

14  
20/10/93



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ANALGESICOS EN  
ODONTOPEDIATRIA

T E S I S A

PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A I

SUSANA PATRICIA ALVAREZ OLMOS



MEXICO, D. F.

DICIEMBRE DE 1993

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## **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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ANALGESICOS EN ODONTOPEDIATRIA

Susana Patricia Alvarez Olmos.

No. Cta. : 7936907-5

## INDICE

INTRODUCCION.....	1
Dolor.....	4
Dolor rápido y dolor lento.....	4
Percepción subcortical y afecto.....	5
Hiperalgésia.....	5
Deficiencias entre los mecanismos sensitivos y vicerales.....	6
Dolor visceral.....	7
Proyección e inhibición del dolor.....	7
Dolor referido.....	7
Regla de los dermatomas.....	8
Papel de la convergencia en el dolor referido.....	8
Efectos de facilitación.....	8
Inhibición central y revulsivos.....	9
Compuerta en el asta dorsal.....	9
Sensibilidad vibratoria.....	10
Agentes farmacológicos usados para el control del dolor.....	12
Analgesicos.....	12
Analgesicos no narcóticos.....	12
Usos terapéuticos clásicos.....	14
Farmacocinética.....	19
Otros preparados con salicilatos.....	24
Dosis recomendadas.....	25
Derivados de las pirazolonas.....	27
Analgesicos narcóticos.....	29
Analgesicos con capacidad potencial o moderada para producir toxicomania.....	32
Analgesicos con gran capacidad para producir toxicomania.....	34
Otros analgesicos de interés.....	39
Analgesicos no esteroideos en uso dental.....	39
Efectos adversos de los medicamentos.....	42
Historia clínica.....	45
El arte de la prescripción.....	49
Conceptos generales.....	49
Orden y escritura de la prescripción.....	50
Posología.....	52
Presentación comercial de algunos analgesicos.....	53
Ejemplos de enfermedades en las que se requiere analgesicos.....	63
El manejo del dolor masticatorio.....	72
Síndromes que incluyen dolor facial.....	73
CONCLUSIONES.....	75
BIBLIOGRAFIA.....	79

## INTRODUCCION

El presente trabajo esta basado en la observación a lo largo de varios años durante los cuales se a detectado un previo rechazo al tratamiento odontológico por parte de los pacientes en general y de los niños en particular. Este implícito rechazo es, debido a las malas y dolorosas experiencias sufridas por los padres en el consultorio dental y por la información que se da por parte de otros niños en las escuelas, creando con ello en el presente y en lo futuro que estos retarden su visita al dentista, cuando estos acuden muchas veces su tratamiento es más complicado y molesto.

El dolor a que presumiblemente se veran sometidos los pacientes es un síntoma traumático que, casi siempre, dificulta las maniobras del odontólogo. Para ello, es necesario advertir que existen formas que reducen, controlan y previenen las molestias, que en un momento dado, pudieran ocasionarse durante el tratamiento.

Para la prevención, reducción y control del dolor, el

dentista cuenta con la poderosa ayuda de la farmacología que le proporciona una amplia gama de medicamentos para tal fin. Pero su utilización requiere un conocimiento profundo de sus compuestos, así como de sus efectos y de sus limitantes para su uso, ya que como se verá, algunos de ellos son tan poderosos que pueden provocar daños severos al contribuir a generar otras enfermedades paralelas y/o colaterales, y estos pueden ser irreversibles.

Sin embargo, como se verá, la utilización de fármacos, no es exclusivamente con la finalidad de controlar el dolor, sino que es parte del tratamiento prescrito para pacientes con determinadas características, que a lo largo del trabajo se irán detallando.

Los objetivos generales de este trabajo serán, pues, el describir la fisiología general del dolor, y consecuentemente, para tratarlo será necesario describir los principales fármacos utilizados para reducir y controlar el mismo, y, de ellos su farmacocinética y su farmacodinamia, y sus vías de eliminación. Por supuesto, quedaría incompleta esta indagación si no advertimos los riesgos que se corren al utilizar estos elementos durante el tratamiento odontológico, esto es los posibles daños que se pueden

ocasionar al paciente si no se emplean adecuadamente. Por ello también trataremos sobre sus dosificaciones, en condiciones establecidas, tanto para adultos como para niños, que esto último es lo que más interesa en este trabajo.

## DOLOR

Las terminaciones nerviosas libres que se encuentran en casi todo el organismo reciben los impulsos dolorosos que son llevados al cerebro por dos tipos de fibras mielinizadas, las Af y las C no mielinizadas o de las raíces dorsales que conducen los impulsos a baja velocidad, las dos terminan en el asta dorsal; las Af termina sobre las neuronas en la lámina I y las C en las láminas I y II. Algunos de sus axones terminan en la médula espinal y en el tallo cerebral; otras forman el tracto espinotalámico lateral. Los impulsos del dolor ascienden por este tracto a los núcleos posteromedial ventral y posterolateral del tálamo. Desde ahí hace relevo y se proyectan a la circunvolución posrolándica de la corteza cerebral. La sustancia P es el transmisor simpático, secretado por las fibras aferentes primarias, que promueve la sensación del dolor. (3). (11)

## DOLOR RAPIDO Y DOLOR LENTO

Se dice que existen dos clases de dolor el lento y el rápido que se debe a la actividad de las fibras de dolor Af, mientras que el lento se debe a fibras C. (3). (11)

## PERCEPCION SUBCORTICAL Y AFECTO

Las áreas receptoras corticales identifican al dolor exactamente y la percepción no necesita la corteza. El dolor es un afecto intrínseco desagradable como consecuencia de las vías del dolor en el tálamo, "síndrome talámico", que resulta del bloqueo de la rama talámica.

Los receptores del dolor son específicos y están mediados por agentes químicos como las cininas (polipéptidos liberados de las proteínas por las enzimas proteolíticas).

Cuando se contrae un músculo continuamente los vasos sanguíneos se obliteran impidiendo el paso de la sangre y propiciando acumulación del ("factor P de Lewis"), que podría ser el K+. (3), (2)

## HIPERALGESIA

Existen dos clases de hiperalgesia la primaria y la secundaria la primera se presenta cuando el umbral del dolor esta alterado por un proceso inflamatorio en el que las sustancias liberadas causan el dolor. (3)

En la hiperalgesia secundaria el umbral del dolor esta elevado produciendo un dolor, es menos duradero que en la hiperalgesia primaria, esto se debe a una facilitación central por los impulsos que parten desde el área lesionada de las vías responsables de este componente afectivo

desagradable del dolor. Esta facilitación puede ocurrir a nivel talámico o aun cortical.(3)

## 2 DIFERENCIAS ENTRE LOS MECANISMOS SENSITIVOS Y VISCERALES

El sistema nervioso autónomo, como el somático, tiene componentes aferentes, estaciones centrales de integración y vías afectoras. Los mecanismos viscerales aferentes intervienen de manera importante en los ajustes homeostáticos. En las víceras hay cierto número de receptores especiales: osmorreceptores, barroceptores, quimiorreceptores, etc. que responden a cambios en el medio interno. Los nervios aferentes de estos receptores establecen conexiones reflejas que están íntimamente implicadas con la regulación de las funciones de diversos sistemas.(3)

Los receptores para el dolor y otras modalidades sensoriales, que se encuentran en las víceras, son semejantes a los de la piel, pero hay marcadas diferencias en su distribución. No existen propioceptores en las víceras y hay pocos órganos sensitivos para la temperatura y el tacto.(3)

Las fibras aferentes de las estructuras viscerales ingresan al SNC a través de vías simpáticas y parasimpáticas. Sus cuerpos celulares se encuentran en las raíces dorsales y en los ganglios homólogos de los nervios

craneales. Específicamente hay aferentes viscerales en los nervios facial, glossofaríngeo y vago, en las raíces dorsales torácicas y lumbares superiores, así como las sacras también pueden existir fibras aferentes del ojo en el trigémino.

En el sistema nervioso central, la sensación visceral viaja en la misma vía que conduce sensaciones somáticas, en los tractos espinotalámicos y en las radiaciones talámicas, y en las áreas de recepción cortical para las sensaciones viscerales están entremezcladas con las áreas de recepción posrolándica.(3)

#### DOLOR VISCERAL

El dolor de las estructuras viscerales es mal localizado, desagradable, se acompaña de náuseas y síntomas autonómicos. A menudo irradia o es referido a otras regiones.(3)

#### PROYECCION E INHIBICION DEL DOLOR

#### DOLOR REFERIDO

Con frecuencia, la irritación de una víscera produce dolor que se siente no en la víscera misma sino en alguna estructura somática que puede estar situada a considerable distancia. El dolor de este tipo se dice que está referido a

la estructura somática. El dolor somático profundo también puede ser referido, pero no el dolor superficial. Cuando el dolor visceral es local y referido, algunas veces parece propagarse o irradiar del sitio local a otro distante. (3)

#### REGLA DE LOS DERMATOMAS

Cuando el dolor es referido, usualmente lo es a una estructura que proviene del mismo segmento embrionario o dermatoma, como la estructura en la cual se origina el dolor. Este principio se llama regla de los dermatomas. (3)

#### PAPEL DE LA CONVERGENCIA EN EL DOLOR REFERIDO

Las fibras aferentes viscerales y somáticas convergen sobre las mismas neuronas espinotalámicas. El dolor que se origina en el seno maxilar, usualmente es referido a los dientes vecinos, pero no en los pacientes que han experimentado un trabajo dental traumatizante, en quienes el dolor por lo regular es referido a los dientes previamente traumatizados. Esto ocurre aun cuando los dientes se encuentren alejados del seno. (3)

#### EFFECTOS DE FACILITACION

Los impulsos que llegan desde las estructuras

viscerales disminuyen el umbral de las neuronas espinotalámicas que reciben a las fibras aferentes de las áreas somáticas, de manera que la menor actividad de las vías del dolor de las áreas somáticas -actividad que normalmente desaparecería en la médula espinal- pasa hasta el encéfalo. (3)

### INHIBICION CENTRAL Y REVULSIVOS

La percepción están sujetas a inhibición o modificación. La inhibición de las vías sensoriales centrales puede explicar la eficacia de los revulsivos. La estimulación de la piel que cubre una superficie de inflamación visceral produce algún alivio del dolor producido por la vícera enferma. (3)

### COMPUERTA EN EL ASTA DORSAL

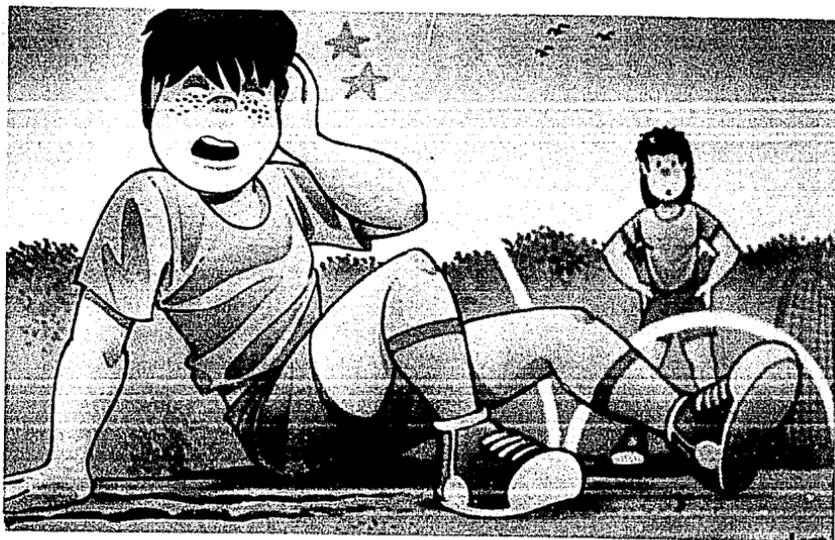
Un sitio de inhibición de la transmisión del dolor es el asta dorsal, la compuerta a través de la cual los impulsos dolorosos alcanzan el sistema espinotalámico lateral. La estimulación de grandes fibras aferentes de una zona de la cual se inicia el dolor, lo reduce. Las fibras colaterales de la columna dorsal tocan fibras que penetran a las substancia gelatinosa y se ha postulado que los impulsos en estas colaterales o a las interneuronas sobre las cuales

terminan, inhiben la transmisión de las fibras algésicas de las raíces dorsales a las neuronas espinotalámicas. El mecanismo responsable parece ser la inhibición presináptica, que actúa en las terminales de las aferentes primarias que transmiten los impulsos dolorosos. (3)

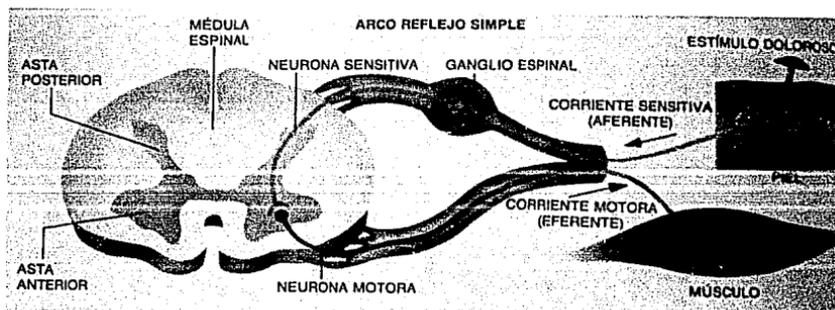
### SENSIBILIDAD VIBRATORIA

Los impulsos responsables de la sensación vibratoria son transmitidos por las columnas dorsales. Si ocurre degeneración en esta parte de la médula espinal se produce una disminución del umbral para los estímulos vibratorios como síntomas temprano. La sensación vibratoria y la propiocepción están íntimamente relacionadas, pues cuando una se deprime, la otra también lo hace. (3)

El dolor agudo es una experiencia desagradable que principalmente se asocia a lesión de los tejidos. El dolor es un fenómeno subjetivo; es importante determinar la causa primaria (ejemplo: infección), la patogénesis (ejemplo: inflamación, ulceración, anoxia) y los factores secundarios o contribuyentes. (3), (11)



LAS TERMINACIONES NERVIOSAS QUE SE ENCUENTRAN EN CASI TODO EL ORGANISMO RECIBEN LOS IMPULSOS DOLOROSOS QUE SON LLEVADOS AL CEREBRO, EL CUAL LOS RECIBE Y CLASIFICA DANDO RESPUESTA CASI INMEDIATA.



REPRESENTACION ESQUEMATICA DEL ARCO REFLEJO SIMPLE.

## AGENTES FARMACOLOGICOS USADOS PARA EL CONTROL DEL DOLOR

### ANALGESICOS.

Los agentes para reducir el dolor sin afectar la conciencia son llamados analgésicos. Actúan elevando el umbral del dolor o modificando la percepción central, la interpretación y reacción, o disminuyendo la actividad refleja y reduciendo los aspectos psicogénicos del dolor. (11)

El conjunto de los analgésicos suele subdividirse en dos grandes grupos analésicos antipiréticos antiinflamatorios o menores (no todos dentro de este grupo tiene las tres acciones, pero si poseen por lo menos dos de ellas). y analgésicos narcóticos o mayores. (6)

### ANALGESICOS NO NARCOTICOS

Estos analgésicos no producen toxicomanía. se consideran analgésicos menores. (6) Los analgésicos no narcóticos de acción sistémica bloquean el dolor por acción periférica. El mecanismo de acción es inhibiendo la síntesis de prostaglandinas y otros mediadores de la inflamación. (4)

a) Salicilatos: El ácido salicílico (ácido 2-hidroxibenzoico). Son analgésicos antiinflamatorios, uricosúricos y antipiréticos, el más empleado es la

aspirina (ácido acetilsalicílico), útiles en el alivio de mialgias, neuralgias, atralgias, cefaléas y dismenorrea. Los efectos indeseables suelen ser ligeros y consisten en mareo y dispepsia, aunque dosis mayores pueden causar tinnitus, sordera, visión borrosa, náusea y vómito, diarrea, hemorragia gastrointestinal, hepatitis, alteración renal, diaforesis, cefaléa y delirio. En algunos pacientes pueden causar urticaria, asma y edema laríngeo agudo. (11)

La aspirina (ácido acetilsalicílico) es el analgésico antiinflamatorio estandar de selección en el tratamiento del dolor leve a moderado de origen diverso. Disponible como tabletas simples atenuadas o con cubierta entérica de 0.3 g. La dosis usual es de 0.3 a 0.6 gramos con un vaso lleno de agua cada 4 horas según se requiera. En niños la dosis máxima es de 50 mg./Kg. por día fraccionados en cuatro o cinco dosis. (6), (11)

Los mecanismos y sitios de acción: La aspirina inhibe la actividad ciclooxigenasa sin antagonizar la acción de ninguno de los productos finales. Dado que las prostaglandinas no son almacenadas, su liberación durante la inflamación depende de su síntesis repetida. En consecuencia, la inhibición de la ciclooxigenasa reduce la influencia de las prostaglandinas en los sitios de inflamación, de daño tisular, etc. (4)

## USOS TERAPEUTICOS CLASICOS.

Analgesia. Las prostaglandinas inducen dolor sólo en concentraciones que difícilmente se producen en condiciones fisiológicas. En cambio, estimulan la potencia de las sustancias algésicas (que inducen dolor), como la bradiquinina que estimula las terminaciones nerviosas de las fibras C no mielinizadas y de las fibras Af de pequeño diámetro para inducir el impulso aferente nocivo. Más aun, la bradiquinina estimula la formación y liberación de prostaglandinas, una especie de retroalimentación positiva. Así a diferencia de los analgésicos narcóticos de acción central, la acción analgésica principal de estos agentes no esteroideos es periférica, reduciendo aparentemente la potenciación de la actividad algésica por las prostaglandinas. Los agentes no esteroideos son los más efectivos para aliviar el dolor de intensidad leve a moderada aunque pueden ser más efectivos que los analgésicos narcóticos para aliviar el dolor asociado con las contracciones del músculo liso estimuladas por las prostaglandinas, como en la dismenorrea primaria. (4), (6), (11), (16)

Antipirexia. A diferencia de la analgesia, el sitio de la acción antipirética de estos agentes no esteroideos es central y se presume que está localizado en el hipotálamo.

Durante la fiebre, el sistema regulador de la temperatura la mantiene a un nivel más alto que lo normal. El estímulo para el desplazamiento a este nivel más elevado está constituido por la acción de un pirógeno endógeno (posiblemente la interleuquina 1) sobre las neuronas del sistema regulador en el hipotálamo. La aspirina no actúa directamente sobre el sistema termorregulador y no afecta la liberación de pirógeno, sino que reduce su efecto. (11)

Efecto antiinflamatorio. Dado que las prostaglandinas inducen síntomas de inflamación y potencian la bradiquinina y la histamina, es evidente que una reducción de las prostaglandinas en los sitios de inflamación será beneficiosa. (11)



CAFIASPIRINA, ANALGESICO EFICAZ CONTRA EL DOLOR DE MUELAS.



EL ACIDO ACETILSALICILICO PARA LOS NIÑOS VIENE EN DIFERENTES PRESENTACIONES LAS CUALES CONTIENEN SABORES ARTIFICIALES HACIENDOLAS MAS AGRADABLES, ESTO HACE QUE LOS PEQUEÑOS LA ACEPTEN MEJOR.



**Asa-Santín**  
la fuerza de la unión

EL ACIDO ACETILSALICILICO COMBINADO CON ALGUNOS FARMACOS  
AUMENTA SU POTENCIA.

En casos pediátricos sólo deben prescribirse compuestos como paracetamol, ibuprofeno o tometina que han sido probados extensamente en niños. (1)

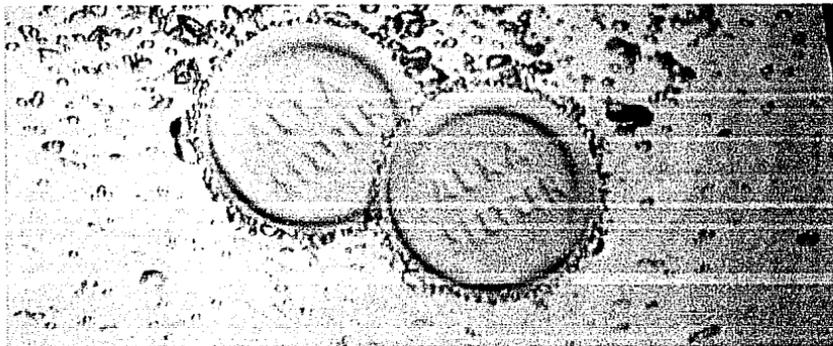


ESTA ES UNA DE LAS PRESENTACIONES DEL PARACETAMOL CON SABOR CEREZA Y FRASCO CON GOTERO PARA FACILITAR LA APLICACION DE ESTE MEDICAMENTO EN NIÑOS DE CORTA EDAD.

## FARMACOCINETICA

Absorción: La aspirina un ácido débil con un  $pK$  de 3,5, es absorbida rápidamente por el tracto gastrointestinal superior. Entre los factores que afectan su absorción, la disolución de las tabletas, que es favorecida por el  $pH$  más alto, es el paso que limita la velocidad del proceso. Las preparaciones en las cuales la aspirina está ya disuelta (por ejemplo preparaciones efervescentes) aceleran la absorción. Las tabletas con  $pH$  regulado son disueltas con mayor rapidez, pero esta regulación no previene la irritación gástrica ni incrementa en forma significativa su efectividad terapéutica. (4)

Una vez que la aspirina se ha disuelto, la fracción no ionizada difunde a través de las células de la mucosa donde el equilibrio es desplazado a favor de la fracción ionizada. Si bien la aspirina es absorbida en el estómago, una mayor proporción es absorbida en el duodeno y primera parte del intestino delgado, a pesar del  $pH$  más alto, debido a la mayor área superficial. En consecuencia, un vaciamiento gástrico más rápido acelera la absorción de la aspirina. Cuando se administra con cubierta entérica su absorción reflejará la velocidad de evacuación gástrica; por otra parte, las preparaciones de liberación lenta no prolongan en forma apreciable la acción terapéutica. (4), (6)



EL ALKA SELTZER EN PRESENTACIONES EFERVESCENTES ACELERAN SU  
ABSORCION Y ALIVIAN EL DOLOR CON MAYOR RAPIDEZ.

Distribución. Aproximadamente 80-90 % del salicilato presente en el plasma está fijado a las proteínas, principalmente a la albúmina. La fracción libre se distribuye en todos los líquidos mediante procesos pasivos, dependientes del pH. La aspirina y su metabolito activo se encuentran en la saliva y los líquidos cefalorraquídeos, peritoneal y sinovial. El ácido salicílico atraviesa la barrera placentaria y llega al feto, además puede ser ingerido durante la lactancia. (4), (6)

Metabolismo. La aspirina es desacetilada rápidamente dando ácido salicílico, un metabolito con acción farmacológica. La vida media de la aspirina en el plasma es corta, sólo 15 a 20 min. Luego que el ácido salicílico es oxidado a ácido gentísico y conjugado con glicina dando ácido salicilúrico y con glucurónido formando conjugados de tipo éster y éter. Entre 90 % del salicilato (luego de una dosis de 300 mg de aspirina) y 50 % (luego de 3 g. de aspirina) es excretado como ácido salicilúrico. La vida media del salicilato (3 a 6 hrs.) en la administración crónica de las cantidades necesarias para el manejo de la artritis. La prolongación de la vida media se debe a la saturación de las enzimas por la conjugación del salicilato con glicina y glucurónido (formación de un éter). Estas alteraciones metabólicas adquieren importancia con las dosis diarias superiores a 2,5-3g de aspirina en los adultos y contribuyen a la intoxicación con salicilato durante la

administración terapéutica en los niños. (4), (6), (11)

**Excreción.** Son excretados principalmente por el riñón. La depuración de salicilato se cuadruplica cuando el pH de la orina es mayor o igual que 8,0. A este pH se encuentra muy ionizado y no puede difundir fácilmente desde el líquido tubular. La alta velocidad del flujo urinario disminuye la reabsorción, mientras que la oliguria aumenta su reabsorción en el túbulo renal. Los conjugados glucurónicos de los ácidos glucurónicos de los ácidos salicílico no presentan una retrodifusión en los túbulos cualquiera que sea el pH urinario. (4), (6), (11)

La irritación gastrointestinal se reduce en ocasiones administrando el fármaco con alimentos o antiácidos. La preparación con capa entérica es de acción más lenta, pero evita la irritación gástrica y es útil también para pacientes que pudieran ser excépticos acerca del valor analgésico de la "aspirina ordinaria". La aspirina puede provocar irritación gástrica y aumentar la pérdida de sangre microscópica en el intestino de individuos por lo demás saludables y constituye una causa ocasional de hemorragia gastrointestinal aguda o crónica, especialmente con hemorragia gastrointestinal, o con enfermedad hepática activa, no deberá utilizarse aspirina. (4), (6), (11)

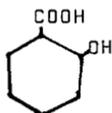
La hipersensibilidad o intolerancia a la aspirina ocurre con poca frecuencia por el uso extenso del medicamento, las consecuencias suelen ser muy graves. Pueden

deberse a alérgia. Se presenta en forma espontánea en adultos jóvenes o de edad media que antes podían ingerirla sin complicaciones. Se puede manifestar por rinorrea, poliposis nasal, asma, tiempo prolongado de sangrado y choque anafiláctico. (11)

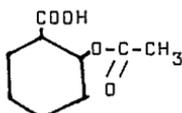
En pacientes asmáticos se pueden presentar alérgia.

Los salicilatos pueden causar una disminución reversible de el índice de filtración glomerular. En consecuencia, es conveniente realizar pruebas periódicas de función renal en pacientes que reciben grandes cantidades de aspirina o padecen afección renal. No debe utilizarse en trastornos sistémicos (hepatitis), afección hepática activa, mujeres embarazadas en particular en el último trimestre de gestación. (6)

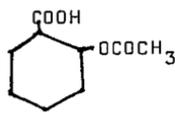
La aspirina prolonga el tiempo de sangrado al inhibir la agregación plaquetaria, por lo que se restringe el uso en pacientes hemofílicos o con tratamiento anticoagulante, puede actuar en forma adversa con los medicamentos anticoagulantes, y con la fenilbutazona y espironolactona. (4), (11)



ACIDO SALICILICO



ACIDO ACETIL SALICILICO (ASPIRINA)



ASPIRINA

## OTROS PREPARADOS CON SALICILATOS

La combinación de aspirina, fenacetina y cafeína, conocida como APC son muy eficaces como analgesia bucal. Su acción analgésica se debe a un bloqueo periférico del efecto analgésico de la bradicinina. Existe también un efecto central al nivel talámico. (2), (11)

b) Acetaminofén: Derivado del aminofenol. La actividad farmacológica antipirética de estos compuestos reside en el anillo aminobenceno. La vida media varía de una a tres horas. En dosis de 325 a 650 mg. tres o cuatro veces al día por vía bucal tiene una potencia analgésica y antipirética compatible a la aspirina. No es antiinflamatorio, no produce trastornos de la coagulación ni irritación gástrica y tampoco afecta las concentraciones de ácido úrico en sangre. (6), (11)

Farmacocinética es absorbido rápidamente en el intestino alcanzando las concentraciones séricas máximas entre 30 y 60 minutos. (6)

En niños las dosis deben disminuirse de acuerdo a la edad y peso aproximadamente: de 6-12 años, 150-300 mg. una dosis; 1-6 años, 60-120 mg. una dosis; menos de un año, 60 mg./dosis a intervalos de 4.6 horas. Se recomienda no sobrepase 1.2 mg. dosis diaria. (6)

c) Nuevos fármacos antiinflamatorios no esteroideos

(AINE): Se utilizan en pacientes que no toleran la aspirina. Los AINE recientes pueden causar una gran variedad de síndromes renales clínicos, incluyendo insuficiencia renal aguda, necrosis papilar y síndrome nefrótico y nefritis intersticial. (11)

Estos medicamentos no se deben emplear con una aspirina ni en pacientes que tienen antecedentes de pólipos nasales, rinitis, urticaria o broncospasmo asociado con el uso de la aspirina. Tampoco durante el embarazo y lactancia. (11)

Efectos colaterales: Erupciones cutáneas, dolor de cabeza, mareo, somnolencia, trastornos visuales, tinitus, palpitaciones, disnea y retención de sodio. (11)

#### DOSIS RECOMENDADAS.

Diflunisal (NALFON), 300 a 600 mg. cuatro veces por día.

Ibuprofén (MOTRIN, RUFEN), 300 a 400 mg. tres a cuatro veces por día.

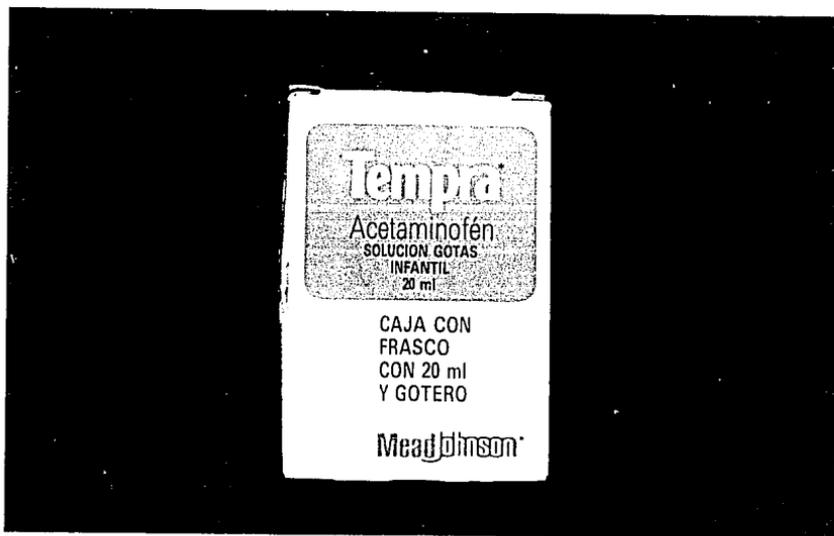
Meclofenamato sódico (MECLOMEN), 100 mg. tres veces por día.

Naproxén (NAPROSYN), 250mg. dos veces por día.

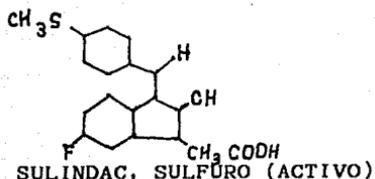
Piroxicam (FELDENE), 20 mg. dos veces por día.

Sulindac (LINDORIL), 200 mg. dos veces por día.

Tolmetin (TOLECTIN), 400 mg. tres veces por día. (4), (11)



EL ACETAMINOFEN ES UN DERIVADO DEL AMINOFENOL, TIENE UNA POTENCIA ANALGESICA Y ANTIPIRETICA COMPATIBLE CON LA ASPIRINA Y VIENE EN PRESENTACIONES PEDIATRICAS CON GOTERO PARA FACILITAR LA ADMINISTRACION EN NIÑOS PEQUEÑOS.



d) Indometacina: Este analgésico antiinflamatorio suele reservarse para dolor de espondilitis anquilosante, artritis gotosa aguda y ostiartritis de cadera. La dosis usual es de 25 mg. dos a cuatro veces por día; si se tolera, se aumenta hasta no más de 200 mg. diarios. Efectos indeseables, exantema medicamentoso gastrointestinal, diarrea, náuseas, vómito, úlcera péptica, hemorragia gastrointestinal, diarrea, retención de líquido e insuficiencia renal. No se administra a pacientes con trastornos psiquiátricos, epilepsia y parkinson, puede agravarlos. (6), (11)

e) Carbamacepina (TEGRETOL): Este compuesto tridicíclico eficaz en pacientes con neuralgia del trigémino y en algunos casos puede causar remisiones prolongadas. (11)

#### DERIVADOS DE LAS PIRAZOLONAS

Los antipiréticos analgésicos y antiinflamatorios no salicílicos son drogas todas de origen sintético, que corresponden a una serie de grupos químicos de acción

prolongada y probablemente más poderosos en los padecimientos reumáticos que en la aspirina, pero también son más tóxicos.

Los derivados de las pirazolonas son:

Antipirina.

Aminopirina.

Fenilbutazona.

Oxifenbutazona.

Dipirona.

Antipirina. Ya no se utiliza debido a que ejerce la misma acción que los salicilatos.

Aminopirina. Tiene propiedades analgésicas, antipirética y antiinflamatorias, está indicada para casos de fiebre duradera. (4), (5), (16)

Fenilbutazona (BUTAZOLIDIN): Derivado de las pirazolonas. Analgésico antiinflamatorio potente, no salicilicos de origen sintético y suele reservarse para tratamiento del dolor por artritis gotosa, espondilitis, anemia hemolítica, necrosis hepática y renal, y dermatitis exfoliativa, por lo que se limita a exclusivamente trastornos agudos a corto plazo. Dosis recomendada: 300 a 400 mg. por día o menos, divididos en varias dosis. Si no hay mejoría en una semana deberá suspenderse. (4), (6)

Oxifenbutazona. Se considera analgésico, antipirético y antiinflamatorio. Los efectos tóxicos incluyen retención de sodio y edema, boca seca, náuseas y vómito. Su uso es en la

artritis reumatoide y se recomienda dosis bucal de 100 mg. tres veces al día. (4), (6)

Dipirina. Derivado de la pirazolona, aplicación como antiinflamatorio, se absorbe por el tracto digestivo, las concentraciones séricas máximas se alcanza en 1 a 2 horas. La vida media varía entre 7 y 8 horas. La mayor parte del fármaco es metabolizado y eliminado en la orina. La dipirona puede agravar la tendencia hemorrágica o la deficiencia de protombina. (4), (6)

#### ANALGESICOS NARCOTICOS.

Los analgésicos en particular los narcóticos pueden hacer imposible la detección de síntomas de padecimientos graves, tanto agudos como crónicos. (4), (6)

Los analgésicos narcóticos pueden formar farmacodependencia. Por lo que se recomienda disminuir la dosis diaria tan necesaria. Se desarrolla tolerancia al fármaco, disminuyendo el efecto analgésico, de tal forma que se necesita aumentar la dosis o usar otros analgésicos. (6)

El único alcaloide que se usa en odontología infantil es el fosfato de codeína. Es sólo 20 veces menos eficaz que la morfina. Generalmente, la morfina de gran potencia y capaz de producir adicción se reserva para dolores intolerables, que ocurren muy rara vez en los niños. (4)

El uso más amplio de los opiáceos sintéticos es la

FARMACO	EFICACIA ANALGESICA	EFICACIA ANTIINFLAMATORIA	DOSIS DIARIA	ELIMINACION
ASPIRINA	++	+ + + +	5g o más	METABOLISMO HEPATICO RELACIONADO A LA DOSIS. EXCRECION URINARIA DE SALICILATO LIBRE DEPENDIENTE DEL pH.
INDOMETACINA	+ +	+ + + +	25 a 150 mg	METABOLISMO HEPATICO. RECIRCULACION ENTEROHEPATICA. EXCRECION RENAL. 10-20% NO MODIFICADO.
FENILBUTAZONA	+ +	+ + + +	200 a 400 mg	METABOLISMO EXTENSO Y LENTO EN HIGADO. EXCRECION RENAL LENTA DE METABOLITOS ACTIVOS ALGUNOS.
SULINDAC	+ +	+ + +	200 a 400 mg	METABILISMO HEPATICO. RECIRCULACION ENTEROHEPATICA. METABOLITO ACTIVO. EXCRECION POR HECEAS.
IBUPROFENO	+ +	+ +	1200 a 1600mg	METABOLISMO HEPATICO
KENTOPROFENO	+ +	+ + +	100 a 200 mg	METABOLISMO HEPATICO
NAPROPENO	+ +	+ + +	375 a 750 mg	METABOLISMO HEPATICO Y EXCRECION RENAL. 10 % NO MODIFICADO.
A.MEFENAMICO	+ +	+	750 a 1500 mg	METABOLISMO HEPATICO Y EXCRECION RENAL.
A.FLUFENAMICO	+ +	+ +	400 a 600 mg	METABOLISMO HEPATICO. EXCRECION RENAL. 21 % NO MODIFICADO

PROPIEDADES DE LOS PRINCIPALES AGENTES ANTIRREUMATICOS

FARMACO	PUEDA INTERACTUAR CON	RESULTADO POSIBLE
ANTICOAGULANTES ORALES	ASPIRINA	NO SON DE IMPORTANCIA LOS SALICILATOS PARA EL CONTROL DE LOS ANTICOAGULANTES, PERO DEBEN VIGILARSE PORQUE AUMENTAN EL RIESGO DE SANGRADO AFECTANDO LA FUNCION PLAQUETARIA.
	FENILBUTAZONA	PROLONGAN IMPORTANTEMENTE EL TIEMPO DE PROTROMBINA Y EL RIESGO DE HEMORRAGIA.
AGENTES HIPOGLUCEMIANTES ORALES	ASPIRINA	SE PUEDE INCREMENTAR LA ACTIVIDAD DE LAS SULFANILUREAS CON DOSIS GRANDES DE ASPIRINA
	FENILBUTAZONA	INCREMENTO PROBABLE DE LA ACTIVIDAD HIPOGLUCEMIANTE
FENTONINA	FENILBUTAZONA	PUEDA EN ALGUNOS CASOS INCREMENTARSE LA CONCENTRACION PLASMATICA DE FENTONINA.
BLOQUEADORES ANTIADRENERGICOS (EJ. GUANETIDINA)	FENILBUTAZONA	PUEDA ANTAGONIZARSE EL EFECTO ANTIHIPERTENSIVO Y PERDERSE EL CONTROL DE LA PRESION SANGUINEA.
ANTIACIDOS	ASPIRINA	LOS ANTIACIDOS AUMENTAN NOTABLEMENTE LA EXCRECION URINARIA DE SALICILATO Y ALTERAN LOS NIVELES SANGUINEOS DE ESTE.
PROBENCID	INDOMETACINA	AUMENTAN LA CONCENTRACION PLASMATICA DE INDOMETACINA Y ALIVIO DEL DOLOR.

INTERACCIONES CLINICAS IMPORTANTES DE FARMACOS EMPLEADOS EN REUMATISMO.

meperidina, que frecuentemente ha sido usada como premedicación para odontología operatoria, sola y en combinación con prometacina. Al igual que la morfina, es un depresor del sistema nervioso y presenta peligro de sobredosis, y estos peligros son estimulación cerebral, taquicardia, desorientación, espasmo muscular y depresión respiratoria. Es relativamente eficaz cuando se toma por vía bucal. Los narcóticos actúan elevando el umbral del dolor por depresión de la corteza cerebral, del hipotálamo y de los centros medulares. (4), (6)

#### ANALGESICOS CON CAPACIDAD POTENCIAL O MODERADA PARA PRODUCIR TOXICOMANIA

a) Codeína: Es farmacológicamente similar a la morfina, pero menos potente. La codeína disminuye el reflejo tusígeno y también la motilidad intestinal (estreñimiento). Para alivio de grados moderados de dolor. Es menos activa y causa menos reacciones indeseables (urticaria, náuseas, vómito, prurito, dermatitis) que la morfina.

La dosis de fosfato de codeína es de 8 a 65 mg. por vía bucal o subcutánea cada tres a cuatro horas según se necesite. Si 65 mg. es una dosis ineficaz se debe emplear otro fármaco. (6), (11)

En dosis que van de 8 a 65 mg. se usa en combinación con una aspirina o acetaminofén para producir un efecto

mayor. La dosis es una tableta por vía bucal de tres a cuatro veces por día según sea necesario.

b) Propoxifeno (DARBON): El propoxifeno se encuentra sólo en dosis de 32 y 55 mg. es algo más eficaz que la aspirina combinado 65 mg. con aspirina fenacetina y cafeína. Estas drogas son eficaces pre y pos operatoriamente para el control del dolor. El propoxifeno se absorbe adecuadamente por vía oral y parenteral. Las concentraciones plasmáticas se detectan en una hora y el valor máximo en dos horas, la vida media es aproximadamente de tres y media horas. La acción analgésica del propoxifeno se ejerce sobre el sistema nervioso central. (2), (11)

Administrado en dosis de 30 a 65 mg. por vía bucal cada 6 horas según sea necesario, tiene más o menos la misma potencia analgésica que la aspirina. Tiene estructura química parecida a los narcóticos, pero menos potente y puede producir dependencia. Es un medicamento controlado. (2), (11)

c) Opioides agonistas-antagonistas: Tienen propiedades parecidas a la morfina y a los antagonistas narcóticos. Aparece tolerancia más lenta a los analgésicos agonistas-antagonistas que a la morfina. (11)

Farmacodependencia baja. La sedación es un efecto colateral común; puede presentarse vértigo, náusea y vómito. La pentazocina puede causar reacciones psicotomiméticas y ulceración de la piel y miopatía fibrosa en los sitios de

inyección cuando se usa por tiempo prolongado.

Dosis: Butorfanol (STADOL) de 1 a 2 mg. por vía intramuscular o intravenosa cada cuatro horas según se requiera. (16)

Nalbufina (NUBAIN) 10 mg. por vía intramuscular o intravenosa cada tres a seis horas según se requiera. (6)

Pentazocina (TALWIN). Es un analgésico mayor y es un medicamento no narcótico. Se usa en dosis de 30 mg. por vía intramuscular, intravenosa o subcutánea cada tres a cuatro horas según se requiera. (6)

#### ANALGESICOS CON GRAN CAPACIDAD PARA PRODUCIR TOXICOMANIA

Los analgésicos narcóticos alteran la percepción del dolor por su efecto sobre el sistema nervioso central. Indicados para alivio del dolor muy intenso que no se controla con medicamentos no narcóticos, o cuando no se alivia con salicilatos (Dolor visceral). (11)

Los narcóticos son moderadamente sedantes en dosis pequeñas; dosis mayores producen sueño, estupor y depresión de la respiración. Los fármacos adyuvantes como aspirina, acetaminofén y antidepresores pueden estimular al efecto de los medicamentos narcóticos y reducir las dosis necesarias para controlar el dolor. Producen dependencia. Con excepción de la codeína no debe usarse para padecimientos crónicos a menos que sea un padecimiento terminal. (11)

DRUGA	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA DIARIA	DOSIS P/ADULTO
MORFINA SO4	INTRAMUSCULAR BUCAL	4-6 4-6	10-0 mg 15-0 mg
MEPERIDINA HCL	INTRAMUSCULAR BUCAL	4-6 4-6	50-100 mg 50-100 mg
CODEINA PO4 a.p.c.	BUCAL BUCAL	6-8 4-6	5-100 mg 1-2 table- tas.
DEXTROPROPOXIFENO HCL	BUCAL	4-6	32-65 mg

DOSIFICACION BASICA PARA ADULTOS DE VARIOS ANALGESICOS COMUNES.  
( ENUMERADOS EN ORDEN DECRECIENTE).

a) Morfina: Es un medicamento narcótico potente, causa depresión del sistema nervioso central, que produce analgesia poderosa además de sedación, euforia e hipnosis: depresión selectiva del centro respiratorio y entorpecimiento o supresión del reflejo tusígeno. (2), (6), (11), (16)

Aumenta la presión intracraneana. Se recomienda en cualquier dolor intenso (dolor de infarto del miocardio y disnea cardiaca grave) ejemplo: edema pulmonar o asma cardiaca, insuficiencia ventricular izquierda, eficaz en dolor crónico de enfermedades terminales. (6), (11)

La morfina posee un uso limitado en Odontología. Se ha usado en ocasiones para disminuir el dolor en procedimientos quirúrgicos importantes, para provocar el sueño, la sedación y para facilitar la anestesia. (6)

La heroína (DIASETIL MORFINA), narcótico potente de acción rápida, con propiedades euforizantes (prohibida su venta). (6)

Contraindicada en: asma bronquial, padecimientos abdominales quirúrgicos no diagnosticados, hepatopatías, hipotiroidismo, morfinitismo, traumatismo craneano, enfermedad de Addison y en cualquier caso en el que haya posibilidad de vómito. Efectos colaterales: depresión respiratoria, choque, náusea, vómito, estreñimiento intenso, urticaria y prurito entre otros. (11)

1. Sulfato de morfina: Uso en odontología es limitado,

en ocasiones para disminuir el dolor en procedimientos quirúrgicos, para provocar el sueño, la sedación y para facilitar la anestesia. Dosis de 8 a 15 mg. por vía bucal o subcutánea. En dolor muy intenso 5 ml. en solución salina o fisiológica por vía intravenosa. (6), (11)

2. Adjuntos de la morfina: Los alcaloides de la bella dona como la atropina y la escopolamina, a dosis de 0.3 a 6 mg. por vía subcutánea administrados simultáneamente con morfina, puede reducir los efectos indeseables. Los tranquilizantes a base de fenotiasina pueden aumentar el efecto sedante de la morfina haciendo posible la administración de dosis menores de morfina. La mezcla Brompton (Morfina y Codeína), para dolor crónico en enfermos de cancer inoperable. Se debe utilizar en dosis individualizadas y con una fenotiasina para prevenir el dolor, conservando las funciones sensoriales. (6), (11)

b) Similares de la morfina: Son equivalentes a la morfina, pero no tienen ventaja alguna. Dosis: hidromorfona (DILAUDID), 1.5 mg.; levorfanol (LEVO-DROMORFAN). 1.5 a 3.0 mg.; oximorfona (NOMORFAN), 1.5 mg. Estas son equivalentes a 10 mg. de morfina vía subcutánea. (11)

c) Metadon: Gran potencial para causar toxicomanía. Los síntomas de abstinencia se aminoran si la metadona substituye a la heroína o cualquier opiáceo. La metadona a dosis de 2.5 a 10 mg. por vía subcutánea o intramuscular es empleada también como un analgésico semejante a la morfina.

Administrada por vía bucal, el medicamento es solo la mitad de efectivo que la morfina; el inicio de su efecto es más lento y más prolongado. (11)

d) Meperidina (DEMEROL): Es un fármaco analgésico narcótico de origen sintético. Químicamente deriva de la fenilpiperidina. Las acciones más importantes se ejercen en el sistema nervioso central. Las dosis terapéuticas producen analgesia, depresión respiratoria, sedación, euforia y otros efectos comparables a la morfina luego de una dosis oral el efecto analgésico comienza a los 15 minutos y llega a su máximo en una hora y va disminuyendo a lo largo de varias horas. El comienzo de la acción después de la inyección subcutánea es más rápido que el de la morfina pero termina más rápidamente. En pacientes ambulatorios puede producir síncope por hipotensión ortostática que mejora al acostar al paciente. (6). (11)

Dosis 75 a 150 mg. por vía oral o intramuscular (no subcutánea) cada tres a cuatro horas, produce analgesia, menos efectos colaterales y menos hábito por la morfina. En niños mayores no debe usarse más de 25 mg. vía oral. No debe de repetirse la dosis a intervalos menores de cuatro horas.

e) Alfaprodina (NISENITIL): Es un medicamento similar a la meperidina, administrada en dosis de 30 a 40 mg. por vía subcutánea o 30 mg. por vía intravenosa, actúa con mayor rapidez que la meperidina o la morfina, pero su efecto dura menos que el de estas. (11)

## OTROS ANALGESICOS DE INTERES

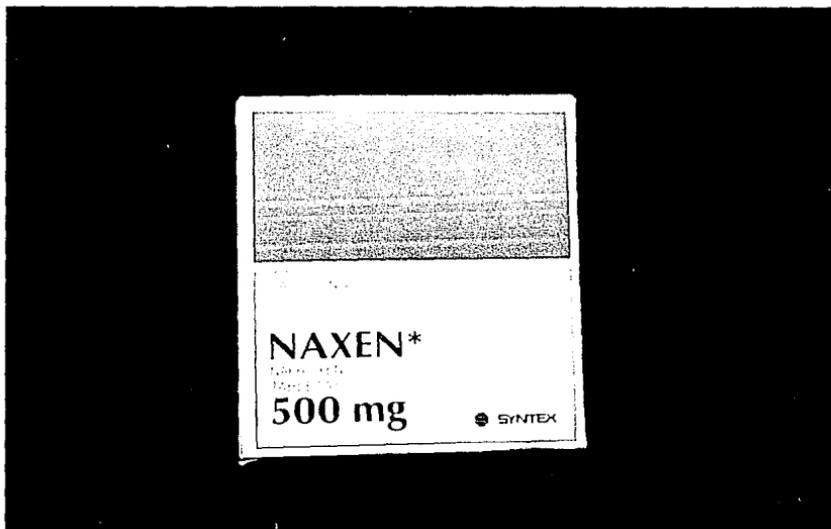
El óxido nitroso y la analgesia relativa de oxígeno son populares. En concentraciones de 40 y 80 por 100, del óxido proporciona analgesia y euforia Langa (1962) y Hogue y Col (1971) obtuvieron buenos resultados en niños. (2)

## ANALGESICOS NO ESTEROIDEOS EN USO DENTAL

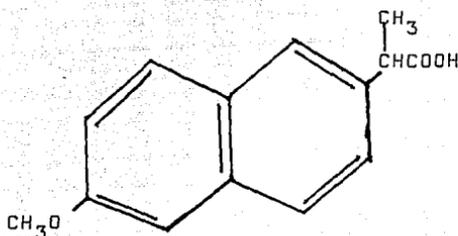
Los analgésicos antipiréticos antiinflamatorios no esteroideos se clasifican según sus usos terapéuticos y clases estructurales. (6)

NAPROXENO. (P) Tiene la ventaja de su vida media relativamente prolongada, de modo que es suficiente la administración dos veces diarias para la terapia antiartrítica crónica. Se recomienda la administración c/8 hrs para el alivio agudo de la artritis gotosa. (4), (6), (16)

La dismenorrea primaria se debe a una excesiva producción de prostaglandinas que provoca contracción muscular e isquemia del útero y que también puede alcanzar otros órganos e inducir diarrea, vómitos y el Ibuprofeno son igualmente efectivos y mejor tolerados que otros agentes esteroideos y son regularmente más efectivos que la aspirina. (4), (6), (16)

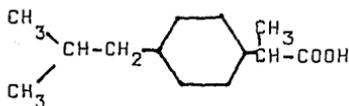


ESTE ES UN EJEMPLO DE LA PRESENTACION COMERCIAL DEL NA-  
PROXENO, ANALGESICO ANTIPIRETICO Y ANTIINFLAMATORIO DE  
USO DENTAL.



NAPROXENO

El Ibuprofeno es útil en la dismenorrea y como sustituto de la aspirina en pacientes con artritis reumatoidea y osteoartritis. Se encuentra en tabletas de venta libre de 200 mg (Adivil, Nuprin, otros) como analgésico y para niños mayores de 12 años, como antipirético. Son de preveer las interacciones medicamentosas con anticoagulantes orales. El ibuprofeno, naproxeno, fenoprofeno, tolmetina y sulindac estaban asociados, en orden decreciente de frecuencia, con alteraciones gastrointestinales mayor que cefalea mayor o igual tinnitus igual erupción. (4), (6), (16)



IBUPROFENO

La tolmetina difiere estructuralmente de los derivados del ácido propionico pero su acción farmacológica es similar además de la aspirina es el único compuesto aprobado para la terapia de la artritis anafilatoideas a este agente. (4), (6)

Es un agente antiinflamatorio, analgésico y antipirético relativamente nuevo. Causa erosiones gástricas y prolonga el tiempo de sangrado. (4), (6)

La dosis inicial recomendada es de 400 mg, tres veces por día. (4), (6)

#### EFFECTOS ADVERSOS DE LOS MEDICAMENTOS

Los efectos adversos pueden ser de diferente tipo y es necesario su reconocimiento a fin de diagnosticarlos y actuar correctamente

Efecto secundario: es una consecuencia indirecta de la acción farmacológica de la droga.

Efecto adverso: es consecuencia directa de las acciones farmacológicas del producto. Ejemplo: constipación como consecuencia de la administración de codeína.

Interacción: es la modificación de la respuesta de la administración de un segundo fármaco.

Alergia (hipersensibilidad): es una respuesta inespecífica, inesperada, anormal y exagerada frente a la dosis usual de un fármaco.

Intolerancia: es un aumento exagerado de los efectos

INTERACCIONES Y EFECTOS ADVERSOS

I. PADECIMIENTO	FARMACO PRESCRITO	INTERACCION Y EFECTO ADVERSO
DIABETES MELLITUS	SALICILATOS FENILBUTAZONA CORTICOIDES PRODUCE	AUMENTA EFECTO HIPOGLUCEMIANTE AUMENTA EFECTO HIPOGLUCEMIANTE HIPERGLUCEMIA
ULCERA PEPTICA	CORTICOIDES, SALICILICATOS	AGRAVAN LA LESION ULCEROSA
GOTA	ASPIRINA	REDUCE EL EFECTO URICOSURICO
HIPOTIROIDISMO	DEPRESORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	MAYOR EFECTO SEDANTE
PORFIRIA	BARBITURICOS	AGRAVACION AGUDA DEL CUADRO
HIPERTROFIA PROSTATICA	NARCOTICOS ANTICOLINERGICOS	OBSTRUCCION URINARIA OBSTRUCCION URINARIA
II. ALIMENTOS		
ALCOHOL	ANTIHISTAMINICOS, BARBITURICOS ANSIOLITICOS, FENOTIAZINAS, PROPOXIFENO	AUMENTA SEDACION Y DEPRESION RESPIRATORIA.

INTERACCIONES Y EFECTOS ADVERSOS

III.MEDICAMENTO. PREVIOS	MEDICAMENTOS PRESCRITO POR EL ODONTOLOGO	INTERACCION
ANTICOAGULANTES CUMARINICOS	SALICILATOS	AUMENTA LA ACCION DE LOS ANTICOAGULANTES
ISOCARBAZIDA	ANALGESICOS NARCOTICOS	AUMENTA EL EFECTO DEL ANALGESICO NARCOTICO
ANTIABIOTICOS ORALES	SALICILATOS FENILBUTAZONA	MAYOR EFECTO HIPOGLUCEMIANTE

del fármaco.

**Idiosincrasia:** es una respuesta inesperada y, en general, exagerada frente a la dosis usual de un fármaco. Ejemplo: estimulación del sistema nervioso central después de la administración de antihistamínicos.

En realidad el dentista debe verificar que la medicación que él indica no genere interacciones u otros efectos adversos ya sea con otros fármacos que recibe el paciente o con ciertos alimentos o bien con padecimientos específicos.(6)

#### HISTORIA CLINICA

Es indispensable realizar un estudio detallado del paciente cuando se presenta por primera vez al consultorio dental, con el fin de evitar cualquier tipo de complicación durante el tratamiento y medicación. Las preguntas deben ser en forma concisa y deben estar impresas en formularios. El profesional debe tomar en cuenta la queja principal del paciente y si se trata de una emergencia se deberá tratar de inmediato en esa primera visita.

Debemos tomar muy en cuenta si el niño esta bajo algún tratamiento médico y preguntar quién es el pediatra que lo atiende, para de ser posible ponernos en contacto con él antes de someter al pequeño a cualquier procedimiento dental, o de recetar fármacos que pudieran interferir con



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AVANCE

FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
U. N. A. M.

HISTORIA CLINICA

DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA

INFORMACION GENERAL

Nombre \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) Fecha \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_ Fecha y lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
 Padre \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
 Domicilio de trabajo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Madre \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
 Pediatra o médico familiar \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Hermanos(as) Nombres y edades \_\_\_\_\_  
 Acompañante o responsable del tratamiento \_\_\_\_\_  
 Motivo de la consulta \_\_\_\_\_

HISTORIA CLINICA MEDICA

Fecha de la última visita del niño(a) a su médico \_\_\_\_\_  
 Razón \_\_\_\_\_  
 Intervenciones quirúrgicas padecidas \_\_\_\_\_  
 Medicamentos que toma regularmente \_\_\_\_\_  
 Problemas en el embarazo y/o perinatales \_\_\_\_\_

¿Ha padecido el niño alguna de las enfermedades siguientes?

	Edad		Edad		Edad
Asma	( ) _____	Sarampión	( ) _____	Fiebre reumática	( ) _____
Paladar hendido	( ) _____	Tosferina	( ) _____	Tuberculosis	( ) _____
Epilepsia	( ) _____	Varicela	( ) _____	Fiebres eruptivas	( ) _____
Cardiopatías	( ) _____	Escarlatina	( ) _____	Otras:	_____
Hepatitis	( ) _____	Difteria	( ) _____	_____	_____
Enf. Renal	( ) _____	Tifoidea	( ) _____	_____	_____
Enfermedad Hepática	( ) _____	Papera	( ) _____	_____	_____
Trastornos del lenguaje	( ) _____	Poliomelitis	( ) _____	_____	_____

¿Ha presentado el niño hemorragias excesivas en operaciones o accidentes? ( ) ( )

¿Tiene dificultades en la Escuela? ( ) ( )

Antecedentes familiares, patológicos y no patológicos \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

U.N.A.M

EXAMEN DENTAL

7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7

Color: Rojo ..... Caries y otras Patosis  
 Rojo y Azul ..... Caries Secundaria

Azul ..... Restauraciones  
 Triángulo Azul ..... Ausente (Extracción o

Triángulo Rojo ..... Ausente (Congénito)  
 Flechas ..... Inclinación del Diente

Cuadrado ..... Sin Erupción  
 Flechas ..... Giroversión de Diente

( - ) ( | | )

( ( ) )

Indica en el cuadro del Odontograma la anomalía que presente por medio de su abreviatura.

Diente Fusionado (Fu) Geminación Dentaria (Gem) Diente Supernumerario (Sn)

Hipoplasia (Hip) en Borde Incisal 1/3 2/3 3/3 Borde Incisal (i) Centro de la

Corona (c) Cervical Solamente (ce)

Diente Traumatizado (Tr) Cerca Exfoliación (CEX)

Movilidad en el Diente (MV)

Inflamación Gingival (PMA)

Tipo de caries: Simple, crónica, aguda, extensiva, severa.

Condición General: Estatura, pelo, piel, presión arterial, color de las uñas, de los dedos, estado emocional, estado intelectual.

Condición Local: Presente de tejidos blandos, Labios, lengua, amígdalas, mucosa oral y de otras áreas.

Observaciones \_\_\_\_\_

### OCCLUSION Y ALINEAMIENTO

1) Línea Media	Normal	Desviado a		2) Planos Terminales	1) Vertical	2) Mesial	3) Distal
		Izq.	Der.		4) Mesial Exagerado	I	II 1, 2
3) Espacios Primates	Si	No		4) Angle			
5) Mordida Cruzada	Si	No		6) Sobre Mordida	Si	No	
7) Traslapo Horizontal	Si	No		8) Mordida Abierta	Si	No	
9) Malposición Dentaria	Si	No		10) Diastema	Si	No	

### HABITOS PERNICIOSOS

1) Sución de dedo	( )	2) Protusión de lengua	( )
3) Morderse el Labio	( )	4) Morderse las Uñas	( )
5) Respirador Bucal	( )	6) Otro: _____	
		_____	
		_____	

### ERUPCION Y DENTICION

1) Secuencia Anormal	_____	Si	No
2) Pérdida Prematura	_____	Si	No
3) Retención Prolongada	_____	Si	No
4) Erupción Retardada	_____	Si	No
5) Falta de Contacto Proximal	_____	Si	No
6) Malposición Dentaria	_____	Si	No
7) Otras Anormalidades	_____	Si	No

Edad Dental \_\_\_\_\_

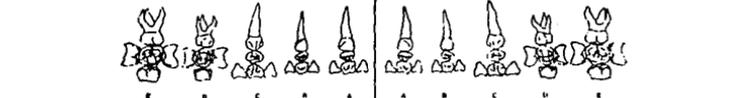
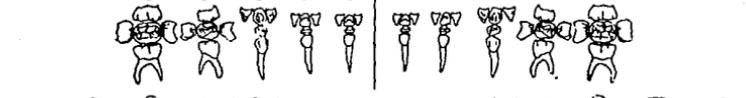
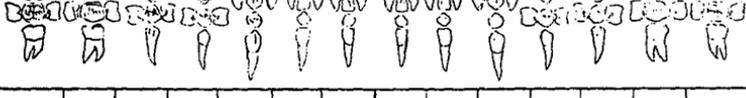
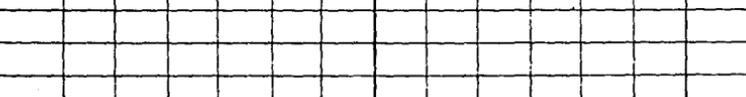
### CONDICION DENTAL GENERAL Y LOCAL

Higiene Oral:	Buena	Regular	Pobre	Placa	Sarro
Localización:	Supragingival _____		Subgingival _____		
Cantidad:	Poca	Mediana		Abundante	
Calcificación:	Buena	Pobre	Hipoplasia, Dentinogenesis Imperfecta		

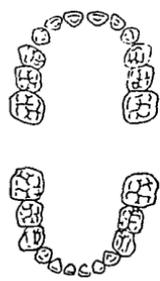
# PLAN DE TRATAMIENTO

Nombre \_\_\_\_\_

Diente	Punto Problema	Método de Instrucción	No. de Veces
Higiene Bucal			
Dieta			

												Orden de Tratamiento
												1
												2
												3
												4
												5
												6
												7
												8
												9
												10
												11
												12
												13
												No. de Citas
												Total

<b>Método de Prevención</b>	
<b>Exámen Periódico</b>	
<b>Cuidado en el Hogar</b>	





una prescripción antagonista, evitando un daño al menor.

Los datos pueden registrarse ordenadamente comenzando por la "Información General"; "Historia Clínica Médica"; "Examen Dental" y "Plan de Tratamiento". (ver anexo # 1).

## EL ARTE DE LA PRESCRIPCIÓN

La prescripción escrita es esencial para fundamentar un tratamiento sobre bases científicas y éticas y con los ajustes individuales para cada paciente; permite eliminar y controlar las bases empíricas en la prescripción y la automedicación. Asimismo, sirve para ajustar las indicaciones evitando los efectos colaterales y la adicción a ciertos fármacos por autoprescripción del paciente. (6)

## CONCEPTOS GENERALES

La descripción requiere:

1. Ser legible y claramente escrita en tinta y sin raspaduras.
2. Indicar edad, nombre y dirección del paciente.
3. Estar debidamente aclarados el fármaco, la forma de presentación y la dosificación.
4. Precisar el número de unidades prescritas prefiriéndose recetar el menor número de ellas o el número mínimo necesario para un tratamiento completo.

5. No dejar ninguna parte de la prescripción librada a una sola indicación verbal. Esta sólo debe apoyar el texto escrito.
6. Omitir abreviaturas latinas y redactar el texto bien claro en idioma español
7. Indicar cada fármaco por separado.
8. Firmar la prescripción con los números de registro legales del dentista debidamente consignados.
9. Registrar en el expediente del paciente la medicación prescrita. (6)

#### ORDEN Y ESCRITURA DE LA PRESCRIPCIÓN

- a) Como primera anotación se presenta la superinscripción que contiene el nombre del paciente, su dirección y la abreviatura Rp, la cual significa "tome usted" del latín "recipe".
- b) La inscripción que comprende los nombres oficiales de las drogas, o más comúnmente hoy, las especialidades farmacéuticas, la presentación y la potencia de las mismas. Las unidades numéricas deben prescribirse de acuerdo al sistema métrico y en números arábigos.
- c) La suscripción que incluye la dirección del farmacéutico, el número de unidades a expender y la dosificación a emplear.
- d) La signa que corresponde a las instrucciones a dar al



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

ANEXO # 2



Rp. \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

PROFESOR \_\_\_\_\_

T-Y-UNA290722-Y \_\_\_\_\_

REG. S. S. \_\_\_\_\_

CED. PROF. \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

paciente.

e) La signatura con la firma del dentista y sus grados profesionales.

Ciertas sustancias como los narcóticos, sólo pueden prescribirse bajo un recetario controlado oficialmente por la Secretaría de Salubridad y Asistencia para lo cual es necesario que el dentista se registre previamente para obtener dichos recetarios. (6) (ver anexo # 2)

#### POSOLOGIA

La posología no debe basarse en guías empíricas ni en cifras aproximadas sino en datos objetivos del paciente y del fármaco. La mejor manera de indicar un fármaco en la práctica se basa en el cálculo de la dosis según el peso o la superficie corporal. Este hecho adquiere mayor importancia en los niños; regla de Clark:

Peso del niño en Kg X dosis adulta

----- = Dosis para el niño

o la de Young:

Edad del niño en años X dosis adulta

----- = Dosis para el niño  
edad + 12

(6)

#### PRESENTACION COMERCIAL DE ALGUNOS ANALGESICOS

Febrax (SINTEX). Tabletas y suspensión.

Fórmula: cada tableta para adultos contiene: Naproxén sódico -275 mg.-, Paracetamol -300 mg.-, Excipiente -c.b.p.-  
Una tableta. Hecha la mezcla cada 100 ml. de la suspensión contiene: Naproxén-sódico 2.5 g., paracetamol 2.0 g., vehículo, c.b.p. 100.0 ml.

El paracetamol es un analgésico no narcótico derivado del para-aminofenol, completamente diferente al ácido acetilsalicílico y a las pirasolonas. Por su rápida absorción en el tracto intestinal baja la fiebre, elimina el dolor y las molestias con rapidez prolongando su efecto hasta por seis horas. La acción analgésica y antitérmica es inducida por una acción selectiva y depresiva del sistema nervioso central, elevando el umbral doloroso sin bloquear cervical.

No deberá administrarse por periodos prolongados. El uso en niños no deberá administrarse Febrax a pacientes

menores de un año de edad. En niños de 1 a 3 años de edad, administrar 1/2 cucharadita de 5 ml. cada 8 horas.

Los niños mayores de 3 años de edad, administrar una cucharadita de 5 ml. cada 8 horas. Tanto en adultos como en niños, el efecto analgésico y antipirético se consigue a partir de la primera hora de haber administrado Febrax juntamente con el tratamiento específico.

Nota: No debe administrarse durante más de 10 días, ni a niños menores de un año. (6)

Prodolina (PROMECCO). Inyectable, tabletas, supositorios, adulto e infantil. Analgésico-antipirético.

Fórmula: dipirona magnesica (antipirininil-metil-amino-metano sulfonato magnésico) 2.150 g. 0.500 g., 1.240 g. 0.500 g.

Acción: Potente analgésico no narcótico que actúa por impregnación neuronal en los receptores periféricos y en el sistema nervioso central.

A nivel de los receptores periféricos.

Actúa en la médula espinal y en el tálamo.

Indicaciones: para el tratamiento sintomático de los procesos que cursen con dolor y/o fiebre como: abscesos periapicales y parodontales, infecciones gingivales, caries avanzada, dolor postextracción, traumatismos, neuralgia del trigémino, cefaleas, dolor en la articulación temporomandibular. En todo tipo de dolor, cualquiera que sea su intensidad, origen, la edad y el estado del paciente.

No debe usarse en pacientes con úlcera gastroduodenal activa, insuficiencia hepática, hepatitis, nefritis, discrasias sanguíneas, insuficiencia cardíaca, oliguria.



Una ampoyeta por vía intravenosa o intramuscular o 1-2 tabletas que podrán repetirse en el día hasta 3-4 veces si es necesario, o un supositorio para adulto o infantil 3 veces al día. (6)

Se recomienda su administración hasta la remisión de los síntomas.

Nota: Su venta requiere receta médica.

Flanax. Cápsulas para adultos e infantes. La

presentación es en supositorio infantil y suspensión infantil. Es un antiinflamatorio con acción analgésica y antipirética.

Fórmula: Cada cápsula infantil contiene: Naproxén sódico, 100 mg. Excipiente, c.b.p. Una cápsula. La suspensión hecha la mezcla contiene: cada 100 ml. Naproxén sódico, 2.5 g. Vehículo c.b.p. 100 ml.

Cada supositorio infantil contiene: naproxén sódico, 50 mg. Vehículo c.b.p. Un supositorio.

El flanax es un agente antiinflamatorio no esteroide con acción analgésica y antipirética, desarrollado por Syntex. No es un depresor del sistema nervioso central y no induce enzimas metabolizantes. Es totalmente soluble en agua y se absorbe rápida y completamente del tracto gastrointestinal después de su administración oral por lo que se obtienen niveles significativos en el plasma e inicio de la desaparición del dolor a los 20 minutos de su administración. Su vida media es de 13 horas. (6)

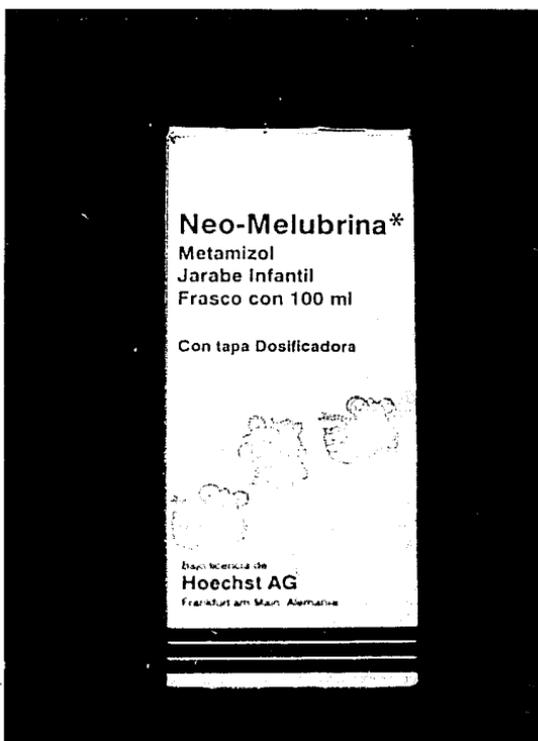
Sus indicaciones son: Infecciones de las vías respiratorias altas (amigdalitis, faringitis, faringoamigdalitis y otitis), infecciones de las vías respiratorias inferiores (bronquitis aguda, bronquitis crónica y brononeumonía), infecciones de las vías génito urinarias (cistitis, uretritis, prostatitis y anexitis), indicaciones periarticulares y músculo esqueléticas y en cirugía traumatológica.

Nota: No debe administrarse a pacientes con úlcera péptica activa, enfermedad gastrointestinal. El Flanax disminuye la agregación plaquetaria y prolonga el tiempo de sangrado.



FLANAX ES UN AGENTE ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDEO CON ACCION ANALGESICA Y ANTIPIRETICA. VIENE EN SUSPENSION Y SUPOSITORIOS INFANTILES.

**NO  
EXISTE  
PAGINA**



EN CASOS DE FIEBRE Y DOLOR LA NEOMELUBRILA ES UN PRODUCTO MUY EFICAZ.

**Neo-Melubrina\***

**Metamizol**

**Supositorios Infantil**

**Caja con 5 supositorios**

Según fórmula original de  
**Hoechst AG**  
Frankfurt, Alemania



**LOS SUPOSITORIOS DE NEO-MELUBRINA INFANTILES CONTIENEN:  
FENIL-DIMETIL-PIRAZOLONA-METILO-AMINOMETANO-SULFONATO-  
DE SODIO.....0.300 g  
EXIPIENTE c.b.p.....1 sup.**



Gangripulpe. Apósito antiséptico y analgésico para el tratamiento de la gangrena pulpar.

La gangrena pulpar no puede tratarse siempre con la desinfección inmediata y la obturación de los canales radiculares. Con la colocación de un apósito desinfectante durante algunos días se obtiene la fijación de los restos pulpares existentes en el delta apical y en los canales aberrantes.

Fórmula: Tricresol, 11 g., Resorcina, 9 g., Fenol, 3 g., Timol, 2 g., Yodoformo, 1 g., Butoformo, 5 g., Exipiente, c.s.p. 100 g.

Presentación: bote de 15 g. Producto exclusivo para odontología. Actúa sobre la infección gracias a sus antisépticos poderosos, combate la reacción dolorosa por la acción conjugada de anestésicos. (6)

El yodoformo es un antiséptico débil y un analgésico. El butoformo es un anestésico de larga duración que refuerza la analgésica del yodoformo.

Nota: Se recomienda en el tratamiento de los canales radiculares infectados a causa de una gangrena pulpar y en el tratamiento de dientes temporales.

Mepacyl. Antiséptico canalar no formolado de amplio espectro y antiinflamatorio.

Fórmula: Acetato de dexametasona, 100 mg., Acetato de metacresil, 25 g., Paraclorofenol, 25 g., Alcanfor, c.s.p. 100 g.

Nota: Producto exclusivo para odontología. Es un líquido fuertemente antiséptico y antiinflamatorio.

La dexametasona, corticoesteroide muy activo, es un poderoso antiinflamatorio. El mepasil es un antiséptico y antiinflamatorio.

Está indicado en todos los casos en los cuales es deseable una atiseptia no irritante. Se utiliza en apósito antiséptico antes de la obturación de los canales. En tratamientos de abscesos periapicales agudos. (6)

#### EJEMPLOS DE ENFERMEDADES EN LAS QUE SE REQUIEREN ANALGESICOS

El Dr. Walton R. realizó un estudio publicado en 1992, publicado por la revista Journal, en el que observó un severo dolor seguido de inflamación ocasionado por el tratamiento de las pulpectomias y tratamientos endodonticos. Siendo los síntomas mas severos la necrosis pulpar con dolor apical severo. Los pacientes fueron tratados con analgesicos. (18), (10)

Se publicó en la revista Compendio de Educación Continua en Odontología un artículo sobre el tratamiento de las manifestaciones orales en la terapia del cancer, en el menciona que por medio de los agentes quimioterapéuticos interfieren con el ciclo de maduración de las células que forman el epitelio.

La estomatitis puede agravarse por la acumulación de



FRECUENTEMENTE SE PRESENTAN CASOS CON PROCESOS INFLAM--  
TORIOS, LOS CUALES REFIEREN DOLOR, POR LO QUE SE RECO--  
MIENDA EL USO DE ALGUNOS ANALGESICOS DESINFLAMATORIOS.



EN MUCHOS CASOS ES NECESARIO REALIZAR PULPECTOMIAS Y PULPOTOMIAS DEBIDO AL PROCESO CARIOSO OCACIONANDO-SE UN FUERTE DOLOR POSTERIOR AL PROCESO.

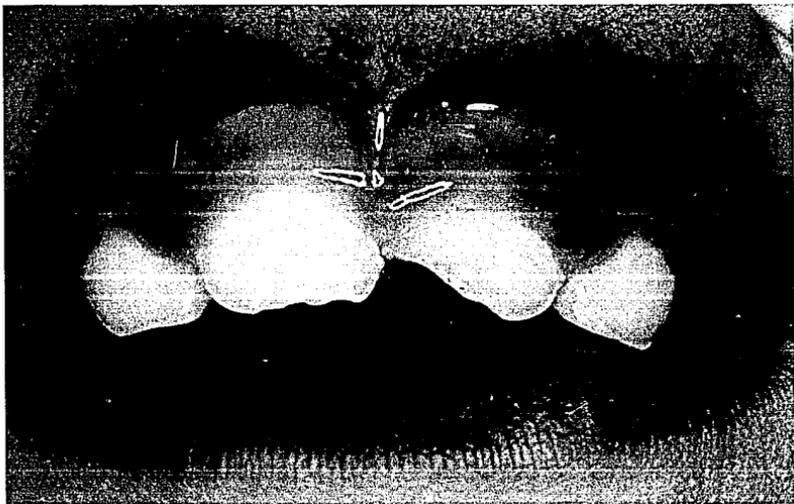
cálculos y placa, restauraciones defectuosas y prótesis dentales.

Esta enfermedad es dolorosa por lo que se requiere de analgésicos por vía sistémica para su alivio. (19)

Una infección causada por el virus Coxsackie A4 es la Herpangina, la cual afecta a niños al final del invierno y comienzo del otoño causando epidemias. Se presenta con síntomas generalizados como fiebre, escalofríos e indisposición; oralmente se presentan úlceras de 1 a 2 mm bilaterales en la faringe posterior, amígdalas, pilares fauciales y paladar blando. En la porción posterior de la boca y faringe, ocurre ruptura de las vesículas ocasionando dolor. Como la herpangina es autolimitante, el tratamiento es de apoyo. Se necesitan analgésicos como el acetaminofen. (7)

En el caso de fracturas pueden ser coronales o radiculares y estas a su vez pueden ser transversales, horizontales, verticales. En todas ellas después del trauma hay una severa inflamación del área afectada la cual es tratada sistémicamente evocando el tratamiento a la inflamación y al dolor provocado, posteriormente se trata de restaurar la fractura con los diferentes métodos como son: ferulización, reparación de la corona con resinas etc. (2)

Las enfermedades periodontales tales como la gingivitis en la que se presentan diferentes grados de inflamación y extensión de tejidos afectados, se describen desde muy leve,



**LAS FRACTURAS SON CAUSA DE FUERTES MOLESTIAS Y SON MUY  
FRECUEENTES EN LOS NIÑOS QUE COMIENZAN A CAMINAR.**



**LAS FRACTURAS CORONALES PUEDEN SER A DIFERENTES NIVELES DE LA CORONA SIENDO ESTAS: FRACTURA DE ESMALTE, DE ESMALTE DENTINA Y ESMALTE, DENTINA Y PULPA.**



**EN OCASIONES LA FRACTURA ES A NIVEL DE RAIZ, ESTAS PUE-  
DEN SER VERTICALES, HORIZONTALES O MIXTAS OCASIONAN  
FUERTES DOLORES E INFLAMACION SE RECOMIENDA EN USO DE  
ANALGESICOS.**

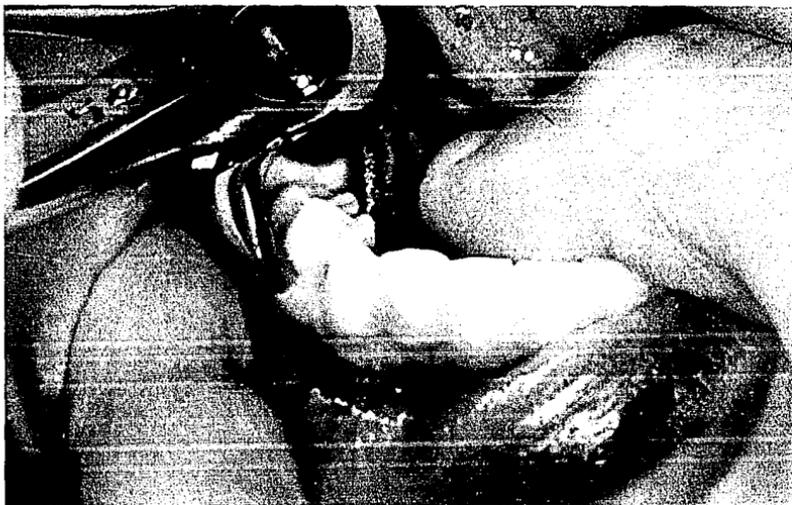
leve, moderado y grave. Afecta los tejidos profundos, la causa de gingivitis pueden ser irritantes locales, traumatismo de los tejidos blandos, maloclusión, respiración bucal y bacterias. Por lo que se recomienda eliminar la causa y disminuir la inflamación y el dolor con el uso adecuado de analgésicos. (2)

En los tratamientos de ortodoncia el movimiento de las piezas dentarias ocasiona un estímulo doloroso severo el cual se puede prevenir y controlar sobre todo en niños pequeños asiendo mas positivo el tratamiento el medicamento de elección es acetaminofen y los agentes antiinflamatorios no esteroideos en pacientes mayores.(14)

Durante las extracciones dentales el manejo del paciente es muchas veces traumatico y finalmente ocasiona inflamacion y dolor por lo que es necesario la prescripción de analgésicos que ayuden a reducir o quitar las molestias presentadas sobre todo durante la tarde y la noche. (8)

Los tratamientos quirurgicos como las extracciones seriadas, extracciones de piezas supernumerarias, extirpación de quistes y otras se requiere para el posoperatorio del uso de analgesicos potentes que eliminen el dolor y la inflamación que se genera por la manipulación dentro de las maniobras y relajando los musculos que se ven afectados durante las mismas.

En la faringitis, estomatitis y amigdalitis tambien el dolor es aliviado por analgésicos.



POSTERIOR A UNA EXTRACCION DENTAL SE DEBE PREVENIR LA INFLAMACION Y EL DOLOR POSOPERATORIO PARA EL CUAL LOS EXISTE UNA GRAN VARIEDAD DE ANALGESICOS.



## EL MANEJO DEL DOLOR MASTICATORIO

Los dolores musculoesqueléticos de la cara que afectan a las articulaciones temporomandibulares o a la musculatura masticatoria se conocen como dolores masticatorios.

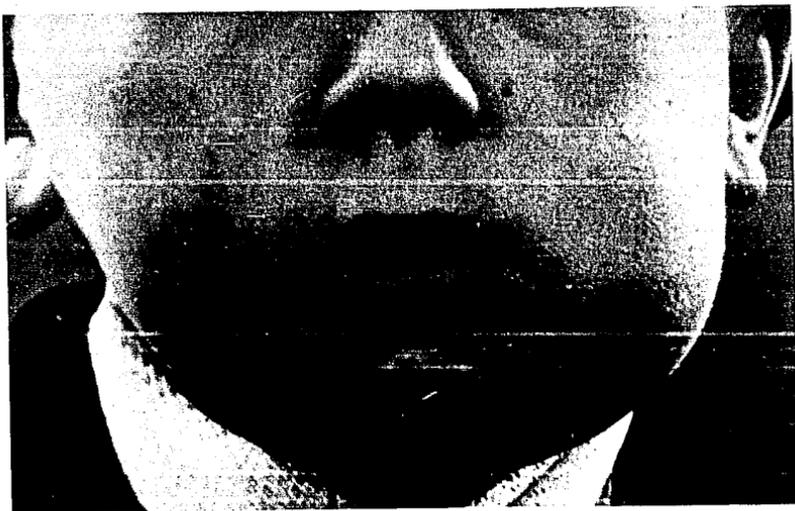
Los orígenes del dolor masticatorio se presenta cuando se estimulan nocivamente los elementos estructurales del sistema masticatorio, iniciando las sensaciones que se transmiten al sistema nervioso central en forma de dolor. Dicha estimulación de las pulpas dentales y las estructuras parodontales son una gran porción del problema del dolor orofacial. El tratamiento de los dolores masticatorios es en ocasiones apoyado por los analgésicos antiinflamatorios y tratamientos específicos incluso el quirúrgico.

El dolor temporomandibular así como la artritis reumatoide se trata sintómicamente con analgésicos y agentes antiinflamatorios, así como relajantes musculares al menos durante un año.

## SINDROMES QUE INCLUYEN DOLOR FACIAL.

Un grupo de signos y síntomas que se presentan juntos y caracterizan una enfermedad es lo que llamamos síndrome.

Los síndromes pueden ser causados por tumores, traumatismos, condiciones congénitas o hereditarias, o pueden ser consecuencia de anomalías genéticas. (21)



LOS TUMORES OCASIONAN FUERTES DOLORES QUE REQUIEREN DEL  
USO DE ANALGESICOS.



**LA INFLAMACION QUE PRESENTA ESTA NIÑA ES OCACIONADA POR  
UN ABSCESO DENTO FACIAL, CAUSANDO CELULITIS.**

## CONCLUSIONES

Como se ha visto a lo largo del presente trabajo, la aplicación del conocimiento farmacológico y de los productos desarrollados por esta especialidad, son muy importantes para el tratamiento del dolor en general. Por lo que toca a su aplicación en la odontopediatría, estos resultan muy útiles, ya que su uso coadyuva de variadas formas, como ya se observó, al tratamiento de los pacientes que sufren molestias.

El discernimiento de los fármacos ayuda al odontólogo a prevenir, controlar y eliminar las posibles molestias ocasionadas durante el tratamiento dental, por una parte, por otra también son utilizadas para aliviar otros padecimientos paralelos, como pudieran ser fiebre, inflamación, infección, etc.

Por lo que toca al tratamiento y prescripción en odontopediatría, como se describió, los analgésicos son

frecuentemente empleados para controlar el dolor. Esto como se explicó es, además de útil, recomendable ya que al reducir con su acción las molestias, evita en pacientes de poca edad el rechazo al tratamiento. El contar con una buena actitud por parte del paciente facilita la labor odontológica en general, y es en extremo necesaria en el tratamiento de niños.

Hemos visto que existe una gran diversidad de analgésicos y ellos se distinguen tanto por su finalidad, como por su presentación comercial. En primer lugar, como hemos presentado, los analgésicos pueden ser de dos tipos, fundamentalmente: narcóticos y no narcóticos; de ellos es importante distinguir su eficacia y su potencia. En segundo lugar, a lo largo del trabajo se mencionó la gran variedad de presentaciones comerciales que existe en el mercado y que por lo tanto son de fácil adquisición y a su vez de autoprescripción, lo que como ya se vió resulta contraproducente, ya que como lo mostró la encuesta realizada con pacientes de la Clínica # 35 de la Facultad de Odontología de la U.N.A.M., muchos padres autorrecetan a sus pequeños sin tener conocimiento de la dosis, frecuencia y potencial del fármaco que administran a sus hijos.

Los resultados que podemos colegir de la encuesta realizada, son muchos y de gran importancia, ya que en algunas ocasiones, quienes no están preparados para recetar, confunden los medicamentos, recomendando o hasta administrando fármacos narcóticos y de gran potencial para producir adicción, incluso las cantidades y/o las frecuencias con que son suministrados son apenas asimilables por los adultos, ocasionando efectos adversos colaterales en los niños.

La publicidad que se hace de los fármacos por los distintos medios de comunicación, muchas veces desorienta y confunde al público, que carente de educación y/o recursos evita la visita al médico y se automedica, por lo que es conveniente advertir los posibles daños que pudiera ocasionar su mala aplicación, es por ello que el médico o dentista debe en su consulta ser muy preciso y explícito cuando receta a su paciente, para que este no confunda las indicaciones que se le dan.

Ante esta realidad social recomendamos la elaboración de, primero, una historia clínica del paciente, lo más completa posible (como la sugerida por el anexo # 1), segundo, al momento de elaborar la receta que se le

proporciona al enfermo, esta debe ser clara y explícita, en donde se indique el nombre del fármaco prescrito, así como la cantidad y frecuencia de su administración.

Por último no nos queda más que destacar lo importante y útil que resulta para el odontólogo el conocimiento de la farmacología para que al momento de recetar sea eficaz, evitando con ello posibles iatrogenias.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) FALAGE, Donald A. -D.M.D.-, The C. V. Mosby Company, Third Edition, Toronto, 1988. 340 pp.
- (2) FINN, Sidney B., Odontología Pediátrica, 4a ed., Editorial Interamericana S.A. de C. V., México, 1991, pp.
- (3) GANONG, William F., Fisiología Médica, 11a ed., Editorial El Manual Moderno, S.A. de C. V., México, 1988, pp.
- (4) GOTH, CLARK, BRATER, JOHNSON, Farmacología Clínica, 12a. ed., Editorial Panamericana, México, 1988, pp.
- (5) HARRISON, THORN, ADAMS, et al, Medicina Interna, 5a. ed. en español, Editorial Prensa Médica Mexicana, México, 1979, 2 Tomos.
- (6) INDEX S.A., Páctica Odontológica Vol. 7, # 11/12, Editorial Index S.A., México, 1987. "Analgésicos" 250-257 pp.; "Fármacos Anticuaagulantes" 268-269 pp.; "Efectos adversos de los medicamentos" 235-236 pp.; "El arte de la prescripción" 237 p.; "Fármacos vasoconstrictores" 270-272 pp.; "Fármacos antirreumáticos" 277-279 pp.; "Reseña de

Productos" 35,38-46, 83-87 pp.

(7) JANDINSKI, John J. -D.M.D-, "Tratamiento de las úlceras orales dolorosas", Compendio, Nueva Jersey, 1983, 29-34 pp.

(8) JONES, M. y CHAN, C., "The Pain and discomfort experience during orthodontic treatment", Journal, Wallis College, 1992, 373-381.

(9) KOPEL, Hugh M., "La farmacodinamia de la premedicación sedativa en odontología pediátrica", Acta de Odontología Pediátrica, Santo Domingo, Vol. 4, # 2, Dic. 1983, 33-39

(10) GARCIA-GODOY, Franklin, "Clinical evaluation of glutaraldehyde pulpotomies in primary teeth", Acta de Odontología Pediátrica, Santo Domingo, Vol. 4, # 2, Dic. 1983, 41-44 pp.

(11) KRUPP, Marcus A., Diagnóstico Clínico y Tratamiento, 21a ed. Editorial Manual Moderno S.A., México, 1986, 1229 pp.

(12) LITTLE, James W. -D.M.D.; M.S.-, Dental Magnament, Mineapolis, Minesota.

(13) KUTSCHER, A., et al., Terapéutica Odontológica, 2a. ed.

Editorial Interamericana, México, 1985, pp.

(14) SIMMONS, R.E. y BRANDT, M., "Control of Orthodontic Pain", 8-10 pp. Dental Association, Indiana, U.S., Julio-Agosto 1992.

(15) SIMMONS, K.I. y BRANDT, M., "Control of Orthodontic Pain", University of North of Carolina at Chapel Hill, Julio-Agosto 1992.

(16) TREJO SERRANO, Rafael, Farmacología y Terapéutica Estomatológica en Clínica Integral, Méndez Editores, México, 1992, pp.

(17) TRIGER, Norman, "Control del dolor" 21-27 pp., Quintessence Books.

(18) WALTON, R. y FOVAD, A., "Fare ups: a prospective study of incidence and related factors" 1-7 pp. Endodontic interappointment, University of Iowa, College of Dentistry, Iowa, U.S.

(19) WILLIAM, Carl -D.D.S.- "Tratamiento de las manifestaciones orales de la terapia del cancer; parte II: Quimioterapia", 37-43 pp. Memorial Institutes, Bufalo, New York, U.S.

(20) British Medical Journal, Vol. 306. 227-233 pp.

(21) Alling, Charles C. Dolor facial, Ed. Limusa, México, 1987, Tomo III.

(22) Equipo Multilibrio, Enciclopedia Juvenil, s/a, Editorial Norma, México, Tomo 3, "El Cuerpo Humano".