LACTANTES

ATRAGANTAMIENTO

VENTILACIÓN
Boca a boca-Nariz

ABIR LA VÍA
AÉREA

COMPROBAR
LA BOCA

LACTANTE
< 1 AÑO

5 GOLPES
EN LA ESPALDA

5 COMPRESIONES
TORÁCICAS

AFIXIA por cuerpo extraño

ATRAGANTAMIENTO

Extracción manual si es posible.
Colocación en Trendelenburg.
Secuencia de actuación en NIÑOS

ATRAGANTAMIENTO

VENTILACIÓN
Boca a boca-Nariz

ABIR LA VÍA
AÉREA

COMPROBAR
LA BOCA

NIÑO
> 1 AÑO

5 GOLPES
EN LA ESPALDA

5 COMPRESIONES
TORÁCICAS

5 COMPRESIONES
ABDOMINALES

MANIOBRAS de desobstrucción de la VÍA AÉREA en LACTANTES:

- Dar 5 golpes en la espalda (Inter-escapulares). Posición en decúbito prono, con la cabeza más baja que el tórax.
- Golpear con el talón de la mano entre las escápulas.
- Cambiar a decúbito supino sobre el antebrazo del reanimador.

DESOBSTRUCCIÓN de la VÍA
AÉREA en LACTANTES:
Golpes en la espalda.

MANIOBRAS de desobstrucción de la VÍA AÉREA en el NIÑO CONSCIENTE:

- Animarle a que despeje espontáneamente su vía aérea; si no puede.....
- Dar 5 golpes en la espalda entre ambas escápulas con el talón de una mano, estando la víctima de pie e inclinada hacia delante.
- Dar 5 compresiones abdominales, como la maniobra de Heimlich en adulto.

DESOBSTRUCCIÓN de la VÍA AÉREA en el niño CONSCIENTE.

CRISIS EPILÉPTICA

CUADRO CLÍNICO

Aura previa.

Gran mal

Convulsión generalizada.

Pérdida de consciencia, movimientos rígidos, tonicoclonicos . Salivación, relajación de esfínteres, cianosis.

Estado epiléptico.

Recurrencia continua de convulsiones.

CRISIS EPILÉPTICA

CUADRO CLÍNICO

Pequeño mal

Pérdida de consciencia sin alteraciones motoras.

Periodos de inactividad.

Mirada en blanco, sin movimientos.

30 seg.

Niños entre 4 y 12 años.

CRISIS EPILÉPTICA

TRATAMIENTO

Paciente en decúbito lateral. Sujeto firmemente.

Aflojar ropa.

Vías aéreas permeables.

Aspirar secreciones bucales.

Colocar entre dientes tubo de mayo o depresor lingual.

Se resuelven solas normalmente.

Traslado a hospital.

CONVULSIONES

Anamnesis

Aproximación
Diagnóstica

Exploración

Febril

Vía I.V.

No vía I.V.

Midazolam I.M.

Glucemia

< 60 o?

Glucosa 25 I.V.

Normal

Diacepam I.V.

HIPOGLUCEMIA

CUADRO CLÍNICO

Niños con antecedente de diabetes y tto. con insulina .

Suelen haber ido a consulta sin comer.

Tras cuadros diarreicos o con vómitos.

Tras ejercicio físico o berrinche.

HIPOGLUCEMIA

CUADRO CLÍNICO

Irritabilidad

Nerviosismo

Temblores.

Debilidad

Dolor abdominal

Náuseas

Confusión y desorientación

Pérdida de consciencia y coma.

HIPOGLUCEMIA

TRATAMIENTO

Si está consciente:

Azúcar o zumo de frutas.

Inconsciente.

Suero glucosado IV (20-30 ml en niños)

Si no se puede coger vía →

Glucagón IM 1mg

Traslado al hospital.

DEPRESIÓN RESPIRATORIA POR SEDANTES

CUADRO CLÍNICO

En pacientes premedicados, reducir la dosis de anestesia.

Bradipnea

Somnolencia puede llegar a pérdida de consciencia

Apnea

Hipoxia progresiva

Cianosis.

DEPRESIÓN RESPIRATORIA POR SEDANTES

TRATAMIENTO

Estimular al paciente para que respire.
TRIPLE MANIOBRA DE LA VÍA AÉREA.
Tubo de Mayo
O₂, mascarilla y ambú.

DEPRESIÓN RESPIRATORIA POR SEDANTES

TRATAMIENTO

Usar Anexate[®] si se han usado Benzodiazepinas.
Diluir 1 ml de Anexate en 9 ml de suero fisiológico.
Administrar de forma IV hasta obtener
respuesta (1ml cada 3 min.)

O bien 2 ml IM.

PARO CARDIORRESPIRATORIO

CUADRO CLÍNICO

1. Pérdida de consciencia brusca.
2. Ausencia de pulso central y respiratorio.
3. Midriasis. (no esperar a este signo para dg. El paro cardiorrespiratorio.)

PARO CARDIORRESPIRATORIO

TRATAMIENTO

Paciente en decúbito supino.

Hiperextender la cabeza, abrir la boca con tracción anterior de la mandíbula.

Limpiar vía aérea (manualmente o con pinzas de Magill)

Tubo de mayo y ventilar (boca a boca o mascarilla con ambú con O₂.)

PARO CARDIORRESPIRATORIO

TRATAMIENTO

Masaje cardíaco externo.

Comprobar pulso central.

Sin interrumpir las maniobras, buscar vía IV o bien sublingual.

Administrar 0,01 ml/Kg adrenalina IV cada 5 min hasta recuperar pulso.

PARO CARDIORRESPIRATORIO

TRATAMIENTO

En lactantes

Comprimir la mitad inferior del esternón.

Usar dedos pulgares

presionando 1,3-2,5 cm 2 veces por segundo.

La proporción compresión-insuflación debe ser de
5:1.

PARO CARDIORRESPIRATORIO

TRATAMIENTO

En menores de 8 años.

Comprimir la mitad inferior del esternón con la palma de la mano 2,5-3,5 cm 80-100 veces por minuto.

Relación 6:1

PARO CARDIORRESPIRATORIO

TRATAMIENTO
En mayores de 8 años.

Igual que en adultos.

Deprimir 4-5 cm la parte inferior del esternón.

1 reanimador 15:2.

2 reanimadores 5:1.

Concepto de Parada Cardiorrespiratoria (PCR)

Aparición brusca.

Fallo de bomba.

Hipoperfusión cerebral.

Etiología de la PCR en el niño

Respiratorios

- Hipoxia
- Acidosis respiratoria

Hemodinámicos

- Insuficiencia cardíaca
- Shock
- Síndrome de bajo gasto mantenido

Metabólicos

- Acidosis severa
- Alteraciones electrolíticas

PRORIDADES EN RESUCITACIÓN

- Solicitud de ayuda.
- Soporte vital básico.
- Desfibrilación.
- Soporte vital avanzado.

- Solicitud de ayuda en situaciones de emergencia es una medida prioritaria que se debe plantar lo antes posible.
- Dicha solicitud se debe ajustar de forma individualizada a cada situación o circunstancia concreta.



SECUENCIA DE ACTUACIÓN EN SVB

1. Comprobar la CONSCIENCIA y pedir ayuda a personas de alrededor.
2. Abrir la VIA AÉREA.
3. Comprobar la RESPIRACIÓN. (máx. 10 seg.)
4. VENTILER. (5 Ventilaciones de rescate)
5. Comprobar el PULSO. (máximo 10 segundos)
6. MASAJE Cardíaco (5 compr. / 1 ventil. 100 por minutos)
7. Activar el Sistema de Emergencias:
 - Cuando el niño está colapsado.
 - Tras un minuto de RCP

SECUENCIA DE ACTUACIÓN

COMPROBAR LA CONSCIENCIA

- Llamar en voz alta.
- Sacudir.
- Pellizcar.
- Pedir AYUDA a personas de alrededor.

Comprobar la CONSCIENCIA.

SECUENCIA DE ACTUACIÓN

ABRIR LA VÍA AÉREA

- Maniobra frente-mentón.
 - Posición neutra en el lactante.
 - Extensión moderada en el niño.
- Si trauma craneal:
 - Elevación mandibular como en el adulto.

Abrir la VÍA AÉREA.

SECUENCIA DE ACTUACIÓN

COMPROBAR RESPIRACIÓN

- Ver.
- Oír.
- Sentir.

Los ruidos y movimientos respiratorios.
(máximo 10 seg.)

Comprobar RESPIRACIÓN.

SECUENCIA DE ACTUACIÓN

VENTILAR

- Boca-boca y nariz en el lactante.
- Boca-boca en niños.

Inicialmente: 5 ventilaciones de rescate.
Si se eleva el tórax reabrir la vía aérea e intentar 5 ventilaciones más.

Si no hay éxito, tratar como obstrucción de vía aérea.

VENTILAR.

SECUENCIA DE ACTUACIÓN

COMPROBAR PULSO

- Braqui (humeral) en el lactante.
- Carotídeo en los niños. (máx. 10 seg.)

Observar movimientos (tragar, respirar), que indiquen actividad circulatoria.

Comprobar el PULSO.

SECUENCIA DE ACTUACIÓN

MASAJE CARDÍACO EXTERNO EN LACTANTES

- Inicialmente 5 compresiones.
- Continuar a 100 por minutos.

Con 2 dedos deprimir el esternón $\frac{1}{3}$ del diámetro antero-posterior del tórax.

Relación masaje/ventilación: 5/1

Masaje cardíaco externo en lactantes.

SECUENCIA DE ACTUACIÓN

MASAJE CARDÍACO EXTERNO EN NIÑOS PEQUEÑOS

- Inicialmente 5 compresiones.
- Continuar a 100 por minutos.

Con el talón de ambas manos deprimir el esternón $\frac{1}{3}$ del diámetro antero-posterior del tórax.

Relación masaje/ventilación: 5/1

Masaje cardíaco externo en niños pequeños.

SECUENCIA DE ACTUACIÓN

MASAJE CARDÍACO EXTERNO EN NIÑOS MAYORES DE 8 AÑOS

- Inicialmente 15 compresiones.
- Continuar a 100 por minutos.

Con el talón de ambas manos deprimir el esternón $\frac{1}{3}$ del diámetro antero-posterior del tórax.

Relación masaje/ventilación:15/2

Masaje cardíaco externo en niños mayores de 8 años.

Profilaxis endocarditis bacteriana

Adherencia y colonización de microorganismos a la superficie del endocardio.

Defectos congénitos, enfermedades previas, cirugía.

Enfermedad GRAVE que puede lesionar de forma definitiva un órgano generalmente ya lesionado previamente.

Advertir a los padres de la gravedad para que no camben las pautas de antibiótico.

Profilaxis endocarditis bacteriana

PATOGENIA

Bacteriemia transitoria.

Anidan en válvulas cardiacas lesionadas o patológicas, endotelio o endocardio alterado.

Anidamiento en derivaciones hidrocefálicas, prótesis ortopédicas o dispositivos metálicos.

Manipulaciones dentales → 15% casos de endocarditis.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

Profilaxis endocarditis bacteriana

RECOMENDACIONES

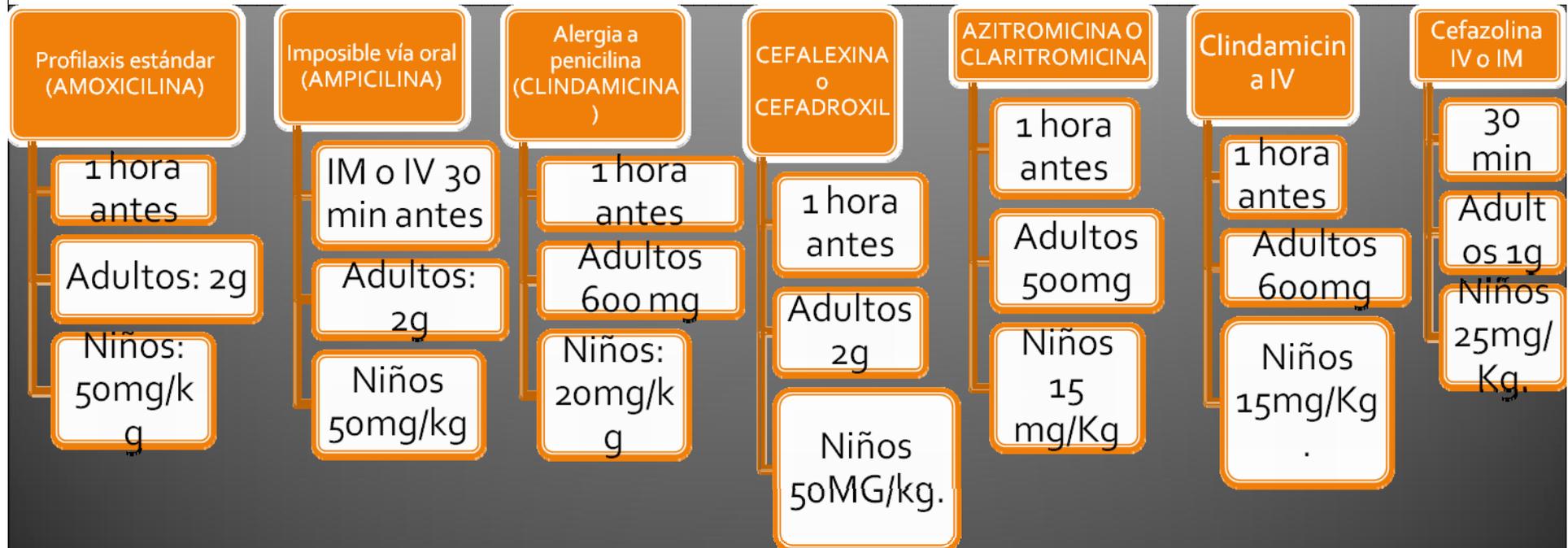
Se recomienda la realización de enjuagues con clorhexidina previo al tto dental para disminuir el nº de gérmenes en boca.



Condiciones cardíacas profilaxis antibiótica de endocarditis bacteriana.

ALTO RIESGO	RIESGO MODERADO	BAJO RIESGO (NO NECESARIA PROFILAXIS*)
PRÓTESIS VALVULAR CARDIACA	CARD. CONGENITA NO CIANOTICA	DEFECTO AISLADO SEPTO
EPISODIOS PREVIOS DE ENDOCARDITIS	VALVULOPATIAS DISFUNCION VALVULAR CARDIOMIOPATIA HIPERT.	REPARACIÓN QUIR. SEPTOS > 6 MESES
ENF. CARD. CONGÉNITA COMPLEJA Y CIANOTICA	PROLAPSO VÁLV. MITRAL	BYPASS
TTO Q. DE LA ARTERIA PULMONAR	INJERTOS VASCULARES < 6 MESES	MURMULLO CARDIACO FUNCIONAL
	HEMODIALISIS RENAL	KAWASAKI
	DERIVACIONES VENTRICULOARTICULARES PARA EL TTO DE LA HIDROCEFALIA	FIEBRE REUMATICA MARCAPASOS DERIV. VENTRICULOOPERITONEALES INMUNODEPRIMIDOS.

Pautas de profilaxis antibiotica de la endocarditis bacteriana



MUCHAS GRACIAS