

2ej. 278



"Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala"

U. N. A. M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

"USO DE SEDANTES EN ODONTOPIEDIATRIA"

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

MARIA BESSY MANZANO CASTILLO

San Juan Iztacala, México 1965.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Pág.
Introducción	1
Cap. I	
Consideraciones psicológicas que afectan al niño en el - consultorio dental	3
1.- Ansiedad materna.	4
2.- Preparación del niño para su pri- mera visita con el Odontopediatra	5
3.- Factores socio-culturales	6
4.- Relación con los hermanos	7
5.- Fuentes de conducta no cooperati- va	7
- Categorías de la conducta	9
Cap. II	
Concepto de premedicación y sedación	11
- Aspectos preliminares para la sedación	12
Cap. III	
Indicaciones y contraindicaciones de la premedicación en - general	14
- Indicaciones	15

	Pág.
- Contraindicaciones	15
Cap. IV	
Clasificación de los sedantes y sedantes más comunmente -- empleados en Odontopediatria	17
Cap. V	
Aspectos importantes para la dosificación.	20
- Puntos para determinar la dosis de un medicamen- to	21
- Clasificación de pacientes dentales, según su <u>es</u> tado emocional	22
1.- Cooperativo tenso.	22
2.- Exteriormente aprehensivo.	22
3.- Miedoso	23
4.- Terco y hostil	23
5.- Hiperemotivo	24
6.- Cardíaco	24
- Dosificaciones para medicación balanceada.	25
1.- Para el cooperativo tenso.	25
2.- Para el exteriormente aprehensivo.	25
3.- Para el miedoso.	26
4.- Para el terco y hostil	26
5.- Para el hiperemotivo	26
6.- Para los casos cardíacos	27

	Pág.
Cap. VI	
Vías de administración de las drogas sedantes.	28
- Administración oral	28
1.- Ventajas	29
2.- Desventajas	29
- Administración intramuscular	30
1.- Ventajas	30
2.- Desventajas	31
- Otras vías de administración	33
- Signos vitales en el niño	34
1.- Tipos de respiración del niño.	35
Cap. VII	
Descripción de Hidrato de Cloral	36
1.- Química	36
2.- Farmacología y acción.	37
3.- Indicaciones	38
4.- Contraindicaciones	38
5.- Reacciones colaterales	39
6.- Presentación y dosis	39
Cap. VIII	
Descripción de la Hidroxizina	40
1.- Química	40

	Pág.
2.- Farmacología y acción	41
3.- Indicaciones	42
4.- Contraindicaciones.	43
5.- Reacciones colaterales.	43
6.- Presentación y dosificación	43
 Cap. IX	
Descripción del Diazepam	46
1.- Química	46
2.- Farmacología y acción	47
3.- Indicaciones	48
4.- Contraindicaciones	48
5.- Reacciones colaterales	48
6.- Presentación y dosificación	48
 Cap. X	
Descripción de la Prometazina	50
1.- Acción	51
2.- Indicaciones	51
3.- Contraindicaciones	51
4.- Reacciones colaterales	51
5.- Presentación y dosificación	52
 Conclusiones	 53
Bibliografía	56

I N T R O D U C C I O N

El miedo, ansiedad, tensión y aprehensión, son algunas de las manifestaciones que más a menudo aquejan a pacientes infantiles que acuden al consultorio dental y que con más frecuencia también, enfrenta el Odontopediatra.

Finn menciona que el 3% de los pacientes infantiles considerados normales, necesitan algo de sedación para soportar una visita dental.

El descubrimiento y uso clínico de las diferentes drogas sedantes trajeron al campo de la Odontología, una alternativa, auxiliar en el manejo y control de pacientes infantiles con -- problemas de conducta y también para aquéllos, que no les es posible cooperar con el Odontopediatra por alguna causa; ya sea ésta física o mental.

Debido a la popularidad que hoy en día poseen los sedantes en Odontopediatría y a que ciertas dosificaciones están basadas en factores distintos de la edad y peso corporal del niño; - es necesario que se tenga en consideración las categorías de la conducta elaboradas por Frankl y a la clasificación que elaboró Lampshire respecto al estado emocional en que pueda encontrarse un niño, para - poder establecer un programa de dosificación de sedantes apropiado.

El Odontopediatra y el Odontólogo de práctica general deberán tener conocimiento exacto de las vías de administración de los sedantes, las ventajas y desventajas que ofrecen éstos; de qué sedantes son actualmente de mayor utilidad y empleo, qué contraindicaciones e indicaciones presentan y por último qué efectos laterales poseen.

CAPITULO I.

Consideraciones psicológicas que afectan al niño en el consultorio dental.

El concepto de que el hombre es un todo afirma que éste es una entidad indivisible. Así pues, el hombre no es un conjunto de partes sin relación entre sí o que dichas partes funcionen de manera independiente una de otras; sino que cada una de ellas es parte integral y esencial de este todo. De esta forma, los efectos de la enfermedad como los del tratamiento no quedan nunca limitados a la porción interesada, sino que afectan al individuo en su totalidad.

Los cambios que se efectúen en una parte, no sólo afectan al organismo entero sino que éste a su vez ejerce una influencia recíproca y dinámica sobre todas sus porciones constituyentes.

Bajo lo mencionado anteriormente, el Odontopediatra deberá prestar gran interés no únicamente a la esfera profesional, sino también a la observación del niño en su totalidad; examinando cada una de sus acciones, su comportamiento, lo que dice, cómo lo dice, su aspecto personal, la manera de responder al padecimiento y al tratamiento.

Existen ciertos factores psicosociales relacionados con la familia que influirán en el comportamiento del niño:⁵

1. Ansiedad materna.
2. Preparación del niño a su primera cita con el dentista.
3. Factores socio-culturales.
4. Relación con los hermanos.
5. Fuentes de conducta no cooperativa.

1. Ansiedad materna.-

El miedo y la ansiedad son reacciones emocionales elaboradas por la personalidad, basadas en el sentido y el significado.⁵

La personalidad, es la caracterización o el patrón estructurado de la conducta, en tanto que la ansiedad es una respuesta a situaciones que son peligrosas sólo simbólicamente, presentando manifestaciones tales como: la aprensión, tensión, fatiga y pánico mismas que a menudo se ven acompañadas de sudoración y palidez.^{6,15.}

El miedo es una respuesta emocional realista, es la reacción a una situación que constituye un peligro o amenaza real.

La ansiedad tiende a exagerar cualquier experiencia dolorosa real, llegando inclusive a disminuir el umbral al dolor y también a aumentar la tolerancia a un medicamento. Por lo tanto, -- es preciso saber, conocer y tratar estos aspectos anticipadamente a -- que se presenten.

La ansiedad de la madre llega a influir grandemente en la conducta del niño en el consultorio dental, porque el niño se contagia de la misma y esto repercutirá en la aceptación o el rechazo que éste muestre en el futuro hacia el tratamiento dental y hacia el Odontopediatra también. Además las experiencias obtenidas por los padres acerca de tratamientos odontológicos - ya hayan sido éstas agradables o desagradables - son transmitidas a los hijos mediante la aprensión, nerviosismo y comentarios negativos.

Según Wright y Alpern⁵ encontraron gran relación entre la ansiedad materna y el comportamiento no cooperativo del niño en el consultorio dental, sobre todo en niños entre los 3 y 4 años de edad.

Se recomienda pues, que cuando sea posible, los padres sean preparados previamente a la consulta dental del niño, ya sea por medio de pláticas o mediante el envío de una carta en la que se explique la importancia que tiene el mantenerse libres de ansiedad, y con una buena actitud hacia el tratamiento odontológico.

2. Preparación del niño para su primera visita con el Odontopediatra.

La visita al dentista, es para el niño una experiencia nueva que por lo general, desencadena dolor y nerviosismo. Esto se debe, a que la mayoría de las veces, acuden al consultorio cuando la salud bucal es deficiente y existe dolor.

Ante estas situaciones, el Odontopediatra no debe perder el control, ni agotar su paciencia y capacidad de comprensión. Por el contrario, debe detectar rápidamente estos factores de angustia y eliminarlos en lo posible.

Antes de que el niño viva su propia experiencia - respecto al ambiente del consultorio dental y al Odontopediatra, él - ya tiene, casi siempre, su propio conocimiento del mismo, aunque éste sea un tanto vago e irreal; ya que la mayoría de las personas sienten una abierta aversión hacia el dentista y lo utilizan como medio de -- castigo o amenaza. De manera que una vez que el niño se enfrenta -- a su primera consulta, se muestra angustiado y atemorizado.

El papel del Odontopediatra aquí, es determinante, ya que él debe borrar todo lo negativo que el niño guarde del ambiente del consultorio, de su personal. Permitirle, asimismo, al niño explorar este ambiente que, desde luego, deberá ser agradable. Este nuevo conocimiento se podrá ir incrementando cita con cita, pues de esta primera impresión que el niño obtenga, depende que en lo sucesivo sea el mejor o el peor paciente.

3. Factores socio-culturales.-

Se menciona que Wright y Alpern⁵, investigaron - la influencia de las clases sociales de los padres, con relación a la conducta de sus hijos y confirmaron haber obtenido mejor cooperación

por parte de niños procedentes de clases sociales media y baja.

Existen sin embargo, efectos contraproducentes que influyen en los niños de corta edad, como es la privación absoluta del cuidado materno; comprobándose que el desarrollo del niño puede verse afectado física, intelectual, emotiva y por supuesto, socialmente.

4. Relación con los hermanos.

La mala conducta del niño pequeño en el consultorio puede ser el resultado directo de la influencia del hermano o hermanos mayores, ya que los hermanos son considerados fuentes potenciales de angustia y miedo. A esto se le conoce como "transmisión de -- conducta"⁵, ya que generalmente, los hermanos se comunican entre sí - sus experiencias con el dentista.

5. Fuentes de conducta no cooperativa.-

La falta de cooperación del niño en el consultorio dental puede atribuirse a determinados factores, en los cuales - la familia se haya involucrada:

- a) Conducta adquirida.
- b) Emplear la visita al dentista como un castigo al niño.
- c) Ansiedad interna y externa del niño.
- d) Discusiones de experiencias odontológicas desagradables ante el niño.

El punto anterior enfatiza la relación que guarda el ambiente familiar en el que el niño crezca y su comportamiento. Es así, que en un ambiente de preocupación por problemas tales como, pobreza, trabajo inadecuado, enfermedad, fricciones dentro del matrimonio, etc. los padres son incapaces de dar algo a los demás. Por el -- contrario, el niño que vive en un ambiente con buena alimentación, ca rriño, atención, armonía entre los padres; todo esto, contribuirá en - la formación de su carácter y de las interrelaciones con otras perso- nas. 5

Resumiendo, diremos que los factores que determi- nan principalmente, la actitud del niño ante el tratamiento dental -- son:

1).- Factores favorables.

- a.- Medios educativos sobre la salud.
- b.- Influencias positivas de los padres u otras personas.
- c.- Experiencias agradables en el consultorio, - esto es; sin dolor, ni molestia.

2).- Factores desfavorables.-

- a.- Escuchar experiencias desfavorables (progra ma de radio, televisión, dibujos empleados negativamente, etc)
- b.- Manifestaciones de abierto rechazo hacia la

odontología.

c.- Experiencias personales desfavorables en el consultorio.

d.- Ansiedad materna.

Categorías de la conducta.-

A continuación enumeraremos las categorías de la conducta, clasificación que fué dada por Frankl, en 1962:

Grado I.- Definitivamente negativo.- Rehusa el tratamiento dental, llorando enérgicamente, es miedoso o muestra alguna otra manifestación evidente de extremo negativismo.

Grado II.- Negativo.- Renuente a aceptar el tratamiento, no cooperador y con alguna evidencia de actitud negativa pero no pronunciada, es hosco, malhumorado y triste, con indecisión.

Grado III.- Positivo.- Acepta el tratamiento, a veces es cauteloso, voluntariamente -- accede a cooperar con el dentista, en ocasiones con reservación pero el niño sigue la dirección del dentista.

Grado IV.- Definitivamente positivo.- Guarda --

buena armonía con el dentista y también simpatía. Se muestra interesado en los procedimientos dentales, riéndose y disfrutando la situación.

CAPITULO II.

Concepto de premedicación y sedación.

El objetivo principal de la premedicación es facilitar el tratamiento dental y conseguir que pacientes potencialmente cooperadores y aquellos que carecen de tal habilidad, se tranquilicen o acepten los procedimientos operatorios o ambas cosas.¹³

Según Wilfred Dudley³, el concepto de premedicación es uno de los tópicos más extensamente discutidos, pero el menos usado en tratamientos dentales. Es así, que entendemos como premedicación a los medios farmacológicos mediante los cuales se puede producir desde una leve relajación, una sedación hasta una hipnosis antes del tratamiento dental, con el objeto de hacer más placentera la visita dental en el niño y disminuir la fatiga en el Odontopediatra.

Droga sedante, es aquella utilizada para aquietar al paciente sin remitirlo a dormir, aunque puede hacerlo sentir soñoliento. Una pequeña dosis de un hipnótico o tranquilizante a menudo es suficiente para esto.¹⁰

Cabe hacer mención también, que la premedicación para ser aplicada es necesario que se tenga en cuenta el metabolismo y estado emocional del niño y estar ajustada de acuerdo a la hora del día en que será empleada; así como también, a la edad, peso corporal

y actividad.

Aspectos preliminares para la sedación.⁹

- a) Establecer el tratamiento que va a ser realizado, examen dental y examen radiográfico (si lo permite).
- b) Determinar la extensión de las sesiones, tiempo probable de duración y nivel de cooperación.
- c) Seleccionar la droga adecuada.
- d) Seleccionar las dosis, vías de administración y tiempo de administración.
- e) Valoración por el pediatra, para evaluar vías aéreas y/o alteraciones de tipo sistémico.
- f) Dar instrucciones previas a los padres.

Finn⁴ menciona que en 1961, Albúm elaboró 10 reglas para la administración de las drogas, tales son:

- 1) Un adulto deberá acompañar al paciente.
- 2) Deberá hacerse una supervisión estricta en el consultorio.
- 3) Esperar un tiempo razonable después de la administración.
- 4) Los padres deberán supervisar a sus hijos de cerca, después de administrar una droga.
- 5) Es esencial un medio ambiente tranquilo.

- 6) Los reflejos vitales no deberán ser abolidos.
 - 7) No usar nunca premedicación durante alguna enfermedad - aguda.
 - 8) Habrá de explicarse a los padres las reglas post-operatorias.
 - 9) El dentista debe conocer los efectos de la droga y sus efectos.
 - 10) Debe de haber disponible medicación de urgencia.
- y Finn, añade una onceava regla:
- 11) Conocer el estado físico del paciente y su reacción a las drogas.

CAPITULO III.

Indicaciones y contraindicaciones de la premedicación en general.

Los propósitos más importantes de la premedicación son los siguientes:⁵

- 1.- Mitigar la aprensión, ansiedad o miedo.
- 2.- Elevar el umbral del dolor.
- 3.- Controlar las secreciones de las glándulas salivales y mucosas.
- 4.- Contrarrestar el efecto tóxico de los anestésicos locales.
- 5.- Controlar los trastornos motores (en enfermos con parálisis cerebral).

Conociendo ya los objetivos principales de la premedicación, es además necesario y conveniente para el Odontopediatra o para el Odontólogo de práctica general, tener conocimiento también de las indicaciones y de las contraindicaciones del uso de las diferentes drogas empleadas usualmente para premedicar, ya que nos podemos encontrar en el consultorio, con que acude un paciente niño para recibir -- atención dental y que para ello es obligatorio el uso de algún sedante, pero que padece alguna enfermedad o alteración que contraindique el -- uso de alguna droga empleada para tal fin. Ante tal situación, el --- Odontopediatra debe discernir entre que droga será la más apropiada pa

ra tal caso.

Así, las indicaciones generales de la premedicación son: **13,14,17,18.**

- 1.- Niños menores de 3 años de edad con tratamiento dental largo y laborioso, como es el caso del niño con caries irrestricta o rampante, o en quien es necesario llevar a cabo extracciones múltiples bajo anestesia local.
- 2.- Niños con disturbios emocionales o angustiados.
- 3.- Niños incapacitados psicológica o mentalmente, "con -- quienes es posible comunicarse", por ejemplo: Síndrome de Down.
- 4.- Niño con daño cerebral, considerado como un paciente infantil especial por Wright.
- 5.- Niños mentalmente retardados, ya que carecen de la habilidad de cooperar y la comunicación verbal puede tener poco o ningún significado para ellos. Con características tales como: discrepancia entre edad cronológica y edad mental, hiperactividad, pobre coordinación motora, insomnio, intranquilidad, etc.
- 6.- Niños con historia previa de experiencias médicas o dentales traumáticas.

Las contraindicaciones en general de la premedica

ción son las siguientes: ^{3,11.}

- 1.- Niños con antecedentes de presión sanguínea baja.
- 2.- Niños con úlcera péptica.
- 3.- Niños con glaucoma.
- 4.- Niños con hipersensibilidad previa a determinada droga.
- 5.- Niños epilépticos ya que pueden aumentar las convulsiones.
- 6.- Niños con daño renal o hepático.

CAPITULO IV.

Clasificación de los sedantes y sedantes más comúnmente empleados en Odontopediatría.

Antes de proceder a hablar propiamente de las -- drogas más comúnmente empleadas por el Odontopediatra, para el manejo adecuado de pacientes infantiles con trastornos de conducta, es importante mencionar que Kopel⁸, en 1959 manifestó que este tipo de drogas están divididas en 2 categorías principales que son:

- 1.- Las que afectan al sistema nervioso autónomo, y
- 2.- Las que actúan solamente en el sistema nervioso central, sin afectar las funciones autónomas.

Asimismo, dicho autor llama a estos 2 grupos, - "supresores autónomos y relajantes centrales".

Así tenemos, que los principales grupos de drogas son:⁸

Grupo I.- Derivados de la Fenotiazina.

- a) Clorpromazina (thorazina)
- b) Proclorperazina (compazina)
- c) Prometazina (fenergan)

Grupo II.- Derivados del Carbamato

- a) Meprobamato (Equanil)
- b) Etinamato (Valmid-Lilly)

Grupo III.- Misceláneas.

a) Hidroxizina dihidroclorada (Atarax)

b) Fenaglicodol (Ultran).

Dudley³ menciona a su vez, que básicamente las drogas para usos en Odontopediatria, se dividen en 3 categorías:

Barbitúricos.-

Acción larga - - - - Fenobarbital, mefobarbital.

Acción intermedia- - Amobarbital, butabarbital
sódico.

Acción corta - - - - Pentobarbital, secobarbital.

Tranquilizantes.-

Fenotiazinas - - - - Clorpromazina (thorazina)
Proclorpromazina (compazina)
Promazina (esparina)
Prometazina (Fenergan)

Meprobamatos - - - - Equanil
Miltown

Fenaglicodol - - - - Ultran

Hidroxizina HCL- - - Atarax

Narcóticos.-

Meperidina - - - - Demerol.

En la literatura odontológica, existe una amplia

variedad de opiniones respecto al uso de drogas sedantes. En este trabajo, nos concretaremos al estudio de 4 medicamentos los cuales consideramos son de mayor uso en Odontopediatría:¹³

- 1).- Hidrato de cloral - - - - - Noctec
- 2).- Hidroxizina - - - - - Atarax-Vistaril
- 3).- Diazepan - - - - - Valium
- 4).- Prometazina - - - - - Fenegan

C A P I T U L O V.

Aspectos importantes para la dosificación.

Tipo de paciente.

Conocimiento de la droga.

Dosificación.

Triángulo de Albúm.¹⁶

Para establecer un sistema de premedicación y dosificación, es necesario tomar en cuenta el triángulo de Albúm, arriba descrito, el cual se compone de ciertas observaciones, no solamente en cuanto a la conducta del niño, sino también a su estado físico, que cuidadosamente debe llevar a cabo el Odontopediatra, para establecer el primer componente de dicho triángulo. Esto es, que no podrá dosificarse de igual forma a un niño considerado con parálisis cerebral respecto de otro mentalmente retardado.

La variedad de drogas existentes y el conocer que algunas de ellas son más comúnmente utilizadas para premedicar pacientes infantiles; da la pauta a seguir para la aplicación propia y adecuada de una determinada droga en caso dado de paciente a tratar.

El entendimiento de que los niños poseen inestabilidad en el sistema nervio; un tipo alto de metabolismo basal y su naturaleza hipotensiva sanguínea establece la diferencia con un adulto.¹ Estas son consideraciones importantes que deberán tenerse en cuenta, - al dosificar un sedante a un pequeño.

Tanto Albūm¹ como Lampshire⁹, afirmaron que la -- dosis de un medicamento, debe estar basada en factores distintos de la edad y el peso corporal.

Por lo anterior, se deben considerar los siguientes puntos para determinar la dosis de un medicamento empleado como -- premedicación en un niño.¹¹

- 1.- Edad del niño.- En general un niño menor, requiere menos medicación.
- 2.- Peso del niño.- Cuanto más pesado, naturalmente que -- necesitará de más sedación.
- 3.- Actitud mental del niño.- Un niño nervioso, excitable y desafiante, suele requerir una dosis mayor de medicamento.
- 4.- Actividad física del niño.- Un niño hiperactivo y de pronta respuesta es un candidato a aumentar la dosis.
- 5.- Contenido estomacal.- Si se prevé la necesidad de medicación, el niño deberá ingerir una comida liviana o se le dará la premedicación con el estómago vacío.

6.- Momento del día.- En general, es necesaria una dosis mayor para el niño en las horas de la mañana que en las vespertinas o en cualquier momento que sea considerado de descanso para el niño.

En 1959, Lamshire⁹ describió un sistema de dosificación basado en lo que él llamó "medicación balanceada". En este programa de medicación se emplearon únicamente 3 drogas: Meperidina, hidroxizina y prometazina, las cuales el autor recomienda sean usadas de acuerdo a la clasificación para pacientes dentales que él mismo sugirió y que es un valioso auxiliar para el Odontopediatra, misma que a continuación se describe:

1.- Cooperativo tenso.-

Un gran número de pacientes infantiles caen dentro de esta categoría. Este es un niño tenso, pero nunca no cooperador. El tratamiento necesario es completado a satisfacción del odontólogo, -- pero no a la del niño. Muchos de estos pacientes pueden ser aliviados de sus tensiones con ayuda de alguna forma de medicación.

2.- Exteriormente aprehensivo.-

Generalmente, este niño es considerado ser un paciente aceptable. Se esconde detrás de la madre. Es ligeramente inquieto o usa pretextos, pero él viene y eventualmente acepta el tratamiento dental.

El Odontopediatra tiene la responsabilidad de hacer

disminuir la tensión y aprehensión de estos pequeños, ya que hoy en día se cuentan con medios eficaces para ello.

3.- Miedoso.-

Este paciente requiere de entendimiento, explicación, tranquilidad, tiempo adicional del Odontopediatra y demás personal -- auxiliar, utilizando ayudas tales como; sonidos, colores, olores e inclusive más medicación. Además este tipo de paciente, requiere un programa de entrenamiento previo. Rara vez es posible resolver todos los problemas en una sola cita. Una tentativa, es establecer comunicación.

Se requieren además, otras ayudas para venir a colocar a éste en un buen paciente y así fomentar citas dentales placenteras.

4.- Terco y el hostil.-

El niño terco es fastidioso y molesto. Presenta una -- resistencia pasiva a ser dirigido. En general, puede decirse que toma una actitud negativa, inflexible y proporciona un trato grosero al -- personal entero del consultorio.

El niño hostil, es dentro de esta misma clasificación ligeramente diferente de aquél, porque sus acciones son audaces e insolentes. El manifiesta un desafío, de una manera abierta y agresiva. Ellos prueban con su agresividad, técnicas que ellos han encontrado ser eficaces con otras personas, obteniendo así lo que ellos desean.

Frecuentemente, se trata de un niño inteligente, al cual el Odontopediatra debe hacerle saber y demostrar, que él no podrá obtener nada con acciones semejantes.

Esta clasificación de niño terco y hostil, es la más fácil de todas en cuanto a manejo se refiere. Es aquí, donde la firmeza y la premedicación prestan gran ayuda.

5.- Hiperemotivo.-

A menudo se refieren a él, como el niño problema. Es un paciente agudamente agitado. Su hiperemotividad puede tomar una de las muchas formas, tales como gritar, pelear, forcejear o dar punta -- pies. Sin embargo, sus razones para tales acciones, son diferentes de las del niño terco y hostil.

Estos niños requieren una fuerte dosis de medicación para su manejo en el consultorio dental.

6.- Cardíaco.-

Esta es una clasificación especial. La aprehensión, tensión, tensión y ansiedad son bastante importantes en este tipo de pacientes. Algún tipo leve de medicación es usada como seguridad y -- precaución.

Estos niños, usualmente son vistos como lo que se denomina, física y mentalmente normales, aunque en ocasiones pueden estar física o mentalmente incapacitados, en cuyo caso se tendrán consideraciones especiales.

El uso inteligente de medicación balanceada, permitirá a muchos de estos niños ser tratados con cuidado en el consultorio dental.

Dosificaciones para medicación balanceada.-

1.- Cooperativo tenso.-

Si la medicación es planeada de antemano, se podrá administrar en casa la siguiente dosis:

Hidroxizina en tabletas (25 mg.)

1 tableta la noche antes de la cita, más

1 tableta una hora antes de la cita, o bien

2 tabletas una hora antes de la cita, si el niño se encuentra muy tenso.

o, Hidroxizina en jarabe (10 mg/cucharadita)

3 cucharaditas la noche antes de la cita, más

3 cucharaditas una hora antes de la cita, o bien

5 cucharaditas una hora antes de la cita, si es muy tenso.

Si no se puede medicar en casa, medicar en el consultorio 30 ó 40 minutos antes de la cita, usando 25-50 mg. de hidroxizina en tabletas o jarabe.

2.- Exteriormente aprehensivo.-

La dosificación es la misma que para el niño cooperatio

vo muy tenso, o use lo antes dicho, más co-medicación oral con:

Meperidina (Demerol) 25-50 mg. o

Prometazina en jarabe 25 mg. oralmente y Meperidina
25-37 mg., o bien

Meperidina-Prometazina combinada y administrada in-
tramuscularmente, aplicando 1 cm³ en cada brazo.

3.- Miedoso.-

La dosificación variará de acuerdo a la cantidad de --
emoción y actividad. Se ordenará la dosificación para cooperativo ten-
so hasta lo necesario para el manejo del niño terco y hostil.

4.- Terco y hostil.-

La dosificación variará con la emoción y actividad del
paciente. La medicación es la misma como la que se emplearía para el -
niño exteriormente aprehensivo, con un ligero incremento en la dosifi-
cación. La vía intramuscular está indicada en un gran porcentaje de -
estos casos.

5.- Hiperemotivo.-

Si la dosificación es planeada de antemano:

Hidroxizina en tabletas o jarabe; en casa, 50-100 mg.
la noche antes de la cita, más

50-100 mg. una hora antes de la cita, además co-medi-
car oralmente o intramuscularmente en el consultorio

con:

Meperidina 25-60 mg., más

Prometazina 15-25 mg., más

Promazina 15-35 mg.

Si no se puede tratar en casa, la siguiente medicación pue
de ser administrada intramuscularmente como co-medicación.

Meperidina 50-75 mg., más

Prometazina 15-35 mg., más

Promazina 25-50 mg.

6.- Casos cardíacos.-

Como la dosificación para estos casos es profiláctica,
la misma será similar a la que se da para el cooperativo tenso o para
el exteriormente aprehensivo.

CAPITULO VI

Vías de administración de las drogas sedantes.

Las diferentes vías de administración de los sedantes son:...

Administración oral.

Administración intramuscular.

Otras vías de administración (rectal, submucosa, etc.)

Administración oral.-

Cuando se prescriba un sedante por vía oral, deberá considerarse la presentación de la droga. La presentación en elixir deberá ser prescrita para niños pequeños a quienes no les es posible tragarse una tableta.⁵

Las tabletas pueden ser usadas para premedicar niños más grandes. Algunos de ellos, aceptan más fácilmente una tableta triturada o partida, dada en comida o en bebida.

Por otra parte, el Odontopediatra deberá prescribir una cantidad suficiente de droga que cubra todos los requerimientos para llevar a cabo el tratamiento. Sin embargo, no deberá dispensar droga alguna sin dar instrucciones previas por escrito a los padres; en donde la cantidad de droga y la frecuencia de tiempo deberán también ser debidamente anotados.¹⁸

Ventajas.-

- 1).- Los padres pueden administrar el medicamento.
- 2).- La medicación puede ser administrada previamente a la cita dental; y así conseguir un nivel efectivo -- del sedante para la hora de la cita.
- 3).- Sencillez y comodidad.
- 4).- La administración no produce temor o miedo en el niño.
- 5).- No necesita ningún instrumental especial.

Desventajas.-

- 1).- El Odontopediatra depende de los padres para la administración de la droga, en forma relativa.
- 2).- Pequeños movimientos del estómago o del intestino y el contenido gástrico puede retardar la absorción -- de la droga o su efecto puede retardarse o prolongarse.
- 3).- El niño puede no agradarle el sabor del medicamento y negarse a tomarlo.
- 4).- El Odontopediatra no ejerce control absoluto sobre la medicación.
- 5).- Muchos medicamentos tienen efecto reducido al ingerirse oralmente.

Administración intramuscular.-

Este método de administración puede ser utilizado en combinación con otras drogas dadas oralmente. La co-medicación a menudo es dada antes de la cita. Cuando se necesite premedicación para el manejo del niño y ésta sea por vía intramuscular, éste deberá ser traído al consultorio una hora antes de la cita fijada.

Su comportamiento y los signos vitales preoperatorios pueden ser anotados por el Odontopediatra o por su asistente o demás personal auxiliar. Enseguida de la inyección intramuscular, el niño puede permanecer junto a sus padres, en un cuarto de consulta en donde tendrá pocas distracciones.

Se ha comentado que en ocasiones y cuando se trate de un niño hiperactivo, a éste se le levante muy temprano y no se le permita dormir. La hora de la cita deberá ser de preferencia su hora en que acostumbra hacer siesta y además se le traerá en pijama y con un juguete favorito. Esto favorecerá grandemente el éxito --- que se obtenga en el tratamiento y en el manejo del pequeño. ¹⁸

Ventajas.-

- 1).- Tiene efecto más rápido.
- 2).- Posee un efecto sedativo mayor.
- 3).- Se recibe toda la dosis.
- 4).- Produce un efecto de duración más corta, equivalente

Desventajas.

- 1).- Es dolorosa.
- 2).- Produce miedo.
- 3).- Requiere habilidad para su administración.
- 4).- Una vez inyectado el medicamento, su acción es irreversible.¹³

Dentro de los 30 a 45 minutos después de la inyección se habrá encontrado el máximo efecto. Durante este tiempo el --- Odontopediatra deberá supervisar y controlar la condición en que se encuentra el niño.

Existen 3 sitios los cuales son aceptables para la inyección intramuscular:¹⁸

- a).- La porción medialateral del muslo o la porción anterior del mismo.
- b).- El cuadrante superior externo del área de glúteos.
- c).- El área del músculo deltoide, situado en el brazo.

El instrumental necesario para la administración intramuscular consiste de: 1 aguja desechable de una pulgada de largo, una jeringa desechable de 1 a 5 cm³ de capacidad.

La piel que cubre al músculo deberá ser estirada en uno y otro lado de la misma, por los dedos de la mano contraria a la que va a ejecutar la punción, y en su caso, apretando levemente

al músculo en el cual se va a inyectar.

La inyección intramuscular en la porción lateral o anterior del muslo ofrece menos probabilidades de complicaciones, ya que en esta área no hay vasos o nervios importantes. El vasto músculo Lateralis cubre por completo la porción anterolateral del muslo y aceptará fácilmente hasta 2 cm^3 de la solución en un niño de 3 a 4 años de edad. En un niño cerca de los 6 años, el muslo aceptará hasta 3 cm^3 .

La inyección deberá hacerse, sin excepción, una palmada arriba de la rodilla y la aguja deberá insertarse en la porción lateral o anterior del muslo, perpendicular a la piel. El Odontopediatra deberá sentarse junto al niño y bloquear parcialmente la línea de visión de éste, con su espalda.

La inyección en la región de los glúteos ofrece algunas ventajas. El niño puede ser fácilmente inmovilizado cuando se le coloca con su cara mirando al piso, doblado sobre las rodillas del asistente dental, mientras el operador aplica el sedante. Para evitar dañar el nervio ciático, la inyección deberá hacerse dentro del cuadrante superior externo del área gluteal. Para mayor seguridad con este tipo de administración en niños, la punción deberá llevarse a cabo hacia la porción lateral por debajo de la cresta ilíaca, dentro del músculo glúteo medio. En un niño por abajo de los 6 años de edad, este músculo puede tomar hasta 2 cm^3 de solución.

El músculo deltoide es considerado como sitio posible para inyección intramuscular. No obstante, que el control del paciente puede ser mucho más difícil y además de que no deberá aplicarse más que 0.5 a 1 cm³ de solución sedante.

La inyección en el músculo deltoide deberá hacerse alrededor de 2 pulgadas por debajo del acromion, dentro de la porción lateral - lateral posterior del músculo, para no lesionar al nervio radial que circunda por fuera del brazo alrededor de la parte posterior y muy cerca de la mitad del tercio superior del brazo.

Otras vías de administración de los sedantes.-

Algunas drogas que pueden ser usadas para sedación se hayan disponibles como supositorios rectales (hidrato de cloral y prometazina). Sin embargo, existe poca ventaja con este método de administración en Odontopediatría. Más aún, no existen reportes en la literatura dental respecto al uso de supositorios para sedación.

Otras más pueden ser administradas por vía intravenosa. Sin embargo, la probabilidad de efectos colaterales se ve incrementada y la severidad y velocidad con que ello ocurre puede ser tal, que la administración de sedantes intravenosamente se haya contraindicada en Odontopediatría.

Por otra parte, otros sedantes pueden ser administrados con bastante seguridad, por vía submucosa. Todo sitio de inyección, comúnmente empleado para aplicar anestesia dental puede ser considerado para este método de administración. Esta vía además ofrece la ventaja de ser más confortable, aunque de todas formas, el Odontopediatra no debe olvidar aspirar con la jeringa ya sea al inyectar submucosa o intramuscularmente, para evitar que se esté utilizando accidentalmente la vía intravenosa.

Signos vitales en el niño. ¹⁸

Por cada niño que el Odontopediatra haya premedicado, deberá controlar y anotar debidamente los signos vitales, tales como pulso y respiración.

Lo anterior es particularmente importante, cuando se utilicen agentes sedantes mediante inyección.

El pulso puede ser controlado fácilmente por la palpación de la arteria carótida en el cuello o en la temporal superficial o también, en la arteria maxilar externa. La arteria temporal superficial puede sentirse fácilmente justo en la porción anterior y superior de la oreja. Asimismo, la arteria maxilar externa puede ser sentida en la curva ascendente sobre el borde inferior de la mandíbula y el ángulo antero-inferior del músculo masetero.

El pulso deberá ser constantemente checado por - el Odontopediatra, o por su asistente, más o menos cada 5 minutos.

Un niño deberá respirar entre 15 ó 20 veces por minuto. Cada pocos minutos, el niño deberá tomar una ligera y profunda inspiración.

La respiración de un niño puede ser:

- 1.- Profunda con el pecho.
- 2.- Profunda con el pecho y abdomen.
- 3.- Superficial con el pecho.
- 4.- Superficial con el pecho y abdomen, o
- 5.- Superficial con el abdomen.

Cuando el niño está teniendo dificultades para -- respirar, usualmente tiene lugar en él un tipo de respiración super-- ficial con el abdomen.

Cabe hacer notar, que los niños usan el diafragma para respirar más que los adultos.

CAPITULO VII.

Descripción del Hidrato de Cloral.

Constituye el miembro más antiguo del grupo de los hipnóticos. Fué descubierto por Liebig en 1832¹⁸ pero fué introducido hasta 1869.¹⁰

Es un excelente sedante, pero tiene un efecto -- analgésico pobre. Es un sedante con un gran margen de seguridad, y puede ser usado en todas las edades. Actualmente tiene gran popularidad su uso en Odontopediatría, gracias a las ventajas con que cuenta.

Es compatible con otros sedantes y analgésicos, aunque antagoniza con los anticoagulantes.

Se emplea como premedicación para la aplicación del óxido nitroso.^{5,7,18.}

Química del Hidrato de Cloral. ^{13,18.}

El Hidrato de Cloral, es el resultado de la hidratación del cloral, que es un líquido viscoso.

Químicamente está dado como 2,2,2 tricloro-1,1-etanodiol. Se presenta como una sustancia blanca y cristalina. Es fácilmente soluble en agua, aceite, éter y cloroformo.

Farmacología y acción del Hidrato de Cloral. 10,13,18.

Una dosis tóxica del Hidrato de Cloral, puede producir depresión respiratoria, vasodilatación y baja en la tensión arterial. Se cree que una dosis tóxica está cerca de los 10 gr.

Aunque exactamente, la acción del Hidrato de Cloral es desconocida, se cree que tiene efecto sobre el sistema nervioso central, actuando sobre la corteza cerebral, calmando las excitaciones motoras y sensitivas e inducir al sueño. Al administrarse en dosis hipnóticas produce depresión cerebral.

Es reducido en el cuerpo a tricloro etanol, el cual es responsable de la prolongación de los efectos del Hidrato de Cloral, porque constituye su forma activa. Esto ocurre casi inmediatamente enseguida de su ingestión, ya sea oral o rectal. El tricloro etanol es absorbido sin dificultad, en el tracto gastrointestinal.

Se administra 45 minutos antes de la cita, durante su efecto de 3 a 5 horas.

Acción.

- Sedante
- Hipnótico
- No produce depresión respiratoria.

Indicaciones. 5,13,18.

Es aplicable en niños:

- Aprehensivos
- Ansiosos.
- Con problemas de conducta
- Con problemas físicos o mentales
- Con lesión cerebral.

Contraindicaciones. 5,10,13,18.

No es recomendable en pacientes con:

- Gastritis.
- Úlcera duodenal
- Daño hepático o renal.
- Previa hipersensibilidad a la droga.
- No debe ser administrada en pacientes que se hallen bajo tratamiento con anticoagulantes.

Reacciones colaterales. 7,13.

- Irritación gástrica
- Usado en forma única, produce vómito; lo que puede ser -
reducido al combinarse con la Prometazina.
- Náusea
- Reacciones cutáneas (ocasional)
- Excitación y delirio.

Presentación y dosis. 8,10,13,18.

El nombre comercial que generalmente recibe el Hidrato de Cloral, es Noctec. Tiene una presentación en jarabe o - elixir, donde cada 5 ml. = 500 mg. (equivalente a 1 cucharadita).

Cápsulas de 250 a 500 mg.

Dosis sedante: 50 mg/kg peso

Dosis hipnótica: 75 mg/kg peso, que es la recomen
dada por el fabricante (laboratorio), ó de 0.5 a 2 gr.

El doctor Kopel, recomienda 100 mg/kg peso. No debe administrarse más de 2 gr.

La dosis en cuanto a edad-peso, según el doctor Gerald Wright, es la siguiente:

25 - 50 libras (2 - 4 años) = 500 a 750 mg.

50 - 75 libras (4 - 7 años) = 750 a 900 mg.

75 [±] 100 libras (7 años o más) = 1,000 a 1,500 mg.

CAPITULO VIII.

Descripción de la Hidroxizina.

La Hidroxizina constituye un derivado del grupo - difenilmetano y es uno de los psicosedantes más populares en la práctica odontológica, según Hugh Kope1.⁸

Bennet en 1974 clasificó a los agentes psicosedantes en 2 tipos:

A.- Mayores

B.- Menores

Los psicosedantes mayores son las drogas usadas para el tratamiento y manejo de pacientes psicóticos. Los menores, para el tratamiento de la ansiedad, miedo y aprehensión. La Hidroxizina es considerada un psicosedante menor.

Química de la Hidroxizina. 14,18.

Es un derivado químico del P-clorobenzidril. El Atarax, es un polvo blanco, inodoro, soluble en agua y el Vistaril, es conocido como sal Pamoato de Hidroxizina.

Se dice que el Atarax, es susceptible de convertirse en sal hidrociorada por acción de los ácidos gástricos y se supone que su acción terapéutica es más duradera en esta forma.

Farmacología y acción de la Hidroxizina. 1,5,11,13,14,18.

Se cree que la Hidroxizina, actúa suprimiendo la actividad de ciertas áreas de la región subcortical del sistema nervioso central. Se piensa que es un depresor de algunos núcleos del hipotálamo y que extiende sus efectos periféricamente dentro de la porción simpática del sistema nervioso autónomo. Esta acción contribuye enormemente a la habilidad que posee la Hidroxizina de potencializar los efectos de otras drogas depresoras del sistema nervioso central.

La Hidroxizina puede ser usada en combinación con sedantes, hipnóticos y anestesia, reduciendo las dosis de éstos.

Es absorbida por el tracto gastrointestinal y sus efectos se manifiestan a los 30 minutos. La máxima efectividad se obtiene a las 2 horas. Los efectos, generalmente, desaparecen a las 6 horas de su administración por vía oral o intramuscular.

Se cree que la Hidroxizina posee una acción específica espasmolítica contra la histamina, acetilcolina y serotonina, en la actividad duodenal.

La Hidroxizina, es degradada completamente en el hígado y posteriormente excretada en grandes cantidades por la orina.

Posee la extraordinaria característica de enmascarar y suavizar respuestas exageradas al estímulo externo o interno, sin embotar los valores reales del paciente.

Acción.-

- Antihistamínico.
- Antiemético.
- Anticolinérgico.
- Antiespasmódico.
- Calma y suprime estados de ansiedad.
- No induce al sueño.

Indicaciones.- 6,11,13,14,18.

- Niños tímidos.
- Niños ansiosos y aprehensivos.
- Niños muy pequeños, en los que deberá usarse en combinación con otros psicosedantes o hipnóticos.
- Pacientes cardíopatas.
- Pacientes con problemas de conducta.
- Niños con lesiones cerebrales (en los cuales reduce la actividad motora esquelética).
- Niños hiperactivos y autísticos.
- Niños en edad pre-escolar y en aquéllos que inician vida escolar.

Contraindicaciones. 13

- Reacciones alérgicas a la droga.
- Miastenia.

Reacciones colaterales. 11,13,14,18.

- Somnolencia y ligera modorrez.
- Lasitud.
- Mareo.
- Resecamiento de boca (xerostomía).

Presentación y dosificación. 5,13,18.

Atarax: Clorhidrato de Hidroxizina.

en tabletas,

anaranjadas de 10 mg.

verdes de 25 mg.

amarillas de 50 mg.

y en jarabe de 10 mg. por 5 cm³ (1 cucharadita)

Vistaril: Sal Pamoato de Hidroxizina.

en cápsulas de,

dos tonos de verde de 25 mg.

verde y blanco de 50 mg.

verde y gris de 100 mg.

y en suspensión oral de 25 mg. por 5 cm³ (1 cucharadita)

La diferencia del Atarax y el Vistaril, se sitúa en la concentración mayor en éste último.

Dosificación.

Según el doctor Ojeda León:

50 mg. 2 horas antes de la cita,

50 mg. 1 hora antes de la cita

y para niños hiperquinéticos, con ansiedad mayor:

25 mg. la noche anterior a la cita, y luego

50 mg. 2 horas antes de la cita,

50 mg. 1 hora antes de la cita.

Se sugieren las dosificaciones siguientes, para las indicaciones dentales que a continuación se describen: 5,18.

- Para un tratamiento dental extenso, endodóntico y/o procedimiento quirúrgico, se recomienda una dosis inicial - de 25 mg. de Meperidina (Demerol), la que además se dará asociada con 100 mg. de Hidroxizina. Ambas deberán administrarse 1 hora antes de efectuar el tratamiento en --- cuestión.
- Para niños muy pequeños que quizá vayan a ser tratados -

por un síndrome de biberón (Law y Lewis, 1969), emplear -
Vistaril en suspensión 25 mg. antes de la cita. Por la ma-
ñana, 1 hora antes de la cita, 25 mg. de Vistaril más --
1,000 mg. (15 granos) de Hidrato de Cloral (Noctec).

Según los doctores Rotberg y Guerra¹⁴, para el tratamiento
y manejo de un niño menor de 3 años, la dosificación será
como sigue:

Dosis inicial: 50 mg. 2 horas antes de la cita.

Segunda dosis: 25 mg. 1 hora antes de iniciar la cita.

Puesto que la Hidroxizina no es un deprevisio res-
piratorio, puede ser empleado como complemento del óxido nitroso --
(analgesia). 5,18.

CAPITULO IX.

Descripción del Diazepam.

Fu  sintetizado por Sternbach y Reeder. Es conocido bajo el nombre comercial de Valium. Pertenece al grupo de las benzodiazepinas.

La introducción del Diazepam a la Odontología fue experimentado primeramente como un agente sedante intravenoso en Francia, en 1967 por Davidau. Posteriormente en Escocia, en 1968.¹⁸

El Diazepam potencializa la acción hipotensiva de los narcóticos, teniendo un efecto adictivo cuando se combina con los mismos.¹⁵

No es compatible con otro tipo de drogas; tales como, la Meperidina o el Pentobarbital (Nembutal).^{5,18.}

Química del Diazepam.

Es un miembro del grupo compuesto por 1,4 benzodiazepina. Químicamente el Diazepam, es 7-cloro-1,3, dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4 benzodiazepina-2-1.

Es un polvo pálido, blanco amarillento cristalino, casi sin olor. Soluble en cloroformo y acetona; moderadamente en etanol y éter; y escasamente en agua.

Farmacología y acción del Diazepam. 13,18.

Actúa sobre el sistema nervioso central, se piensa que más específicamente sobre el sistema límbico, bloqueando las respuestas emocionales frente a los estímulos externos.

Cuando el Diazepam es administrado parenteralmente, su efecto máximo es logrado en 15 ó 20 minutos. Cuando el agente es ingerido oralmente, el efecto máximo es alcanzado en 1 ó 2 horas.

Se han encontrado vestigios de esta droga, en orina después de 14 horas de administrada una dosificación sencilla, debido a que su eliminación es por los riñones.

La duración del Diazepam es entre 3 y 4 horas.

Acción.

- Anticonvulsivo.
- Relajante muscular.
- Sedante.

Indicaciones. 13,18.

- Pacientes aprehensivos.
- Pacientes con deficiencias mentales.

Contraindicaciones. 13,18.

- Pacientes con daño hepático o renal.
- Pacientes con hipersensibilidad a la droga.

Reacciones colaterales. 13,15,18.

- Obstrucción lingual.
- Somnolencia
- Ataxia (perturbación de las funciones del sistema nervioso central).
- Pesadillas.
- Confusión.
- Fatiga.
- Depresión respiratoria y cardiovascular.
- Laringoespasma, que incrementa el reflejo de tos.

Presentación y dosificación. 13,18.

En ampollitas de 2 ml. (cada ml = 5 mg.)

En suspensión de 5 mg. por 5 cm³

En tabletas de 2.5 y 10 mg :

2 mg. de color blanco

5 mg. de color amarillo

10 mg. de color azul claro.

Dosificación.

Para efecto tranquilizante: 1 a 5 años de edad, 0.5 mg. 4 -
veces al día;

6 a 12 años, 4 mg. 4 veces al
día.

Para efecto sedante: 1 a 5 años de edad, 4 mg. antes de dormir;

6 a 12 años, 8 mg. antes de dormir;
repetir la dosis una hora antes de la
cita.

La dosis más usada en el Instituto Nacional de Pediatría -
por el Departamento de Estomatología es:¹³

0.2 a 0.8 mg/kg peso.

Es necesario hacer notar, que cuando el Diazepam
(Valium), sea administrado por vía intravenosa, deberá aplicarse len
tamente (0.5 ml. de la droga cada medio minuto) y nunca ser dilui--
da. **5,18.**

C A P I T U L O X.

Descripción de la Prometazina.

La Prometazina es conocida comercialmente como -- Fenergan (Wyeth). Es un derivado de las fenotiacinas. Otros miembros de esta misma familia son la Clorpromazina, Promazina y Proclorperazina.

En Estados Unidos su disponibilidad comenzó en 1951, aunque su acción farmacológica y uso clínico son conocidos desde 1946.¹

Es una de las primeras drogas estudiadas por sus propiedades antihistamínicas, pero actualmente es más utilizada por su acción antipsicótica.

Lampshire⁹, en 1959 escribió el primer reporte acerca de la Prometazina, como un sedante preoperatorio en Odontopediatría.

Se utiliza como co-medicación con la Meperidina, cuya combinación es comercialmente llamada Mepergan.^{15,18.}

Su máximo efecto se obtiene a la hora de haberla administrado, teniendo una duración de 4 a 5 horas.^{13,18.}

Acción. 5,7,11,13,16,18.

- Antihistamínico.
- Tranquilizante antipsicótico (sedante).
- Antiemético.
- Potencializa otros depresores del sistema nervioso central (alcohol, barbitúricos, sedantes, narcóticos).

Indicaciones. - 13,18.

- Niños aprehensivos.
- Niños con problemas de conducta.
- Niños severamente incapacitados.
- Niños emocionalmente perturbados.

Contraindicaciones. - 13

- Pacientes con daño hepático.
- Pacientes con epilepsia.
- Pacientes con hipersensibilidad a la droga.

Reacciones colaterales. 13,15,18.

- Taquicardia.
- Alucinaciones.
- Convulsiones.
- Hipotensión (por vasodilatación).
- Parkinsonismo.

- Intranquilidad.
- Hiperexcitabilidad.
- Visión borrosa.

Presentación y dosificación. 13,18.

Se puede administrar oral, rectal, intramuscular e intravenosamente. Se encuentra disponible como:

Oral: tabletas de 12.5 mg., 25 mg. y 50 mg.

jarabe en frasco de 6.25 mg. por 5 cm³ (1 cucharadita)

jarabe fuerte de 25 mg. por cada 5 cm³ (1 cucharadita)

Según el doctor Ojeda León¹³, se encuentra disponible en jarabe, en frasco de 150 ml. (5 mg. = 1 cucharadita).

Intramuscular e intravenosa: ampollitas de 2 ml. = 50 mg.

Supositorios rectales de 25 mg. y 50 mg.

Mepergan = Meperidina y Prometazina.

25 mg. de Meperidina y 25 mg. de Prometazina por cm³

frasco pequeño de 10 cm³, y cartucho con aguja con --

2 cm³.

Dosis: El doctor Kopel⁸ recomienda 12.5 mg. para niños menores de 2 a 5 años y 25 mg. para niños de más de 5 años.

C O N C L U S I O N E S

1).- El Odontopediatra no deberá interesarse únicamente en el campo de su profesión, ya que para prestar un mejor servicio de salud es también necesario que se observen cuidadosamente todos los aspectos concernientes al niño; físicos, mentales y conductuales que determinan e influyen en la finalización exitosa de un tratamiento dental.

2).- Se recomienda que cuando sea posible, los padres sean preparados previamente a la consulta dental del niño; ya sea por medio de pláticas o mediante el envío de una carta en la que se les explique la importancia que tiene el mantenerse libres de ansiedad, la salud dental y la de mantener en todo tiempo una actitud positiva hacia la Odontología.

3).- Es necesario comprender que el objetivo principal de la premedicación es facilitar el tratamiento dental mediante la eliminación de la ansiedad, tensión, aprehensión y miedo; en pacientes con problemas de conducta capaces de cooperar y en aquéllos carentes de esta capacidad.

4).- La sedación preoperatoria, cuando es necesaria, es una valiosa ayuda para el Odontopediatra como control y manejo de pacientes infantiles difíciles, aunque no es el único medio para re

resolver problemas en el consultorio dental.

5).- Es importante conocer las indicaciones y contraindicaciones de la premedicación en general, ya que existen situaciones especiales que contraindican el uso total de sedantes.

6).- Conocer el triángulo de Albúm, puede ser de gran utilidad en la aplicación de un programa de dosificación y premedicación balanceada.

7).- Es sumamente importante que el Odontopediatra y el -- Odontólogo de práctica general conozcan las diferentes vías de administración de los sedantes, la efectividad y duración de cada uno de ellos; así como las ventajas y desventajas de los mismos.

8).- Es conveniente conocer a fondo los medicamentos que -- se pueden utilizar como agentes premedicantes en Odontopediatría, -- sus modos de acción, reacciones colaterales; asimismo, a no hacer -- abuso de ellos.

9).- El conocimiento preciso de las indicaciones y contra indicaciones de cada sedante en particular; así como el respeto que -- tengamos de estos agentes, permitirá que el Odontopediatra o el Odon-- tólogo de práctica general proporcionen un mejor servicio a sus pa-- cientes, con eficacia y seguridad.

10).- Es de gran importancia vigilar constantemente los sig-- nos vitales del niño que ha recibido una dosis de un sedante, espe--

cialmente su respiración y frecuencia cardiaca.

B I B L I O G R A F I A .

1.- ALBUM, Manuel

Sedative, Analgesics and Belladonna Derivatives in Dentistry for Children.

Journal of Dentistry for Children

Vol. XXVI No.1 First Quarter, 1959, pp.7-13.

2.- CORBETT, Maurice

Premedication for Children,

Journal of Dentistry for Children

Vol. XXXIII No.2 March, 1966, pp. 125-127.

3.- DUDLEY, Wilfred

Premedication and the use of Analgesics in Pediatric Dentistry,

The Dental Clinics of North America,

Pharmacology and Therapeutics,

Vol.14 No.4, October, 1970, pp.865-874.

4.- FINN, Sidney B.

Odontología Pediátrica,

4a. ed., México, Interamericana, 1982, pp. 111-117

5.- FRAGOSO Picón, Ma. del Pilar

Psicología Aplicada a la Odontopediatría,

Revista de la Asociación Dental Mexicana,

Vol. XXXVI No.4, Julio-Agosto, 1979, pp. 376-392.

6.- FUENTE Muñiz, Ramón de la

Psicología Médica,

7a. ed., México, Fondo de Cultura Económica,

1967, pp. 109-114.

- 7.- HOUPT, Milton I., Koenigsberg S.R., Weiss N. J. and Desjardins P.J.
Comparison of Chloral Hydrate with and without Promethazine in -
the Sedation of Young Children.
Pediatric Dentistry,
Vol.7 No.1, March, 1985, pp.41-46.
- 8.- KOPEL, Hugh M.
The Use of Ataraxics in Dentistry for Children,
Journal of Dentistry for Children
Vol. XXVI, No.1, First Quarter, 1959, pp. 14-23.
- 9.- LAMPSHIRE, Earl L
Balanced Medication - An Aid for the Child Dental Patient.
Dental Clinics of North America,
November, 1961, pp.507-519.
- 10.- LAURENCE, D. R.
Hypnotic and Sedative Effects,
Clinical Pharmacology,
4a. ed., Churchill Livingstone, 1973, pp. 10.1-10.8.
- 11.- McDONALD, Ralph E. and Keller, Maurice J.,
Anestesia Local, Sedación, Analgesia Relativa y Anestesia General
en el Niño.
Odontología para el Niño y el Adolescente,
Buenos Aires, Ed. Mundi, 1975.
- 12.- MEYERS, Frederick; Jawetz, E. and Golfien, Alan.
Sedative-Hypnotics and Behavioral Changes,
Review of Medical Pharmacology,
4a. ed., Ed. Lange, 1974, p.223.

- 13.- OJEDA LEON, Sergio; Vázquez de Lara Saavedra, Lucero y Cadena, A.,
Premedicación en Odontopediatría,
Revista de la Asociación Dental Mexicana,
Vol. XL Nos.1-2, Enero-Feb-Marzo-Abril, 1983, pp.10-12.
- 14.- ROTBERG, Saul y Guerra, S.,
Tratamiento Dental del Niño menor de 3 años.,
Simposium sobre Odontopediatría,
Revista de la Asociación Dental Mexicana,
Vol. XXXIII No.3 y 4, Julio-Agosto, 1976, pp.73-76.
- 15.- SMALL, Ernest W.
Preoperative Sedation in Dentistry
The Dental Clinics of North America,
Vol.14, No.4, October 1970, pp.769-781.
- 16.- TOBIAS, Mario; Lipschultz D. and Album, M.
A Study of Three Preoperative Sedative Combinations
Journal of Dentistry for Children,
Vol. XLII, No.6, Nov-Dec. 1975, pp.37-43.
- 17.- TOCCHINI, John J. and Wycoff, Charles C.,
Procedimientos Hospitalarios en la Atención del Niño disminuido.
Simposio sobre Paidodoncia,
Buenos Aires, Ed. Mundi, Vol.29, 1971.
- 18.- WRIGHT Z., Gerald,
Behavior Management in Dentistry for Children,
W.B. Saunders Co., Philadelphia USA
Cap. 8, 1975, pp. 146-175.