



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
ZARAGOZA
U. N. A. M.

25. 57

ODONTOLOGIA

REHABILITACION BUCAL BAJO ANESTESIA LOCAL
Y GENERAL EN ODONTOPEDIATRIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N
CONTRERAS LOPEZ VICTOR MANUEL
MARQUEZ BELTRAN MABY GUADALUPE
VALDEZ MONROY ESTEBAN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

REHABILITACION BUCAL BAJO ANESTESIA LOCAL Y GENERAL
EN ODONTOPEDIATRIA

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION.....	1
FUNDAMENTACION DEL TEMA.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
OBJETIVO PRINCIPAL.....	5
HIPOTESIS.....	6
MATERIAL Y METODO.....	7
CAPITULO I.- FACTORES QUE INFLUYEN EN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO	
1.1. MIEDO.....	8
1.1.1. MIEDO OBJETIVO.....	8
1.1.2. MIEDO SUBJETIVO.....	9
1.2. INFLUENCIA PATERNAL.....	9
1.3. ACTITUD DEL PADRE HACIA EL NIÑO.....	10
1.3.1. AFECTO EXAGERADO.....	10
1.3.2. SOBRE PROTECCION.....	10
1.3.3. DEMASIADA INDULGENCIA.....	11
1.3.4. ANSIEDAD EXCESIVA.....	12
1.3.5. AUTORIDAD EXCESIVA.....	12
1.3.6. DESAFECTO.....	13
1.3.7. RECHAZO.....	13
1.3.8. HIJO UNICO.....	14
1.3.9. EL NIÑO ADOPTADO.....	14
1.4. ESTADO FISICO DEL NIÑO.....	14
1.4.1. EL NIÑO ENFERMO.....	15
1.4.2. NUTRICION.....	15
1.4.3. FATIGA FISICA Y MENTAL.....	16

	PAG.
1.4.4. EL NIÑO IMPEDIDO.....	16
1.5. LA ESCUELA.....	17
1.6. FACTOR SOCIAL.....	17
1.7. COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES EN EL CONSULTORIO.....	17
1.7.1. INDICACIONES A LOS PADRES.....	18
1.8. PRIMERA VISITA AL CONSULTORIO.....	20
1.8.1. PACIENTES CON CITA.....	21
1.8.2. PACIENTES DE URGENCIA.....	22
1.9. COMPORTAMIENTO DEL NIÑO ANTE EL CIRUJANO DENTISTA.....	22
1.9.1. NIÑO TIMIDO, ASUSTADIZO O VERGONZOSO.....	23
1.9.2. NIÑO CONSENTIDO, INCORREGIBLE O DE RECHAZO..	24
1.9.3. NIÑO DESAFIANTE.....	25
1.9.4. NIÑO MIEDOSO.....	25
1.9.5. NIÑO ENFERMO.....	26
1.9.6. NIÑO CODPERADOR.....	26
B I B L I O G R A F I A.....	27
 CAPITULO II.- HISTORIA CLINICA	
2.1. EVALUACION FISICA.....	28
2.2. HISTORIA MEDICA.....	30
2.3. HISTORIA DENTAL.....	31
2.4. EXAMEN ORAL.....	32
2.4.1. ODONTOGRAMA.....	32
2.5. DIAGNOSTICO.....	32
2.5.1. EXAMEN RADIOGRAFICO.....	33
2.5.2. EXAMENES DE LABORATORIO.....	33
2.6. PRONOSTICO.....	35

	PAG.
2.7. PLAN DE TRATAMIENTO.....	35
2.8. NOTAS DE EVOLUCION.....	37
B I B L I O G R A F I A.....	47

CAPITULO III.- ANESTESIA LOCAL; PREMEDICACION Y OXIDO NITROSO

3.1. ANESTESIA LOCAL.....	48
3.1.1. CLASIFICACION DE LOS ANESTESICOS LOCALES.....	49
3.1.2. ADMINISTRACION Y TECNICAS DE INYECCION.....	50
3.1.3. MEDIDAS PREOPERATORIAS.....	53
3.1.4. PROCEDIMIENTOS PARA APLICAR LA ANESTESIA LOCAL EN NIÑOS.....	54
3.2. PREMEDICACION (TERAPEUTICA FARMACOLOGICA ACONSEJADA EN EL MANEJO DEL COMPORTAMIENTO).....	56
3.2.1. LA SELECCION DE LAS DROGAS.....	57
3.2.2. ADMINISTRACION.....	58
3.2.2.1. ADMINISTRACION ORAL.....	58
3.2.2.2. ADMINISTRACION INTRAVENOSA.....	59
3.2.2.3. ADMINISTRACION INTRAMUSCULAR.....	59
3.2.3. RESPONSABILIDADES DEL DENTISTA.....	60
3.2.4. HIDROXIZINA.....	60
3.2.5. DIAZEPAN.....	62
3.2.6. PROMETAZINE.....	64
3.2.7. HIDRATO DE CLORAL.....	66
3.2.8. ALFAPRODINA.....	67
3.2.9. MEPERIDINA.....	68
3.3. OXIDO NITROSO.....	70
3.3.1. MODO DE EMPLEO Y DOSIFICACION DEL OXIDO NITROSO.....	73
3.3.1.1. EMPLEO EN PACIENTES NORMALES.....	73

	PAG.
3.3.1.2. EMPLEO EN PACIENTES IMPEDIDOS FISICA Y MENTALMENTE.....	76
B I B L I O G R A F I A.....	80
CAPITULO IV.- ANESTESIA GENERAL.....	82
4.1. SITUACIONES EN LAS QUE DEBEN ENCONTRARSE LOS PACIENTES PARA SER ATENDIDOS BAJO ANESTESIA GENERAL.....	83
4.2. REQUISITOS PARA SER ATENDIDOS BAJO ANESTESIA GENERAL.....	84
4.3. PROCEDIMIENTOS PREOPERATORIOS.....	88
4.4. ACTO OPERATORIO (TRANSOPERATORIO).....	92
4.5. PROCEDIMIENTOS POSTOPERATORIOS.....	94
B I B L I O G R A F I A.....	96
CAPITULO V.- CASOS CLINICOS.....	98
5.1. PACIENTE TRATADO CON ANESTESIA LOCAL Y MANEJO PSICOLOGICO.....	99
5.2. PACIENTE TRATADO CON ANESTESIA LOCAL, OXIDO NITROSO Y MANEJO PSICOLOGICO.....	107
5.3. PACIENTE EPILEPTICA TRATADA CON ANESTESIA LOCAL, OXIDO NITROSO Y MANEJO PSICOLOGICO.....	115
5.4. PACIENTE TRATADO CON PREMEDIACION, OXIDO NITROSO Y ANESTESIA LOCAL.....	123
5.5. PACIENTE CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL TRATADO CON PREMEDIACION, OXIDO NITROSO Y ANESTESIA LOCAL.....	131
5.6. PACIENTE TRATADO BAJO ANESTESIA GENERAL.....	140
B I B L I O G R A F I A.....	148
DISCUSIONES.....	149
SUGERENCIAS.....	151
CONCLUSIONES.....	153
BIBLIOGRAFIA GENERAL.....	154

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

Una de nuestras inquietudes a través de la carrera fue el tratar pacientes infantiles, aunque en la escuela no tuvimos oportunidad de manejar niños con características especiales (refiriéndonos con esto a pacientes impedidos física o mentalmente, de comportamiento rebelde, hemofílicos, etc.), esta experiencia se nos presentó al realizar el Servicio Social en una Institución Infantil, lo cual nos motivó a presentar ante ustedes este tema "REHABILITACION BUCAL BAJO ANESTESIA LOCAL Y GENERAL EN ODONTOPEDIATRIA".

Como se ve el tema está enfocado a un porcentaje bastante elevado de la población, que son los niños, al mencionarlos nos preguntamos ¿Cuántos Odontopediatras hay en relación al número de niños?, nos damos cuenta que son pocos, además consideremos que entre más especializado sea un servicio se cotiza más alto, y por lo tanto, más difícil de alcanzar por gran parte de la población. Ante este problema creemos que es necesario buscar otros caminos para aumentar la cobertura de trabajo, por lo que en una parte de la tesis nos dedicamos a tratar este asunto.

El problema no sólo es éste, sino que además dentro de la población infantil hay otros que debemos tratar, entre los cuales está el comportamiento de los niños.

Muchas veces el comportamiento de los niños cambia al estar en presencia de sus padres, por lo que es conveniente saber, cuándo puede o no ser oportuna la presencia de estos dentro del consultorio, además les haremos sentir la necesidad de que no sólo nuestra intervención dental, --terminará con los problemas bucales del pequeño, sino que es función también de ellos el que nuestro tratamiento tenga los resultados adecuados.

Cuando realizamos una historia clínica que cuenta con todos los datos necesarios para valorar la situación pasada y actual del paciente podemos dar un diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento adecuados.

El conocimiento del uso de la anestesia local y general nos marcará una pauta muy importante dentro del --plan de tratamiento.

Si al terminar de leer esta tesis, hemos sido explícitos, creemos que nuestro objetivo ha sido cumplido al saber tratar adecuadamente a nuestro pequeño paciente.

FUNDAMENTACION DEL TEMA

Consideramos de interés la elaboración de esta tesis, ya que lamentablemente la mayoría de los Cirujano Dentistas no trabajan con la población infantil, sino que prefieren trabajar con adultos, esto se debe a que piensan que debido a las diferentes conductas que suelen presentar los niños, perderían mucho tiempo en tratar de convencerlos, y para evitar esto trabajan con adultos.

Hay que tomar en cuenta que al niño lo llevan al consultorio y el adulto va por sí solo, y es así como el niño se encuentra ante algo que no esperaba. Aquí es donde el Cirujano Dentista debe tener la habilidad suficiente para hacerle entender al niño la importancia que tiene el "curarle" sus dientes.

Con la presente pretendemos que el Cirujano Dentista encuentre una guía por medio de la cual pueda establecer un tratamiento adecuado en pacientes infantiles, de acuerdo a las características que presenten.

Asímismo demostrar de una manera objetiva, diversos aspectos que nos ayuden a determinar lo antes mencionado, proporcionando al futuro o ya profesionalista mayores perspectivas en la elección de la anestesia local o general en Odontopediatría.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tomando en cuenta que el primer encuentro del estudiante de la carrera de Cirujano Dentista a nivel Clínica Integral I y II, o sea, el 3o. y 4o. Semestre en el plan de estudios de la ENEP Zaragoza, son con niños, quisiéramos demostrar los diversos aspectos que debemos considerar al elaborar un plan de tratamiento, para ello aquí cabe un punto muy importante que es el lugar donde se encuentran ubicadas las clínicas de la ENEP Zaragoza incluyendo a los IMSO, como vemos se encuentran casi la mayoría en zonas donde el nivel socioeconómico es bajo, es aquí donde encontramos infinidad de casos como pacientes con problema de labio y paladar, parálisis cerebral infantil (PCI), epilépticos, hemofílicos, que aunque interesantes, casi nunca se pueden atender en dichas clínicas por falta de material adecuado (como es el óxido nitroso y la anestesia general), entonces estos pacientes pretenden atenderse en instituciones, que como son pocas dejan sin atender a muchos pacientes, por esto hacemos hincapié en lo importante de tener los conocimientos necesarios para que el Cirujano Dentista los pueda tratar en su consultorio, y así la cobertura sea mayor.

OBJETIVO PRINCIPAL

Determinar de acuerdo a las características que presente cada paciente (edad, comportamiento, gravedad de la enfermedad bucal, etc.), y a las indicaciones y contraindicaciones de cada uno de los procedimientos que hay para rehabilitarlo bucalmente (anestesia local, premedicación, óxido nitroso o anestesia general), cuál es el tratamiento adecuado.

OBJETIVOS POR CAPITULOS

- 1.- Investigar factores que influyen en el comportamiento del niño.
- 2.- Determinar qué elementos deben estar presentes en una historia clínica para pacientes infantiles.
- 3.- Ver la problemática que se presenta durante la rehabilitación bucal bajo anestesia local, premedicación, óxido nitroso y anestesia general.
- 4.-
- 5.-
- 6.- Demostrar por medio de varios casos clínicos todo lo anterior.

H I P O T E S I S

Para elaborar un plan de tratamiento para niños, deben considerarse varios elementos como:

- 1.- Edad.
- 2.- Comportamiento del paciente.
- 3.- Pacientes con problemas físicos y mentales.
- 4.- Pacientes foráneos.
- 5.- Pacientes alérgicos a medicamentos o anestésicos locales.
- 6.- Pacientes con discrasias sanguíneas, etc.

Para determinar dicho tratamiento deben estar aunados dos o más factores, ya que por sí solos no nos darán la pauta a seguir.

MATERIAL Y METODO

El material que se utilizó para la realización de esta tesis está basada principalmente en experiencias clínicas realizadas en un Hospital Infantil, libros, revistas y artículos.

La forma por la cual se desarrolló este trabajo - fue por medio del método científico.

C A P I T U L O I

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO.

El comportamiento del niño es casi siempre el resultado de las experiencias que adquiere en el medio ambiente en el que se desarrolla, por esto debemos saber la actitud que tienen los padres, hermanos o amistades, sobre el pequeño, ya que de esto depende el cómo va a actuar el niño.

1.1. MIEDO

La responsabilidad de los padres en la preparación psicológica de su hijo para el tratamiento dental está en relación principal con el problema emocional, miedo.

Tenemos dos tipos de miedo:

EL MIEDO OBJETIVO Y EL MIEDO SUBJETIVO.

1.1.1. MIEDO OBJETIVO

Es una respuesta a los estímulos palpados, vistos, oídos, olidos o gustados, y son de naturaleza desagradable o disgustante. Un niño que haya tenido contacto con un dentista y que fue tan mal tratado que padeció un dolor indebido e innecesario engendrará por fuerza un miedo a todo tratamiento dental futuro.

El miedo odontológico puede estar asociado a experiencias no relacionadas con la odontología. Un niño que no haya sido tratado en forma adecuada o se le haya sometido a un dolor en un hospital o por una persona de uniforme blanco, puede generar un intenso miedo a la vista de uniformes similares en dentistas o higienistas dentales.

1.1.2. MIEDO SUBJETIVO

Es aquél basado en sentimientos y actitudes que hayan sido sugeridas al niño por quienes lo rodean, sin necesitar que el niño haya padecido el incidente en persona.

Un niño que escuche a sus padres o compañeros referirse a un supuesto terror al consultorio dental pronto lo aceptará como real y lo evitará en cuanto sea posible.

1.2. INFLUENCIA PATERNAL

Cuando se desea un acercamiento para los niños en la práctica odontológica debe conocerse la importancia del ambiente hogareño y de la influencia de los padres sobre el pensamiento y la conducta de los niños. Son los padres - - quienes con frecuencia se convierten en el principal problema para la conducción exitosa de una práctica con los niños.

Ignorar las variaciones de la conducta, experiencias y enseñanzas de los padres cuando presentan a sus hi-

jos al odontólogo, es limitar el propio campo de utilidad - al niño y la sociedad.

1.3. ACTITUD DEL PADRE HACIA EL NIÑO

La perturbación en la vida emocional de los pa- - dres o en la relación entre ambos, conducen generalmente, a algunos problemas en el manejo del niño. El afecto, protec- ción, indulgencia, ansiedad, autoridad exagerada, desafecto o el rechazo por parte de los padres se reflejan en la conducta del niño y por consiguiente, se convierte en problema del odontólogo el manejo del mismo. La actitud que el pa- dre asume en relación al hijo único o un niño adoptado jus- tifica su consideración en el consultorio dental.

1.3.1. APECTO EXAGERADO

Puede llevar a demasiadas alabanzas y mimos, por parte de los padres. Estos niños están preparados inadecua- damente para ocupar un puesto en la casa o en la escuela, y les falta valor en el consultorio dental.

1.3.2. SOBRE-PROTECCION

Algunas madres insisten en monopolizar todo el -- tiempo de sus hijos, sin permitirles jugar con otros niños por temor a que se lastimen o enfermen o que adquieran ma--

los hábitos de sus compañeros, por lo general no pueden - -
usar su propia iniciativa, tomar decisiones por sí mismos y
sus síntomas expresados son negativos y con un comportamiento
irresponsable.

Generalmente intentan controlar cada situación y
se niegan a someterse a cualquier autoridad. Las rabietas
y fanfarronerías son sus características comunes y se nie--
gan a jugar con otros niños en un plan de igualdad.

1.3.3. DEMASIADA INDULGENCIA

A veces los padres no niegan a los niños la menor
cosa deseada dentro de los límites en la entrada económica,
ni se los restringen en sus actividades. Estos niños no --
han sido forzados a afrontar la realidad moral, de modo que
se tornan exigentes de atención, afectos y servicios, pues-
to que los hacen sentirse superiores a los demás y se vuel-
ven desconsiderados, egoístas y tiránicos. En caso de no -
cumplir con sus exigencias se impacientan y dan salida a su
cólera y pelean con quienes no accedan a sus deseos. Con -
los extraños procuran atraerlos, halagarlos y son joviales,
pero si les falla, despliegan su rebeldía y pueden llegar a
resistir por la fuerza; son niños dañinos, son frecuentes -
sus arranques de mal humor o acceso de llanto, ya que con -
esta actitud logran siempre lo que desean. Estos niños se

comportan de esta forma tanto en el consultorio dental como en su vida cotidiana.

1.3.4. ANSIEDAD EXCESIVA

Caracterizada por una preocupación excesiva por el niño como resultado de alguna tragedia provocada por un accidente o enfermedad seria. Puede estar manifestado por afectos exagerados y un exceso de indulgencia o protección de parte de los padres. A la más mínima enfermedad son enormemente exagerados los cuidados y con frecuencia se le impide al niño ir a la escuela o cumplir con sus citas al dentista. Estos niños suelen ser tímidos, vergonzosos, miedosos y cobardes.

Suelen ser buenos pacientes cuando se les exhorta a que lo sean; pero pueden tener alguna dificultad para dominar sus temores. Estimulándolos y dándoles seguridad, suelen responder en forma satisfactoria.

1.3.5. AUTORIDAD EXCESIVA

En estos casos los padres suelen ser indebidamente críticos, regañones y pueden ser rechazantes. No aceptan al niño como es, sino lo colocan sobre una base de competencia con otros mayores. Fuerzan al niño en un intento de educarlo siendo por lo general demasiado estrictos.

Este continuo malestar de criticarlo constantemente suele provocar negativismo, sentimientos de evasión y resentimiento. El negativismo se manifiesta como tensión física y se retira ante cualquier forma de acercamiento, temeroso se resiste y tarda en obedecer las órdenes y las cumplirá con la mayor lentitud posible. Con bondad y consideración puede transformarse en buen paciente dental.

1.3.6. DESAFECTO

La indiferencia de los padres suelen conducir a un sentimiento de inseguridad por parte del niño, esto puede ser por razones sociales y económicas.

Los síntomas de la inseguridad son expresiones de la propia conciencia, es asustadizo, reticente, retraído, indeciso y tímido, vacila para decidirse, es propenso a llorar fácilmente. El niño puede desarrollar malos hábitos: como morderse las uñas y negarse a comer.

1.3.7. RECHAZO

El niño es rechazado, en algunas ocasiones, a causa de celos entre la madre y el padre, la falta de madurez de los padres por no haber deseado a ese hijo, el haberlo deseado de otro sexo, y porque los padres son inmaduros y carecen de responsabilidad.

Un niño con padres así generalmente se hace egofista, resentido, vengativo, desobediente e imperativo. Los arranques de mal humor, las mentiras y robos son frecuentes.

1.3.8. HIJO UNICO

Con un solo hijo, los padres se inclinan a ser demasiado cariñosos, ansiosos, protectores e indulgentes. El niño puede responder siendo tímido, miedoso y retraído.

1.3.9. EL NIÑO ADOPTADO

La tendencia de los padres con un niño adoptado, es ser demasiado cariñosos y considerados no sólo porque --quieran brindarle todas las ventajas en la vida, sino también por el posible comentario que puedan hacer amigos vecinos. Un producto común, resulta ser un niño tímido, miedoso y retraído.

1.4. ESTADO FISICO DEL NIÑO

Es también otro factor determinante del comportamiento del niño, y se deberá valorar cuidadosamente por los padres y el cirujano dentista para saber tratarlo adecuadamente.

1.4.1. EL NIÑO ENFERMO

La conducta de los niños que han estado enfermos en su casa durante un largo tiempo y han recibido generalmente privilegios y atención especial que los padres están obligados a brindarles, dadas las circunstancias, alteran su comportamiento en el consultorio dental.

Algunos niños disfrutaban a su manera el período de enfermedad, y por lo tanto, despliegan todos los síntomas característicos de la protección, indulgencia y afecto excesivo, cada vez que la ocasión lo requiera.

Los niños que han sido hospitalizados y mantenidos en salas con otros niños durante mucho tiempo, son siempre buenos pacientes dentales.

1.4.2. NUTRICION

Las variables deficiencias vitamínicas y minerales, conducen a muchos problemas complejos, inclusive de conducta.

Irritabilidad, fatiga e inquietud, son unos pocos de los síntomas relacionados con la mala nutrición y pueden afectar la visita dental y la oportunidad de complementar un determinado tratamiento.

1.4.3. FATIGA FISICA Y MENTAL

Los niños pueden estar muchas veces, física y mentalmente cansados, luego de un largo día de juegos y trabajos en la escuela, y por esta razón es preferible la cita durante las horas de la mañana. Evidentemente algunos niños deben ser vistos durante la tarde pero en todas las circunstancias; deben tenerse en cuenta la posible fatiga durante las horas avanzadas.

1.4.4. EL NIÑO IMPEDIDO

Niños con parálisis cerebral, que puedan ser o no retardados mentales, han recibido poca atención dental en el consultorio particular de práctica general. Estos pacientes requieren un manejo especial y consideraciones en el tratamiento, ya que carecen de control muscular en grado variable.

Si bien, la parálisis cerebral presenta uno de los problemas capitales, los estados de epilepsia, ceguera, sordera, problemas ortopédicos (resultantes de la poliomieltis y la distrofia muscular), y los labios y paladares fisurados, crean también impedimentos severos. Estos niños necesitan comprensión, simpatía y un servicio profesional constante con la mejor de las experiencias odontológicas.

1.5. LA ESCUELA

La enseñanza del jardín de niños o pre-escolares ofrece a estos la oportunidad de estar con otros niños, con lo cual ganan nuevas experiencias, mucho más temprano que los niños confinados al medio ambiente hogareño. Por lo tanto, los niños que concurren a jardines de niños se adaptarán más rápidamente a los distintos procedimientos dentales que los niños comunes y corrientes sin experiencia escolar.

1.6. FACTOR SOCIAL

El mundo del pequeño no es únicamente su familia y sus compañeros de escuela, sino que se relaciona con su vida social llamémosla así, al trato con otras personas o niños que pueden ser capaces de modificar favorablemente el carácter de la conducta.

1.7. COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES EN EL CONSULTORIO DENTAL

Es preciso llevar a los padres a comprender, que una vez que el niño está en el consultorio dental, quien sabe cómo prepararlo emocionalmente para su tratamiento; es el dentista. El padre debe tener completa confianza en el dentista y debe confiarle el niño a su cuidado.

Cuando el niño entre a la sala de tratamiento el padre no debe hacer gesto alguno en cuanto a seguirlo, o --guiarlo, a menos que el dentista lo invite a ello.

La mayoría de los niños se comportan mejor, lejos de sus padres. Sin embargo, hay ocasiones en que la mera - presencia de un padre inspira confianza al niño. Si se invita al padre a pasar al consultorio deberá asumir el papel de un testigo pasivo y sentarse o estar de pie lejos del sillón. No debe hablarle al dentista, ni al niño, excepto en el caso que se le pida, ni tomar la mano del niño, ni mimar lo simpatizando con él al mismo tiempo que su expresión refleja temor.

Es más perturbador para el manejo exitoso del niño que el padre le esté dando falsa información, o que le - esté demostrando compasión.

1.7.1. INDICACIONES A LOS PADRES

El dentista debe saber dar indicaciones a los padres y determinar de ese modo el tratamiento de su hijo en particular:

a) Explicarles acerca de la influencia inconveniente del miedo hogareño, de la importancia de las actividades moderadas y del buen ajuste con que el pequeño haya - sido creado.

b) Indicarles que no manifiesten temor propio -- frente al niño; a los padres temerosos se les recordará que contamos con anestesia y no hay motivo para que teman.

c) Que nunca traten de utilizar los tratamientos del dentista como amenaza de castigo, pues está asociado -- con él lo desagradable y el dolor.

d) Llevar a sus hijos periódicamente para que se vayan familiarizando con el dentista y establezcan una relación favorable con éste, que deberán cooperar, siendo amables y explicándoles a grandes rasgos el contenido, si el dentista además le dá un pequeño obsequio al paciente lo hará su amigo.

e) Aconsejarles que varios días antes de la cita le dirán al niño en forma casual, que ha sido invitado a visitar al dentista, no deben reflejar temor, ni recelo en su voz o en su conducta.

f) No deberán sobornar a su hijo para que asista al dentista, pues le dará la impresión de un posible peligro.

g) Hacerles notar a los padres el valor del cuidado dental de sus hijos no sólo desde el punto de vista de la conservación de sus órganos dentales, sino como futuros pacientes dentales.

h) No deberán los padres asegurarle lo que hará o dejará de hacer el odontólogo, pues compromete a éste, y será limitado lo que pueda hacer por el niño; ni le dirán "que no hará nada", porque la mentira les traerá decepciones y perderán la confianza.

i) Indicarles que deberán permanecer fuera de la sala operatoria y no entrar a menos que se les pida.

j) Deberán saber combatir todas las impresiones perjudicables, referentes al dentista, que pudieran venir fuera de la casa.

k) Nunca deben apenar a sus hijos, ni retarlos, ni ridiculizarlos para dominar su temor al tratamiento, - - pues con el tiempo generarán un sentimiento hacia ellos mismos, y el dentista, y harán más difíciles los esfuerzos de éste último.

1.8. PRIMERA VISITA AL CONSULTORIO

Esta primera visita es la más importante ya que - de ella dependerá el éxito o fracaso del odontólogo ante su paciente.

En la primera visita deberán realizarse sólo procedimientos menores e indolóricos. Se obtendrá la información completa de la historia clínica. En esta etapa se pro

cura conocer bien a la familia del niño. Con estos procedimientos sobre el paciente, se puede preveer su reacción al tratamiento.

Generalmente, se invita a los padres en la primera cita a que pasen a la sala de operación para que comprendan el papel tan importante que tienen en la adquisición de hábitos de higiene de su hijo y de conocimientos de control dietético para prevenir enfermedades dentales.

Existen dos tipos de visita.

Pacientes con cita

Pacientes de urgencia

1.8.1. PACIENTES CON CITA

El niño de previa cita no vendrá alterado por ninguna molestia, por lo que en esta primera cita se le introduce al consultorio mostrándole el instrumental y aparatos que emplearemos en su tratamiento con el objeto que se familiarice con ellos y pierda el temor.

Por este método se trata de ganar la confianza -- del niño, y el miedo se transformará en curiosidad. Cuando presenta mucho tártaro dentario deberá hacerse una profilaxis, explicándole que se limpiarán sus dientes para poder efectuar un examen clínico correcto, radiográfico, y en ca-

so necesario, se tomarán impresiones para modelos de estudio y trabajo.

1.8.2. PACIENTES DE URGENCIA

Tratándose de un niño que llega de emergencia, -- también se debe enseñar nuestra área de trabajo así como el instrumental y aparatos que emplearemos, esto se hará para que su tensión nerviosa (aumentada por la molestia) disminuya y ganemos parte de su confianza.

Acto seguido, se tratará el problema que aqueja al paciente procurando al hacer esto molestarlo lo menos posible. Si se disminuye la molestia, lo preparamos mentalmente para que en la siguiente sesión acepte el tratamiento indicado.

1.9. COMPORTAMIENTO DEL NIÑO ANTE EL CIRUJANO DENTISTA

Ya mencionamos los factores que determinan el comportamiento del niño, ahora mencionaremos los tipos de actitudes que presenta, como son: niño tímido, asustadizo o -- vergonzoso; consentido, incorregible o de rechazo; desafiante, miedoso y cooperador; y lo que haremos en cada uno de estos casos como Cirujano Dentistas.

1.9.1. Niño tímido, asustadizo o vergonzoso

Son varias las causas por las cuales pueden ser así: poco afecto de los padres, sermones, excesiva autoridad y ninguna oportunidad de alternar con personas fuera de su ambiente hogareño.

Generalmente estos niños se esconden detrás de su madre, miran al suelo o a otras partes cuando se les dirige la palabra, responden a pocas preguntas, y no cooperan con nosotros.

Este tipo es frecuente entre aquellos que no asisten al jardín de niños, cuando ya tienen edad y a quienes sus padres no mandan por no quererse separar de ellos, son de este tipo también aquellos que habitan en zonas rurales o semi-rurales.

En estos casos hay que lograr que los pequeños se mantengan lo más cómodo posible, llamándolos por su nombre o diminutivo, podemos hablarles de su pasatiempo favorito para lograr su confianza, la que debemos conservar. Después se introducen a la sala operatoria, les explicamos de acuerdo a su edad lo referente a su tratamiento y comenzamos el mismo.

1.9.2. NIÑO CONSENTIDO, INCORREGIBLE O DE RECHAZO

Estos niños se caracterizan por llorar, patear y tirarse al suelo, para desplegar arranques de mal humor intentando por esos medios que sus padres los saquen del consultorio.

Ante esta circunstancia el dentista debe mantener la tranquilidad procurando quedarse a solas con el niño, para convencerlo de que debe portarse correctamente, desde -- luego le debe hablar con autoridad más no con irritabilidad.

Si continúa llorando y se niega a responder a -- nuestras preguntas le hablaremos de una manera enérgica diciéndole que no queremos lastimarlo deteniéndole fuertemente para poder así curarlo con su cooperación, o sin ella.

Pero si a pesar de esto persiste en su conducta de llorar, como último recurso nos veremos obligados a sostener fuertemente sus manos y pies, colocaremos nuestra mano sobre la boca y nariz durante unos 5 ó 10 seg. explicándole que no es agradable hacerle eso, pero que repetirá la maniobra si no deja de llorar. Es raro que el tratamiento que se ha mencionado deba repetirse en la siguiente cita. El - paciente gana más confianza en cada nueva visita y se con-- vertirá en amigo del dentista a medida que el trabajo ade-- lante.

1.9.3. NIÑO DESAFIANTE

Es el protegido por el padre y desafía al odontólogo cuando trata de examinarlo.

Este tipo de niños se presenta frecuentemente en los varones que no lloran ni contestan a las preguntas que se les hace, no abren la boca, o también suelen decir "no quiero que me haga nada" o "no me importa si mis dientes es tán malos".

En estos casos es mejor quedarse sólo con el pequeño y convencerlo de que lo que vamos hacer es en bien de él, si esto no lo convence puede aplicarse el tratamiento del niño incorregible.

1.9.4. NIÑO MIEDOSO

El miedo suele ser vencido estableciendo confianza con el pequeño. La imaginación vuela en los niños cuando se acercan al consultorio por primera vez. Cuando esto sucede debemos decirle que no vamos a causarle molestia, si no todo lo contrario; que trataremos esa o una futura molestia y que procuraremos por todos nuestros medios al alcance efectuar el tratamiento sin problemas, nunca debe perderse la oportunidad para estimular la amistad, comprensión y - - apreciación de los méritos del pequeño.

1.9.5. NINO ENFERMO

El niño enfermo cuyo estado no justifica un esfuerzo adicional, debe recibir el tratamiento mínimo necesario para tratar la molestia y eliminación de cualquier foco de infección. A este pequeño se le debe hacer un servicio de emergencia hasta que esté suficientemente bien para complementar su tratamiento dental.

1.9.6. NINO COOPERADOR

Al pasarlo a la sala de operación obedece a todas nuestras órdenes sin reparar en nada. Le indicaremos también el uso de nuestro instrumental y debemos apartarlos para que al usarlos no desconfíe, procurando hacer rápidamente nuestra preparación, con cuidado para no molestar innecesariamente al pequeño, ya que si abusamos de él podemos convertirlo en paciente problema.

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

C A P I T U L O I

- 1.- FIN SIDNEY B.
ODONTOLOGIA PEDIATRICA
TR. MUÑOZ SECA
4a. ED. MEX.
INTERAMERICANA 1976

- 2.- ODONTOPEDIATRIA. ODONTOLOGIA PARA
NIÑOS Y ADOLESCENTES
BUENOS AIRES. MEX.
MEDICA PANAMERICANA 1977

- 3.- REVISTA A.D.M.
VOLUMEN XXXVI # 4
JULIO/AGOSTO 1979
PSICOLOGIA APLICADA A LA ODONTOPE-
DIATRIA
DRA. MA. DEL PILAR FRAGOSO PICON

C A P I T U L O I I

HISTORIA CLINICA

2.1. EVALUACION FISICA

La evaluación física en la odontología consiste - en el establecimiento de un factor básico de riesgo médico, sin necesariamente llegar a hacer un diagnóstico definitivo, antes de iniciar algún tratamiento dental. La técnica consiste en la utilización de la historia médica, que generalmente es realizada por los padres de nuestros pequeños pacientes.

La evaluación correcta es una obligación legal, - así como una responsabilidad moral. La pregunta " ¿goza el niño de buena salud? " hecha en forma casual no puede ser - considerada una evaluación preoperatoria adecuada en odontología. Es conveniente que el dentista de práctica general conozca una técnica de evaluación eficaz, ya que una enfermedad grave o reacción física pueden estar relacionadas con algún problema bucal.

El objetivo del dentista en la evaluación es simplemente determinar la capacidad física y emocional de un - paciente en particular para tolerar un procedimiento dental específico. Deseamos obtener un factor de evaluación me- -

dante el cual pueda determinarse si podemos proceder al --
tratamiento odontológico con toda seguridad, o si necesita-
mos consultar con el médico del paciente en caso que el ni-
ño esté bajo atención médica.

La función del médico es formular un diagnóstico
y tratar el problema médico. El dentista tiene la responsa-
bilidad hacia el paciente de consultar con el médico cuando
esté indicado y de guiarse, aunque no ser dirigido por sus
consejos.

En la mayor parte de los casos, la consulta con -
el médico causará poca alteración en el plan de tratamiento.

Al ganar experiencia, especialmente si complemen-
ta sus conocimientos mediante la educación continua, el den-
tista progresará hasta poder realizar la evaluación comple-
ta del paciente.

El cuestionario de salud que presentamos puede --
ser utilizado por todos los dentistas, sin importar su espe-
cialidad. El cirujano dentista tiene la obligación de rea-
lizar un análisis detallado, especialmente si se utiliza --
anestesia general; aún el dentista de práctica general no -
deberá sentir que está exento de la obligación de realizar
una evaluación. El riesgo de la anestesia local o de cual-
quier tratamiento odontológico en un caso determinado puede
ser muy grande.

2.2. HISTORIA MEDICA

Una historia médica adecuada deberá contener la siguiente información.

Molestia Principal.- Se registrarán sucintamente los síntomas presentados por el paciente y su duración.

Padecimiento Actual.- La descripción que hace el paciente de su padecimiento nos facilita datos importantes acerca de la importancia relativa de los síntomas. El paciente rara vez describe su padecimiento claro, conciso y cronológicamente; cómo empezó y cómo ha evolucionado. Tampoco describe adecuadamente los síntomas en lo que respecta a la localización, tipo, regiones de irradiación, duración, relación con otras funciones, respuesta a las medicinas domésticas o prescritas, y el estado actual.

Antecedentes.- Nos informan sobre las enfermedades y traumatismos anteriores. Se especifica en detalle el tiempo de iniciación, duración, complicaciones, secuelas, tratamiento, lugar de tratamiento, nombre del médico que lo atendió. Ejemplos de estas enfermedades son: tuberculosis, labio y paladar hendido, parálisis cerebral, tendencias hemorrágicas, cardiopatías, etc.

Historia Social y Ocupacional:- En algunos casos, debido a la naturaleza de la enfermedad actual, se necesita el conocimiento detallado del estado económico y emocional

del paciente, y de ocupación.

Historia Familiar.-Esta nos dá la oportunidad de valorar las tendencias hereditarias del paciente o las posibilidades de adquirir la enfermedad dentro de su propia familia. Ejemplos: diabetes, enfermedades vasculares (hipertensión, crisis cardíaca, enfermedad renal), enfermedades de la sangre (hemofilia, anemia), estados alérgicos e infecciones (tuberculosis, fiebre reumática).

Hábitos.-Esto informa del método de vida del paciente: sueño, dieta. Hay que registrar cuidadosamente -- las medicinas que está tomando o que ha tomado. Por ejemplo: analgésicos, vitaminas, sedantes, medicinas prescritas (digital) y, en particular la reacción a los antibióticos, sedantes u otras medicinas.

Cuando hay alguna duda, debido a la historia obtenida, se debe de consultar con su médico de cabecera para valorar las condiciones físicas del paciente.

2.3. HISTORIA DENTAL

La contestan los padres del niño, y la información que obtenemos, nos ayuda a darnos idea del comportamiento del pequeño, de sus hábitos orales, de la ingesta de carbohidratos y de su higiene oral.

2.4. EXAMEN ORAL

Lo contesta el Cirujano Dentista, y por medio de dicho examen se comprueba si lo que afirman los padres del pequeño sobre su higiene es cierto o no, se analizan los componentes de la cavidad bucal para ver si presentan alguna anomalía y se estudia también la oclusión del niño.

2.4.1. ODONTOGRAMA

Nos indica concretamente el estado de salud de los órganos dentales. Se marcan los dientes presentes, ausentes, móviles, cariados, obturados, así como las extracciones indicadas.

2.5. DIAGNOSTICO

Debe haber evaluación crítica de los hechos recogidos con relación al cuadro general y a la queja principal. Frecuentemente los padres dan deficientemente el historial, en ese caso, los signos y síntomas clínicos que el dentista observe por sí mismo tiene más fuerza que los hechos declarados.

Por esta razón nos apoyamos en los auxiliares del diagnóstico, los cuales mencionamos a continuación:

2.5.1. EXAMEN RADIOGRAFICO

Las radiografías desempeñan papel principal en la evaluación y tratamiento. Al apreciar la necesidad del tratamiento de la pulpa, ayuda a determinar dentro de ciertos límites la profundidad relativa de la lesión cariosa y su proximidad a la pulpa. Permite evaluar el estado de los tejidos periapicales, muestra la forma de la pulpa y forma la guía más consistente disponible para la obturación de los conductos de la raíz y para observar las restauraciones finales, podemos ver además el éxito del recubrimiento a la pulpa o pulpotomía, así como también destrucción de la lámina dura, abscesos periapicales, resorción de la raíz, ausencia de gérmenes dentarios, dientes supernumerarios, y lo que es más importante en los niños, la cronología de la erupción.

2.5.2. EXAMENES DE LABORATORIO

Frecuentemente el odontólogo al evaluar los datos que obtuvo en la historia clínica, y en el estudio clínico, se encuentra con signos y síntomas que hacen que dude sobre el buen estado de salud general del paciente, por lo que es conveniente mandarle a hacer algunos estudios de laboratorio, y así mismo el Cirujano Dentista debe estar familiarizado con los valores normales de dichos exámenes.

La historia clínica, el estudio clínico, el radiográfico y las pruebas de laboratorio proporcionarán los datos necesarios para un buen diagnóstico. En casos necesarios se tiene que consultar al especialista o al médico general antes de poder llegar a dicho diagnóstico.

EXAMENES DE LABORATORIO

Biometría Hemática

Examen General de Orina

Pruebas de Tendencia Hemorrágica

BIOMETRIA HEMATICA

VALORES NORMALES

Hemoglobina.....13 a 14 g/100 ml

Hematocrito.....43 a 46%

Leucocitos.....6 a 13 000

Neutrófilos.....60 a 70%

Linfocitos.....30 a 35%

Eosinófilos.....1 a 3%

EXAMEN GENERAL DE ORINA

VALORES NORMALES

Densidad.....1 005 a 1 020

Leucocitos por campo

Cilindros.....0

Aspecto.....Suigéneris

PRUEBAS DE TENDENCIA HEMORRAGICA

VALORES NORMALES

Tiempo de Sangrado....2 a 4 minutos

Tiempo de coagulación
(Lee White).....6 a 12 minutos

Cuenta de Plaquetas
(fonio).....200 a 400 000

2.6. PRONOSTICO

Va a estar determinado de acuerdo a la severidad de la enfermedad, tanto bucal como general. Dependiendo de éstas va a ser favorable o desfavorable, anotando el porqué.

2.7. PLAN DE TRATAMIENTO

El tratamiento odontológico se basa en el diagnóstico exacto del Cirujano Dentista, después de haber hecho los exámenes correspondientes (historia médica, dental, radiografías, exámenes de laboratorio, etc.). Todo esto aunado a:

- a) Comportamiento del paciente.
- b) Relación Dentista-paciente
- c) Problema Sistémico Grave (P.C.I., graves convulsiones involuntarias, hemofilia, etc.)

d) Gravedad de la enfermedad bucal. Nos dará -- parte de la pauta a seguir para determinar bajo qué condiciones se deberá tratar a cada paciente, esto es si se rehabilitará al paciente bajo Anestesia Local, Oxido Nitroso, Preme dicación, Anestesia General o varios de éstas combinadas.

Una vez que se aprueba el plan de tratamiento, -- cualquier revisión o alteración que sea necesaria deberá -- ser explicada a los padres y anotada en los registros del niño. Los padres aceptarán mejor un cambio de tratamiento, si el odontólogo se toma el tiempo de explicarles la causa de este nuevo tipo de acción. En algunos casos, el plan de tratamiento tendrá que ser revisado durante el tratamiento correctivo; por ejemplo, una exposición de pulpa patológica e insospechada en un principio, puede necesitar la extrac-- ción de ese órgano dentario y la colocación de un aparato -- que mantenga ese espacio.

Cuando se sugiere un plan alternativo de trata- - miento, el odontólogo debe estar seguro de que los resulta- dos serán lo más beneficiosos posible y no serán de ninguna manera perniciosos para la futura salud dental del niño(a).

Es recomendable que se trabaje por cuadrantes, ya que así se nos facilita más el tratamiento a seguir, y el -

número de citas será menor (de 5 a 6).

2.8. NOTAS DE EVOLUCION

Al terminar el tratamiento, ya sea que se haya -- realizado bajo anestesia local o general, se darán citas -- subsecuentes, en las cuales se tomarán radiografías para observar si no ha habido cambios que sean perjudiciales para el paciente, por ejemplo, si se hicieron pulpectomías observar si no hay reabsorción radicular. Se haya visto algo o no en dichas citas, se deberá anotar en las hojas de registro.

Con el fin de manejar mejor cada uno de los puntos tratados anteriormente, los vaciamos en forma de Historia Clínica, la cual puede quedar como sigue. El llenado de ésta se observa de manera más concreta en el capítulo VI que se refiere a casos clínicos.

Con objeto de conocer mejor a su niño(a) y estar más preparado(a) para darle un servicio de salud dental óptimo, es necesario me proporcione usted la siguiente información:

FECHA:

A.- Razón de su visita:

Revisión (examen, limpieza y flúor) _____

SI NO

- En caso afirmativo, describa.....
.....
5. Es su niño alérgico a algún medicamento (penicilina anestésicos locales, aspirina, etc.) _____
En caso afirmativo, describa a cuál.....
6. Es su niño(a) alérgico a algún alimento.....
.....
En caso afirmativo, describa a cuál.....
7. Tiene su niño(a) historia de problemas de: corazón, diabetes, asma, epilepsia, mentales, fiebre reumática, tuberculosis, riñones, hemorrágicos u otro padecimiento médico.....
En caso afirmativo, describa el padecimiento.....
.....
8. Ha sufrido o sufre su niño(a) de algún tipo de ataque o convulsiones.....
En caso afirmativo, describa.....
9. Le aparecen a su niño(a) moretones con facilidad...
.....
En caso afirmativo, describa.....
10. Tiene su niño(a) problemas de sangrado o coagulación.....
En caso afirmativo, describa.....

D.- Historia Dental (2.3.)

1. Ha recibido el niño(a) tratamiento dental previo*..

SI NO

..... _____

¿Hace cuánto tiempo?.....

2. ¿Cuál fue su comportamiento?

Cooperativo _____ Rebelde _____

Tímido _____ Temeroso _____

* En caso negativo el dentista debe anotar cuál es el comportamiento en la primera cita, y cuál en las citas subsecuentes.

3. Tiene su niño(a) algún problema específico relacionado con su boca..... _____

En caso afirmativo, describa.....

4. Tiene su niño(a) algún hábito oral, como:

Chuparse algún dedo _____ Respirar con la boca - -

Morderse el labio _____ abierta _____

Morderse las uñas _____ Morder otros objetos - -

Rechinar los dientes _____

5. Ha recibido su niño(a) tratamiento de flúor _____

..... _____

Hace cuánto tiempo.....

6. Qué tan frecuente se cepilla su niño(a) los dientes al día.....

7. Supervisa usted la higiene oral de su niño(a)..... _____

..... _____

8. Ha recibido de algún Dentista consejo respecto a la dieta de su niño(a) en relación con la caries dental..... _____

9. Come el niño(a) frecuentemente entre comidas.....

SI NO

..... _____
10. Come el niño(a) frecuentemente alimentos dulces - -
(chocolates, caramelos, paletas, pasteles, refres--
cos, etc.)..... _____

E.- Examen Oral (2.4.)

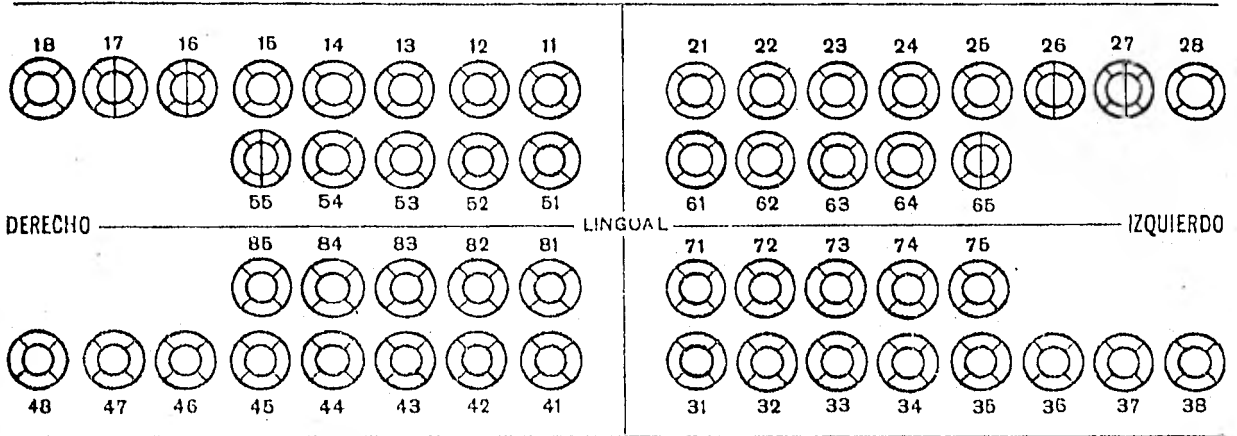
Higiene.....	Lengua.....
Labios.....	Piso de la boca.....
Gingiva.....	Saliva.....
Frenillo.....	Paladar blando y duro....
Membrana Mucosa.....
Oclusión	
Posterior derecho.....	Izquierdo.....
Canino derecho.....	Izquierdo.....
Sobremordida.....	Overjet.....
Mordida cruzada.....	
Interferencia Oclusal.....	

2.4.1. ODONTOGRAMA

Nombre _____

Expte. _____

FECHA _____



OBSERVACIONES:

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

C A P I T U L O I I

- 1.- FINN SIDNEY B.
ODONTOLOGIA PEDIATRICA
TR. MUÑOZ SECA
4a. ED. MEX.
INTERAMERICANA 1976

- 2.- CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA
ANESTESIA Y ANALGESIA
INTERAMERICANA 1973

- 3.- REVISTA A.D.M.
VOLUMEN XXXVI # 3
MAYO/JUNIO 1979
REHABILITACION BUCAL BAJO ANESTESIA
GENERAL

- 4.- HISTORIAS CLINICAS UTILIZADAS EN LA
ENEP ZARAGOZA
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO Y CONSULTO
RIO INFANTIL PRIVADO

C A P I T U L O I I I

ANESTESIA LOCAL, PREMEDICACION Y OXIDO NITROSO

3.1. ANESTESIA LOCAL

Es lamentable, que aún actualmente muchos Cirujano Dentistas envíen al niño con otros odontólogos, para que les realicen cualquier tratamiento bajo anestesia general, sin antes hacer un esfuerzo para tratarlo con anestesia local.

Para que nuestro tratamiento tenga buenos resultados, el odontólogo deberá informarle al niño lo que le va a hacer. No se debe mentir al pequeño, ya que si se le engaña, a partir de ese momento perderá toda confianza hacia el dentista. Es mejor decir al niño que va a experimentar alguna molestia, como una picadura de mosquito, un rasguño, o un pellizco, que prometerle un tratamiento indoloro, y luego no poderle cumplir la promesa.

Si un niño se queja de dolor después de la administración de la anestesia, es necesario creerle, y considerar si requiere más anestésico; pero jamás someterlo al dolor por la fuerza.

Un gran porcentaje de los niños, incluso de los más difíciles y asustados, pueden ser persuadidos para aceptar

tar algún anestésico local.

Generalmente durante la primera visita, el dentista deberá decirle al niño, con palabras que éste pueda entender, qué es lo que tiene, lo que se le va a realizar y lo que va a sentir, también se recomienda que el primer día no se realicen procedimientos que requieran anestesia.

3.1.1. CLASIFICACION DE LOS ANESTESICOS LOCALES

De acuerdo a su metabolismo los anestésicos locales se dividen en:

- a) Anestésicos de Tipo Amida
- b) Anestésicos de Tipo Ester

ANESTESICOS DE TIPO AMIDA

Se metabolizan exclusivamente en hígado, lo cual explica que su efecto sea más prolongado que los anestésicos de tipo éster. A continuación mencionaremos algunos anestésicos de tipo amida:

- 1.- Lidocaína (Xilocaína)
- 2.- Prilocaína (Citanest)
- 3.- Mepivacaína (Carbocaína)
- 4.- Dibucaína
- 5.- Cocaína
- 6.- Bupivacaína

ANESTESICOS DE TIPO ESTER

Se metabolizan en el plasma por medio de la esteraza plasmática, y en el hígado por medio de la esteraza hepática, por lo que su efecto es más corto. En seguida enumeraremos los anestésicos de este tipo:

- 1.- Procaína
- 2.- Tetracaína
- 3.- Benzocaína
- 4.- Etidocaína (Duranest)

3.1.2. ADMINISTRACION Y TECNICA DE INYECCION

La administración de la anestesia local puede ser por:

- a) Anestesia Tópica
- b) Anestesia por Infiltración
- c) Anestesia Regional

a) Algunos operadores clínicos aconsejan el uso de anestésicos tópicos antes de inyectar. Es difícil determinar hasta qué grado son eficaces. Indudablemente, poseen valor psicológico, pero no son sustitutos de una buena técnica de inyección.

Si se van a utilizar, el odontólogo deberá hacerlo de manera apropiada.

1.- Deberá secarle al niño la mucosa para evitar la dilu--
ción de la solución anestésica tópica.

2.- Deberá mantenerse el anestésico tópico en contacto con
la superficie a tratar por lo menos dos minutos, concedien-
do otro minuto para entrar en acción. En aconsejable espe-
rar por lo menos cuatro minutos después de aplicar el anes-
tésico tópico y antes de aplicar la inyección.

3.- Se debe seleccionar un anestésico tópico que no cause
necrosis local, en el lugar de la aplicación. No se ha ob-
servado irritación producida por el uso de la lidocaína - -
(xilocaína).

b) Si se utiliza la anestesia por infiltración, la solu- -
ción deberá ser depositada lentamente. Las inyecciones rá-
pidas tienden a acentuar el dolor. Si hay que anestesiar--
más de un órgano dental en el maxilar superior, el operador
puede introducir la aguja en el área anestesiada y cambian-
do su posición a una dirección más horizontal puede hacer -
avanzar gradualmente la aguja y depositar la solución anes-
tésica. El lado palatino puede anesthesiarse inyectando - -
unas gotas en anterior al agujero palatino mayor, que puede
encontrarse en una línea que conecta los últimos molares --
erupcionados. Cuando la anestesia es necesaria en la re- -
gión incisiva del maxilar superior, es preferible aneste- -
siar primero por labial y después pasar la aguja desde esta

área anestesiada, a través de la papila interdental, entre los centrales, y gradualmente depositar la solución anestésica a medida que avanza la aguja. Esta Técnica parece causar menos dolor que si se inserta la aguja en o alrededor de la papila incisiva.

En la infiltración marginal, la punción se hace en el pliegue mucobucal, ligeramente gingival al punto más profundo, y la aguja penetra en dirección al ápice de la raíz del órgano dentario al que se vaya anestesiar. Se debe considerar la longitud de la raíz del diente al que se vaya administrar el anestésico.

En el maxilar inferior se pueden extraer los seis dientes anteriores bajo infiltración, incluso se pueden extraer los molares primarios, aunque es preferible el bloqueo mandibular.

c) Se encontrará que, con excepción del bloqueo dental inferior, no son necesarios otros bloqueos en niños.

La densidad ósea es tal, especialmente en la región de la tuberosidad, que las soluciones anestésicas pasan fácilmente a través de la corteza sin que el odontólogo tenga que recurrir a una inyección más profunda.

Generalmente, no son necesarios los bloqueos mentodianos e infraorbitales. A menudo, producen lesiones ner

viosas y hematomas transitorios que pueden ser muy dolorosos. El bloqueo del agujero palatino mayor por lo regular causa sensación de ahogo.

Al aplicar una inyección del bloqueo dental inferior, hay que tener presente que la rama ascendente en el niño es más corta y estrecha anteroposteriormente que en el adulto. La menor altura de la rama tendrá que ser compensada con la inserción de la aguja unos cuantos milímetros más cerca del plano oclusal que en los adultos.

Puede anesthesiarse el nervio lingual durante la retracción de la aguja, después de haber depositado el anestésico en el nervio dental inferior. Se retira la aguja -- aproximadamente media pulgada y se voltea medialmente la jeringa para cubrir el mayor curso anterior y medial del nervio lingual en relación con el inferior.

3.1.3. MEDIDAS PREOPERATORIAS

Algunos países tienen leyes que hacen obligatorio obtener permiso de los padres o tutores antes de aplicar -- anestesia local a un menor. Consideramos que por la importancia que tiene el uso de la anestesia local, esto debería aplicarse a todos los países como medida de seguridad para el paciente y para el odontólogo.

Los niños parecen tolerar mejor la anestesia local, al ingerir algún alimento aproximadamente dos horas antes del tratamiento.

Se recomienda que los tratamientos se hagan por la mañana, cuando esto no es posible se deberá programar las visitas al consultorio de manera que no se haga esperar al niño, ya que tiende a ponerse nervioso en la espera.

Dentro del consultorio nunca se dejarán a la vista del niño jeringas o instrumentos que lo atemoricen, ni mucho menos se prepararán las jeringas delante de él.

Antes de someter al niño a cualquier tratamiento, se enviará al baño para que vacíe la vejiga y el intestino para evitar que interrumpan el tratamiento.

3.1.4. PROCEDIMIENTOS PARA APLICAR LA ANESTESIA LOCAL EN EL NIÑO

Luego de haber platicado con los padres respecto a los procedimientos que se le van hacer a su hijo y explicado el niño detenidamente su tratamiento, se hace lo siguiente:

1.- Se le coloca al paciente un antifaz, unos lentes, o en lo último de los casos si el dentista no tiene ninguno de estos dos, éste pone su mano en la cara del niño. Esto se

hace con el fin de que el paciente no vea la aguja, y así - el niño no se atemorice.

2.- Para poner la anestesia tópica, se le dice al niño que vamos a untar un algodón con una pastita de sabor dentro de su boca (en el lugar donde se vaya a inyectar).

3.- Al colocar la inyección, se le dice que va a sentir un pellizco o un piquetito de mosco y que vamos a contar hasta diez.

4.- Se deberá informar al niño sobre los síntomas subjetivos que puede experimentar, como hormigueo, entumecimiento y sensación de hinchazón en el labio y lengua, ya sea antes o preferible después de administrar la anestesia.

5.- Se le pregunta al niño si ya siente hormigueo o hinchazón, y dónde.

6.- Las pruebas de anestesia deberán realizarse cuidadosamente, con lenta y creciente presión de un explorador u - - otro instrumento, teniendo presente que la anestesia en tejidos superficiales no implica necesariamente anestesia de los tejidos más profundos.

7.- Si ya no hay molestia y está bien anestesiado, se empieza el tratamiento a realizar.

3.2. PREMEDICACION

(TERAPEUTICA FARMACOLOGICA ACONSEJADA EN EL MANEJO -
DEL COMPORTAMIENTO)

El tratamiento de un enfermo angustiado y emocionalmente perturbado puede constituir uno de los mayores problemas en la práctica del dentista. No cabe duda que el empleo prudente y juicioso de la premedicación puede ser muy valiosa en estos casos. Sin embargo, las drogas no deben ser sustitutos para lograr el acercamiento fundamental no farmacoterapéutico del manejo de la conducta sino más bien son coadyuvantes que pueden servir a los odontólogos, como un medio para poder brindar el tratamiento adecuado a los niños que presentan un comportamiento difícil.

Chamber, puntualiza estar en contra del imprudente uso de la premedicación para tratar los problemas de conducta, por otra parte, el manejo psicológico de la ansiedad debe tratarse ayudando al paciente a vencerla.

La resistencia a la tensión nerviosa es diferente en cada paciente; si el dentista no logra conquistar la confianza de su paciente, e impide la resistencia a la anestesia local, entonces es preciso reforzar su acción con un medicamento que tenga efecto calmante sobre el Sistema Nervioso Central.

3.2.1. LA SELECCION DE LAS DROGAS

Su manejo dependerá en parte, al comportamiento del niño, clasificándose así en:

- a) Los niños que necesitan premedicación preventiva
- b) Los niños que necesitan medicación de control

Los primeros exhiben varias formas de comportamiento, son potencialmente cooperativos y semicooperativos para los tratamientos dentales, el niño tímido es un ejemplo de estos casos ya que cooperará con el dentista mientras se le tomen radiografías, profilaxis; sin embargo, no actúan de esta manera cuando se trata de otro tipo de tratamiento.

Aunque estos niños pueden ser controlados con medicación para obtener una actitud más positiva hacia el tratamiento dental, en su manejo de conducta se podrá requerir cierta medicación preventiva, la cual se le dará al niño antes de la cita.

Dentro de la segunda categoría, se encuentran los niños que no pueden controlar su comportamiento en el consultorio ya que la comunicación paciente-dentista resulta imposible, ya sea a consecuencia de su corta edad, por trastornos emocionales, retraso mental, etc.

3.2.2. ADMINISTRACION

La administración farmacológica en niños puede -- ser de varias formas: oral, intravenosa, intramuscular, -- etc., por lo que debemos saber cuál es la más recomendable de acuerdo al paciente de que se trate.

3.2.2.1. ADMINISTRACION ORAL

Cuando se prescribe algún agente sedativo oral, - se debe considerar su forma farmacéutica. La medicación en forma de elixir debe ser prescrita para los niños pequeños que no pueden deglutir las tabletas.

Es importante tener en cuenta que no se deberá -- prescribir ningún medicamento sin antes haber dado las ins- trucciones por escrito al familiar. En la receta se anota- rá el nombre de la droga, así como la hora en que debe ser administrado, quedándose una copia de esa receta en el con- sultorio.

La medicación por vfa oral tiene las siguientes - ventajas:

- 1.- Puede ser administrada por el familiar.
- 2.- La medicación deberá ser suministrada a la hora indica da por el dentista, con el objeto de obtener el nivel efectivo de la misma cuando se practique el tratamien- to.

3.- La administración por esta vía no produce en el niño - ningún temor.

DESVENTAJAS

1.- El contenido estomacal retarda la absorción de esta -- droga, por lo tanto el efecto puede prolongarse o reducirse

2.- El dentista dependerá de la cooperación del familiar

3.- El niño puede reaccionar desfavorablemente al sabor de la droga.

3.2.2.2. ADMINISTRACION INTRAVENOSA

No es muy aconsejable, sobre todo en niños muy pe-- queños, principalmente menores de cinco años; por la difi-- cultad que presenta para aplicarla.

VENTAJAS

a) Efecto más rápido

b) Mayor acción sedativa

3.2.2.3. ADMINISTRACION INTRAMUSCULAR

Es empleada en ocasiones, pero en este caso se -- llevará al niño una hora antes de su cita al consultorio.

VENTAJAS

a) Efecto más rápido que la oral

- b) Mayor acción sedativa
- c) Menor duración que el equivalente de una dosis administrada por vía oral

3.2.3. RESPONSABILIDADES DEL DENTISTA

Será de su exclusiva responsabilidad la selección de la droga, su dosificación, efectos farmacológicos de su aplicación, indicaciones y contraindicaciones de la misma.

Deberá ser responsable del niño, no solamente - - cuando se encuentre en el consultorio, sino hasta que se -- sienta completamente recuperado, tendrá que dar a los pa- - dres una información detallada y completa de los efectos -- que estas drogas pueden llegar a producir a sus hijos des-- pués de ser administradas.

Se describirán a continuación los medicamentos -- que son empleados con mayor frecuencia en odontopediatría - como medicación preoperatoria.

3.2.4. HIDROXICINA

La hidroxicina constituye uno de los agentes psicosedativos más populares en la práctica odontológica, según Hugh M. Kopel Bennet clasificó en 1974 los agentes psicosedativos en:

a) Mayores

b) Menores

Los primeros se emplean para el manejo de niños psicóticos, y los menores para el tratamiento de ansiedad, temor y aprensión.

La hidroxicina no induce a un verdadero sueño, -- por lo que constituye una ventaja para la odontopediatría. No se han manifestado reacciones nocivas, sólo estados prolongados de somnolencia. Se aconseja la adición o asociación con la meperidina, opiáceos barbitúricos, y otros depresivos del Sistema Nervioso Central. Además como la hidroxicina no es depresivo respiratorio, puede ser empleado como complemento del óxido nitroso.

Nombres comerciales:

Atarax (Roerig) Vistaril (Pfizer)

Atarax (grageas y jarabe)

tranquilizante menor

Fórmula: cada gragea contiene:

clorhidrato de hidroxicina..10 y 25 mg.

cada 100 ml. contienen:

clorhidrato de hidroxicina..0.200 g.

Indicaciones: nerviosismo, intranquilidad, irritabilidad, trastornos emocionales, estados de angustia, cardiopatías emocionales, trastornos gástricos de origen emoti

vo.

En odontología, como medicación preoperatoria, en niños aprensivos, ansiosos, hiperactivos o hiperquinéticos.

Contraindicaciones: Miastenia y lasitud.

Reacciones Secundarias: A dosis elevadas somnolencia.

Dosis:

Niños 1 gragea de 25 mg. una hora antes de la cita, o 1 cucharadita cafetera 1 o 2 veces al día.

Presentaciones: Frasco de 30 grageas de 10 mg.
Frasco de 30 grageas de 25 mg.
frasco de 150 ml.

3.2.5. DIAZEPAN

Es considerado como un agente sedativo; su característica de ser anti ansiedad lo ha hecho popular en su empleo para pacientes aprensivos, así como en niños problema. Se deben tomar precauciones cuando se administre en pacientes con anomalías cardiovasculares, o que han sufrido procesos mentales subnormales no controlados (Poswillo).

Hay incompatibilidad del Valium con otro tipo de drogas, tales como la meperidina o el pentobarbital (nembutal).

Nombres comerciales: Valium (comprimidos y jara-
be) y Valium 10 (solución inyectable).

Ansiolítico, tensiolítico, sedante, hipnógeno, -
miorrelajante, estabilizador, neurovegetativo.

Composición: Diazepam.

Indicaciones: En general todos los casos en los
que la ansiedad y tensión graves, la excitación ansiosa, la
irritabilidad exagerada, y los rasgos hipocondríacos, y de-
presivos, dominan el cuadro clínico.

Contraindicaciones: Insuficiencia hepática y re-
nal discrasias sanguíneas, hipersensibilidad a la sustancia.

Reacciones Secundarias: Somnolencia, mareo, pa-
restesias, náuseas, vómito, hipotensión, rash cutáneo, rese-
quedad de la boca, reacciones alérgicas.

Dosis: Oral e Intravenosa. Las siguientes dosis
se sugieren para obtener un efecto tranquilizante.

1 a 5 años	0.5 mg.	4 veces al día
6 a 12 años	1.0 mg.	4 veces al día

Como efecto sedativo se recomienda:

1 a 5 años	0.4 mg.	antes de irse a dormir
6 a 12 años	0.8 mg.	antes de irse a dormir

Cuando el diazepam es administrado por vía intra-

venosa, deberá ser lenta, ya que podría ocasionar una depresión circulatoria o respiratoria, observándose un efecto -- clínico pronunciado después de una hora de ser aplicado.

Presentaciones: Valium. Comprimidos blancos de 2 mg. Frascos con 25 y 90.

Comprimidos amarillos de 5 mg. Frascos con 25 y 90

Comprimidos azules de 10 mg. Frascos con 20 y 90

Valium jarabe (2 mg/5 ml) Frascos con 100 ml

Valium 10. Caja con 6 y 50 ampolletas de 10 mg -
(en 2 ml).

3.2.6. PROMETAZINE

Derivado de la fenotiazina, conocido comercialmente como Fenegan (Wyeth).

Desde 1959, Lampshire escribió el primer reporte con el uso de la prometazine, como un sedativo preoperato--rio empleado en odontopediatría, él recomienda su adminis--tración de 12 a 35 mg. asociado con la meperidina (Demerol) y las cloropromazina (Torazina).

Nombre comercial: Fenegan. (grageas, jarabe, -- crema, solución inyectable).

Antihistamínico, potencializador de analgésicos, hipnógeno.

Fórmula: Clorhidrato de prometacina.

Indicaciones: En odontopediatría se usa en niños fuertemente aprensivos.

Contraindicaciones: En pacientes con epilepsia o con padecimiento hepático.

Reacciones Secundarias: Depresor respiratorio. - Se han reportado casos de hipotensión, hiperexcitabilidad y pesadillas en niños a los cuales se les administraron de 75 a 125 mg. A dosis elevadas: sedación que varía de la somnolencia ligera hasta sueño profundo, dificultad de concentración, lasitud, vértigo, debilidad muscular e incoordinación. Estos efectos suelen desaparecer después de algunos días de tratamiento.

Dosis: Niños.- Vía oral 10 a 30 mg/24 hrs.

Jarabe 2 a 6 cucharaditas divididas en varias tomas diarias. 1 cucharadita = 5 mg.

Presentaciones: Gragea dosificada a 25 mg. Caja con 36 grageas.

Jarabe (1 cucharadita = 5 mg). Frasco de 150 ml
Crema dosificada al 2 %. Tubo de 36 g.

Solución inyectable de 2 ml. dosificada a 50 mg.
Caja con 6 ampolletas.

3.2.7. HIDRATO DE CLORAL

Fue obtenido por Liebig en 1832, y es el más viejo de los hipnóticos.

Acciones Generales: Como los barbitúricos, el hidrato de cloral tiene poca actividad analgésica, y puede -- producir excitación o delirio, si hay dolor.

En dosis terapéuticas, el hidrato de cloral afecta la respiración y la presión arterial un poco más que lo que hace el sueño ordinario. Las dosis tóxicas producen de presión respiratorio e hipotensión graves.

Nombre comercial: Noctec (Squibb). Hidrato de -- cloral, ansiolítico.

Indicaciones: En niños aprensivos o con una conducta que no se pueda controlar.

Contraindicaciones: En enfermos con deficiencias renales, hepáticas.

Dosis:

de 500 a 700 mg. para niños de 2 a 4 años con un peso de 11.33 a 22.66 Kg.

de 750 a 900 mg. para niños de 4 a 7 años con un peso de 22 a 31 Kg.

de 1000 a 1500 mg. para niños de mas de 7 años -- con un peso de 31 a 45 Kg.

Presentaciones: Se prepara en soluciones de distintos sabores para que el niño escoja uno especial, o (0.1 g/ml) en cápsulas suaves también de distintos sabores de -- 0.25, 0.5 y 1.0 g.

3.2.8. ALFAPRODINA

Es narcótico. Cuando se administra por vía subcu^utánea su efecto puede presentarse a los 5 o 10 min. La droga es metabolizada en el hígado, desapareciendo su efecto a las dos horas, por lo que se emplea para procedimientos corutos en odontopediatría.

Quando es administrado por vía intravenosa, su -- efecto se produce a los dos minutos, pero debido a la velocidad de la reacción es difícil controlar sus efectos, por lo que no es recomendable esta vía como rutina en el tratamiento dental.

Nombres comerciales: Tigan y Nisental (Roche).

Indicaciones: En niños con problemas de conducta no muy severos, ya que la droga no produce una sedación proufunda.

Dosis: El nivel se calcula en 0.5 mg/lb de peso, en niños cuyo peso es de 13 Kg. (30 lb), la dosificación seurá de 15 mg.

Presentaciones: Cápsulas e inyecciones de 40 a -
60 mg.

3.2.9. MEPERIDINA

Fue el primer narcótico sintético introducido en 1939. Droga de potente poder analgésico, es más o menos la mitad de efectividad que la morfina, pero más efectivo que la codeína.

Nombres comerciales: Lorfán (Roche), Narcon (Endo), Demerol (Winthrop).

Indicaciones: Para el alivio del dolor de mediana o gran intensidad, como medicación preoperatoria, como complemento de la anestesia, etc.

Contraindicaciones: Hipersensibilidad a la meperidina, enfermos bajo tratamientos con inhibidores de la MAO que las han recibido recientemente. No debe emplearse en niños con padecimientos de obstrucción pulmonar crónica, con disfunción hepática.

Reacciones Secundarias: Puede provocar depresión respiratoria, náusea y vómito. Su principal efecto clínico es la somnolencia, xerostomía.

Dosis:

18 mg en niños de 3 a 4 años

25 mg en niños de 5 a 6 años
37 mg en niños de 7 a 8 años
50 mg en niños de 9 a 12 años

Puede administrarse por vía intramuscular, intravenosa, subcutánea, oral.

Presentación del Demerol: caja con 1 ampolleta - de 2 ml, 50 mg/ml, puede ser empleado como premedicación, - como medicación administrándose 2 y medio granos (150 mg), de seconal y 25 mg de meperidina para un niño de 3 años con peso de 11 kg.

Después de una hora si el efecto no es el deseado se podrá administrar otra dosis de 3/4 de granos (45 mg) de seconal y 12 mg de meperidina. El efecto nocivo de la droga se puede disminuir con el uso de la co-medicación ya que potencializa la acción de la meperidina, esta potencialización permite al dentista emplear menos narcótico y obtener de esta manera el efecto sedativo deseado.

En resumen, la meperidina es una ayuda efectiva - para el manejo del comportamiento del niño violento.

Los fármacos mencionados son algunos de los usados en odontopediatría como premedicación para control del dolor, angustia o miedo.

Aunque realmente hay una enorme variedad de técni

cas, drogas, dosis y criterios para sedación de pacientes. Para saber cuándo debemos usar analgésicos narcóticos (como la meperidina), analgésicos no narcóticos, sedantes e hipnóticos (como hidrato de cloral, o barbitúricos), o algunas - otras drogas tranquilizantes, tenemos que pensar en el efecto que deseamos obtener en nuestro pequeño paciente de - -- acuerdo al comportamiento que presenten, y algunas veces estos fármacos se combinan para obtener mayor efecto. Para - esto es necesario que el dentista tenga los conocimientos - básicos de la farmacología de dichos medicamentos,

3.3. OXIDO NITROSO

El óxido nitroso es un gas inorgánico, incoloro, de olor dulzaino, no es irritante y no se solubiliza en el plasma sanguíneo.

Este gas se usa en anestesia general, pero combinándolo con otros agentes anestésicos. En odontología lo usaremos como analgésico combinándolo con oxígeno.

La vía de administración de este gas es por inhalación. Cuando ha entrado el óxido nitroso en la sangre es insoluble en ella y no se combina con la hemoglobina, no -- efectúa combinación química alguna en el organismo y no es metabolizado por los tejidos.

Su principal efecto farmacológico es el sistema -

nervioso central y afecta a las modalidades sensoriales como son: vista, oído, tacto, dolor y produce una atenuación del tono muscular. También disminuye la sensibilidad de la zona bucal, nasal y laringotraqueal, sin deprimir el centro respiratorio.

El óxido nitroso se elimina rápidamente del organismo por los pulmones y una pequeña parte por la piel y los riñones.

El uso de este agente analgésico está indicado en:

1.- Pacientes demasiados aprensivos o nerviosos al tratamiento dental.

2.- Pacientes impedidos física o mentalmente:

- a) Pacientes cardiópatas
- b) Pacientes hemofílicos
- c) Pacientes con retraso mental
- d) Pacientes con parálisis cerebral

Las contraindicaciones absolutas para la administración del óxido nitroso son raras pero es de primordial importancia un sistema respiratorio funcional.

Las posibles complicaciones que se podrían presentar al aplicar el gas serían: la sobredosis que es debida a una mala técnica en el manejo del óxido nitroso y oxígeno. También puede haber náuseas y vómito, las cuales se produ--

cen cuando hay inestabilidad en la administración del gas.

Los signos y síntomas de sobredosis son los siguientes:

- 1.- Parestesia o sensación de adormecimiento.
- 2.- Náuseas.
- 3.- Intenso zumbido en los oídos.
- 4.- Pupilas normales pero tendencia a desviar los globos--
oculares.
- 5.- Dificultad para hablar.
- 6.- Pérdida de la conciencia.

Si se presenta alguno de estos signos, debemos disminuir el flujo de óxido nitroso y aumentar el oxígeno hasta que estos desaparezcan.

La recuperación del paciente, al terminar el tratamiento viene de unos segundos a un minuto.

Es importante la administración continua de oxígeno al 100% para eliminar el óxido nitroso del organismo y -proteger al paciente contra la hipoxia.

Las ventajas del óxido nitroso son las siguientes:

- a) Los parámetros fisiológicos no son afectados.
- b) Tiene alto índice de seguridad.
- c) Posee facilidad de administración y facilidad de control.
- d) Tiene rápido efecto reversible.

Las desventajas que encontramos con este método -
son:

a) Pueden presentarse náuseas y vómitos, pero éste es debi-
do a una mala técnica en la administración del gas.

b) El gas puede ser utilizado por el personal auxiliar del
consultorio dental debido a la sensación relegante que éste
proporciona.

c) El costo del equipo es elevado (pero si lo comparamos -
con el costo de una unidad, es bajo).

3.3.1. MODO DE EMPLEO Y DOSIFICACION DEL OXIDO NITROSO

3.3.1.1. EMPLEO EN PACIENTES NORMALES

Con el término normales, se entenderá que son pa-
cientes sanos física y mentalmente y sin ninguna enfermedad
latente, pero son niños demasiado aprensivos o nerviosos an-
te el tratamiento dental.

Cuando previamente hemos establecido la necesidad
de utilizar sedación en un tratamiento, se le aplicará el -
gas al niño en la primera cita, pero sin que se le realice
tratamiento alguno, esto con el objeto de que el niño expe-
rimente las sensaciones producidas por este gas.

Para la aplicación de óxido nitroso y oxígeno, de demos seguir las siguientes indicaciones:

a) Colocamos al paciente cómodamente sentado en el sillón dental con las manos entrecruzadas sobre el abdomen, el cue llo ligeramente extendido, y el cuerpo inclinado hacia - -- atrás. Debe evitarse la presencia de luces potentes delante de su cara.

b) Entre tanto explicaremos al niño que no perderá el cono cimiento, que permanecerá despierto y enterado de todo lo - que pasa alrededor de él.

c) Enseguida le mostramos el inhalador nasal y los tubos, comparándolos con objetos conocidos para el niño como son, una máscara de astronauta, una nariz de payaso, etc. Al co locar por primera vez la mascarilla sobre la nariz del niño, es conveniente que el operador use otra sin conectarla, y - para que el niño esté a gusto le pedimos que se acomode la mascarilla.

d) Se revisan las aberturas de las válvulas de inspiración del inhalador nasal, y se revisa que la bolsa de reserva no esté doblada.

Se abren los tanques previamente verificados de - que contienen el nivel de gas adecuado. Cuando la mascarilla es colocada por primera vez, es conveniente que haya un

flujo de oxígeno puro para que no se sienta bruscamente la salida del gas.

e) Se relata al niño las sensaciones que tendrá, explicándole que experimentará una sensación agradable y de relajamiento total, que tendrá sensaciones de hormigueo en los dedos de las manos y pies, en la lengua y labios, Recalcamos en que exhale e inhale a través de la mascarilla nasal y no por la boca.

Unicamente en el caso de que el paciente tenga temor lo dejamos respirar por la boca.

f) Damos un flujo de ocho litros de oxígeno puro durante treinta segundos, pasado este tiempo reducimos el flujo de oxígeno a tres litros por minuto y comenzamos el flujo de óxido nitroso, dando un litro por minuto. Preguntamos al niño si alguno de los síntomas mencionados se han presentado o hacemos preguntas subjetivas como: ¿Ahora estás muy bien?, ¿Notas ya un ligero hormigueo?, ¿Sientes la sensación de flotar?.

Es muy importante que en ningún momento perdamos o descuidemos la comunicación con el niño.

g) El odontólogo deberá ser capaz de evaluar el nivel de analgesia por la observación de cambios físicos y de conducta en el paciente y por los síntomas anteriormente descri--

tos; por lo que la dosis de óxido nitroso puede variar. Dependiendo de la altura sobre el nivel del mar del lugar en que nos encontremos, la cantidad de óxido nitroso también -variará. En la ciudad de México se puede utilizar hasta un 65% de óxido nitroso, desde luego teniendo control del estado de conciencia del niño, pero lo más recomendable es que se use de un 30 a 50% dependiendo del paciente del que se trate.

En caso que se utilice el dique de hule, debemos de reducir la proporción de óxido nitroso, ya que éste impide el efecto de dilución creado al abrir la boca e introducirse oxígeno.

h) Minutos antes de concluir el tratamiento requerido por el paciente, se cierra el flujo de óxido nitroso y el flujo de oxígeno se aumenta al 100%, la mascarilla se retira y la máquina se apaga.

Es necesario enfatizar que esta sedación no sustituye a la anestesia local y siempre que se requieren tratamientos restaurativos, quirúrgicos o cualquier técnica dolorosa, deberá utilizarse anestesia local.

3.3.1.2. EMPLEO EN PACIENTES IMPEDIDOS FISICA O MENTALMENTE

En niños con graves impedimentos, se requiere la premedicación para disminuir la aprensión, excitación, y en

ocasiones los movimientos involuntarios que se presentan en este tipo de pacientes.

Entre estos pacientes consideramos niños con Síndrome de Down, Parálisis Cerebral, Retraso Mental, etc.

El medicamento a premedicar, que puede ser narcótico o barbitúrico, lo vamos a obtener por medio de la interconsulta con el médico general, o por decisión propia.

Cuando ha hecho efecto la premedicación, procedemos a colocar la mascarilla, y en caso de existir resistencia podemos recurrir a una ligera restricción física, ya que es inútil tratar de convencerlos debido a su impedimento. Esta restricción consiste en colocar firmemente la mascarilla y dar de inmediato un flujo de 50% de óxido nitroso directo en los orificios nasales que traerá como consecuencia un efecto eufórico seguido de un relajamiento del paciente, lo cual nos facilita el manejo del niño. Después de esto debemos reducir la concentración de óxido nitroso al nivel adecuado y realizar el tratamiento necesario.

En pacientes con cardiopatías congénitas, está indicado el óxido nitroso, ya que disminuimos la aprensión y los efectos nocivos que ésta pueda traer a un paciente cardiópata.

En los pacientes hemofílicos podemos tratarlos ba

jo este gas, haciendo algunos procedimientos sencillos, ya que en estos casos vamos a trabajar evitando la punción anestésica lo cual en estos pacientes puede provocar una reacción grave.

En pacientes epilépticos podemos disminuir el riesgo de algún ataque durante la consulta o posterior a ella, debido a la eliminación de tensiones que provocarían ataques y a la relajación producida por esta técnica.

Es de primordial importancia un aparato respiratorio funcional, ya que la función de este aparato puede estar alterada por causas como: asma, tuberculosis, infección de las vías respiratorias y gripes fuertes.

El óxido nitroso está contraindicado en todos los casos de escasa reserva cardíaca, en cardiópatas muy cianóticos y también en pacientes con antecedentes recientes de trombosis coronaria o insuficiencia cardíaca izquierda.

Otra contraindicación relativa, sería la ingestión de alimentos o líquidos poco antes de la administración de agente analgésico.

No debemos abusar de este agente utilizándolo como primer y único recurso, sino que debemos intentar tratar a los niños con otras técnicas como el uso de la palabra, reforzamientos, relajación, etc.

Tampoco debemos prescindir de la utilización de - la anestesia local, solamente en casos específicos como en hemofílicos, ya que la administración del analgésico reforzado con la anestesia local, da un estado de bienestar y euforia, y el paciente no percibe estímulos dolorosos, permitiendo al dentista realizar múltiples procedimientos.

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

C A P I T U L O I I I

- 1.- CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA
ANESTESIA Y ANALGESIA
INTERAMERICANA 1973
- 2.- MANUAL ILUSTRADO DE ODONTOLOGIA
ANESTESIA
ASTRA 39 PAG.
- 3.- MANUAL DE ANESTESIA LOCAL EN ODONTOLOGIA
COOK
36 PAG.
- 4.- BAIENSON GEORGE
ANESTESIA EN ODONTOLOGIA
LA RELAJACION DEL PACIENTE EN LA PRACTI-
CA ODONTOLOGICA
MANUAL DE TECNICAS SEDATIVAS
TR. MAYORAL HERRERO
BARCELONA LABOR 1976
- 5.- REVISTA I.P.S.O.
3a. ED. 1977
DR. ENRIQUE CORREA MAYORAL Y COLABORADO--
RES.

- 6.- BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA
GOODMAN - GILMAN
TR. ALBERTO FOLCH Y COLABORADORES
4a. ED. MEX.
INTERAMERICANA 1976
- 7.- DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES FARMACEU
TICAS
P.L.M.
26a. ED. MEX.
- 8.- LEONARD M. MONHEIM
ANESTESIA GENERAL EN LA PRACTICA DENTAL
TR. SALVADOR LERMAN
EDITORIAL MUNDI
- 9.- STATE DENTAL S.N.Y.
VOLUMEN XXVIII 1972
ANALGESIA FOR MODERN PEDODONTICS
LANGA H.
- 10.- NITROUS OXIDE- A STUDY OF PHYSIOLOGICAL
AND PSYCHOMOTOR EFFECTS
TRIEGER; LASICOTA; JACOBS; NEWMAN.
JADA VOLUMEN LXXXII
JANAURY 1971.

C A P I T U L O I V

ANESTESIA GENERAL

Es un hecho que actualmente la odontopediatría -- cuenta con una serie de procedimientos terapéuticos para satisfacer las necesidades que se requieren durante el tratamiento dental.

Recientemente se ha insistido en diseñar nuevos métodos o sistemas de trabajo, mediante los cuales aumente la cobertura, tal vez por esto la odontopediatría se ha combinado con la anestesia pediátrica, una especialidad cada día más requerida para tratamientos dentales en aquellos niños que, por condiciones especiales no pueden ser tratados bajo anestesia local.

Es evidente, que el tratar a un pequeño bajo anestesia general implica una serie de riesgos que se deben tomar en cuenta; por esto es necesario que se plantee adecuadamente el problema del niño, y así tomar una determinación acertada.

Siempre debemos pensar en el niño como tal, esto es, que debemos ver qué es lo que le conviene más a él y no a nosotros, por esto es que estamos de acuerdo con los autores que dicen que la anestesia general se debe elegir como

último recurso (siempre después de haber intentado otros como manejo psicológico del paciente, óxido nitroso y la premedicación con anestesia local) y estar concientes de nuestro papel como Cirujano Dentistas dentro de esta especialidad, además de contar con los conocimientos y recursos adecuados para atenderlo.

4.1. SITUACIONES EN LAS QUE DEBEN ENCONTRARSE LOS PACIENTES PARA SER ATENDIDOS BAJO ANESTESIA GENERAL

Para que un paciente pueda ser atendido bajo anestesia general deberá de encontrarse en cualquiera de las situaciones que se mencionan a continuación:

a) Edad. Pacientes menores de cuatro años de edad, que -- presentan gran número de órganos dentarios con lesiones cariosas extensas, en donde se requiere un tratamiento amplio y que la comunicación con el niño no es lograda satisfactoriamente, debido a la conducta que presenta, y en los cuales se han agotado las técnicas de manejo indicadas en este caso.

b) Pacientes con problemas físicos y mentales severos. -- Son aquellos que padecen parálisis cerebral infantil (PCI), todos aquellos que padecen retraso mental, secuelas de meningitis tuberculosa o crisis convulsivas, ya que no pueden racionalizar sobre su tratamiento dental.

En estos pacientes se encuentra otra indicación - importante, ya que por lo general el pobre estado de higiene oral propicia la presencia de grandes destrucciones dentarias.

c) Pacientes alérgicos a medicamentos o anestésicos locales, y que requieren tratamientos extensos. Son aquellos - que presentan alergias medicamentosas y que el empleo del - anestésico local puede desencadenar una crisis alérgica severa (Síndrome Steven Johnson).

d) Discrasias sanguíneas (Hemofilia). Estos pacientes son de mucho cuidado, sólo se deberán tratar bajo estricto control médico y con todos los cuidados necesarios.

e) Pacientes foráneos. Son los niños que requieren de tratamiento, pero que por el hecho de vivir en un lugar apartado no pueden permanecer períodos largos en la ciudad, ya -- que afectaría considerablemente su aspecto económico.

4.2. REQUISITOS PARA SER ATENDIDO BAJO ANESTESIA GENERAL

Una vez analizadas las indicaciones anteriores y habiendo quedado nuestro paciente incluido en cualquiera de ellas, procedemos a otra serie de requisitos con los que de be cumplir:

a) Examen Bucal. Deberá ser lo más exacto posible, claro

que dependiendo de la cooperación del paciente, con lo cual podremos diseñar un plan tentativo de tratamiento lo más -- cercano a la realidad.

b) Examen radiográfico. Deberá intentarse con el fin de - tener todos los datos necesarios para la elaboración de un diagnóstico correcto que evite pérdidas de tiempo posteriores.

Si no es posible obtenerlo, se hará en el momento en que el paciente se encuentre bajo la medicación sedante preanestésica.

c) Exámenes de laboratorio. Los exámenes preoperatorios de rutina que se deben efectuar a un paciente que será sometido a anestesia general son:

- 1.- Biometría hemática
- 2.- Examen general de orina
- 3.- Pruebas de tendencia hemorrágica

1.- La biometría hemática es requerida para comprobar que el nivel de oxigenación celular es el adecuado. Este nivel nos lo da la hemoglobina, que debe tener un mínimo de 10g/100 ml. para que no exista peligro de hipoxia. Si el paciente presenta menos de este porcentaje deberá ser manejado por el pediatra quien diagnosticará y brindará el tratamiento adecuado.

Cuando se produce cambios en el número de leucocitos en base a los neutrófilos, eso nos otorga un indicio de alguna infección piógena localizada o generalizada.

Cuando se presenta neutrofilia puede deberse a infecciones bacterianas, especialmente de piel y mucosa.

Cuando se presenta linfocitosis se asocia a un proceso viral.

Cuando los eosinófilos se encuentran alterados puede significar que existe una parasitosis.

2.- Examen general de orina. Este examen puede reportar una serie de complicaciones sugestivas que contraindiquen la administración de la anestesia general, como son: diabetes mellitus, oliguria, hematuria, glomerulonefritis e infecciones piógenas.

Si se encuentra reportada una infección piógena puede causar aumento de la temperatura y contraindicar la intervención quirúrgica, ya que presenta el riesgo de hipertermia incontrolable con posibilidad de arritmias y daño cerebral.

3.- Prueba de tendencia hemorragípara. En esta prueba vamos a ver el:

Tiempo de sangrado: depende principalmente del -

número y eficiencia de las plaquetas y de la contractilidad capilar. Se presentan alteraciones principalmente en las púras trombocitopénicas.

Tiempo de coagulación: indica el estado de los factores plasmáticos que intervienen en el mecanismo de la coagulación (globulina antihemofílica, protombina, fibrinógeno, calcio, etc.). Se encuentran alteraciones en las hipoprotobinemias y hemofilias.

Cuenta de plaquetas: las plaquetas están íntimamente relacionadas con la formación del coágulo. No deberá realizarse ningún tratamiento dental si la cuenta de plaquetas está por debajo de cincuenta mil. Se encuentran alteraciones en la trombocitopenia y hemofilias.

d) Valoración pediátrica. Dependiendo de su historia clínica, se hará una valoración pediátrica adecuada, observando si no existen infecciones de vías respiratorias altas, cuadros enterales, etc. Además se valora el estado de hidratación del paciente, ya que cualquiera de estos datos presentes contraindican la administración de anestesia general.

e) El lugar. Si se elige la anestesia general, ¿Se dispone de un equipo satisfactorio?, ¿Hay drogas de emergencia, medios de resucitación, y adecuadas facilidades para la recuperación posanestésica?. Si el paciente presenta un problema médico que requiere atención especial ¿Puede ser tra-

tado con seguridad en el consultorio o será mejor que se -- hospitalice?.

f) El personal. El dentista o cualquier otra persona que administre el anestésico ¿Tiene experiencia en tratar a niños con las peculiaridades de la anestesia pediátrica?

4.3. PROCEDIMIENTOS PREOPERATORIOS

Aunque emplear anestesia general en el consulto-- rio dental es aceptable, siempre que exista el equipo esen-- cial y esté presente un anesthesiólogo calificado, el hospi-- tal es, sin lugar a dudas, el sitio más seguro para tratar dentalmente a un paciente bajo anestesia general.

Cuando el tratamiento de un niño requiere hospita-- lización y anestesia general, la mejor manera de lograr la cooperación de sus padres es orientarlos respecto al progra-- ma planeado para su hijo y las responsabilidades que tienen en su hospitalización.

El médico familiar, a quien deberá consultarse -- respecto a los procedimientos de hospitalización, deberá -- examinar al niño y enviar confirmación escrita, afirmando -- la ausencia de contraindicaciones a anestesia general.

Como para cualquier hospitalización hace falta -- gran cantidad de procedimientos administrativos, el odontó--

logo deberá familiarizarse con el protocolo establecido del hospital antes de programar una fecha determinada para su paciente.

Después de haber admitido al paciente en el hospital, el odontólogo deberá discutir los planes de tratamiento con el anesthesiólogo, quien determinará el límite de tolerancia de cada paciente al anestésico general; tomando esto por guía, el odontólogo puede establecer un rígido programa para el tratamiento.

Después de evaluar la historia médica del paciente y determinado la extensión del tratamiento requerido, -- puede elegirse la premedicación y el anestésico más adecuados. Desde que, hace unos 19 años, se probó por primera vez en anestesia pediátrica el fluotano (halotano), ha ganado gran aceptación por su calidad poco irritante, su no inflamabilidad y el despertar rápido de los pacientes sometidos a él.

Dentro del quirófano encontramos tres áreas, que son:

- 1.- Area negra. En esta área encontramos la entrada, recepción, pasillos y parte de los vestidores.
- 2.- Area gris. Esta área está compuesta por el resto de los vestidores, ciertos pasillos (donde se encuentran los -

lavabos), y sala de recuperación.

3.- Area blanca. Es el área estéril, donde se va a efectuar el tratamiento propiamente dicho.

El personal que se encuentra dentro del quirófano va estar compuesto por: El Cirujano Dentista, Anestesiólogo, 1er. Ayudante, 2o. Ayudante, y el Circulante, los cuales han cambiado la ropa de calle por ropa de quirófano no estéril (gorro, cubrebocas, camisa, pantalón, botas).

El hecho de no usar ropa estéril para realizar la intervención, es que este procedimiento no se considera estéril debido a la contaminación de la cavidad oral y porque un gran número de nuestros materiales difícilmente pueden ser esterilizados.

No obstante que el procedimiento por realizar no es estéril, debemos de realizar el lavado de manos con la misma técnica que un lavado quirúrgico para técnica estéril, más que por la necesidad de la asepsia estricta, por la doctrina y respeto a los procedimientos que se efectúan en los quirófanos.

En el quirófano se debe tener preparado todo el instrumental que se va a utilizar:

a) Paquete de aislamiento (grapas, dique de hule, hilo dental, perforadora, portagrapas, arco de young o de osby, va-

selina, etc.).

b) Paquete básico (espejo, explorador, pinzas de curación, excavador, etc.).

c) Paquete de obturación (wescot, mortonson, holemback, -- portamalgama, cuádruple, etc.).

d) Paquete de exodoncia (elevadores, forceps), endodoncia - (limas, ensanchadores, tiranervios), coronas de acero cromo y de policarbonato, pinzas y tijeras para coronas, etc.

También tendremos preparados los medicamentos como dycal, zoe, IRM, formocresol, etc. Siempre debemos hacer una lista del instrumental y medicamentos que usaremos durante la anestesia para evitar perder el tiempo innecesariamente.

Una vez que el paciente se encuentre dentro del quirófano, el anesthesiólogo colocará la venoclisis, relajantes musculares, e inducción de la anestesia, para posteriormente colocar la intubación nasotraqueal. Es conveniente -- que el tubo sea colocado por la nariz con el objeto que nos permita trabajar con libertad y no tener el riesgo de extubar al paciente con las maniobras operatorias.

Completada la intubación, el anestesiólogo fija el tubo y coloca un agente protector soluble en los ojos del paciente para evitar la irritación en caso de que algunos líquidos o fluídos (agua, sangre, saliva) lleguen a caer en ellos. El anestesiólogo va a estar a cargo de seguir detalladamente los signos vitales.

El primer ayudante (pasante de odontología) se va a encargar de la asepsia del campo operatorio, ayuda a colocar los campos, asiste al cirujano dentista en actividades menores.

El segundo ayudante (pasante de odontología), se encarga de esterilizar y ordenar el instrumental, asiste al primer ayudante.

El circulante se ocupa de mantener en buenas condiciones el quirófano.

El operador que viene siendo el odontólogo, es el que va a estar a cargo de la rehabilitación dental del paciente.

4.4. ACTO OPERATORIO

Se empieza por la colocación de los campos que tienen por objeto cubrir el tórax y la cara del paciente. Es-

tos campos se colocan en forma piramidal, con el vértice hacia la nariz y la base por debajo del mentón.

Colocamos una gasa humedecida en solución salina - de 4 X 4 pulgadas en la orofaringe con el objeto de evitar el paso de restos de materiales en la faringe y de tapar la salida de gases anestésicos. Debe colocarse suavemente para evitar irritación posterior.

Hacemos profilaxis como medida de asepsia, luego - aislamos con dique de hule, puede ser aislamiento sencillo o sea, un solo cuadrante, o bien dos cuadrantes, según como - didad del odontólogo, ponemos un abreboca y procedemos a -- realizar nuestra rehabilitación dental, preparando primero las cavidades para amalgama, obturándolas enseguida, luego los tratamientos pulpares y coronas, en caso de que se requiera un mantenedor de espacio es en este momento cuando se toman las impresiones, posteriormente se coloca el flúor y por último se hacen las extracciones.

Una vez terminado los cuatro cuadrantes, se efectúa una limpieza adecuada para eliminar restos de materiales o de tejido dentario que puedan incluirse en los alveolos dejados por las extracciones dentarias que se efectúan

al final del tratamiento. Debe haberse cohibido la hemorragia posterior a la exodoncia y retirar el paquete faríngeo, con la cual damos por terminado el acto operatorio.

4.5. PROCEDIMIENTOS POSTOPERATORIOS

Una vez concluído el acto operatorio se retiran -- los campos y el anesthesiólogo termina de reanimar al paciente con una buena oxigenación.

El paso siguiente lo constituye la extubación de paciente, al cual se le mantiene con venoclisis. El niño es conducido a la sala de recuperación donde permanece hasta que se recupera totalmente de la anestesia y es trasladado a su cama.

Procedemos a llenar las formas requeridas en donde realizaremos un resumen de la intervención y generalidades de la misma, nombre del cirujano, ayudante, anesthesiólogo, duración de la anestesia, y duración de la intervención.

Llenamos la forma de órdenes médicas en la cual colocaremos las indicaciones pertinentes, tales como el empleo de antibióticos, analgésicos o algún otro medicamento, si es que están indicados, con dosis y horarios claramente escritos.

Si al día siguiente el paciente no ha presentado -

complicaciones y su evolución es satisfactoria, será dado -
de alta. Se dan indicaciones a los padres y citas periódicas,
la primera a los quince días.

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

C A P I T U L O I V

- 1.- LEONAR M. MONHEIM
ANESTESIA GENERAL EN LA PRACTICA DENTAL
TR. SALVADOR LERMA
EDITORIAL MUNDI
- 2.- G.A. RIES CENTENO
CIRUGIA BUCAL
7a. ED. EL ATENEO
- 3.- GUSTAVO KRUGER
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
TR. GEORGINA GUERRERO
4a. ED. INTERAMERICANA
- 4.- REVISTA I.P.S.O.
3a. ED. 1977
DR. ENRIQUE MAYORAL Y COLABORADORES
- 5.- REVISTA A.D.M.
VOLUMEN XXXVI # 3
MAYO/JUNIO 1979
REHABILITACION BUCAL BAJO ANESTESIA
GENERAL EN ODONTOPEDIATRIA
DR. SERGIO OJEDA LEON

DR. DAVID ORDAZ JIMENEZ

PAG. 329

C A P I T U L O V

CASOS CLINICOS

Antes de dar a conocer algunos casos clínicos, -- creemos necesario recordar que, ni el comportamiento del niño, la gravedad de la enfermedad bucal, el grado de lesión del sistema nervioso que presentan ciertas enfermedades como parálisis cerebral infantil, Síndrome de Down, etc., nos darán por sí solos la forma en que vamos a tratar a nuestro paciente, sino que deben estar dos o más factores presentes para determinar si se tratará bajo anestesia local, manejo psicológico del paciente, premedicación, óxido nitroso, -- anestesia general o alguna combinación de estas formas.

Para demostrar todo lo que se ha mencionado en -- los capítulos anteriores, seleccionamos algunos casos clínicos que obtuvimos durante la realización del Servicio Social en el Hospital Infantil de México, donde se atienden a niños con determinadas características: Síndrome de Down, parálisis cerebral infantil, epilépticos, etc., y es aquí -- donde queremos determinar la utilidad de cada uno de los -- procedimientos que mencionamos para poder rehabilitar a un paciente.

En el plan de tratamiento de cada una de las historias clínicas, se indica el procedimiento que requirió el paciente para ser rehabilitado bucalmente.

5.1.- MANEJO PSICOLOGICO Y ANESTESIA LOCAL.

HISTORIA CLINICA

Con objeto de conocer mejor a su niño (a) y estar más preparado (a) para darle un servicio de salud dental óptimo, es necesario me proporcione usted la siguiente información:

FECHA: 2 DE SEPTIEMBRE '80 . . .

A.- Razón de su visita:

Revisión (examen, limpieza y flúor)	_____
Tratamiento completo	_____X_____
Dolor, molestia (emergencia)	_____X_____

B.- Datos del paciente:

Nombre del niño (a) JOSE JULIO ALCARAZ V. Apodo.
Edad. 5. años. Fecha y lugar de nacimiento. 4/FEB/75.
ACAPULCO, GRO. Escuela COLEGIO FRANCIA (PREPRIMARIA).
Grado. 1º. AÑO. Actividad preferida o hobby.
Nombres y edades de hermanos y hermanas. . RENE . 7. AÑOS . ALE . 6. AÑOS

C.- Historia Médica (2.2.)

	SI	NO
1. El nacimiento del niño(a) fue anormal	_____	_____X_____
En caso afirmativo, describa.		
2. Está su niño(a) bajo control médico por algún padecimiento	_____	_____X_____
Si es así, escriba la condición o enfermedad y el nombre del médico o pediatra que lo está tratando.		
3. Ha habido algún cambio en el estado general de salud de su niño(a) en los últimos años	_____	_____X_____
En caso afirmativo, describa.		
4.- Ha estado hospitalizado su niño(a)	_____X_____	_____
En caso afirmativo, describa. . . AMIGDALECTOMIA.		

- | | SI | NO |
|--|---|-------------------------|
| 5. Es su niño alérgico a algún medicamento (penicilina, anestésicos - locales, aspirina, etc.) | <u> </u> | <u> X </u> |
| En caso afirmativo, describa a cuál | | |
| 6. Es su niño(a) alérgico a algún alimento | <u> </u> | <u> X </u> |
| En caso afirmativo, describa a cuál. | | |
| 7. Tiene su niño(a) historia de problemas de: corazón, diabetes, asma, epilepsia, mentales, fiebre reumática, tuberculosis, riñones, hemorrágicos u otro padecimiento médico | <u> </u> | <u> X </u> |
| En caso afirmativo, describa el padecimiento. | | |
| 8. Ha sufrido o sufre su niño(a) de algún tipo de ataque o convulsiones | <u> </u> | <u> X </u> |
| En caso afirmativo, describa. | | |
| 9. Le aparecen a su niño(a) moretones con facilidad | <u> </u> | <u> X </u> |
| En caso afirmativo, describa. | | |
| 10. Tiene su niño(a) problemas de sangrado o coagulación | <u> </u> | <u> X </u> |
| En caso afirmativo, describa. | | |
| D.- Historia dental (2.3.) | | |
| 1. Ha recibido el niño(a) tratamiento dental previo * | <u> </u> | <u> X </u> |
| ¿Hace cuánto tiempo? | | |
| 2. ¿Cuál fue su comportamiento? | | |
| Cooperativo | <u> X </u> | Rebelde <u> </u> o |
| Tímido | <u> </u> | Temeroso <u> </u> |
| * En caso negativo el dentista debe anotar cuál es el comportamiento en la primera cita, y cuál en las citas subsecuentes. | | |
| 3. Tiene su niño(a) algún problema específico relacionado con su boca | <u> </u> | <u> X </u> |
| En caso afirmativo, describa. "PICADURAS" Y TIENEN MOVILES LOS DIENTES DE ENFREÑTE. | | |
| 4. Tiene su niño(a) algún hábito oral, como: | | |
| Chuparse algún dedo <u> </u> | Respirar con la boca abierta <u> X </u> | |
| Morderse el labio <u> </u> | Rechinar los dientes <u> X </u> | |
| Morderse las uñas <u> </u> | Morder otros objetos <u> </u> | |
| 5. Ha recibido su niño(a) tratamiento de fluor | <u> </u> | <u> X </u> |
| Hace cuánto tiempo. | | |

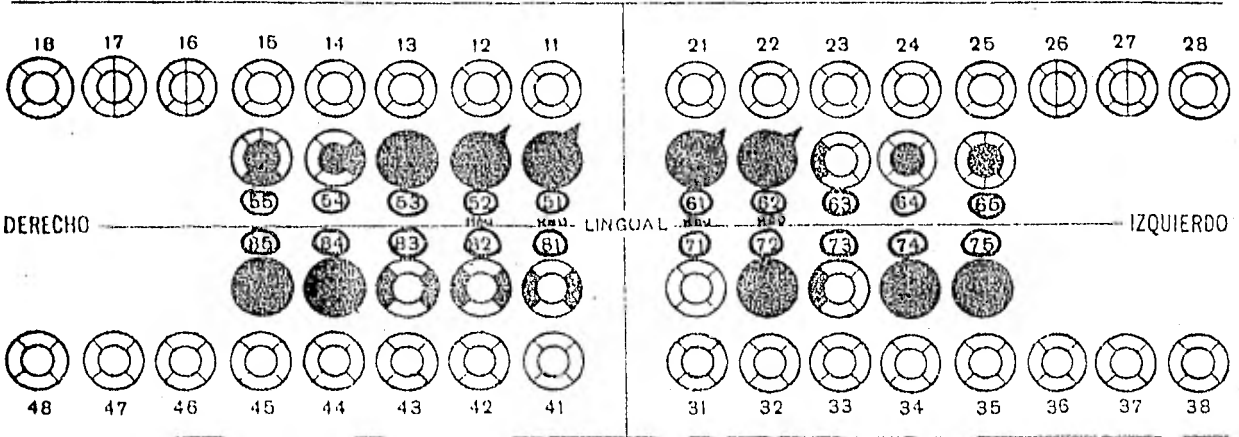
	SI	NO
6. Qué tan frecuente se cepilla su niño(a) los dientes al día. UNA VEZ	_____	_____°
7. Supervisa usted la higiene oral de su niño(a)	_____	X
8. Ha recibido de algún Dentista consejo respecto a la dieta de su niño(a) en relación con la caries dental	_____	X
9. Come el niño(a) frecuentemente entre comidas	X	_____
10. Come el niño(a) frecuentemente alimentos dulces (chocolates, caramelos, paletas, pasteles, refrescos, etc.)	X	_____
E.- Examen oral (2.4.)		
Higiene.	MALA	Lengua.
Labios	NORMALES	Piso de la boca
Gingiva.	INFLAMADA	Saliva.
Frenillo	NORMAL	Paladar blando y duro
Membrana Mucosa.	NORMAL	
Oclusión		
Posterior derecho.		Izquierdo
Canino derecho.	CLASE I	Izquierdo.
Sobremordida.	NO	Overjet.
Mordida cruzada.	NO	
Interferencia Oclusal.	NO	

(2.4.1.) ODONTOGRAMA

Nombre JOSE JULIO ALCARAZ V.

Expto. _____

FECHA 2 / SEP / 80



OBSERVACIONES:

Las caras marcadas con rojo están cariadas.

Las caras con azul están obturadas.

Los círculos alrededor de los números de los dientes significan que están presentes.

Las flechas significan que esos dientes serán extraídos.

(2.5.) DIAGNOSTICO.

Paciente masculino de cinco años de edad, con un comportamiento muy cooperativo, a la exploración bucal se encontró caries en los diversos órganos dentarios, debido a la ingesta continua de carbohidratos y a una mala técnica de cepillado, esta caries va de una coloración café claro a negro.

Presenta también gingivitis generalizada ya que el niño no se cepilla bien los dientes.

Tiene buena oclusión, aunque presenta bruxismo leve.

El estado de salud general es bueno.

(2.6.) PRONOSTICO.

Favorable: al niño se le devolverá la función masticatoria y la estética. Para algunos dientes será desfavorable, ya que se extraerán.

Observaciones: _____

(2.7.) PLAN DE TRATAMIENTO

Cita	Diente	Amalg.	Corona	Cepill.	Ext.	Fluor	Mod.	Mante	Profi.	Pulpo	Pulpec.	R. D.	R. I.	Va	X	X S C.
1	52				X											
	51				X											
	61				X											
	62				X											
2 y	85		X						X							
3	84		X							X						
	83		X							X						
4	75		X							X						
	74		X							X						
	73	X														
5	55	X														
	54	X														
	53		X													
6	65	X								X						
	64	X								X						
	63	X														
7	82													X		
	81													X		
	72		X							X						
8					X			X								

El tratamiento que realizó con manejo psicológico y anestesia local, ya que aún cuando presenta bastantes lesiones cariosas, y el paciente es pequeño, su comportamiento es excelente, lo único que se hizo fue explicarle lo mal que estaban sus dientes y cómo se los íbamos a curar, para anestesiarlo no le enseñamos nunca la jeringa, sino que se le pusieron unos lentes de plástico no transparente (le dijimos que era para que no le lastimara la luz), que iba a sentir un piquetito como de mosquito y luego cosquillitas y gordito.

Desde la primera cita en la que fue necesario extraerle cuatro dientes cooperó bastante. En ninguna cita lloró.

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO

FECHA	DIENTE	
2/IX/80		HISTORIA CLINICA, PROFILAXIS, SERIE RADIOGRAFICA, TECNICA DE CEPILLADO.
	52	Xilocaína tóptica, xilocaína en cartucho, extracción (indicada).
	51	Extracción (indicada)
	61	Extracción (indicada)
	62	Extracción (indicada)
8/IX/80		Xilocaína, dique de hule
	85	Pulpotomía con formocresol, zoe
	84	Pulpotomía con formocresol, zoe
	83	Pulpotomía con formocresol, zoe
24/IX/80		Xilocaína y dique de hule
	85	Preparación para corona LR6, cementada con fosfato
	84	Preparación para corona LR4, cementada con fosfato
	83	Preparación para corona No. 4, cementada con fosfato
17/X/80		Xilocaína y dique de hule
	75	Pulpotomía con formocresol, zoe, preparación para corona LL6, cementada con fosfato
	74	Pulpotomía con formocresol, zoe, preparación para corona LL4, cementada con fosfato
	73	Preparación de cavidad para amalgama, zoe, barniz y amalgama III Simple
24/X/80		Xilocaína y dique de hule
	55	Preparación de cavidad para amalgama, zoe, barniz, amalgama I compuesta
	54	Preparación de cavidad para amalgama, zoe, barniz y amalgama II compuesta
	53	Preparación para corona No. 3, dycal, cementada con fyna
31/X/80		Xilocaína y dique de hule
	65	Pulpotomía, zoe, preparación para amalgama I simple
	64	Pulpotomía, zoe, preparación para amalgama I simple
	63	Preparación de cavidad para amalgama, dycal, zoe, barniz y amalgama clase III compuesta
11/XI/80		Xilocaína y dique de hule
	82	Preparación de cavidad para resina, dycal, ácido (para grabar), dycal, resinas clase III
	81	Preparación de cavidad para resina, dycal, ácido (para grabar), dycal, resinas clase III
	72	Pulpotomía con formocresol, zoe, preparación para corona (cementado con fosfato)
18/XI/80		Pulido de amalgama, profilaxis, aplicación tóptica del flúor, se revisa técnica de cepillado, se receta fluoravit (una pastilla diaria antes de acostarse), se le da una lista de alimentos que puede ingerir entre comidas en vez de dulces.
		Alta. Revisión en seis meses.

5.2.- MANEJO PSICOLOGICO, OXIDO NITROSO y ANESTESIA LOCAL.

HISTORIA CLINICA

Con objeto de conocer mejor a su niño (a) y estar más prepara do (a) para darle un servicio de salud dental óptimo, es necesario me - proporcione usted la siguiente información:

FECHA: 14/I/81

A.- Razón de su visita:

Revisión (examen, limpieza y fluor) _____
 Tratamiento completo Y
 Dolor, molestia (emergencia) _____

B.- Datos del paciente:

Nombre del niño (a). YASHIEL GALLEGOS Y.. Apodo.
 Edad. 4 años. Fecha y lugar de nacimiento. 5 DE DICIEMBRE -
 '76. MEXICO, D.F. . . . Escuela. KINDER BLANCA NIEVES . .
 Grado. 1o. . . Actividad preferida o hobby JUGAR CON MUÑECAS .
 Nombres y edades de hermanos y hermanas. ERIK 9 AÑOS.

C.- Historia Médica (2.2.)

	SI	NO
1. El nacimiento del niño(a) fue anormal	_____	<u>X</u>
En caso afirmativo, describa.		
2. Está su niño(a) bajo control médico por algún padecimiento	_____	<u>X</u>
Si es así, escriba la condición o enfermedad y el nombre del médi- co o pediatra que lo está tratando.		
3. Ha habido algún cambio en el estado general de salud de su niño(a) en los últimos años	_____	<u>X</u>
En caso afirmativo, describa.		
4.- Ha estado hospitalizado su niño(a)	_____	<u>X</u>
En caso afirmativo, describa.		

- | | SI | NO |
|--|------------------------------------|-------------------|
| 5. Es su niño alérgico a algún medicamento (penicilina, anestésicos - locales, aspirina, etc.) | _____ | <u>X</u> |
| En caso afirmativo, describa a cuál | | |
| 6. Es su niño(a) alérgico a algún alimento | _____ | <u>X</u> |
| En caso afirmativo, describa a cuál. | | |
| 7. Tiene su niño(a) historia de problemas de: corazón, diabetes, asma, epilepsia, mentales, fiebre reumática, tuberculosis, riñones, hemorrágicos u otro padecimiento médico | _____ | <u>X</u> |
| En caso afirmativo, describa el padecimiento. | | |
| 8. Ha sufrido o sufre su niño(a) de algún tipo de ataque o convulsiones | _____ | <u>X</u> |
| En caso afirmativo, describa. | | |
| 9. Le aparecen a su niño(a) moretones con facilidad | _____ | <u>X</u> |
| En caso afirmativo, describa. | | |
| 10. Tiene su niño(a) problemas de sangrado o coagulación | _____ | <u>X</u> |
| En caso afirmativo, describa. | | |
| D. Historia dental (2.3.) | | |
| 1. Ha recibido el niño(a) tratamiento dental previo * | <u>X</u> | _____ |
| ¿Hace cuánto tiempo? | SEIS MESES | |
| 2. ¿Cuál fue su comportamiento? | | |
| Cooperativo | _____ | Rebelde <u>X</u> |
| Tímido | _____ | Temeroso <u>X</u> |
| * En caso negativo el dentista debe anotar cuál es el comportamiento en la primera cita, y cuál en las citas subsecuentes. | | |
| 3. Tiene su niño(a) algún problema específico relacionado con su boca | | <u>X</u> |
| En caso afirmativo, describa. <u>CARIES EN MUCHOS DIENTES</u> | | |
| 4. Tiene su niño(a) algún hábito oral, como: | | |
| Chuparse algún dedo _____ | Respirar con la boca abierta _____ | |
| Morderse el labio _____ | Rechinar los dientes _____ | |
| Morderse las uñas _____ | Morder otros objetos _____ | |
| 5. Ha recibido su niño(a) tratamiento de fluor | _____ | <u>X</u> |
| Hace cuánto tiempo. | | |

	SI	NO
6. Qué tan frecuente se cepilla su niño(a) los dientes al día.		
. DOS VECES.		
7. Supervisa usted la higiene oral de su niño(a)	<u> X </u>	<u> </u>
8. Ha recibido de algún Dentista consejo respecto a la dieta de su niño(a) en relación con la caries dental	<u> </u>	<u> X </u>
9. Come el niño(a) frecuentemente entre comidas	<u> X </u>	<u> </u>
10. Come el niño(a) frecuentemente alimentos dulces. (chocolates, caramelos, paletas, pasteles, refrescos, etc.)	<u> X </u>	<u> </u>
E. Examen oral (2.4.)		
Higiene. MALA	Lengua. NORMAL	
Labios NORMALES	Piso de la boca NORMAL	
Gingiva. LIGERAMENTE INFLAMADA	Saliva. NORMAL	
Frenillo. NORMAL	Paladar blando y dura NORMAL	
Membrana Mucosa. NORMAL		
Oclusión		
Posterior derecho.	Izquierdo.	
Canino derecho. CLASE I	Izquierdo. CLASE I	
Sobremordida. NO	Overjet. NO	
Mordida cruzada. NO		
Interferencia Oclusal. NO		

(2.5.) DIAGNOSTICO.

Paciente femenino de 4 años de edad, con un comportamiento rebelde y temeroso, a la exploración bucal se encontró caries en diversos órganos dentarios, que va de un color café claro a negro. Esto se debe a la ingesta continua de carbohidratos y a una mala técnica de cepillado, por lo cual la encía se encuentra inflamada.

Presenta buena oclusión.

El estado de salud general de la paciente es bueno.

(2.6.) PRONOSTICO.

Favorable, ya que se le devolverá la función masticatoria y la estética.

Observaciones:

(2,7,) PLAN DE TRATAMIENTO

Cita	Diente	Amalg.	Corona	Cepill.	Ext.	Fluor	Mod.	Mante	Profi.	Pulpo	Pulpec.	R. D.	R. I.	Va	X	X S C.
1	75		X							X						
	74		X							X						
2	85	X														
	84	X														
3	55	X														
	54		X							X						
4	64		X							X						
	65	X														
5	51		X													
	52		X													
	61		X													
	62		X													
6	82													X		
	81													X		
	71													X		
	72													X		
7						X			X							

El tratamiento de esta paciente fue realizado con manejo psicológico, óxido nitroso y con anestesia local, ya que se portó temerosa, llorona y rebelde (La mamá dijo que en el consultorio al que la llevó anteriormente la trataron rudamente, por lo que la niña menos se dejó atender y ya no volvió a llevar). Cabe hacer notar que como caso especial se dejó entrar a la mamá en todas las citas, y con esto la niña cooperaba perfectamente, en las últimas citas ya no fue necesario el óxido nitroso.

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO

FECHA	DIENTE	
14/I/81		Historia Clínica, Profilaxis, Técnica de cepillado.
21/I/81		Oxido Nitroso, Xilocaína, dique de hule.
	75	Pulpotomía con formocresol, zoe, preparación para corona LL6 cementada con fosfato.
	74	Pulpotomía con formocresol, zoe, preparación para corona LL6 cementada con fosfato.
6/II/81		Oxido Nitroso, xilocaína, dique de hule.
	85	Preparación de cavidad para amalgama, zoe, barniz y amalgama clase I compuesta.
	84	Preparación de cavidad para amalgama, zoe, barniz y amalgama clase II compuesta.
14/II/81		Oxido nitroso, xilocaína, dique de hule.
	55	Preparación de cavidad para amalgama, zoe, barniz y amalgama clase I simple.
	54	Pulpotomía con formocresol, zoe, preparación para corona UR5 cementada con fosfato.
28/II/81		Oxido nitroso, xilocaína, dique de hule.
	64	Pulpotomía con formocresol, zoe, preparación para corona UL5 cementada con fosfato.
	65	Preparación de cavidad para amalgama, zoe, barniz, amalgama clase I simple.
16/III/81		Xilocaína, dique de hule.
	52	Preparación para corona R2 cementada con fynal.
	51	Preparación para corona R1 cementada con fynal.
	61	Preparación para corona L1 cementada con fynal.
	62	Preparación para corona L3 cementada con fynal.
30/III/81		Xilocaína, dique de hule.
	82	Preparación para resina, dycal, grabador, resina clase III
	81	Preparación para resina, dycal, grabador, resina clase III.
	71	Preparación para resina, dycal, grabador, resina clase III
	72	Preparación para resina, dycal, grabador, resina clase III
10/IV/81		Pulido de amalgama, profilaxis, aplicación tópica de flúor, Se receta fluoravit en tableta, (una diaria antes de acostarse), se revisa técnica de cepillado, se le dá una lista de alimentos que puede ingerir entre comidas en vez de dulces.
		ALTA. Revisión en seis meses.

(2.8.) NOTAS DE EVOLUCION.

En la primera cita se portó rebelde y temerosa, se platica con la mamá y dice que en el consultorio al que fué anteriormente trataron a la niña en forma ruda y - que por eso no quería ir a la cita, luego se platica con la niña, pero se tiene que usar óxido nitroso, y como caso especial se quedó la mamá ya que si se salía gritaba y pateaba.

Conforme fueron pasando las citas la niña se iba tranquilizando, hasta que ya no fue necesario usar el óxido nitroso, aunque seguimos dejando que entrara la mamá.

5.3.- MANEJO PSICOLOGICO, OXIDO NITROSO Y ANESTESIA LOCAL.

HISTORIA CLINICA

Con objeto de conocer mejor a su niño (a) y estar más preparado (a) para darle un servicio de salud dental óptimo, es necesario me - proporcione usted la siguiente información:

FECHA: . . . 7/ENE/80

A.- Razón de su visita:

Revisión (examen, limpieza y fluor)	_____
Tratamiento completo	_____ X _____
Dolor, molestia (emergencia)	_____

B. Datos del paciente:

Nombre del niño (a). ALEJANDRA PEREZ J. Apodo. . ALE
 Edad. . 7 años. Fecha y lugar de nacimiento. 13/OCT/72
 . MEXICO, D. F. Escuela. PRIMARIA "BENITO JUAREZ"
 Grado. 1o. AÑO. Actividad preferida o hobby. JUGAR A LA "COMIDITA".
 Nombres y edades de hermanos y hermanas.

C.- Historia Médica (2.2.)

	SI	NO
1. El nacimiento del niño(a) fue anormal	_____ X _____	_____
En caso afirmativo, describa. EL PARTO SE TUVO QUE HACER POR MEDIO DE FORCEPS.		
2. Está su niño(a) bajo control médico por algún padecimiento	_____ X _____	_____
Si es así, escriba la condición o enfermedad y el nombre del médico o pediatra que lo está tratando. EPILEPSIA, DR. RAMIREZ.		
3. Ha habido algún cambio en el estado general de salud de su niño(a) en los últimos años	_____ X _____	_____
En caso afirmativo, describa. DESDE HACE TRES AÑOS LAS CONVULSIONES SON MAS FRECUENTES.		
4.- Ha estado hospitalizado su niño(a)	_____	_____ X _____
En caso afirmativo, describa.		

- | | SI | NO |
|--|------------------------------------|------------|
| 5. Es su niño alérgico a algún medicamento (penicilina, anestésicos - locales, aspirina, etc.) | _____ | X |
| En caso afirmativo, describa a cuál | | |
| 6. Es su niño(a) alérgico a algún alimento | _____ | X |
| En caso afirmativo, describa a cuál. | | |
| 7. Tiene su niño(a) historia de problemas de: corazón, diabetes, asma, epilepsia, mentales, fiebre reumática, tuberculosis, riñones, hemorrágicos u otro padecimiento médico | X | _____ |
| En caso afirmativo, describa el padecimiento. EPILEPSIA. | | |
| 8. Ha sufrido o sufre su niño(a) de algún tipo de ataque o convulsiones | X | _____ |
| En caso afirmativo, describa. ATAQUES EPILEPTICOS. | | |
| 9. Le aparecen a su niño(a) moretones con facilidad | _____ | X |
| En caso afirmativo, describa. | | |
| 10. Tiene su niño(a) problemas de sangrado o coagulación | _____ | X |
| En caso afirmativo, describa. | | |
| D.- Historia dental (2.3.) | | |
| 1. Ha recibido el niño(a) tratamiento dental previo * | _____ | X |
| ¿Hace cuánto tiempo? | | |
| 2. ¿Cuál fue su comportamiento? EN LA PRIMERA CITA. | | |
| Cooperativo | _____ | Rebelde X |
| Tímido | _____ | Temeroso X |
| * En caso negativo el dentista debe anotar cuál es el comportamiento en la primera cita, y cuál en las citas subsecuentes. | | |
| 3. Tiene su niño(a) algún problema específico relacionado con su boca | _____ | X |
| En caso afirmativo, describa. INFLAMADA LA ENCIA Y CARIES. | | |
| 4. Tiene su niño(a) algún hábito oral, como: | | |
| Chuparse algún dedo _____ | Respirar con la boca abierta _____ | |
| Morderse el labio X _____ | Rechinar los dientes _____ | |
| Morderse las uñas _____ | Morder otros objetos _____ | |
| 5. Ha recibido su niño(a) tratamiento de fluor | _____ | X |
| Hace cuánto tiempo. | | |

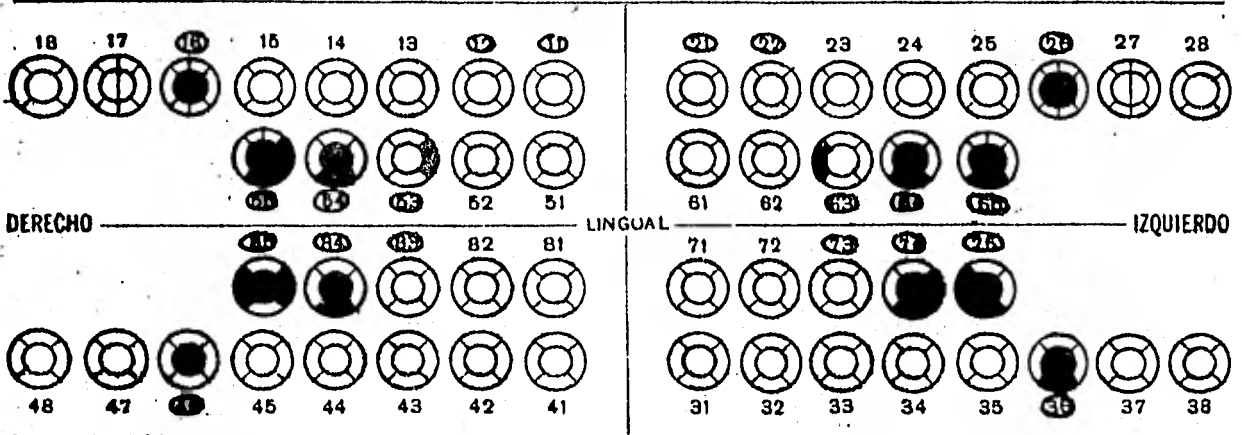
	SI	NO	
6. Qué tan frecuente se cepilla su niño(a) los dientes al día.			
CASI NO SE LOS CEPILLA PORQUE LE SANGRA LA ENÇIA.			
7. Supervisa usted la higiene oral de su niño(a) _____	<u>X</u>		
8. Ha recibido de algún Dentista consejo respecto a la dieta de su niño(a) en relación con la caries dental _____		<u>X</u>	
9. Come el niño(a) frecuentemente entre comidas _____	<u>X</u>		
10. Come el niño(a) frecuentemente alimentos dulces (chocolates, caramelos, paletas, pasteles, refrescos, etc.) _____	<u>X</u>		
E:- Examen oral (2.4.)			
Higiene.	PESIMA	Lenqua.	NORMAL
Labios	NORMALES	Piso de la boca	NORMAL
Gingiva.	INFLAMADA	Saliva.	VISCOSA
Frenillo	NORMAL	Paladar blando y dura	INFLAMADOS
Membrana Mucosa.	NORMAL		
Oclusión			
Posterior derecho.	CLASE I	Izquierdo.	CLASE I
Canino derecho.	CLASE I	Izquierdo.	CLASE I
Sobremordida.	NO	Overjet.	NO
Mordida cruzada.	NO		
Interferencia Oclusal.	NO		

(2:4.1.) ODONTOGRAMA

Nombre ALEJANDRA PEREZ J.

Expte. _____

FECHA 7/ENE/80



OBSERVACIONES:

Las caras marcadas en rojo están cariadas.

Las marcadas en azul están obturadas.

Los círculos alrededor de los números de -
dientes significan que están presentes.

Las flechas significan que serán extraídos.

(2.F.) DIAGNOSTICO.

Paciente femenino de 7 años de edad, con un comportamiento rebelde y temeroso, a la exploración bucal se encontró caries en diversos órganos dentarios debido a la ingesta continua de carbohidratos, inflamación generalizada de la encía (hiperplasia gingival) - esta se debe a que el paciente toma dilantín, por lo cual estos dos factores aunados a una mala técnica de cepillado nos dan una salud pésima, presenta buena oclusión.

Estado de salud general no es muy bueno, ya que el paciente presenta ataques convulsivos (epilepsia), fuerade esto el paciente no presenta ningún problema.

(2.F.) PRONOSTICO.

Favorable, ya que se le devolverá la función masticatoria y la estética.

Observaciones: _____

(2.7.) PLAN DE TRATAMIENTO

Cita	Diente	Amalg.	Corona	Cepill.	Ext.	Fluor	Mod.	Mante	Profi.	Pulpo	Pulpec.	R. D.	R. I.	Va	X	X S.C.
1														X		
2	16	X														
	55	X								X						
	54	X														
	53													X		
3	65	X														
	64	X														
	63													X		
	26	X														
4	36	X														
	75	X								X						
	74	X								X						
	46	X														
5	85	X								X						
	84	X														
6					X			X								

El tratamiento de esta paciente se realizó con manejo psicológico, óxido nitroso y anestesia local, ya que el comportamiento durante la primera cita fue temerosa y rebelde, pero con esta técnica dicho comportamiento mejoró, y en las últimas citas la paciente se presentaba tranquila (pero todavía hubo necesidad de utilizar el óxido nitroso, aunque en menor dosis, ya que la paciente lo pedía).

DESCRIPCION DEL TRABAJO

FECHA	DIENTE	
7/I/80		Historia Clínica, Profilaxis, Serie Radiográfica, Técnica de Cepillado y Programación para Gingivectomía.
11/I/80		Se realiza givivectomía bajo anestesia local y óxido nitroso.
18/I/80		Revisión de gingivectomía.
28/I/80		Oxido nitroso, xilocaína, dique de hule.
	16	Preparación de cavidad para amalgama, dycal, zoe, barniz y amalgama clase I simple.
	55	Pulpotomía con formocresol, zoe, preparación de cavidad para amalgama clase II compleja.
	54	Preparación de cavidad para amalgama, dycal, zoe, barniz, amalgama clase I compuesta.
	53	Preparación de cavidad para resina, dycal, grabador, resina clase III
4/II/80		Oxido nitroso, xilocaína, dique de hule.
	26	Preparación de cavidad para amalgama, dycal, zoe, barniz, amalgama clase I simple.
	65	Preparación de cavidad para amalgama, dycal, zoe, barniz, amalgama clase I compuesta.
	64	Preparación de cavidad para amalgama, dycal, zoe, barniz, amalgama clase I compuesta.
	63	Preparación de cavidad para resina, dycal, grabador, resina clase III
11/II/80		Oxido nitroso, xilocaína, dique de hule.
	36	Preparación de cavidad para amalgama, dycal, zoe, barniz, amalgama clase I compuesta.
	75	Pulpotomía con formocresol, zoe, preparación de cavidad para amalgama, - clase II compleja.
	74	Pulpotomía con formocresol, zoe, preparación de cavidad para amalgama, - clase II compleja.
18/II/80		Oxido Nitroso, xilocaína, dique de hule.
	85	Pulpotomía con formocresol, zoe, preparación de cavidad para amalgama, - clase II compleja.
	84	Preparación de cavidad para amalgama, dycal, zoe, barniz, amalgama clase I compuesta.
	46	Preparación de cavidad para amalgama, dycal, zoe, barniz, amalgama clase I simple.
25/II/80		Pulido de amalgamas, profilaxis, flúor, se revisa técnica de cepillado, - se receta fluoravit (una diaria antes de acostarse), se le dá una lista de alimentos que pueda ingerir entre comidas en vez de dulces.
		ALTA. Revisión en seis meses.

5.4.- PREMEDICACION, OXIDO NITROSO Y ANESTESIA LOCAL.

HISTORIA CLINICA

Con objeto de conocer mejor a su niño (a) y estar más preparado (a) para darle un servicio de salud dental óptimo, es necesario me - proporcione usted la siguiente información:

FECHA: . . . 2/JUL/80

A.- Razón de su visita:

Revisión (examen, limpieza y fluor) _____
Tratamiento completo _____
Dolor, molestia (emergencia) X

B.- Datos del paciente:

Nombre del niño (a). ALDO GABRIEL RODRIGUEZ Apodo.
Edad. 3 años. Fecha y lugar de nacimiento. 14/ABR/77
. . . MEXICO, D. F, . . . Escuela.
Grado. Actividad preferida o hobby. JUGAR CON CARRITOS
Nombres y edades de hermanos y hermanas.

C.- Historia Médica (2.2.)

	SI	NO
1. El nacimiento del niño(a) fue anormal	_____	<u> X </u>
En caso afirmativo, describa.		
2. Está su niño(a) bajo control médico por algún padecimiento	_____	<u> X </u>
Si es así, escriba la condición o enfermedad y el nombre del médico o pediatra que lo está tratando.		
3. Ha habido algún cambio en el estado general de salud de su niño(a) en los últimos años	_____	<u> X </u>
En caso afirmativo, describa.		
4.- Ha estado hospitalizado su niño(a)	_____	<u> X </u>
En caso afirmativo, describa.		

- | | SI | NO |
|--|------------------------------------|----------------------|
| 5. Es su niño alérgico a algún medicamento (penicilina, anestésicos - locales, aspirina, etc.) | _____ | <u> X </u> |
| En caso afirmativo, describa a cuál | | |
| 6. Es su niño(a) alérgico a algún alimento | _____ | <u> X </u> |
| En caso afirmativo, describa a cuál. | | |
| 7. Tiene su niño(a) historia de problemas de: corazón, diabetes, asma, epilepsia, mentales, fiebre reumática, tuberculosis, riñones, hemorrágicos u otro padecimiento médico | _____ | <u> X </u> |
| En caso afirmativo, describa el padecimiento. | | |
| 8. Ha sufrido o sufre su niño(a) de algún tipo de ataque o convulsiones | _____ | <u> X </u> |
| En caso afirmativo, describa. | | |
| 9. Le aparecen a su niño(a) moretones con facilidad | _____ | <u> X </u> |
| En caso afirmativo, describa. | | |
| 10. Tiene su niño(a) problemas de sangrado o coagulación | _____ | <u> X </u> |
| En caso afirmativo, describa. | | |
| D.- Historia dental (2.3.) | | |
| 1. Ha recibido el niño(a) tratamiento dental previo * | _____ | <u> X </u> |
| ¿Hace cuánto tiempo? | | |
| 2. ¿Cuál fue su comportamiento? | | |
| Cooperativo | _____ | Rebelde <u> X </u> |
| Tímido | _____ | Temeroso _____ |
| * En caso negativo el dentista debe anotar cuál es el comportamiento en la primera cita, y cuál en las citas subsecuentes. | | |
| 3. Tiene su niño(a) algún problema específico relacionado con su boca | _____ | <u> X </u> |
| En caso afirmativo, describa. CARIES EN VARIOS DIENTES. | | |
| 4. Tiene su niño(a) algún hábito oral, como: | | |
| Chuparse algún dedo _____ | Respirar con la boca abierta _____ | |
| Morderse el labio _____ | Rechinar los dientes _____ | |
| Morderse las uñas _____ | Morder otros objetos _____ | |
| 5. Ha recibido su niño(a) tratamiento de fluor | _____ | <u> X </u> |
| Hace cuánto tiempo. | | |

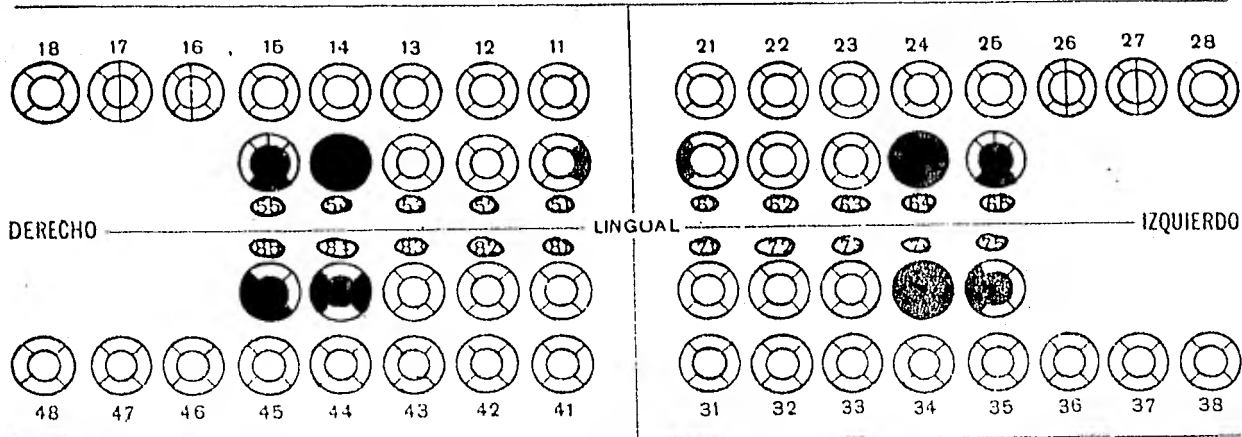
- | | SI | NO |
|---|-----------------|--|
| 6. Qué tan frecuente se cepilla su niño(a) los dientes al día. | | |
| DOS VECES. | | |
| 7. Supervisa usted la higiene oral de su niño(a) | <u> X </u> | <u> </u> |
| 8. Ha recibido de algún Dentista consejo respecto a la dieta de su niño(a) en relación con la caries dental | <u> </u> | <u> X </u> |
| 9. Come el niño(a) frecuentemente entre comidas | <u> X </u> | <u> </u> |
| 10. Come el niño(a) frecuentemente alimentos dulces (chocolates, caramelos, paletas, pasteles, refrescos, etc.) | <u> X </u> | <u> </u> |
| E.- Examen oral (2.4.) | | |
| Higiene. | MALA | Lenqua. NORMAL |
| Labios | NORMALES | Piso de la boca NORMAL |
| Gingiva. | NORMAL | Saliva. NORMAL |
| Frenillo | NORMAL | Paladar blando y dura NORMAL |
| Membrana Mucosa. | NORMAL | |
| Oclusión | | |
| Posterior derecho. | | Izquierdo. |
| Canino derecho. | CLASE I | Izquierdo. CLASE I |
| Sobremordida. | NO | Overjet. NO |
| Mordida cruzada. | NO | |
| Interferencia Oclusal. | NO | |

(2.4.1.) ODONTOGRAMA

Nombre ALDO GABRIEL RODRIGUEZ GARCIA.

Expte. _____

FECHA 2/JUL/80



OBSERVACIONES:

Las caras marcadas con rojo están cariadas.

Las caras con azul obturadas.

Los círculos alrededor de los números de los dientes significan que están presentes.

Las flechas significan que esos dientes serán extraídos.

(2.5.) DIAGNOSTICO.

Paciente masculino de 3 años de edad, con comportamiento muy rebelde, a la exploración dental se encontró que presenta caries en diversos órganos dentarios, que van de una coloración café claro a una café oscuro.

Estas caries se deben principalmente a la ingesta continua de carbohidratos, aunándola a una mala técnica de cepillado. Presenta buena oclusión.

El estado de salud general es bueno.

(2.6.) PRONOSTICO.

Favorable, ya que se le devolverá la función masticatoria y la estética.

DESCRIPCION DEL TRABAJO

FECHA	DIENTE	
2/VII/80		Profilaxis, Historia clínica, el paciente estuvo muy rebelde (lloró mucho) se usó óxido nitroso y algo se logró. Se manda premedicar con Valium. Se da técnica de cepillado.
5/VII/80		Premedicación, óxido nitroso, xilocaína, dique de hule.
	85	Preparación de cavidad para amalgama, pulpdent, zoe, barniz y amalgama clase II compuesta.
	85	Pulpotomía con formocresol, zoe, preparación para corona LR6 cementada con fosfato de zinc.
12/VII/80		Premedicación, óxido nitroso, xilocaína, dique de hule.
	75	Pulpotomía con formocresol, preparación de cavidad para amalgama, zoe, -- amalgama clase II compuesta.
	74	Pulpotomía con formocresol, zoe, preparación para corona LL6, cementada -- con fosfato.
26/VII/80		Premedicación, óxido nitroso, xilocaína, dique de hule.
	55	Preparación de cavidad para amalgama, dycal, zoe, barniz, amalgama clase I compuesta.
	54	Pulpotomía con formocresol, zoe, preparación para corona UR4 cementada con fosfato
2/VIII/80		Premedicación, óxido nitroso, xilocaína, dique de hule.
	65	Preparación de cavidad para amalgama, dycal, zoe, barniz y amalgama clase I compuesta.
	64	Preparación para corona, pulpotomía con formocresol, zoe, cementación de la corona UL4 con fosfato.
9/VIII/80		Premedicación, óxido nitroso, xilocaína, dique de hule.
	51	Preparación para corona de policarbonato A3, pulpdent (para la sensibilidad) cementado de la corona con I.R.M.
	61	Preparación para corona de policarbonato A3, pulpdent (para la sensibilidad) cementado de la corona con I.R.M.
23/VIII/80		Pulido de amalgamas, profilaxis, aplicación tópica de flúor, se receta -- fluoravit (una pastilla diaria antes de acostarse), se les da una lista de alimentos que puede ingerir entre comidas en vez de dulces.
		ALTA. REVISION EN SEIS MESES.

(2.8.) NOTAS DE EVOLUCION.

Durante la primera cita el paciente se presenta muy rebelde e irritable, se aplicó un poco de óxido nitroso y así se pudo hacer profilaxis y su odontograma. Se manda premedicar con Valium - - (con la dosis que se dá en el plan de tratamiento).

Desde la segunda cita, gracias a la premedicación y al óxido nitroso se puede trabajar muy bien.

En la última cita no va premedicado el paciente y al verlo que se le va a hacer coopera un poco mejor.

5.5.- PREMEDICACION, OXIDO NITROSO Y ANESTESIA LOCAL.

HISTORIA CLINICA

Con objeto de conocer mejor a su niño (a) y estar más preparado (a) para darle un servicio de salud dental óptimo, es necesario me proporcione usted la siguiente información:

FECHA: . 18/MAR/80

A.- Razón de su visita:

Revisión (examen, limpieza y fluor)	_____
Tratamiento completo	_____ X _____
Dolor, molestia (emergencia)	_____

B.- Datos del paciente:

Nombre del niño (a). RAUL RODRIGUEZ A. Apodo. . RULO

Edad. . 5. años. Fecha y lugar de nacimiento. 14/SEP/74

. . . MEXICO, D. F. Escuela.

Grado. Actividad preferida o hobby. JUGAR CON TIERRA

Nombres y edades de hermanos y hermanas. REBECA . 2 AÑOS

C.--Historia Médica (2.2.)

	SI	NO
1. El nacimiento del niño(a) fue anormal	_____ X _____	_____
En caso afirmativo, describa. NACIO POR MEDIO DE FORCEPS		
2. Está su niño(a) bajo control médico por algún padecimiento	_____ X _____	_____
Si es así, escriba la condición o enfermedad y el nombre del médico o pediatra que lo está tratando. P.C.I. DR. HERNANDEZ		
3. Ha habido algún cambio en el estado general de salud de su niño(a) en los últimos años	_____	_____ X _____
En caso afirmativo, describa.		
4.- Ha estado hospitalizado su niño(a)	_____ X _____	_____
En caso afirmativo, describa. CUANDO LE DIAGNOSTICARON LA P.C.I.		
. . . (LE HICIERON ESTUQIOS)		

- | | SI | NO |
|--|--|--------------|
| 5. Es su niño alérgico a algún medicamento (penicilina, anestésicos - locales, aspirina, etc.) | <u> </u> | <u> X </u> |
| En caso afirmativo, describa a cuál | | |
| 6. Es su niño(a) alérgico a algún alimento | <u> </u> | <u> X </u> |
| En caso afirmativo, describa a cuál. | | |
| 7. Tiene su niño(a) historia de problemas de: corazón, diabetes, asma, epilepsia, mentales, fiebre reumática, tuberculosis, riñones, hemorrágicos u otro padecimiento médico | <u> </u> | <u> X </u> |
| En caso afirmativo, describa el padecimiento. PAPALISIS CEREBRAL. INFANTIL | | |
| 8. Ha sufrido o sufre su niño(a) de algún tipo de ataque o convulsiones | <u> </u> | <u> X </u> |
| En caso afirmativo, describa. CONTRACCIONES INVOLUNTARIAS DE PIERNAS | | |
| 9. Le aparecen a su niño(a) moretones con facilidad | <u> </u> | <u> X </u> |
| En caso afirmativo, describa. | | |
| 10. Tiene su niño(a) problemas de sangrado o coagulación | <u> </u> | <u> X </u> |
| En caso afirmativo, describa. | | |
| D.- Historia dental (2.3.) | | |
| 1. Ha recibido el niño(a) tratamiento dental previo * | <u> </u> | <u> X </u> |
| ¿Hace cuánto tiempo? | | |
| 2. ¿Cuál fue su comportamiento? EN LA PRIMERA CITA | | |
| Cooperativo <u> </u> | Rebelde <u> </u> | <u> X </u> |
| Tímido <u> </u> | Temeroso <u> </u> | <u> X </u> |
| * En caso negativo el dentista debe anotar cuál es el comportamiento en la primera cita, y cuál en las citas subsecuentes. | | |
| 3. Tiene su niño(a) algún problema específico relacionado con su boca | <u> </u> | <u> X </u> |
| En caso afirmativo, describa. DIENTES GIRADOS Y CARIES | | |
| 4. Tiene su niño(a) algún hábito oral, como: | | |
| Chuparse algún dedo <u> </u> | Respirar con la boca abierta <u> </u> | <u> X </u> |
| Morderse el labio <u> </u> | Rechinar los dientes <u> </u> | |
| Morderse las uñas <u> </u> | Morder otros objetos <u> </u> | |
| 5. Ha recibido su niño(a) tratamiento de fluor | <u> </u> | <u> X </u> |
| Hace cuánto tiempo. | | |

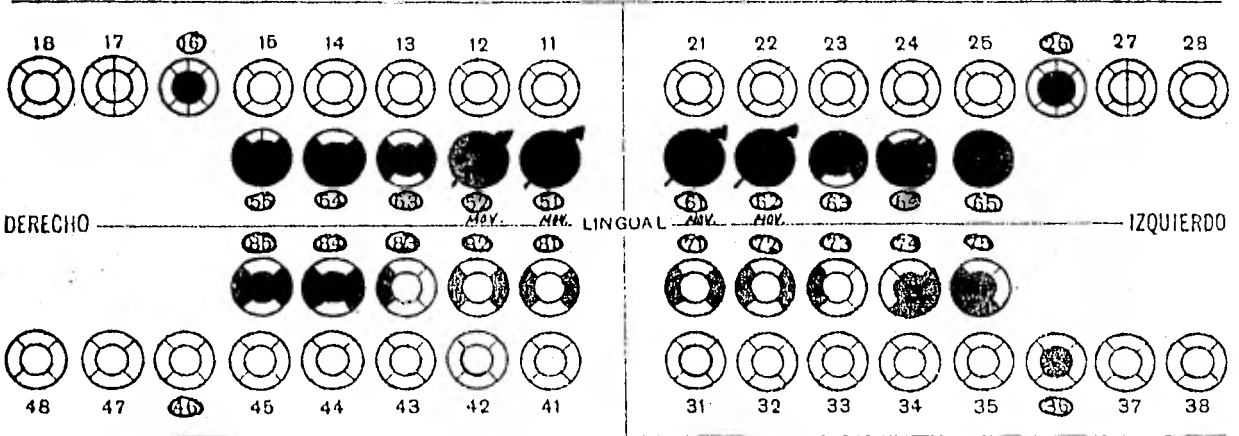
	SI	NO
6. Qué tan frecuente se cepilla su niño(a) los dientes al día.		
NO, SE DEJA.		
7. Supervisa usted la higiene oral de su niño(a)	_____	<u>X</u>
8. Ha recibido de algún Dentista consejo respecto a la dieta de su niño(a) en relación con la caries dental	_____	<u>X</u>
9. Come el niño(a) frecuentemente entre comidas	<u>X</u>	_____
10. Come el niño(a) frecuentemente alimentos dulces (chocolates, caramelos, paletas, pasteles, refrescos, etc.)	<u>X</u>	_____
E.- Examen oral (2.4.)		
Higiene.	PESIMA	Lengua.
Labios	ESPASTICOS	Piso de la boca
Gingiva.	INFLAMADA	Saliva.
Frenillo	NORMAL	Paladar blande y dura
Membrana Mucosa.	NORMAL	
Oclusión		
Posterior derecho.	CLASE III	Izquierdo.
Canino derecho.	CLASE III	Izquierdo.
Sobremordida.	NO	Overjet.
Mordida cruzada.	SI	
Interferencia Oclusal.	SI	

(2.4.1.) ODONTOGRAMA

Nombre RAUL RODRIGUEZ A.

Expte. _____

FECHA 18/MAR/80



OBSERVACIONES:

Las caras marcadas en rojo están cariadas.

Las marcadas en azul están obturadas.

Los círculos alrededor de los números de los dientes significan que está presentes.

Las flechas significan que esos dientes serán extraídos.

(2.5.) DIAGNOSTICO.

Paciente masculino de 5 y medio años de edad, con comportamiento (durante la primera cita) rebelde y temeroso, y que presenta caries en diversos órganos dentarios, dicha caries presenta una coloración que va de café clara a negro, y que abarca en algunos dientes esmalte y dentina, y en otros involucra hasta la pulpa. Esto se debe a la gran ingestión de carbohidratos.

Presenta además mal oclusión (prognatismo no muy severo).

Presenta además P.C.I. esto se puede deber a que el nacimiento del niño fue por medio de forceps. La Parálisis Cerebral afecta más que nada a las piernas (paraplejía), por lo que no presenta un retraso mental tan severo.

(2.6.) PRONOSTICO.

Para el paciente será favorable ya que se le devolverá la función masticatoria.

Para algunos dientes será de pronóstico reservado, como en el caso de las pulpectomías.

Observaciones:

(2.7.) PLAN DE TRATAMIENTO

Cita	Diente	Amalg.	Corona	Cepill.	Ext.	Fluor	Mod.	Mante	Profi.	Pu'po	Pulpec.	R. D.	R. I.	Va	X	X S C.
1	16	X														
	55		X							X						
2	54		X							X						
	53		X								X					
3	52				X											
	51				X											
	61				X											
	62				X											
4	63		X								X					
	64		X							X						
5	65		X							X						
	26	X														
6	36	X														
	75	X														
	74	X														
	73															X
7	83															X
	84		X													
	85		X													
8	82															X
	81															X
	71															X
	72															X
	9					X			X							

Aunque el paciente presenta Parálisis Cerebral, y durante la primera cita se - portó rebelde y temeroso, el tratamiento se realizó mediante premedicación, óxido nitro- so y anestesia local, de manera satisfactoria. Cabe mencionar que como el tratamiento - era extenso y no podíamos estar premedicando cada cita al paciente, poco a poco se fue - quitando la premedicación, hasta que sólo trabajamos con óxido nitroso.

DESCRIPCION DEL TRABAJO

FECHA	DIENTE	
18/III/80		Historia Clínica, profilaxis, serie radiográfica. Paciente rebelde y temeroso, por lo que se premedicará con Noctec y Fenergan. Se dá técnica - de cepillado.
25/III/80		Premedicación, óxido nitroso, xilocaína, dique de hule.
	16	Preparación de cavidad para amalgama, zoe, barniz, amalgama clase I simple
	55	Pulpotomía con formocresol, zoe, preparación para corona UR5 cementada con fosfato.
1/IV/80		Premedicación, óxido nitroso, xilocaína, dique de hule.
	54	Pulpotomía con formocresol, zoe, preparación para corona UR4 cementada con fosfato.
	53	Pulpectomía obturada con zoe, preparación para corona cementada con fosfato.
3/IV/80		Premedicación, óxido nitroso, xilocaína,
	52	Extracción.
	51	Extracción.
	61	Extracción.
	62	Extracción.
15/IV/80		Premedicación, óxido nitroso, xilocaína, dique de hule.
	63	Pulpectomía obturada con zoe, preparación para corona cementada con fosfato.
	64	Pulpotomía con formocresol, zoe, preparación para corona UL4 cementada con fosfato.
22/IV/80		Premedicación, óxido nitroso, xilocaína, dique de hule.
	65	Pulpotomía con formocresol, zoe, preparación para corona UL5 cementada con fosfato.
	26	Preparación de cavidad para amalgama, dycal, zoe, barniz, amalgama clase I simple.
29/IV/80		Oxido nitroso, xilocaína, dique de hule.
	36	Preparación de cavidad para amalgama, dycal, zoe, barniz, amalgama clase I simple.
	75	Preparación de cavidad para amalgama, dycal, zoe, barniz, amalgama clase II compleja.
	74	Preparación de cavidad para amalgama, dycal, zoe, barniz, amalgama clase II compleja.
	73	Preparación para resina, dycal, grabador, resina clase III simple.
6/V/80		Oxido nitroso, xilocaína, dique de hule.
	83	Preparación para resina, dycal, grabador, resina clase III simple.
	84	Preparación de cavidad para amalgama, dycal, zoe, barniz, amalgama clase II compleja.
	85	Preparación de cavidad para amalgama, dycal, zoe, barniz, amalgama clase II compleja.
13/V/80		Oxido nitroso, xilocaína, dique de hule.
	82	Preparación de cavidad para resina, dycal, grabador, resina clase III.
	81	Preparación de cavidad para resina, dycal, grabador, resina clase III simple.

5.6.- ANESTESIA GENERAL.

HISTORIA CLINICA

Con objeto de conocer mejor a su niño (a) y estar más preparado (a) para darle un servicio de salud dental óptimo, es necesario me - proporcione usted la siguiente información:

FECHA: . . . 4/NOV/80

A.- Razón de su visita:

Revisión (examen, limpieza y fluor) _____
 Tratamiento completo _____
 Dolor, molestia (emergencia) X

B.- Datos del paciente:

Nombre del niño (a). HUGO ALBERTO GOMEZ N. . . . Apodo. HUGUIN
 Edad. 3 . años. Fecha y lugar de nacimiento. . . 19/OCT/77
 . . . MEXICO, D.F. Escuela. . . KINDER ROSSY
 Grado. . . 2o . . . Actividad preferida o hobby. JUGAR CON TIERRA . . .
 Nombres y edades de hermanos y hermanas.

C.- Historia Médica (2.2.)

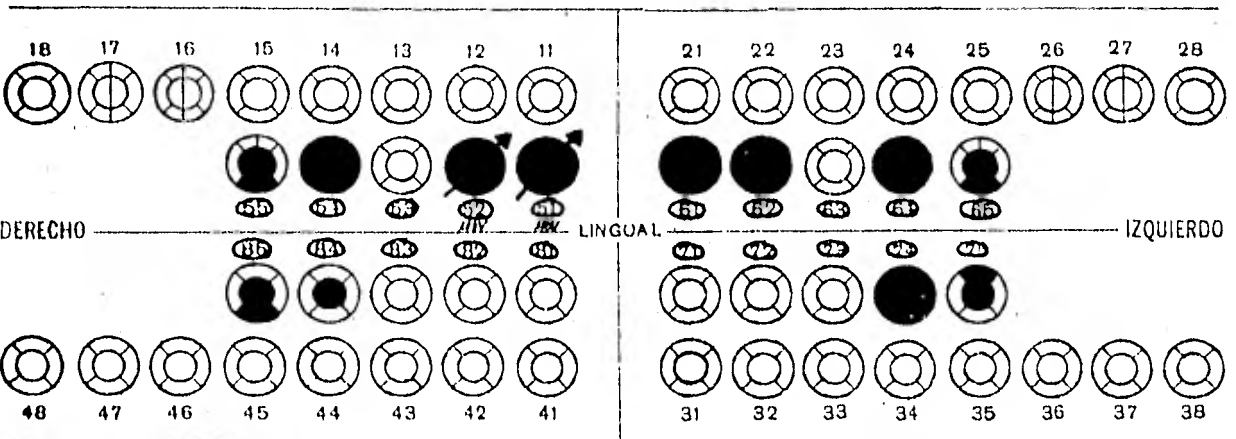
	SI	NO
1. El nacimiento del niño(a) fue anormal	_____	<u> X </u>
En caso afirmativo, describa.		
2. Está su niño(a) bajo control médico por algún padecimiento	_____	<u> X </u>
Si es así, escriba la condición o enfermedad y el nombre del médico o pediatra que lo está tratando.		
3. Ha habido algún cambio en el estado general de salud de su niño(a) en los últimos años	<u> X </u>	_____
En caso afirmativo, describa. DISMINUYO DE PESO EN LOS ÚLTIMOS MESES PORQUE NO COMIA YA QUE LE DOLIAN LOS DIENTES.		
4.- Ha estado hospitalizado su niño(a)	<u> X </u>	_____
En caso afirmativo, describa. POR CIRCUNCION Y POR UNA INFECCION INTESTINAL.		

- | | SI | NO |
|--|------------------------------------|----------|
| 5. Es su niño alérgico a algún medicamento (penicilina, anestésicos - locales, aspirina, etc.) _____ | _____ | <u>X</u> |
| En caso afirmativo, describa a cuál | | |
| 6. Es su niño(a) alérgico a algún alimento _____ | _____ | <u>X</u> |
| En caso afirmativo, describa a cuál. | | |
| 7. Tiene su niño(a) historia de problemas de: corazón, diabetes, asma, epilepsia, mentales, fiebre reumática, tuberculosis, riñones, hemorrágicos u otro padecimiento médico _____ | _____ | <u>X</u> |
| En caso afirmativo, describa el padecimiento. | | |
| | | |
| 8. Ha sufrido o sufre su niño(a) de algún tipo de ataque o convulsiones _____ | _____ | <u>X</u> |
| En caso afirmativo, describa. | | |
| 9. Le aparecen a su niño(a) moretones con facilidad _____ | _____ | <u>X</u> |
| En caso afirmativo, describa. | | |
| 10. Tiene su niño(a) problemas de sangrado o coagulación _____ | _____ | <u>X</u> |
| En caso afirmativo, describa. | | |
| | | |
| D.- Historia dental (2.3.) | | |
| 1. Ha recibido el niño(a) tratamiento dental previo * _____ | _____ | <u>X</u> |
| ¿Hace cuánto tiempo? | | |
| 2. ¿Cuál fue su comportamiento? | | |
| Cooperativo _____ | Rebelde _____ | <u>X</u> |
| Tímido _____ | Temeroso _____ | |
| * En caso negativo el dentista debe anotar cuál es el comportamiento en la primera cita, y cuál en las citas subsecuentes. | | |
| 3. Tiene su niño(a) algún problema específico relacionado con su boca _____ | _____ | <u>X</u> |
| En caso afirmativo, describa. DOLOR POR VARIOS DIENTES CARIADOS. . . | | |
| 4. Tiene su niño(a) algún hábito oral, como: | | |
| Chuparse algún dedo _____ | Respirar con la boca abierta _____ | |
| Morderse el labio _____ | Rechinar los dientes _____ | |
| Morderse las uñas _____ | Morder otros objetos _____ | <u>X</u> |
| 5. Ha recibido su niño(a) tratamiento de fluor _____ | _____ | <u>X</u> |
| Hace cuánto tiempo. | | |

(2.4.1.) ODONTOGRAMA

Nombre HUGO ALBERTO GOMEZ N.

Fecha 4/NOV/80 Expto. _____



OBSERVACIONES:

Las caras marcadas con rojo están cariadas.

Las caras en azul están obturadas.

Los círculos alrededor de los números de los dientes significan que están presentes.

Las flechas significan que esos dientes serán extraídos.

(2.5.) DIAGNOSTICO.

Paciente masculino de 3 años de edad, con comportamiento muy rebelde, que presenta caries en diversos órganos dentarios, que van de una coloración café claro a negro.

Estas caries se deben en parte a que el niño toma todavía biberón durante la noche, y además a la ingesta continua de carbohidratos.

El estado de salud general del paciente se puede decir que es bueno, a no ser porque ha disminuído de peso en los últimos meses, ya que casi no come porque le provoca dolor al masticar.

Los análisis de laboratorio demostraron que el paciente no presenta ningún problema.

(2.6.) PRONOSTICO.

Para el paciente favorable, ya que se le devolverá la función masticatoria, y la estética. Para algunos dientes será malo porque se extraerán, y para otros reservado (endodoncias).

Observaciones:

(2.7.) PLAN DE TRATAMIENTO

Cita	Diente	Amalg.	Corona	Cepill.	Ext.	Fluor	Mod.	Mante	Profi.	Pulpo	Pulpec.	R. D.	R. I.	Va	X	X S O.
	55	X												I		
	54		X							X				M		
	52				X									P		
	51				X									R		
	61		X								X			E		
	62		X								X			S		
	64		X							X				I		
	65	X												O		
	75	X								X				N		
	74	X												E		
	84	X												S		
	85	X												P/		
						X								A		
														P		
														A		
														R		
														A		
														T		
														O		

El tratamiento se realizó bajo Anestesia General debido a que:

En la primera cita el paciente se portó muy rebelde, lloró mucho, se intentó el manejo psicológico del paciente, pero fue un fracaso.

En la segunda cita se intentó premedicarlo y ponerle óxido nitroso, también se fracasó.

Viendo que el paciente era muy pequeño, muy rebelde y el problema bucal extenso, y que era necesario atender pronto al pequeño, se optó por atenderlo bajo Anestesia General, con lo que estuvieron de acuerdo sus padres. Se hizo interconsulta con el Pediatra del pequeño y también estuvo de acuerdo. Los análisis de laboratorio nos dieron datos que están dentro de lo normal.

DESCRIPCION DEL TRABAJO

FECHA	DIENTE	
4/XI/80		Historia Clínica y Profilaxis (lloró mucho)
11/XI/80		Se intentó premedicarlo, poner óxido nítrico, pero se fracasó.
18/XI/80		Anestesia General. Profilaxis. Serie Radiográfica, dique de hule.
	55	Preparación de cavidad para amalgama, dycal, zoe, barniz, amalgama clase I compuesta.
	54	Pulpotomía con formocresol, zoe, preparación para corona UR4 cementada con fosfato.
	52	Extracción.
	51	Extracción.
	61	Pulpectomía obturada con zoe, preparación para corona L2 cementada con fosfato
	62	Pulpectomía obturada con zoe, preparación para corona L2 cementada con fosfato
	64	Pulpotomía con formocresol, zoe, preparación para corona UL4 cementada con fosfato.
	65	Preparación de cavidad para amalgama, zoe, barniz, amalgama clase I compuesta
	75	Pulpotomía con formocresol, zoe, preparación de cavidad para amalgama clase I compuesta.
	74	Preparación de cavidad para amalgama, zoe, barniz, amalgama clase I compleja
	84	Preparación de cavidad para amalgama, dycal, zoe, barniz, amalgama clase I simple.
	85	Preparación de cavidad para amalgama, dycal, zoe, barniz, amalgama clase I compuesta.
2		Toma de impresiones para prótesis de dientes anteriores.
		Aplicación de flúor en gel.
2/XII/80		Revisión y colocación del aparato protésico. Por último, se le enseña una buena técnica de cepillado, se le receta fluoravit (una pastilla diaria antes de acostarse), se le da una lista de alimentos que puede ingerir entre comidas en vez de dulces.
		ALTA.- Revisión en seis meses.
		El comportamiento del pequeño en esta cita fue excelente y hasta amistoso con todas las personas, dijo que no le dolió cuando le curaron sus dientes y que le gustaban sus dientes de "mentijitas". (Nótese que él se expresa con las mismas palabras con que le explicaron su tratamiento).

(2.8.) NOTAS DE EVOLUCION.

Después del tratamiento bajo Anestesia General, la recuperación del paciente fue satisfactoria. Se cita en quince días.

2/XII/80 Revisión. El paciente llega con un estado de salud general y bucal buena, y se le coloca su aparato protésico.

NOTA.- El comportamiento que tuvo el paciente en esta cita fue excelente, la mamá dijo que se debió a que vió sus dientes curados, y que como le explicaron que se los curó un especialista, al volverla a ver ya no tuvo ningún miedo y aceptó su aparato con gusto.

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

C A P I T U L O V

Estos casos clínicos fueron obtenidos de experiencias personales durante la realización del Servicio Social en el Hospital Infantil de México, y en un consultorio infantil privado.

DISCUSIONES

Hemos visto que realmente no es tan difícil como parece al atender a niños, que sólo es cuestión de entenderlos, por esto es que consideramos que en las escuelas de odontología se deberían atender no sólo a niños con determinadas características, sino que acepten a todos y que se le enseñe al estudiante la importancia que tiene el conocer y tratar a cualquier pequeño, sin importar edad, comportamiento, enfermedad, etc. Esto se cree que es complicado porque se piensa que el uso de la premedicación, óxido nitroso y anestesia general resulta difícil, pero esto no es cierto, ya que la premedicación y el óxido nitroso bien utilizado tiene grandes ventajas, además de que el aparato de óxido nitroso es más barato que una unidad dental.

Por otro lado para realizar tratamiento bajo anestesia general dijimos que era mejor hacerlo en un hospital, pero pensemos que si tenemos equipo mínimo necesario así como especialistas adecuados se puede reducir el costo bastante, además debemos considerar que actualmente se trabaja en clínicas interdisciplinarias y esto se ofrece como una ventaja más.

Como vemos con un poco de esfuerzo podríamos incrementar la cobertura y así aumentar los beneficios a la población infantil.

Por último, recordemos que un paciente infantil --
tratado adecuadamente presentará en su edad adulta menos --
problemas dentales y esto será un triunfo más para la odon-
tología.

SUGERENCIAS

Como la odontología va avanzando día con día, pensamos que en las instituciones donde se imparte dicha carre
ra, también deben desarrollarse no sólo al cambiar sistemas de enseñanza, sino que además traten de implantar lo que la odontología va descubriendo.

En el caso concreto de esta tesis, que está dedicada a los niños, ya habíamos mencionado antes que la mayoría de los dentistas se dedican a adultos, y los que hay para niños son especialistas que cotizan más alto su servicio, entonces hay gran cantidad de padres que no tienen presupuesto para llevar a sus hijos, que muchas veces son cuatro o hasta más.

Considerando esto, y viendo que la mayoría de las instituciones que imparten odontología son interdisciplinarias, esto es que cuentan con material humano adecuado, como son doctores, psicólogos, enfermeras, etc. Creemos que si es posible tratar de implantar en las clínicas periféricas que es donde se atienden a la mayor parte de los niños, uno o más aparatos de óxido nitroso que realmente no son -- costosos, y además en la clínica de especialidades contar con un quirófano para atender en determinados casos a pacien
tes bajo anestesia general.

Con esto creemos que la cobertura de atención a pa
cientes aumentaría enormemente y se ayudaría en parte a zo-
nas de bajos recursos económicos.

CONCLUSIONES

Como Cirujano Dentistas debemos considerar que para atender a nuestros pacientes infantiles bajo las formas antes mencionadas, debemos estar concientes de la responsabilidad que tenemos durante estos tratamientos, por lo que se debe estar muy bien informado y preparado en lo que vamos hacer. Esto representa algo bien importante y es el -- que si el paciente (por pequeño que sea) siente que se le trata bien, el agradecimiento que sentirá por el dentista -- será enorme y esta será la mejor satisfacción que tengamos al realizar un tratamiento.

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

- 1.- FINN SIDNEY B.
ODONTOLOGIA PEDIATRICA
TR. C. MUÑOZ SECA
4a. ED. MEX.
INTERAMERICANA 1976
613 PAG.

- 2.- ODONTOPEDIATRIA. DONT. PARA NIÑOS Y
ADOLESCENTES
BUENOS AIRES, MEX.
-MEDICA PANAMERICANA
363 PAG. 1977

- 3.- REVISTA A.D.M.
VOLUMEN XXXVI # 4
JULIO/AGOSTO 1979
PSICOLOGIA APLICADA A LA ODONTOPE-
DIA-
TRIA
DRA. MARIA DEL PILAR FRAGOSO PICON
PAG. 376

- 4.- CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERI-
CA
ANESTESIA Y ANALGESIA
INTERAMERICANA 1973
171 PAG.

- 5.- MANUAL ILUSTRADO DE ODONTOLOGIA
ANESTESIA
ASTRA
39 PAG.
- 6.- MANUAL DE ANESTESIA LOCAL EN ODONTO-
LOGIA
COOK
36 PAG.
- 7.- BAIENSON GEORGE
ANESTESIA EN ODONTOLOGIA
LA RELAJACION DEL PACIENTE EN LA
PRACTICA ODONTOLOGICA
MANUAL DE TECNICAS SEDATIVAS
TR. G. MAYORAL HERRERO
BARCELONA LABOR 1976
253 PAG. ILUS.
- 8.- GOODMAN - GILMAN
BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA
TR. DR. ALBERTO FOLCH Y COLABORADORES.
4a. ED. MEX.
INTERAMERICANA 1976
1472 PAG.

9.- DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES FARMA-
CEUTICAS

P.L.M.

26a. ED. MEX.

1312 PAG.

10.- LEONARD M. MONHEIM

ANESTESIA GENERAL EN LA PRACTICA DE
TAL

TR. SALVADOR LERMAN

EDITORIAL MUNDI

429 PAG.

11.- GUSTAVO KRUGER

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL

TR. GEORGINA GUERRERO

4a. ED.

INTERAMERICANA

616 PAG.

12.- G.A. RIES CENTENO

CIRUGIA BUCAL

7a. ED.

ED. EL ATENEO.

844 PAG.

13.- REVISTA I.P.S.O.

3a. ED. 1977

- DR. ENRIQUE CORREA MAYORAL Y COLABORADORES
- 14.- REVISTA A.D.M.
VOLUMEN XXXVI # 3
MAYO/JUNIO 1979
REHABILITACION BUCAL BAJO ANESTESIA GENERAL
EN ODONTOPEDIATRIA
DR. SERGIO OJEDA LEON
DR. DAVID ORDAZ JIMENEZ
PAG. 329
- 15.- CASOS CLINICOS OBTENIDOS DE EXPERIENCIAS --
PERSONALES EN EL H.I.M. Y EN CONSULTORIO IN
FANTIL PRIVADO.
- 16.- STATE DENTAL S.N.Y.
VOLUMEN XXVIII 1972
ANALGESIA FOR MODERN PEDODONTITS
LANGA H.
- 17.- NITROUS OXIDE - STUDY OF PHYSIOLOGICAL AND
PSYCHOMOTOR EFFECTS
TRIEGER; LASICOTA; JACOBS; NEWMAN.
JADA VOLUMEN LXXXII
JANAURY 1971.