

870122
86
2y'

Universidad Autonoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**CONDUCTA CLINICA DEL CIRUJANO DENTISTA ANTE LA
ALTERNATIVA DEL EMPLEO DE ANESTESIA GENERAL
EN INFANTES DE DIFICIL MANEJO.**

**TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTA**

ALEXIS ANTONIO SAAVEDRA ANGUIZOLA

Asesor: Dr. Guillermo Hernández Ortiz
GUADALAJARA, JALISCO. 1987



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

I N D I C E.

	PAGS.
	Introducción..... 1
CAPITULO I	Estudio y análisis del caso:..... 4
	a) Historia clínica..... 5
	b) Problema odontológico..... 16
	c) Actitud ante el dentista..... 21
	d) Manejo del caso ante los padres
CAPITULO II	Conducta pre-operatoria:..... 26
	a) Derivación al anestesiólogo.... 27
	b) Análisis clínicos..... 28
	c) Programación..... 29
	d) Área de operación: 31
	Elementos anestésicos..... 32
	Elementos odontológicos..... 31
CAPITULO III	Trans-operatorio y Post-operatorio 44
	a) Plan de tratamiento..... 45
	b) Posición del paciente..... 46
	c) Preparativos inmediatos para la intervención..... 48
	d) Posición del personal..... 48
	Anestesiólogo.
	Operador.
	Asistente.
	Ambulante.

cont.... INDICE,

	Pags.
e) Post-operatorio:	50
Precauciones.....	50
Recomendaciones.....	50
CASUISTICA (tres casos clinicos)	53
CONCLUSIONES.....	61
BIBLIOGRAFIA.....	62

INTRODUCCION.

Con regular frecuencia se presentan en el consultorio dental, infantes que por diversos motivos nos dan dificultades en su atención. Por otra parte se considera que el 90% de los infantes aceptan favorablemente los tratamientos llevados a cabo por el cirujano dentista en la práctica odontológica, y el 10% restante se presentan como los casos de difícil manejo odontológico.

Preparar y orientar para su tratamiento a los infantes en el consultorio dental, por parte del cirujano dentista y su personal auxiliar, es una práctica que casi siempre da resultados favorables para la atención odontológica de los mismos. Con el empleo de esta práctica se evitan a un máximo las manifestaciones de temores y desconfianza demostrados frecuentemente por los infantes en el consultorio dental. Cuando este procedimiento de preparación y orientación no tiene resultados positivos en infantes que por una u otra razón no aceptan la atención odontológica, o cuando se prevee que la cooperación del infante estará en dudas debido al tipo de tratamiento al cual se le debe someter, se podrá pensar en considerar al infante como de difícil manejo.

Existen varias alternativas de atención a niños de difícil manejo odontológico. El empleo de la anestesia general es una de las alternativas para la atención de los infantes de difícil manejo odontológico. Para llegar a considerar ésta alternativa, el cirujano dentista deberá valorar la problemática de atención que le presenta el infante.

Este trabajo tiene como objetivo el análisis de los pasos a seguir por el cirujano dentista ante la alternativa del uso de la anestesia general en los niños de difícil manejo.

Indagaremos en las causas que motivan al infante a desarrollar una conducta negativa ante el cirujano dentista; tomaremos en consideración las afecciones bucales y aspectos psicológicos del infante, para favorecer el uso de la anestesia general en el tratamiento.

Importante resulta mencionar que una preocupación frecuentemente exteriorizada por el cirujano dentista, es cómo habrá de conducirse en el quirófano. Nosotros tomaremos en cuenta la posibilidad de atención y daremos pautas para el adecuado manejo pre, trans y postoperatorio de estos pacientes, haciendo de una manera --

sencilla, pero precisa este estudio para su aplicación -
y beneficio de la práctica odontológica.

CAPITULO I

" ESTUDIO Y ANALISIS DEL CASO. "

CAPITULO I

" ESTUDIO Y ANALISIS DEL CASO. "

Cuando el cirujano dentista llegue a la consideración del uso de la anestesia general para la atención odontológica en un infante que ha calificado como de difícil manejo, deberá tener suficientes motivos para tal consideración. Por eso resulta de suma importancia un estudio y análisis del caso tratado, que contenga una historia clínica detallada que a su vez considere aspectos generales que resultan básicos de analizar, además de interrogar en los aspectos pre-natal, natal, post-natal y de lactancia.

La presencia de afecciones cariosas dentales en magnitudes elevadas, serán de mucho significado para la justificación del uso de la anestesia general en los casos de difícil manejo odontológico en infantes. El cirujano dentista valorará también la conducta demostrada por el infante en el consultorio dental, ya que ésta resulta de poco estimable en la consideración del uso de la anestesia general en la odontología.

Justificar la atención de infantes en odontolo

gfa bajo anestesia general, resultará siempre fundamental, debido a los riesgos que implica su utilización.

HISTORIA CLINICA.-

Es satisfactorio comprobar que la gran mayoría de los infantes que llegan al consultorio dental para trabajos de corrección, pueden clasificarse como buenos pacientes.

Es también cierto que la gran mayoría de estos infantes llegan al consultorio con algo de aprensión y miedo, pero como muestra la experiencia clínica, podrán controlar estos temores si los racionalizan.

Un porcentaje relativamente pequeño, pero significativo de infantes, por razones como aprensión, miedos objetivos o subjetivos, no se adaptan a la rutina y a las molestias que acompañan a los tratamientos dentales. En nuestra historia clínica nos concentraremos sobre puntos que resulten de interés, los cuales nos den razones significativas para empezar a considerar al infante de difícil manejo. (3) (6) (8)

Conocer al paciente infantil antes de que - -

llegue al sillón dental, resultará una buena medida. Un primer contacto con los padres nos pueden proporcionar una información previa sobre el niño.

Pregunte a los padres o responsables del infante. Cuanto sabe el niño sobre el dentista?. Es nervioso?. Teme el niño ir al Dentista?. Se lleva bien con los adultos?. Ha estado en el hospital?. (6)

Estas pocas preguntas nos pueden dar una idea del futuro comportamiento del infante en el consultorio dental. Podemos aprender mucho sobre el comportamiento emocional del niño, observándolo en la sala de recuperación. Si está sentado sobre el regazo de su madre o abrazado a ella, se pueden adelantar dificultades. (6)

Cuándo la edad del niño sea poca o existan problemas de retraso mental, las dificultades saltarán a la vista. En base a estas primeras observaciones, resultará ideal pedirle a los padres interesados, el llenado de un cuestionario el cual describiremos más adelante; éste cuestionario nos ahorrará tiempo e instruirá a los padres, sobre el interés que tiene el dentista por su paciente. (6, 11)

Descripción del cuestionario:

Constará de 4 partes importantes que son:

- 1).- Estadísticas vitales.
- 2).- Historia de los padres.
- 3.- Las historias pre-natal y natal.
- 4.- El historial post-natal y de lactancia. (6, 2).

En las estadísticas vitales obtendremos una --
visión del nivel social de la familia. El médico del ni-
ño debe ser anotado, para en caso de ser necesitado. - -
Obtendremos también la queja principal.

La historia de los padres nos proporcionará al-
guna indicación del desarrollo hereditario del paciente.
La historia de los padres está diseñada para darnos in-
formación del valor que conceden los padres a la odonto-
logía.

En las historias pre-natal y natal, a menudo -
se nos proporcionan indicaciones sobre el origen del co-
lor, forma y estructura normal de piezas caducas y perma-
nentes.

Se pueden observar los efectos producidos por-

drogas y trastornos metabólicos, durante las etapas formativas de las piezas dentales.

En el historial post-natal y de lactancia, revisaremos los sistemas vitales del infante, los tratamientos preventivos previos de caries dentales, trastornos del desarrollo con importancia dental; alergias, -- costumbres nerviosas, y el comportamiento del infante y su actitud en relación con el medio. (6)

El cirujano dentista sólo necesitará mirar por encima el cuestionario completado, para detectar hallazgos que le resulten de importancia. Se podrán elaborar respuestas afirmativas, interrogando a los padres y si es posible al infante sobre lo que se desea saber.

Si existiera información adicional, se harán anotaciones especiales en el registro del paciente. (6)

CUESTIONARIO (HISTORIA CLINICA):

HISTORIAL DEL NIÑO.

Estadísticas vitales.

Fecha: _____

1) Nombre del Niño: _____

2) Fecha de nacimiento del Niño: _____

- 3) Raza _____ Sexo _____
- 4) Nombre de la persona que proporciona la información -
de éste historial _____
- 5) Relación: Madre _____ Padre _____ Otra _____
- 6) Ocupación del Padre _____
- 7) Ocupación de la Madre _____
- 8) Dirección del Niño _____
- 9) Con quien vive el niño? _____
- 10) Médico actual del niño _____
- 11) Quién recomienda al niño _____
- 12) Queja principal _____
- 13) Que le hizo traer a su hijo al dentista? _____
- _____

HISTORIA DE LOS PADRES

SI NO

- 1) Lleva usted dentaduras postizas? _____
- 2) Lleva su cónyuge dentaduras postizas? _____
- 3) Si contestó afirmativamente a la anteriores.
A que edad le extrajeron sus dientes? _____
- 4) Y los de su cónyuge? _____
- 5) Por qué le extrajeron los dientes? _____
- _____
- 6) Por qué le extrajeron los dientes a su cónyuge? _____
- _____
- 7) Tiene usted lo que se llama dientes -
blandos ? _____

SI

NO

8) Los tiene su cónyuge? _____

9) Son o han sido sus dientes o los de su cónyuge grisáceos, amarillentos o parduzcos? _____

En caso afirmativo explique _____

10) Se desgastaron sus dientes excesivamente? _____

11) Se desgastaron los de su cónyuge? _____

12) Tiene usted o su cónyuge miedo a una visita al dentista? _____

HISTORIA PRENATAL.

1) Ha tenido usted alguna enfermedad durante éste embarazo? _____

2) En caso afirmativo, de qué tipo y cuándo? _____

3) Estuvo bajo terapéutica medicamentosa durante el embarazo? _____

4) Tomó antibióticos durante el embarazo? _____

En caso afirmativo enumere que medicamentos.

SI NO

Cuánto tiempo y con qué frecuencia tomó esto?

- 5) Tuvo alguna dieta de alto valor vitamínico o calcio durante el embarazo? _____
- 6) Existe incompatibilidad sanguínea -- entre usted y su cónyuge? _____
- 7) Le ha dicho su médico que es usted Rh negativo ? _____
- 8) Tomó usted tabletas de fluoruro o -- existía fluoruro en el agua que bebía durante su embarazo? _____

HISTORIA NATAL.

- 1) Fue prematuro su hijo? _____
- 2) Tenía escorbuto al nacer? _____
- 3) Le hicieron transfusiones de sangre? _____
- 4) Fue un bebé "azul" ? _____

HISTORIA POSNATAL Y DE LACTANCIA.

- 1) Tuvo convulsiones durante la lactancia? _____
- 2) Fue amamantado? _____
- Durante cuánto tiempo? _____

- | | SI | NO |
|---|-------|-------|
| 3) Se le alimentó con biberón? | _____ | _____ |
| Durante cuánto tiempo? _____ | | |
| 4) Le administraron suplementos de fluoruro, fluoruro -
en el agua de beber, vitaminas, calcio, hierro u o-
tros minerales? | _____ | _____ |
| En caso afirmativo explique _____ | | |
| 5) Se le administraron vitaminas en forma de ja-
rabe o gotas? | _____ | _____ |
| Durante cuánto tiempo se le administraron? _____ | | |
| Con qué frecuencia? _____ | | |
| 6) Chupó chupones de azúcar? | _____ | _____ |
| 7) Tuvó su hijo enfermedades infantiles du-
rante la lactancia? | _____ | _____ |
| En caso afirmativo, enumérelas _____ | | |
| 8) Sufrió fiebres reumáticas su hijo? | _____ | _____ |
| 9) Sufrió dolores en las articulaciones?
(Dolores del crecimiento) | _____ | _____ |
| 10) Ha tenido diabetes? | _____ | _____ |
| 11) Ha tenido afecciones renales? | _____ | _____ |
| 12) Ha tenido afecciones del corazón? | _____ | _____ |
| 13) Le dijo algún médico que su hijo es-
taba anémico? | _____ | _____ |

- | | SI | NO |
|--|-------|-------|
| 14) Recibió su hijo antibióticos? _____ | _____ | _____ |
| En caso afirmativo, a qué edad? _____ | | |
| En caso afirmativo, durante cuánto tiempo? _____ | | |
| Qué antibiótico se le administró? _____ | | |
| _____ | | |
| 15) Tuvo su hijo dificultades para aprender a caminar? _____ | _____ | _____ |
| 16) Sufrió alguna operación en la lactancia? _____ | _____ | _____ |
| En caso afirmativo, por qué razón? _____ | | |
| _____ | | |
| 17) Se ha roto su hijo algún hueso? _____ | _____ | _____ |
| En caso afirmativo, cómo ocurrió? _____ | | |
| _____ | | |
| En caso afirmativo, con qué frecuencia? _____ | | |
| _____ | | |
| 18) Sufre frecuentemente accidentes menores y heridas? _____ | _____ | _____ |
| 19) Existe en su hijo algo que se salga de la corriente? _____ | _____ | _____ |
| En caso afirmativo, explique _____ | | |
| _____ | | |
| 20) Consideraría usted a su hijo enfermizo? _____ | _____ | _____ |

SI

NO

Por qué? _____

21) No suda su hijo cuándo hace calor? _____

22) Tiene alguna incapacidad o enfermedad física o mental?

En caso afirmativo, explique _____

23) Toma su hijo golosinas entre comidas?

En caso afirmativo, qué tipo de golosina? _____

24) Sufre frecuentemente dolores de dientes?

25) Sangran sus encías con facilidad?

26) Ha dañado alguna vez sus dientes delanteros?

27) Le salen erupciones fácilmente?

28) Es alérgico a algún tipo de comidas, anestésicos locales, penicilina u otras drogas?

29) Sufre asma?

30) Tiene dificultad para detener el sangrado cuándo se corta?

31) Le salen fácilmente moretones?

- | | SI | NO |
|--|-------|-------|
| 32) Le ha dicho algún médico que su hijo es hemofílico? | _____ | _____ |
| 33) Se chupa constantemente el pulgar o el dedo del pie? | _____ | _____ |
| En caso afirmativo, cuándo hace esto? _____ | | |
| 34) Tiene problemas para hacer amigos? | _____ | _____ |
| 35) No se lleva bien con otros niños? | _____ | _____ |
| 36) Prefiere jugar dentro de su casa que al aire libre? | _____ | _____ |
| 37) Tiene hermanos o hermanas? | _____ | _____ |
| En caso afirmativo, cuales son sus edades? _____ | | |
| 38) Tiene problemas para estar a la par de su clase? | _____ | _____ |
| 39) Teme al dentista? | _____ | _____ |
| En caso afirmativo, sabe usted por qué? _____ | | |
| 40) Ha ido anteriormente al dentista? | _____ | _____ |

Mencionaremos algunos puntos de interés comprendidos dentro del cuestionario para la detección del-

infante de difícil manejo, considerando como pauta las causas de inadaptación a los tratamientos dentales mencionados en un principio de este capítulo. Esta consideración no deberá ser determinante, ya que la realización de una valoración del cuestionario (historia clínica) -- aunada a la observación y trato del infante nos dará pie para inicialmente identificar a nuestro paciente como de difícil manejo odontológico.

- a) En la historia posnatal y de lactancia los puntos, -- Nos. 19, 20, 34, 35, 36, 39.
- b) En la historia de los padres el punto, No. 12.
- c) En la historia prenatal el punto, No. 4
- d) En el historial del niño los puntos, Nos. 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 12. (6)

PROBLEMA ODONTOLÓGICO.-

Examen de la cavidad bucal:

La valoración odontológica del infante la realizaremos con un mínimo de instrumentos, los cuales inicialmente pueden ser un espejo bucal y un explorador -- argumentándole al niño que sólo queremos ver su boca. La presencia de la madre o el padre en la valoración de los problemas odontológicos será benéfica. Muchas veces

realizamos este examen con el infante en brazos de la madre o de pie a nuestro lado, fuera del sillón y sin la utilización de instrumental. Los movimientos del cirujano dentista durante el examen odontológico, deberán ser lentos y precisos. (6, 9)

La observación de las facies del niño, de su semblante, será de mucha ayuda, notaremos su estado anímico y físico, podremos observar también aspectos de la oclusión (asimetrías, normo, disto o mesio-oclusión, etc.).

La observación del perfil nos orientará para detectar hábitos como podrían ser el respirador bucal o hábito mentoniano.

En la observación de los labios pondremos atención de su nivel (normal, bajo, alto), su tono (normal, hipo o hipertónico), su volumen (normal, aumentado o disminuido), sus frenillos (normales, altos, bajos o cortos), revisaremos el estado de la mucosa (normal, sangrante, queilosis, angiomas, cicatrices, etc.) (9)

En un niño sano el aliento generalmente es agradable e incluso dulce, si así lo pudieramos descri-

bir; el mal aliento o alitosis lo podremos atribuir a causas locales o generales. Dentro de los factores locales podemos incluir como causas, la higiene bucal deficiente, presencia de sangre en la boca, absesos dento-alveolares que hallan fistulizado hacia la cavidad bucal o alimentos volátiles de fuerte olor.

Dentro de los factores generales mencionaremos la deshidratación, sinusitis, hipertrofia e infección del tejido adenoideo, crecimientos malignos, fiebre tifoidea y otras infecciones entéricas o trastornos gastrointestinales. La elevación de la temperatura -- en los niños frecuentemente les produce un aliento fétido característico. (6, 9)

La mucosa de los carrillos debe ser examinada cuidadosamente, podríamos observar mordeduras, pigmentaciones, quemaduras por aspirina y otros elementos químicos. La presencia de aftas en esta región son frecuentes.

En el paladar la localización de fisuras o torus, en los surcos vestibulares fistulas, quemaduras, aftas, etc.; la garganta y amígdalas serán valoradas -- también. La lengua será estudiada en su tamaño, posi--

ción, los frenillos, mucosa y la posibilidad de algunos hábitos o problemas funcionales. El tejido gingival y periodontal merecerá nuestra atención en especial y consideraremos situaciones que se aparten de lo aceptable.

Todas estas observaciones las realizaremos antes de considerar afecciones dentales.

La observación básica que podemos hacer antes de valorar afecciones individuales en las piezas dentales, será de mucha ayuda para la elaboración del diagnóstico. En esta observación básica incluiremos el número de piezas y su tamaño, color, oclusión y malformaciones.

(6)

La afección dental que más dificultades acarrea a nivel odontológico es la caries sin lugar a dudas (15), el diagnóstico precoz de esta afección es un deber primario del cirujano dentista, ya sea por los medios clínicos o radiográficos. Ya que uno de los determinantes que se suman a la consideración del uso de la anestesia general en los tratamientos odontológicos, es la presencia de afecciones cariosas en extensiones significativas a un número de piezas dentales considerable, lo cual implicará un tratamiento reconstructivo de magnitudes elevadas, será para el cirujano dentista muy impor

tante el registro correcto y preciso en el diagrama dental de estas afecciones y su posible grado de estado.

La comprobación de abscesos dento-alveolares -- por consecuencias de las afecciones cariosas es muy importante a considerar, ya que la presencia de ellos en combinación con las caries dental en grados avanzados -- generalmente van de la mano. (6, 14)

Un estudio radiográfico del paciente es indispensable para la realización de un diagnóstico más exacto. El número y tamaño de las películas que deberemos utilizar irán en relación con la edad del infante o según las necesidades radiográficas que se presenten. Un recurso radiográfico el cual emplearíamos sólo en caso que el infante anteponga una conducta poco cooperadora para la realización de las tomas periapicales necesarias es la radiografía panorámica. Presentada esta situación recordaremos que en este tipo de radiografías nos veremos una super-posición de todas las estructuras anteriores y posteriores a la pieza e incluyéndola a ella -- misma, como ocurre en la radiografía periapical. En la radiografía panorámica el área palatina de la línea media puede retratarse dos veces y pueden producirse formas extrañas.

ACTITUD ANTE EL CIRUJANO DENTISTA.

Un primer objetivo que deberá alcanzar el cirujano dentista ante su paciente infantil, es el de infundirle confianza, de suma importancia es también que el niño sienta que todas las personas que laboran en el consultorio dental le infunden confianza. Esto lo verificaremos con la ayudante del consultorio y la recepcionista. Siempre se procurará llamar al niño por su nombre, nunca con su apodo o simplemente llamarlo "muchachito" u otro nombre que resulte poco familiar, trataremos al niño con voz suave y cálida, esto generalmente le dará seguridad al niño. (6, 8)

Evitaremos también el uso de palabras que inspiren miedo al niño, como aguja, fresa o pinzas, algunos niños se estremecen con solo escuchar palabras que les suenen raras. (6, 8)

Cuando se hable al niño el cirujano dentista deberá ponerse a su mismo nivel en posición y conversación, en palabras e ideas. Tomando en cuenta todas estas sugerencias, generalmente la actitud del paciente infantil ante el cirujano dentista es muy favorable y olvidará sus temores. La actitud positiva del infante an-

te el cirujano dentista cuando se presenta por primera vez al consultorio dental, será casi nula cuando este sufriendo dolores y con la necesidad de tratamientos extensos. (6, 10)

El miedo y el dolor son dos de las influencias más poderosas que afectan a las actividades sobre la utilización de los servicios dentales. La percepción de sensaciones dolorosas anteriores y la reacción a ellas son determinadas en gran parte por la ansiedad y el miedo. Debemos recordar siempre que tratemos a un infante que nos da muestra de una actitud negativa dentro del consultorio dental, que estos tienen una capacidad reducida para describir claramente sus experiencias y sentimientos, además de verse limitados para comunicarlos objetivamente y particularmente. (6)

La actitud del infante ante el cirujano dentista la valoraremos como un punto determinante para sumarse a las consideraciones de la utilización de la anestesia general en el tratamiento odontológico indicado.

El cirujano dentista tendrá la obligación de agotar todos los recursos necesarios para la atención del infante a nivel del consultorio dental y sin la admi

nistración de la anestesia general; nunca se deberá tomar la medida del tratamiento bajo anestesia general como un recurso inmediato ante la no cooperación del paciente infantil en odontología. La actitud poco cooperadora del infante en el consultorio dental, deberá ser bien valorada y sumársele otras consideraciones para justificar el posible tratamiento odontológico del infante bajo la anestesia general. (11, 14, 16)

MANEJO DEL CASO ANTE LOS PADRES.-

Para la exposición del caso ante los padres -- dedicaremos una sesión especial, nuestra ayudante dental tendrá la responsabilidad de tener todos los materiales necesarios para que el cirujano dentista exponga el caso, estos comprenderán: la historia clínica (cuestionario), el registro de los problemas odontológicos y el estudio radiográfico. La presentación del caso será realizada convenientemente en el despacho privado del cirujano dentista, la presencia del niño deberá ser evitada -- siempre, ya que este puede interpretar mal algo que diga el cirujano dentista y asustarse.

Comenzaremos exponiendo a los padres que su -- niño ha manifestado una conducta poco cooperadora desde-

la primera cita al consultorio dental, lo cual por las razones que se agrupan en su caso particular, resulta -- negativo su manejo en el consultorio dental por los medios odontológicos frecuentes. Que las afecciones dentales que presenta el infante son de tal magnitud, que pone en entredicho la cooperación del infante ante el tratamiento y que consideramos que son causas suficientes -- para justificar una posible atención odontológica del niño bajo la anestesia general. (10, 11, 12, 14)

Para esta consideración el cirujano dentista -- deberá tener un criterio muy bien documentado sobre el uso de la anestesia general en estos casos, y exponer a los padres los riesgos que se toman al utilizar tal método; lógicamente expondremos los beneficios que recibirá el infante al ser tratado bajo este tipo de procedimientos. Beneficios como serán la eliminación rápida y precisa de las afecciones dentales, evitándose en grado sumo las molestias del tratamiento y el contacto del niño con temores. (12)

Será necesario también exponer a los padres, -- que contamos con el conocimiento de un anestesiólogo competente el cual cuenta con los equipos y un persona autorizado, al cual remitiremos al infante en caso de acep--

tar nuestra consideración del tratamiento. (12, 13)

Contar con la suficiente información y materiales didácticos para aclarar dudas que puedan surgir por parte de los padres, resultará primordial. (13)

CAPITULO. II

" CONDUCTA PRE - OPERATORIA. "

CAPITULO II

" CONDUCTA PRE - OPERATORIA. "

Considerado el infante cómo de difícil manejo odontológico en tal grado que justifique ser atendido bajo la anestesia general, el cirujano dentista conducirá a su paciente a una serie de eventos de valoración médica y clínica realizada por un anestesiólogo conocedor -- de las necesidades que se presentan en la práctica odontológica.

Técnica y legalmente siempre será mejor la utilización por parte del cirujano dentista de un profesional de la anestesiología.

El cirujano dentista tendrá la responsabilidad de llevar a cabo la programación de la intervención; el participar en este tipo de intervenciones, obliga al cirujano dentista a tener un conocimiento sobre el área de operación y recuperación a emplearse, así como de los -- elementos anestésicos que se utilizarán y de los elementos odontológicos que se deberán de disponer durante la intervención. La seguridad del infante durante y después de la intervención debe ser una preocupación que motive al cirujano dentista a estar capacitado para cual--

quier eventualidad que se presentase en este tipo de --
tratamiento.

a) Derivación al anesthesiologo.

La necesidad de referir el paciente infantil -
al anesthesiologo, resulta de primera indole, ya que el -
cirujano dentista debe apoyarse siempre en un profesio--
nal de la anesthesiologia el cual valore a su paciente pa
ra que prescriba la técnica de anestesia general a emple
arse y determinar si esta el infante realmente apto para
recibir la anestesia general.

El cirujano dentista deberá de informar al --
anesthesiologo sobre detalles que considere importantes, -
los cuales puede recopilar durante la realización de la -
historia clinica; un detalle que resulta interesante --
mencionar es el de los defectos congénitos, los cuales -
pueden ocasionar riesgos mayores en la administración --
de la anestesia general. Máximo si el anesthesiologo no -
ha estado en contacto nunca o recientemente, con algún -
caso que implicará los defectos mencionados.

Una interrelación amplia entre el cirujano den
tista y el anesthesiologo será siempre benéfica en el ma
nejo correcto de nuestro paciente.

El aspecto legal en relación al sometimiento del infante a la anestesia general, será tratado por el anesthesiólogo; los responsables del infante deberán --firmar una autorización para la realización de la administración del anestésico general.

Los riesgos que implica la utilización de la anestesia general, serán expuestos convenientemente antes de la firma del documento de autorización al tratamiento bajo la anestesia general. (6, 8, 12)

b) Análisis clínicos.

El anesthesiólogo será el encargado de pedir los exámenes clínicos del infante. Generalmente el anesthesiólogo antes de pedir los exámenes clínicos, considerará el tipo de intervención a realizarse y consultará con el cirujano dentista el tiempo que este ocupará para la realización de la intervención odontológica.

El anesthesiólogo realizará una historia médica detallada además de una exploración física. En la historia anotará especialmente la existencia de afecciones cardíacas o respiratorias, manifestadas estas por: dolores de cabeza, tos, flujo nasal, falta de aliento,-

limitación de tolerancia al ejercicio, sianosis, dedos encogidos, etc. Con sumo cuidado anotará las enfermedades que se puedan haber presentado, anotará los antecedentes de alergias o sensibilidad a las drogas, terapia con drogas, desarrollo anormal, rara pérdida o aumento de peso, etc.

Generalmente los análisis clínicos solicitados por el anestesiólogo estarán comprendidos dentro de la lista que se adjunta a continuación, es de esperarse que los exámenes puedan variar según el caso en turno.

ANALISIS CLINICOS.

- 1) Tiempo de sangrado.
- 2) Tiempo de coagulación.
- 3) Microhematocrito.
- 4) Análisis de orina.
- 5) Test de capacitación vital Tiempo-volumen.
- 6) Test de retención de aliento de Henderson. (8, 12)

c) Programación.

Para la realización de la programación, consideraremos a nuestro paciente, siempre que se pueda, c6-

mo paciente ambulatorio. El cirujano dentista será el encargado de comunicar a los familiares del niño, 24 a 48 horas antes, como mínimo, la hora de la intervención, la cual se realizará convenientemente en horas de la mañana, suspendiendo todo tipo de alimentos y líquidos 6 a 8 horas antes de la administración de la anestesia general. Por esta razón se indicará a los responsables del infante que se le suspendan todos los alimentos después de la media noche del día anterior a la intervención, -- lo cual se facilita en los infantes.

Se instruirá a los padres sobre el tipo de ropa que convenientemente deberán de usar los niños durante la intervención, aconsejándoles que ésta no debe de ser muy ajustada o que alguna prenda llegará a apretar el cuello.

También se les pedirá que aseguren al niño un descanso satisfactorio durante la noche previa a la intervención.

Realizar siempre la suspensión de premedicaciones de cualquier índole, antes que el paciente acuda al medio hospitalario para la realización de la intervención bajo la anestesia general será imprescindible, ya que todas las premedicaciones en este caso estarán a car

go del anestesiólogo. Una vez que el anestesiólogo administra un medicamento será responsable de los actos -- del infante. (8, 11, 12, 17)

d) Area de operación.

El área de operación la elegiremos preferentemente a nivel hospitalario. Esta deberá de disponer de una sala quirúrgica totalmente equipada y un personal a su cargo especializado, de igual manera una sala de recuperación en las mismas circunstancias.

La utilización de un medio hospitalario para la atención de nuestro paciente resultará de suma importancia, ya que podremos tratar casos difíciles con las facilidades que nos brinda el medio hospitalario; otra buena razón para la atención de nuestro paciente en el medio hospitalario son los registros de dificultades que surgen durante la atención bajo anestesia general llevados a cabo en medios no hospitalarios, dificultades que por la falta de personal o aparatología adecuada se tornan graves, (8, 11, 12, 14)

1.- Elementos odontológicos,-

El área operatoria a utilizar deberá contar --

con los aditamentos necesarios para la colocación de piezas de mano de alta y baja velocidad, también deberá contar con jeringas de aspiración de aire y agua.

El instrumental odontológico necesario para -- la atención de nuestro paciente bajo la anestesia general, no variará para realizar los mismos procedimientos en un paciente completamente despierto.

Cada paciente requerirá la utilización de un número y tipo de instrumentos determinados según su caso. La elección previa del instrumental que utilizaremos -- así como de los materiales odontológicos, resultará en -- sumo grado determinante para la realización de una atención rápida y precisa de nuestro paciente. (1, 14)

2.- Elementos anestésicos.-

La utilización de un equipo que resulte apropiado en los niños será fundamental, este equipo difiere en varios aspectos del utilizado en los pacientes que se consideran como adultos en anestesiología.

El equipo utilizado en los niños debe ofrecer una baja resistencia al flujo de gas (menor de 30 cm. -

H₂O por segundo durante la respiración normal de reposo).

Este equipo debe ser lo más ligero posible -- y no resultar molesto, es muy importante que cuente con un espacio muerto mínimo (menor de 5 ml.) incluyendo dispositivo de seguridad que eviten a un máximo la producción de obstrucciones o elevaciones anormales de presión dentro de la vía respiratoria. El trabajo respiratorio en los niños es más alto y aumentará mucho más -- cuando el flujo de aire sea turbulento. Un calentamiento y humidificación del gas inspirado será aconsejable, así como también la eliminación de los gases residuales contaminados.

Los niños de 10 a 11 años se pueden catalogar como adultos en relación a la utilización de la anestesia general, para ello se toma muy en cuenta el desarrollo físico de estos niños. Cuando el niño se considera adulto se administrará la anestesia general de la manera acostumbrada.

La administración de la anestesia general en los niños se realiza satisfactoriamente con las máquinas de Foregger o de Heidrink cuando están equipadas -- con una válvula de paso.

Para la realización de la inducción de la anestesia se ocupará un bolso y una mascarilla de tamaño infantil. En el caso de no utilizar la entubación endotraqueal para la mantención de la anestesia, se conecta un inhalador nasal de tamaño infantil directamente a un bolso de reflujo, se hará pasar una corriente de gas -- elevada por el bolso saliendo el excedente por el inhalador.

Cuando se mantenga la anestesia con tubo endotraqueal, el dispositivo más seguro y favorecido a utilizar es la válvula de no respiración de la cual existen -- varios tipos, pudiendo citar las siguientes : Digby-- -- Leigh, Stephen-Slater y Ambu-Hesse.

El tubo en t de Ayre empleado desde 1937 puede ser usado con el endotraqueal. En 1950 Jackson Rees introdujo modificaciones en dicho tubo al cual aumentó la longitud de la rama respiratoria, añadiéndole también -- una bolsa respiratoria abierta, desde entonces la utilización del circuito ha sido popular en la ventilación -- controlada como espontánea en todos los grupos de edad -- familiar. Se considera como menos satisfactoria la utilización del tubo en t de Ayre en las intervenciones o-- dontológicas, porque siempre hay una pequeña contaminación de la mezcla anestésica con el aire ambiental, esto

ocurre siempre en el extremo abierto del tubo.

Es frecuente la utilización de tubos endotraqueales en niños sometidos a tratamientos odontológicos bajo la anestesia general; el contar con una amplia variedad de ellos en diversos tipos de materiales, ya sean de plástico o caucho será ideal para el anesthesiólogo, la elección correcta de estos tubos por parte de éste resulta de suma importancia, ya que un tubo demasiado rígido es elegible para traumatizar las estructuras blandas del tracto aéreo del niño, por ello la importancia de la elección de tubos endotraqueales de una composición suave y flexible, pero al mismo tiempo resistentes.

El tamaño de tubo traqueal ideal es el más grande que pasa sin traumatizar la laringe. Generalmente estos tubos se miden en relación a su diámetro externo utilizándose la escala francesa (3=1 mm.), o por el sistema que imponga el fabricante. Los tubos están rotulados en el exterior con su medida correspondiente.

Los conectores endotraqueales se elegirán de tal manera que su tamaño no produzcan una resistencia a la respiración. El anesthesiólogo tendrá sumo cuidado en elegir los conectores que no tengan una luz menor a -

la del tubo al cual se conectarán. Estos adaptadores y conectadores podrán ser rectos o curvos con ranuras o conectores de caucho.

Los laringoscopios también deberán tener un tamaño adecuado para la utilización en los niños, existe una amplia variedad de ellos.

La lista de equipos que se expone a continuación contiene una amplia cantidad de aditamentos para la administración de la anestesia general en los infantes.

a) Sistema de inducción.

- 1) Jackson-Rees, modificación del tubo en t de Ayre. (Fig. 1)
- 2) Mascarillas en varios tamaños de: Rendell-Baker-Soucek del número 0 al No. 3. (Fig. 5)

b) Equipo de mantención.

- 1) Separadores orofaríngeos,
- 2) Laringoscopio con mango standard, navajas rectas y en forma de "c" Nos. 1, 2 y 3 (Fig 2)

3) Tubos endotraqueales. (Fig. 4)

válvulas de paso para utilizarse en niños menores de 10 años. (Fig. 3)

4) Equipo intravenoso.

Administrador calibrado para prevenir accidentes de sobre hidratación.

Agujas para punción venosa Nos. 23 y 19.

Cánulas plásticas Nos. 22 y 16.

Equipo para la administración de sangre.

5) Equipo de monitores.

Estetoscopio-precordial o esofágico.

Pulsera para la medicación de la presión sanguínea -- con diámetro proporcionado para su utilización en infantes.

Aparato Doppler para el registro de los sonidos sistólicos.

Sistema para el registro de la temperatura, oral, -- axilares, rectal piel o cinta adhesiva indicadora de la temperatura. (1, 4, 10, 12, 14, 16)

e) Area de recuperación.

Todo paciente que se somete a la anestesia general pasará por tres períodos, la inducción, mantenimiento y recuperación.

El período de recuperación empieza inmediatamente después de suspenderse el período de mantenimiento. Una atenta vigilancia de los pacientes que inician el período de recuperación, la cual está encauzada a evitar situaciones de peligro será fundamental, por lo que resulta imprescindible el contar con una área de recuperación que esté equipada con oxígeno y aparatos de succión, además del personal entrenado en el uso de estos aparatos.

El anestesista se encargará del control y traslado del paciente, del sillón dental o la mesa de operaciones a la sala de recuperación.

Asimismo no dejará a su paciente hasta que éste completamente satisfecho de su estado postoperatorio, considerando dentro de la competencia del personal encargado de la sala de recuperación. El paciente debe ser controlado constantemente en la sala de recuperación y nunca se le dejará solo. En muchos casos se permite la presencia de parientes los cuales ayudarán al cuidado del paciente hasta su recuperación.

Para que el paciente pueda ser dado de alta de los cuidados médicos posteriores a la anestesia general, será necesario una valoración final por parte del

anestesiólogo.

El cirujano dentista preverá que no se descuide la fase postanestésica de la intervención, debido a - que en este período se suelen presentar complicaciones.- Una actitud siempre alerta evitará situaciones inesperadas. (6, 8, 14)

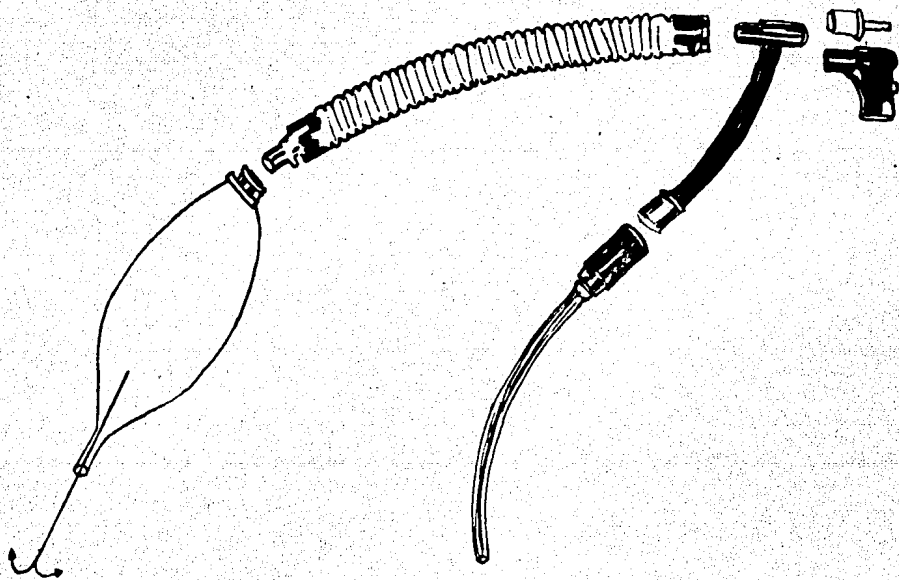


Figura. I Tubo en T de lare. (Modificación).

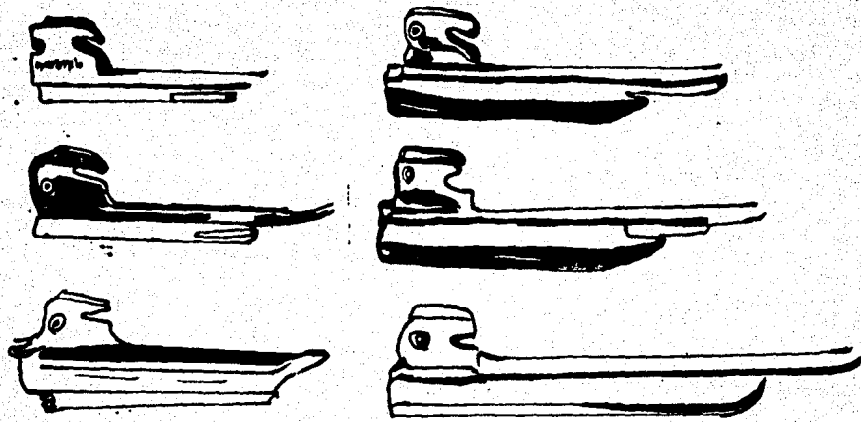


Figura.2 Navajas rectas para laringoscopio.

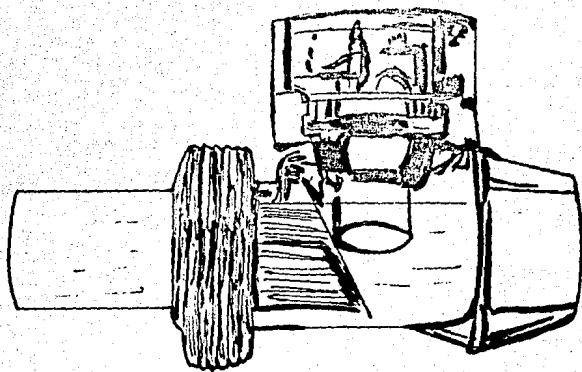
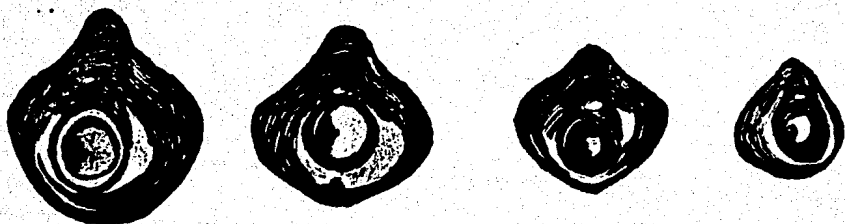


Figura. 3 Válvula de paso (Lewis Leigh).

Figura. 5 Mascarillas de Rendell-Baker-Soucek.



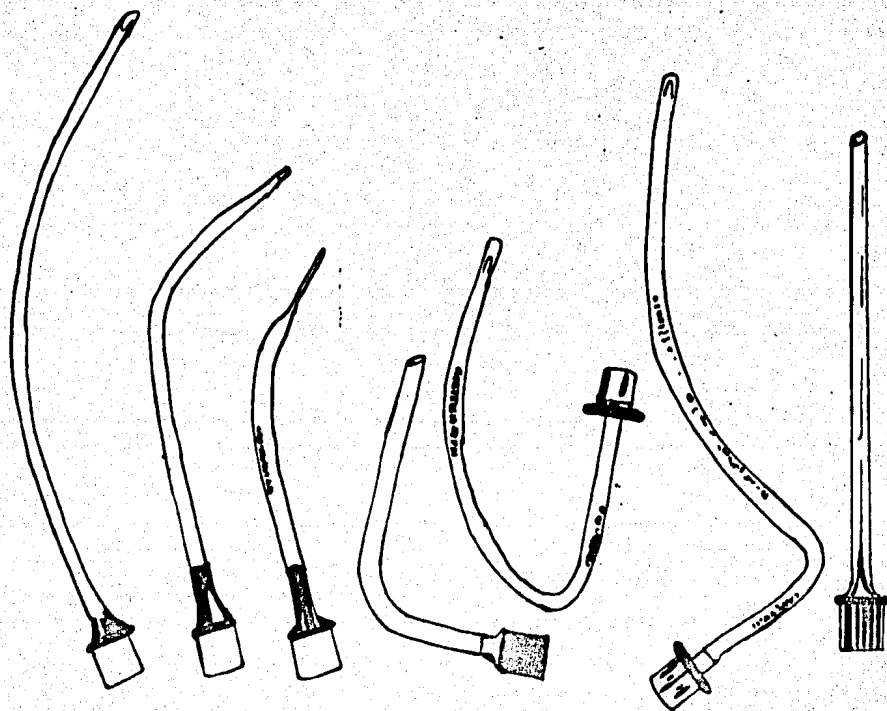


Figura. 4 Tubos endotraqueales.

CAPITULO III

" TRANS-OPERATORIO Y POST-OPERATORIO. "

CAPITULO III

" TRANS-OPERATORIO Y POST-OPERATORIO. "

En este capítulo trataremos la forma de cómo se conducirá el cirujano dentista antes y durante la -- realización del tratamiento; observaremos la importancia que reviste la correcta planeación de éste y de su ejecución. Haremos hincapié en la responsabilidad -- que tiene el cirujano dentista con relación a la observación de su paciente después de realizada la intervención, además de la estrecha comunicación que deberá tener con el anestesiólogo, enterándolo siempre previamente a la intervención del plan elegido para su tratamiento y el tiempo aproximado que utilizará en su realización.

a) Plan de tratamiento.

Habiendo admitido al paciente el medio hospitalario el cirujano dentista discutirá los planes de tratamiento con el anestesiólogo. El cirujano dentista considerará el límite de tolerancia a la anestesia general que ha determinado el anestesiólogo a su paciente, esta consideración se realiza para establecer un rígido programa para el tratamiento.

Para la realización del tratamiento, pensemos en términos de cuadrantes en lugar de disciplinas odontológicas específicas, la utilización del dique de hule durante el tratamiento será ideal. El dique de hule nos proporciona un campo seco y mejor visibilidad también brinda una ayuda al apósito de gasa el cual evita la entrada de desechos a la garganta del paciente.

Cuando sea necesaria la utilización del algún instrumento para abrir la boca, se podrán emplear los abre bocas de Mckesson, los cuales se pueden encontrar en varios tamaños.

Una secuencia establecida para la realización de los distintos tratamientos será de mucha importancia.

llevarla a cabo, como por ejemplo: realizar todos los -
tratamientos restaurativos antes de pensar en la ejecu--
ción de cualquier tratamiento quirúrgico.

La información previa a los padres del trata--
miento trazado deberá ser conveniente, además de infor--
marles los posibles cambios que pudieran surgir en el --
plan durante la intervención y explicarles que estos cam--
bios pueden darse en base a los diagnósticos de trata--
mientos pulpares dudosos o de otra índole.

(1, 3, 6, 8, 11, 14)

b) Posición del paciente.

La colocación del paciente en una posición a--
decuada sobre el sillón dental o mesa de operaciones du--
rante la intervención, resulta siempre esencial para la--
correcta administración del anestésico general.

Ventajoso resulta la colocación del paciente--
infantil externo que requiere de entubación endotraqueal
en la posición semireclinable o intermedia. Existen --
estudios cardiovasculares los cuales indican que la posi--
ción intermedia es la más recomendable para el paciente--
externo.

Cuando no use el tubo endotraqueal es conveniente colocar al paciente en posición de tren de Lennburg, ya que de esta manera se reduce el riesgo de inhalación de líquidos y desechos gástricos rejugitados a la boca del paciente. Resulta más fácil que se produzca la rejugitación en la posición de tren de Lennburg, pero la rinofaringe crea un sumidero que puede succionarse fácilmente.

Al colocar al paciente en la posición intermedia no ocurre la rejugitación pasiva, ya que la acción del esfínter del cardias y del cricofaríngeo es suficiente para descartar los movimientos en dirección ascendente del contenido gástrico.

La sujeción del niño al sillón dental o a la mesa de operaciones por medio de una ligadura liviana, resulta conveniente en la mayoría de los casos. El niño no se deberá sentir muy sujeto, nada más lo suficiente para evitar movimientos súbitos que resulten inesperados. Es difícil establecer una técnica precisa en la colocación del paciente, pero si en algo debemos insistir es el hecho de que no habrá nada que sustituya a la experiencia del anestesiólogo en turno.

c) Preparativos inmediatos para la intervención.

Los preparativos inmediatos para la intervención consistirán especialmente en crear un medio limpio o estéril de la sala de operaciones, salvo la esterilización del instrumental y el material a emplearse, los demás procedimientos de limpieza o esterilización se llevarán a cabo un poco antes de que el paciente ingrese a la sala.

Cerciorarnos de que el instrumental odontológico esté completo y colocado correctamente en una bandeja de instrumentos, la cual idealmente reposará sobre un soporte mayo, será tarea del cirujano dentista y su ayudante.

Después que el cirujano dentista concluya el ritual de vestirse la bata, llevarse sus manos y colocarse guantes, en caso que fuese necesario estará listo para empezar su intervención. (5)

d) Posición del personal.

Para describir la posición del personal que consideramos en la administración del anestésico general

y la realización del tratamiento odontológico manejaremos el concepto de EQUIPO DE TRABAJO compuesto éste por: el anestesidlogo, el cirujano dentista (operador), - - ayudante (asistente) y circulante (ambulante).

Generalmente el anestesista se coloca a la cabeza y detrás del paciente, con la máquina de gas a la izquierda. Después de realizada la inducción y habiendo colocado el separador bucal, el anestesista lo sostiene - junto con el mentón y la mascarilla utilizando solo una mano, dejando la otra libre de tal manera que pueda dar respiraciones o inyecciones endovenosas adicionales, en caso de necesitarlas el paciente.

Cuándo el cirujano dentista trabaja del lado derecho de la cavidad oral (operador diestro), el anestesista sostendrá el mentón, el separador y el inhalador con la mano izquierda, a su vez cruzando la derecha bajo el brazo izquierdo, para aumentar las respiraciones, manejar la jeringa endovenosa o tomar el pulso y la presión arterial.

Si el cirujano dentista trabajará del lado izquierdo de la cavidad oral (operador siniestro), el anestesista sostendrá el mentón, el separador y el inha-

lador nasal con la mano derecha, dejando la mano izquierda libre para que realice las labores mencionadas con -- anterioridad.

Si el paciente estuviese en posición supina -- sobre la mesa de operaciones y existiera la necesidad de realizar punción venosa, el anestesista se colocará a la cabeza y ligeramente del paciente.

La mayoría de los cirujanos dentistas prefieren que su ayudante trabaje a la izquierda de la mesa, -- un grupo reducido lo colocará a la cabeza de la misma, -- en cuyo caso el anestesista se colocará a la izquierda -- del paciente,

La ubicación del circulante es variable, esta-- varía según las necesidades que se presentan en el trans-- curso de la intervención. (7, 12)

e) Postoperatorio.

Precauciones y recomendaciones:

Después que el anestesista verifique que el-- infante se ha recuperado lo suficiente de la anestesia--

general, podrá retirarse de la sala de recuperación en compañía de sus padres o responsables, indicándoles que el infante deberá permanecer bajo vigilancia las siguientes horas,

En caso de que el niño haya sido entubado se le advertirá a los padres o responsables la posibilidad de presentarse un edema laríngeo el cual se manifiesta por obstrucción respiratoria (dificultad para respirar normalmente), de presentarse ésta dificultad se recomienda a los padres comunicarse inmediatamente con el anestesista o al servicio médico de emergencia más cercano, esto en caso de no localizar al anestesista.

Conveniente resulta también comunicarles que una complicación que se presenta frecuentemente en los pacientes sometidos a la anestesia general la cual se ha exagerado con narcóticos, son las náuseas y desmayos aclarándoles de la mejor manera que estas complicaciones no se presentan durante el estado de la anestesia, ya que el reflejo laríngeo está bloqueado, no siendo así durante la inducción o la recuperación.

Finalmente antes de enviar al infante a casa, es fundamental programarle varias citas para examinarlo

post-operatoriamente, en el curso de las dos semanas siguientes. Durante estas visitas se hará ver a los padres la importancia del cuidado dental futuro del infante y la necesidad de que este disminuya el consumo de alimentos cariogénicos como medio preventivo para evitar en lo posible las molestias que implicaría otro tratamiento dental. (1, 4, 6, 8, 12)

CASUÍSTICA.

CASO CLINICO No. 1

NOMBRE: J.J.B.G.

SEXO: Masculino.

EDAD: 4 años

LUGAR DE ORIGEN: V. Carranza, Mich.

OCUPACION: Pre-escolar.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS: Ninguno.

ANTECEDENTES MÉDICOS: Fué operado de un tumor benigno - en la parte posterior del cuello al parecer según relata la madre fué un quiste.

PROBLEMA ODONTOLÓGICO ACTUAL: Síndrome de biberón.

PROBLEMA:

El paciente fué presentado al consultorio con dolor e inflamación causados por abscesos en las piezas temporales II I y II II, presenta también caries profunda en V IV IV V que dan sensibilidad, pero sin antecedentes de problema endodóntico, así mismo existe caries moderada en V III III V.

DIAGNÓSTICO: Caries de biberón.

PLAN DE TRATAMIENTO: Extracciones de II I - II, coronas de acero en V IV IV V y obturación conven-

cional de amalgama en V IIIIII V, con aplicación de - -
fluoruro.

MANEJO PREOPERATORIO: El paciente se mostró -
totalmente renuente al tratamiento y en vista de la pre-
mura del tiempo ante la situación de los abscesos y el --
hecho que los padres del paciente, tenfan que desplazar-
se de un lugar distante se les propuso la alternativa de
la atención bajo anestesia general, alternativa que - -
aceptaron con gusto. Se derivó al anestesiólogo quién
aprobó el estado de salud del paciente y realizó los es-
tudios paraclínicos rutinarios, acordando la interven- -
ción cuatro días después.

MANEJO EN EL QUIROFANO: El paciente fué entu-
bado por nariz y canalizado en el brazo izquierdo; el --
procedimiento odontológico se realizó sin contratiempo-
alguno, utilizando el método de cuadrantes con aislamien-
to absoluto con dique de goma y apoyo con abre bocas de -
Makensson, dejando para el final las extracciones las --
cuales se realizaron normalmente, suturando con hilo - -
reabsorbible 3/0 (catgut) y hasta no verificar por com-
pleto la contención de hemorragia se procedió a reanimar
al paciente.

POSOPERATORIO: El paciente no manifestó ninguna complicación con excepción de una pequeña molestia en la garganta causada por el tubo endotraqueal y se advirtió a los papás que posiblemente era causada por la irritación, pero que si se presentaba mayor molestia acudieran de inmediato con nosotros.

CITA CONTROL: Seis meses después se hizo la revisión rutinaria con aplicación de fluoruro tomando una actitud totalmente positiva el paciente.

CASO CLINICO No. 2

NOMBRE: S.J.E.

SEXO: Masculino.

EDAD: 5 años.

LUGAR DE ORIGEN: Guadalajara, Jal.

OCUPACION: Pre-escolar.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS: Negativos.

ANTECEDENTES MÉDICOS: Ninguno de importancia.

PROBLEMA ODONTOLÓGICO ACTUAL: Caries rampante.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Hijo único en matrimonio de -
edad avanzada.

PROBLEMA:

El paciente se presentó al consultorio con caries profundas en V IV|IV V y en V IV|IV V y con caries clase III, IV y V en II I|I II, pero sin presentar huella de fístula o antecedentes de patologías pulpares, ya que no existe dolor espontáneo, pero hay sensibilidad en los anteriores.

DIAGNÓSTICO: Caries de biberón.

PLAN DE TRATAMIENTO: Coronas de acero en - -
IV II I|I II IV, obturaciones de amalgama en V|V y - -
V IV|IV V.

MANEJO PREOPERATORIO: Se citó tres veces al paciente para que asistiera al consultorio media hora antes de su turno y observará el comportamiento de otros niños. En todas las ocasiones se negó una vez en el sillón a abrir la boca. Se expuso el problema a los padres y se acordó realizar el trabajo con anestesia general.

MANEJO EN EL QUIROFANO: Tuvimos que enfrentar el problema de la falta de equipo odontológico en el hospital, problema que se resolvió llevando un día antes de la intervención un equipo portátil el cual se conectó directamente al ducto de aire del quirófano, y se hizo la irrigación con una jeringa huer grande, con agua bidestilada.

Durante la intervención se resolvió hacer -- pulpotomías en I/I debido a la profundidad de la caries. Lo restante se efectuó según el plan inicial.

POST-OPERATORIO: No hubo complicación alguna, el paciente fué dado de alta esa misma tarde. Al tercer día se hizo profilaxis y aplicación de fluoruro en el consultorio dental.

CASO CLINICO No. 3

NOMBRE: C. R. S.

SEXO: Femenino.

EDAD: 4 años.

LUGAR DE ORIGEN: Guadalajara, Jal.

OCUPACION: Pre-escolar.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS: Ninguno.

ANTECEDENTES MÉDICOS: Ninguno de importancia.

PROBLEMA ODONTOLÓGICO ACTUAL: Traumatismo con avulsión de incisivos centrales superiores y laceración grave de lengua y carrillos.

PROBLEMA:

La paciente fué remitida por el otorrinolaringólogo luego de cuatro horas del traumatismo. Presentaba avulsión de I|I y movilidad en II|II así como una herida en el labio inferior de aproximadamente cinco -- centímetros interesando mucosa y tejidos intra-orales, -- también presentaba sección del dorso de la lengua de -- aproximadamente dos centímetros.

DIAGNOSTICO: Traumatismo grave.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

PLAN DE TRATAMIENTO: Ferulización de III II

I II III con recolocación de I I, sutura con puntos aislados en zona seccionada.

MANEJO PRE-OPERATORIO: De inmediato la paciente fué remitida al hospital donde con el auxilio del -- anestesiólogo y con la utilización de oxido nitroso se indujo a la paciente a la anestesia general.

MANEJO OPERATORIO: Se hizo el reacomodo de -- I/I y con auxilio de hilo (monofilamento) de 30 lbs. - (para pescar) y resina autopolimerizable se ferulizó - de canino a canino. Se suturó con doce puntos aislados utilizando dermalón 9/0 para el labio y con el mismo material se reconstruyó el dorso de la lengua con seis puntos aislados.

POST-OPERATORIO: La paciente fué controlada en el hospital durante 24 horas mediante el suministro de - antibióticos y anti-inflamatoria, así como administrándole una dieta blanda y realizando el aseo de las lesiones.

CITA DE CONTROL: Tres días después la paciente mostró franca recuperación y se hizo una profilaxis -

y la higienización de las heridas. 20 días después -- se retiró la férula comprobándose que no hubo muestras de infección dental por lo cual no se realizó tratamiento endodóntico alguno.

CONCLUSIONES.

CONCLUSIONES.

Consideramos que el cirujano dentista debe estar lo suficientemente capacitado para identificar al infante de difícil manejo, ya que de ello dependerá el trato correcto de su paciente y por consiguiente la solu-ción del problema odontológico. La utilización de la anestesia general debe ser siempre valorada estrictamente, debido a que esta alternativa como hemos constatado conlleva riesgos que se tomarán cuando se justifique el procedimiento.

El cirujano dentista tendrá el deber de agotar todos los recursos para lograr la atención de su paciente por medio de los procedimientos odontológicos normales y deberá evitar la atención de éste bajo la anestesia general sólo por su conveniencia.

Estimamos como necesario el apoyo de un especialista en anestesiología cuando la utilización de la anestesia general resulte justificada. Confirmamos -- que los conocimientos con que cuente el cirujano dentista en el campo de la anestesiología serán cruciales.

BIBLIOGRAFIA.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Bailenson, George.
La relajación del paciente en la práctica odontológica., Primera edición., Editorial Labor, - S.A., España, 1976., P.P. 82, 215-223, 237-244
- 2.- Barber, Thomas K., Larry S. Luke.
Odontología Pediátrica., Primera Edición.
Editorial El Mundo Moderno, S.A. de C. V.
México, D.F., 1985
P.P. 17
- 3.- Baum, Lloyd.
Rehabilitación Bucal., Primera Edición.
Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V.
México, D.F. 1977
P.P. 32
- 4.- Braun y Fisk.
Anesthesia for Children., Primera Edición.
Blackwell-Scientific Publications, USA, 1979
P.P. 33, 244-226
- 5.- Costich-White.
Cirugía Bucal., Primera Edición.
Editorial Interamericana, S.A. de C.V.,
México, D.F., 1974
P.P. 65

- 6.- Finn, Sidney B.
Odontología Pediátrica., Primera Edición.
Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V.
México, D.F., 1976.
P.P. 29-37, 64-65, 75, 101-102, 188, 244, -
510-513.

- 7.- Gilmore, H. William., Lund, Melvin R.
Odontología Operatoria., Primera Edición.
Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V.
México, D.F., 1976
P.P. 149

- 8.- Jorgensen N.B., Hayden J. Jr.
Anestesia Odontológica., Tercera Edición.
Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V.
México, D.F. 1980
P.P. 13-19, 128-140, 174

- 9.- Leyt, Samuel.
Odontología pediátrica., Primera Edición.
Editorial Mundi S.A.I.C. y F.,
Argentina., 1980
P.P. 17, 44-51

- 10.- Mayer, Bernard W.
Pediatric of Anaesthesia., Primera Edición.
J.B. Lippincott Company, U.S.A. 1981
P.P. 174-175

- 11.- Mc Donald, Ralph E.
Odontología para el niño y el adolescente.,
Tercera Edición., The C.V. Mosby Company, USA
1978
P.P. 175-176

- 12.- Monheim, Leonard M
Anestesia general en la práctica dental.,
Primera Edición.
Editorial Mundi., Argentina., 1962
P.P. 230, 247-248, 258-268, 302-306, 316-317,
337, 369-371.

- 13.- Morris, Alvin L., Bohannon, M. Harry,
Las especialidades odontológicas en la práctica
general., Quinta Edición.
Editorial Labor Mexicana, S.A. de R.L.
México, D.F., 1983
P.P. 188 y 189

- 14.- Nowak, Arthur.
Odontología para el paciente impedido.
Primera Edición., Editorial Mundi, S.A.I.C. y F.
Argentina., 1979
P.P. 228-230

- 15.- Shafer, William G., Hine Maynard K., Levy, Barnet M.
Tratado de Patología bucal., Primera Edición.
Nueva Editorial Interamericana., S.A. de C.V.
México, D.F., 1977
P.P. 369.

16.- Steward, David J.

Manual of Pediatric anaesthesia., Segunda edición

Churchill Livingstone, U.S.A., 1985

P.P. 140-141

17.- Trieyer, Norman.

Control de dolor., Primera Edición.

Kupiji y Prochnow, W.G., Berlin., 1975

P.P. 101