



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

MANEJO QUIRURGICO DEL PACIENTE CON PARALISIS CEREBRAL (BAJO ANESTESIA LOCAL Y GENERAL)

TESINA QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: CIRUJANA DENTISTA PRESENTA: LIZBETH FIGUEROA SANCHEZ MONICA ALCANTARA CONTRERAS

DIRECTOR: C.D. ROCIO GLORIA FERNANDEZ LOPEZ.

ASESOR: C.D. GABRIEL LORANCA FRAGOSO



MEXICO, D. F.

1999.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Deléitate así mismo en el Señor , y el te concederá las peticiones de tu corazón.
Encomienda al Señor tu camino y confía en el ; y el hará.

Salmo 37.

ACÉRCATE

Señor , acompaña a los discapacitados
en sus aflicciones .
Ellos son despreciados,
ignorados, evitados.
Ellos soportan pesadas cargas.
Ellos enfrentan los mismos problemas que
los otros
pero sin los mismos recursos.
Protégelos del daño y el dolor.
Apoya su confianza y fortaleza.
Ayúdales a encontrar satisfacción
en lo que pueden hacer.
Haznos más sensibles a sus necesidades,
mas dispuestos a acercarnos a ellos.
AMÉN.*

La grandeza de un ideal no es alcanzarlo,
sino luchar por el.
Alcanzarlo es sólo una recompensa.

Juan José Medina.

AGRADECIMIENTOS

A las instituciones:

Instituto Nacional de Pediatría (INP)

Asociación Propersonas con Parálisis Cerebral.(APAC)

Por permitir el uso de las instalaciones para la realización del video.

A los doctores:

C.D. Gerardo Elías Madrigal.
Adscrito del Servicio de Estomatología Pediátrica.

C.D. Eduardo de la Teja Angeles
Jefe de Servicio de Estomatología Pediátrica.

C.D. Jorge Téllez Rodríguez.
Adscrito del Servicio de Estomatología Pedíatrica.

C.D. Susana Cadena G.
Adscrita del Servicio de Estomatología Pediátrica

C.D.Héctor Caspeta Gómez.
Director de Estomatología de APAC.

C.D. Orlando Escalante.
Odontopediatra.

Por su apoyo, ayuda y brindamos todas las facilidades para la elaboración de ésta tesina.

A nuestro Asesor:

C.D. Gabriel Loranca Fragoso

Por su dirección y paciencia durante el seminario,
y la elaboración de ésta tesina.

A nuestra Directora:

C.D. Rocío Gloria Fernández López

Por creer en nosotras, por su apoyo
y la confianza que depositó en
nosotros al compartir su valioso
tiempo y su gran experiencia.

DEDICATORIAS

A MI PADRE:

Por alentarme siempre a seguir,
dándome su confianza, comprensión y
apoyo. Gracias papá.

A MI MADRE:

Gracias por ser mi siempre amiga y compañera.

A MI HERMANO:

Por su ayuda, por escucharme,
por reír conmigo y por cuidarme siempre.
. Gracias Esau.

A ALAN :

Por los gratos y felices momentos
y porque siempre estás ahí cuando te necesito.
Gracias.

A MI COMPAÑERA Y AMIGA:

Mónica Alcántara , por su apoyo, paciencia y dedicación . Gracias.

Con cariño

Lizbeth Figueroa Sánchez.

DEDICATORIAS

A DIOS:

Gracias Señor, por permitirme que siga teniendo fé en ti.

A MIS PADRES:

Manuel Alcántara Martínez

Gracias papá, por seguirme queriendo tanto, comprenderme y apoyarme durante toda mi vida, tu sabes cuánto te amo.

Josefina Contreras Zavala.

Gracias mamá, por tu amor, comprensión, compañía y paciencia cuando más te necesito, no sé que haría sin ti.

A MI HERMANA:

Ana María Alcántara Contreras

Por ser la mejor de las hermanas y dar siempre algo para mí sin pedir nada a cambio.

A MI ABUELITA:

María Zavala González.

Por ser mi segunda mamá.

AL C.D. JUAN CARLOS ORTIZ F.

Por ser mi maestro en la vida profesional.

A LIZBETH FIGUEROA SANCHEZ

Por darme la oportunidad de conocer a una amiga más, gracias por tu ayuda y paciencia durante todo el seminario, y sobre todo por aceptar ser mi compañera en la elaboración de ésta tesina y video.

A TODOS MIS PROFESORES

En especial a la profesora **Ma. del Carmen Lamelro y Morales** por mi formación como estudiante y todo lo que aprendí de usted.

A TODOS LOS PACIENTES:

Por permitimos cada día aprender de ellos.

A MIS TIOS:

Enrique Contreras Zavaia

Gracias por siempre poder contar contigo, por tu gran ayuda y consejos durante toda mi carrera, te quiero mucho.

Rosa Elena Guerrero Mancera

Por tus consejos, ayuda, paciencia y ejemplo, gracias por ser tan buena conmigo y quererme tanto como yo a ti.

Rosario Alcántara Martínez +

Por tener tantos lindos recuerdos de ti.

Bertha Alcántara Martínez

Por tu ejemplo y consejos.

Nemesio Contreras Zavala

Por ser un tío tan bueno.

A MIS PRIMOS:

Becky, Maury, Araseli, Eduardo, Lupita y Bertha Patricia
Por quererme y ser mis segundos hermanos.

A MI PRIMO:

Dr. Daniel Millán Alcántara.

Porque gracias a ti y a tu ejemplo logré tomar una decisión tan importante como ser Cirujana Dentista y aunque estés lejos sé que siempre cuento contigo.

A MIS AMIGOS

Yazmin, Adriana, José Luis, Guillermina, Roberto, Dónovan, por brindarme su amistad, hacer que conozca más a Dios y estar siempre cerca de él (Yaz), apoyarme y estar ahí cuando más los necesito.

A LOS SRES:

Manuel Ordáz Díaz

Genoveva Alexanderson Rodríguez

Porque sé que siempre podré contar con ustedes y que ojalá consideren a esta tesina como la de una hija que toda vía lucha por ser feliz y por ser mejor cada día.

INDICE POR TEMAS

■ Introducción

■ Objetivos.

-Objetivo general.

-Objetivos particulares

■ Definición.

■ La disfunción motora.

■ Etiología.

■ Cuadro clínico.

-Problemas bucales mas frecuentes que presenta el paciente con parálisis cerebral.

■ Clasificación.

■ Diagnóstico temprano en las anomalías del desarrollo en el sistema motor.

■ Valoración del paciente.

-Anamnesis

- * Datos de filiación.
- * Motivo principal de la consulta.
- * Antecedentes personales.
- * Antecedentes familiares.
- * Historia de la enfermedad actual.
- * Anamnesis por aparatos.

-Exploración clínica.

■ Manejo preoperatorio.

- Comportamiento del odontólogo hacia el paciente.
- Relajación muscular.
- Manejo del paciente en el sillón dental.
- Revisión dental.

■ Criterios para la elección del procedimiento anestésico .

■ Manejo transquirúrgico.

-Bajo anestesia local.

- * Maniobras preanestésicas comunes.

-Bajo anestesia general.

- * Etapas de la anestesia general.
- * Propiedades físicas y farmacológicas de un agente anestésico.

■ Valoración preanestésica del paciente.

-Valoración del paciente.

- * Métodos de anestesia general.

⇒ Analgesia central mediante peróxido de nitrógeno oxígeno.

⇒ Anestesia de inducción mediante inyección I.V.

⇒ Neuroleptoanalgesia.

⇒ Anestesia disociativa.

⇒ Narcosis endotraqueal.

- * Complicaciones durante la narcosis.

■ Manejo postoperatorio.

■ Conclusiones.

INTRODUCCIÓN.

El objetivo de elegir el tema del paciente con parálisis cerebral es simplemente para dar una visión mas amplia sobre el manejo de pacientes con discapacidad en el consultorio dental o bién en el quirófano según sea el caso.

La sociedad en la que vivimos, limita el desarrollo personal y social de aquellos pacientes que sufren de alguna discapacidad, en este caso aquellos que padecen de parálisis cerebral.

El material didáctico que utilizamos para la ilustración de este trabajo, nos muestra dos diferentes técnicas de control asi como de anestesia del paciente con parálisis cerebral.

Ambas técnicas aunque con el mismo fin difieren en su principio.

En una de la técnicas se maneja al paciente bajo anestesia local y con la ayuda de restrictores tanto mecánicos como humanos, a diferencia de la otra la cual funciona bajo anestesia general y con la inutilización de restrictores durante el acto quirúrgico, aunque si se llegan a utilizar algunos mecánicos de brazos y piernas durante el tiempo postoperatorio para evitar que el paciente se lastime.

Creemos en la importancia de que mediante éste conducto dar a conocer a la comunidad odontológica sobre los métodos y el manejo quirúrgico de este tipo de pacientes que aunque no es muy común encontrar estos casos en la práctica diaria, ninguno de nosotros estamos exentos de encontrarlos en una situación semejante. Y que para lo cual , por ética profesional, y por respeto al paciente estemos capacitados para atenderlos en el consultorio dental.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Describir los distintos tipos de manejo para los pacientes con parálisis cerebral que requieran de procedimientos quirúrgicos bajo anestesia local y general.

OBJETIVOS PARTICULARES:

1. Conocer los diversos métodos de restricción bajo anestesia local, en procedimientos quirúrgicos del paciente con parálisis cerebral.
2. Describir los métodos de inmovilización en procedimientos quirúrgicos bajo anestesia general en el paciente con Parálisis Cerebral.
3. Conocer las diferentes técnicas del manejo quirúrgico en el paciente con Parálisis Cerebral, bajo anestesia general y local en dos instituciones (INP y APAC)
4. Conocer los diferentes criterios para la elección del procedimiento anestésico del paciente con Parálisis Cerebral.

MANEJO QUIRURGICO DEL PACIENTE CON PARÁLISIS CEREBRAL (BAJO ANESTESIA LOCAL Y GENERAL.)

DEFINICIÓN.

La parálisis cerebral se caracteriza por una serie de trastornos no progresivos estáticos, causados por un daño cerebral que ocurrió prenatalmente durante el nacimiento o en el periodo posnatal, antes que el sistema nervioso central alcanzar su madurez. El daño cerebral resultante se manifiesta como una malfunción de los centros motores y se caracteriza por parálisis, debilidad muscular, incoordinación, y otros trastornos de la función motora irreversibles.

- Se podría considerar que la parálisis cerebral es parte de disfunciones que se fusionan en el campo de la subnormalidad mental y con la disfunción encefálica mínima en la que se incluyen niños "torpes" que son inteligentes pero presentan problemas específicos de aprendizaje.

Cuando existe disfunción motora en los pacientes afectados con parálisis cerebral, la situación en la que se encuentran los músculos y las articulaciones se debe a la falta de las influencias coordinadoras que provienen del encéfalo, es decir, a una desorganización de los mecanismos neurológicos de postura, de equilibrio y movimiento. Los músculos que coordinan todo esto se vuelven incoordinados y débiles.

BASES ORGÁNICAS DE LA PARÁLISIS CEREBRAL.

Para su mayor comprensión explicaremos la disfunción de las vías motoras de la siguiente manera:

Las vías motoras somáticas están constituidas por motoneuronas que conducen los impulsos desde el sistema nervioso central hacia los efectores somáticos (esto es músculos esqueléticos).

- El principio de la vía final común :

El arco reflejo de tres neuronas, consiste en neurona sensitiva, neurona de conexión (internuclear) y neurona motriz. Adviértanse que hay dos sinápsis en este arco ; la primera entre las terminaciones del cilindro eje de las neuronas sensitivas y de las dendritas de neurona internuclear , y la segunda entre las neuronas del cilindro eje de la neurona internuclear y las dendritas y cuerpos celulares de las neuronas motoras (situadas en el asta anterior de la sustancia gris). Los impulsos que pasan por estos arcos producen muchos reflejos espinales ejemplo: alejar la mano de un objeto caliente.

Este proceso es esencial para entender donde se origina la disfunción motora.

Cualquier trastorno que vuelva incapaces a las motoneuronas del asta anterior para conducir los impulsos también hará que no puedan contraerse las células del músculo esquelético abastecidas por estas neuronas.

Para su clasificación se basa en dos métodos: uno se basa en la localización de sus fibras en bulbo raquídeo, y el otro en su influencia en las

motoneuronas inferiores. El primer método que es el que nos interesa, las divide en vías piramidales y extrapiramidales.

Las vías piramidales son aquellas cuyas fibras se reúnen en bulbo raquídeo para formar las pirámides.

Las vías extrapiramidales son mucho más complejas que las vías piramidales.

Están constituidas por todas las vías motoras desde el cerebro hacia motoneuronas del asta anterior de la médula espinal, salvo las vías corticoespinales (piramidales).

Las fibras de las vías reticulospinales se originan en los cuerpos celulares de la formación reticular del tallo del encéfalo y terminan en la sustancia gris de la médula espinal, sitio en el que hacen sinápsis con las interneuronas que se conectan con las motoneuronas inferiores (asta anterior).

La conducción por las vías extrapiramidales desempeña una parte básica en la producción de nuestros movimientos más grandes y automáticos, porque los impulsos extrapiramidales producen contracciones de grupos de músculos en sucesión o de manera simultánea. En estas acciones musculares ocurren, por ejemplo, al nadar y al andar, de hecho, en todos los movimientos voluntarios normales.

La enfermedad de Parkinson y los padecimientos cerebrales, por ejemplo, pueden interrumpir la transmisión de las vías extrapiramidales inhibitorias desde los ganglios basales hacia los centros inhibitorios bulbares.

Los impulsos facilitatorios predominan de esta manera, y se desarrolla tono muscular excesivo (rigidez o espasticidad). Las lesiones de las motoneuronas superiores (aquellas cuyos axones o cilindroejes se encuentran en las vías

piramidales o extrapiramidales) producen síntomas conocidos como "signos piramidales", de manera notable un tipo espástico de parálisis, reflejos profundos exagerados y reflejo positivo de Babinsky.

En realidad, los signos piramidales son el resultado de interrupción de las vías tanto piramidales como extrapiramidales.

La parálisis se produce por interrupción de las vías piramidales, en tanto que la espasticidad (rigidez) y los reflejos exagerados se deben a la interrupción de las vías extrapiramidales inhibitorias.

La situación en que se encuentran los músculos y las articulaciones en los afectados de parálisis cerebral se debe a la falta de las influencias coordinadoras que provienen del encéfalo, es decir, a una desorganización de los mecanismos neurológicos de postura, equilibrio y movimiento, los músculos que coordinan todo esto se vuelven no coordinados o débiles.

ETIOLOGIA.

Existen varias causas que originan el daño como son:

- Anoxia, hemorragia intercraneal, ictericia neonatal excesiva, traumatismo e infección, toxemia del embarazo, incompatibilidad RH y en algunos casos la causa no esta determinada.

CUADRO CLINICO.

Dentro del cuadro clínico existen tres aspectos que se consideran importantes:

1. Atraso en el desarrollo de nuevas habilidades que pueden esperarse en la edad cronológica del niño.
2. Persistencia de comportamiento infantil en todas las funciones, incluyendo reacciones reflejas infantiles.
3. Presencia de síntomas patológicos de las lesiones de neurona motora superior como hipertonia , hipotonía, movimientos involuntarios y respuesta patológica.

ETIOLOGIA.

Existen varias causas que originan el daño como son:

- Anoxia, hemorragia intercraneal, ictericia neonatal excesiva, traumatismo e infección, toxemia del embarazo, incompatibilidad RH y en algunos casos la causa no esta determinada.

CUADRO CLINICO.

Dentro del cuadro clínico existen tres aspectos que se consideran importantes:

1. Atraso en el desarrollo de nuevas habilidades que pueden esperarse en la edad cronológica del niño.
2. Persistencia de comportamiento infantil en todas las funciones, incluyendo reacciones reflejas infantiles.
3. Presencia de síntomas patológicos de las lesiones de neurona motora superior como hipertonía , hipotonía, movimientos involuntarios y respuesta patológica.

Problemas dentales mas frecuentes que presenta el paciente con parálisis cerebral.

CARIES.

Es muy común encontrar altas incidencias de caries en pacientes con Parálisis Cerebral, ya que la mayoría se alimenta a base de dietas blandas y algunas ricas en carbohidratos como dulces, en recompensa de un buen comportamiento o acción.

HIPOPLASIA DEL ESMALTE.

Se observa con mayor frecuencia en la dentición primaria, sobre todo en aquellos pacientes con historia de prematuréz y bruxismo.

ENFERMEDAD PERIODONTAL.

La gingivitis, siendo la inflamación de las encías, repercute en que mas de tres cuartos de los pacientes paralíticos cerebrales presentan algún grado de gingivitis, siendo la incidencia mas elevada en los niños mayores que en los pequeños.

La enfermedad severa con formación de bolsas ocurre en el 10% de los casos.

Aquellos pacientes cuyos problemas médicos incluyen episodios convulsivos pueden estar ingiriendo algún medicamento del grupo de la dilantina y como resultado de esto se producen casos de gingivitis hipertrófica y una cantidad de afecciones periodontales severas.

La higiene bucal en los pacientes con Parálisis Cerebral, suele ser bastante pobre, el despeje bucal con la lengua, labios, y carrillos, suele ser anormal y deficiente. La deglución también constituye un problema ya que puede existir

déficit en esta lo cual desanima a los padres o al paciente en su perseverancia.

El tipo de dieta puede también estar en contra del despeje bucal ya que los niños, con los músculos de la masticación y deglución afectados, tienden a ingerir alimentos blandos que se tragan con facilidad y que así mismo contienen una proporción muy alta de hidratos de carbono.

MALOCLUSIONES.

Los pacientes con parálisis cerebral tienen una mas elevada incidencia de maloclusión que lo habitual debido a su actividad muscular anormal. Puede relacionarse con el grado de tonicidad de los músculos faciales, masticadores o de la deglución y con la función normal o involuntaria de estructuras que influyen en el movimiento de los arcos dentarios.

CLASIFICACIÓN.

Existen clasificaciones de topografía y de tipos de parálisis cerebral.

Las que se utilizan mas a menudo son las siguientes:

- Cuadriplegia.- Afecta los cuatro miembros.(superiores e inferiores)
- Doble hemiplegia.- Es una expresión usada para designar que los brazos están mas afectados que la piernas, con parálisis suprabulbar congénita.
- Paraplegia.- Afecta ambas piernas.
- Diplegia.- Afecta los cuatro miembros pero mas las piernas.
- Triplegia.- Afecta a tres miembros.
- Hemiplegia.- Afecta a un solo lado del cuerpo.
- Monoplegia.- Afecta a un solo miembro.

Según sus características :

- **Ataxia.-** Trastorno del equilibrio postural y coordinación de la actividad muscular, resultando así dificultad para asir objetos. Sentarse erectos, puede ser difícil para estos pacientes.
- **Tremor.-** Movimientos involuntarios de los músculos que siguen un patrón rítmico regular en que los músculos flexores y extensores se contraen alternadamente.
- **Atonía.-** Implica falta de tono o tensión muscular normal, y se caracteriza por músculos débiles y blandos.
- **Mixtos.-** Cuando existe mas de un trastorno motor esto se encuentra en individuos que presentan daño cerebral mas difuso.
- **Espástica.-** Se caracteriza por un estado de tensión muscular aumentada, que se manifiesta por un reflejo de estiramiento exagerado que se muestra en una mayor contracción del músculo, cuando éste es estirado.
- **Atetósica.-** Hay movimientos incontrolables involuntarios sin propósito y son exagerados cuando el paciente intenta alguna actividad voluntaria del músculo,. Estos pacientes también pueden presentar muecas de los músculos faciales.

DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE LAS ANOMALÍAS DEL DESARROLLO EN EL SISTEMA MOTOR

Para la valoración de las anomalías del desarrollo del sistema motor existen varias maniobras que provocan ciertas posturas y combinaciones de reflejos. Entre las mas habituales están las siguientes:

- La respuesta de moro; es la respuesta del lactante al sobresalto y puede obtenerse al dejar bruscamente de sujetarle la cabeza, manteniéndole con el cuello extendido. Un ruido alto, una palmada sobre la cama o una sacudida sobre una pierna tendrán el mismo efecto, provocando primero una elevación y abducción de los brazos seguidos por un movimiento de abrazo hacia la línea media. Esta presente en todos los lactantes hasta los cuatro o cinco meses de edad, y su ausencia señala la existencia de una profunda alteración del sistema motor.
- La respuesta del paracaídas; manteniéndole en decúbito prono se deja caer al niño en posición horizontal hacia la cama, provocándole una extensión de los brazos como para amortiguar la caída., se obtiene en la mayoría de los niños a los 9 meses. Si es asimétrica, significa la existencia de una anomalía motora unilateral.
- En la maniobra de Landau, si al niño se le mantiene suspendido horizontalmente en posición prona, extenderá el cuello y el tronco y disminuirá la extensión del tronco cuando se le flexione pasivamente al cuello. Esta reacción se presenta hacia los seis meses. Su retraso en un niño hipotónico es indicativo de una lesión del aparato motor.

VALORACION DEL PACIENTE

Antes de ver al paciente por primera vez el odontólogo deberá de buscar información sobre la condición del paciente.

Necesita conocer el tipo de complicación neuromotora y su gravedad cualquier historia de convulsiones, terapia con drogas, otros defectos, sensoriales, (desequilibrio) visuales (para conocer si el paciente puede observar lo que le exponemos) o auditivos (para regular el tono de voz o realizar la anamnesis por medio de un interlocutor) y de estimulación para determinar el grado de inteligencia por medio de preguntas).

ANAMNESIS

Posteriormente procederemos a la realización de la anamnesis:

La anamnesis o interrogatorio comprende los siguientes apartados.

- Datos de filiación.
- Motivo principal de la consulta.
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales.
- Historia de la enfermedad actual.
- Anamnesis sistemática o por aparatos.

1.- Datos de filiación

Nombre, edad, sexo, lugar de nacimiento, profesión, estado civil, y residencia actual.

2.- Motivo principal de la consulta.

Suelen plantearse al paciente o a la persona responsable que por su empleo casi sistemático se han vuelto imprescindibles:

a).-¿Qué refiere? Los trastornos objetivos son rápidamente captados por el médico.

Los subjetivos son referidos y explicados si es posible por el paciente; el profesional deberá esforzarse por interpretar correctamente el lenguaje del paciente, extrayendo el significado de sus términos es decir sin dirigir sus respuestas en caso de que el paciente las pudiera proporcionar.

b) ¿ Desde cuándo? Duración del proceso referido por el paciente o la persona a cargo.

c)¿ A qué lo atribuye ? Con frecuencia, el paciente o la persona a cargo suele relacionar su cuadro patológico con determinados elementos causales, formulando en ocasiones hipótesis patogénicas que pueden resultar útiles al médico.

3.- Antecedentes familiares.

Enfermedades y causas de fallecimiento, de abuelos, padres, hermanos, esposa e hijos, haciendo especial hincapié en la existencia de enfermedades hereditarias, transmisibles, hábitos y consanguinidad.

4.- Antecedentes personales

a) Fisiológicos:

Interrogar al paciente o a la persona a cargo del paciente sobre lo referente a:

- 1.- Nacimiento.
- 2.- Desarrollo y crecimiento.
- 3.- Vida sexual si la hubiera.
- 4.- Alimentación, costumbres y hábitos.
- 5.- Condiciones del ambiente o peristálsis: clima, condiciones de la vivienda que habita, formas de desplazamiento, existencia de hacinamiento (que nos dará un punto clave del comportamiento del paciente), condiciones higiénicas, etc.
- 6.- En mujeres, se debe indagar sobre los antecedentes obstetricoginecológicos: menárquia, climaterio, etc.

b).- Patológicos:

1).-Enfermedades anteriores:

- Enfermedades padecidas en la infancia.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Haremos hincapié en enfermedades que puedan interferir con el manejo quirúrgico o la cirugía en si que se va a realizar : úlcera duodenal, proctitis, insuficiencia hepática o renal, cardiopatías, homeopatías, etc.

2).- Intervenciones quirúrgicas y anestesis generales anteriores. Números y fecha aproximada de las mismas.

3).- Vacunaciones.

4).- Fármacos:

Medicamentos que consume habitualmente y su posología. Alergias medicamentos (penicilinas , antiinflamatorios etc.) y a otros productos (contrastes yodados , polen etc.).

5).- Evaluación psicológica : afectividad nerviosismo falta de atención etc..

Para realizar la evaluación psicológica es necesario crear un clima adecuado que despierte la confianza del paciente escuchando con atención cuanto nos diga y estando en disposición de "perder un poco de tiempo", para lograra su exteriorización sin despertar en el recelos ni temores.

Los antecedentes personales deberán también ser orientados en función de la patología mostrada por el paciente, preguntando selectivamente sobre

procesos que puedan guardar relación con el procedimiento en cuestión en el caso que su nivel intelectual no se encuentre afectado.

En esta fase también indagaremos sobre el tipo de parálisis cerebral que presenta el paciente, los cuidados excesivos por parte de los padres o la persona a cargo, así como la nulidad de éstos.

5.- Historia de la enfermedad actual.

En ella se determina la " edad de la enfermedad", así como la fenomenología subjetiva y objetiva que marcó la transición del estado de salud previa, al de enfermedad; siguiendo después con la evolución del proceso morboso hasta que el paciente acude a nuestra consulta.

La historia clínica no debe ser en ningún sentido un listado impersonal de síntomas, sino que debe ser un relato que muestre el flujo de acontecimientos que marcan la evolución del proceso patológico.

6.-Anamnesis por aparatos.

El médico, a modo de recapitulación hace preguntas al paciente, a sus acompañantes o a ambos, sobre la fenomenología clínica mostrada por aquel, ordenándola por aparatos y sistemas.

EXPLORACION CLINICA

Comprende la exploración del sistema estomatognático.

- a).- Huesos : del cráneo y cara, hioides, clavícula, esternón.
- b).- Músculos: de la masticación, de la degollación y músculos de la expresión facial.
- c).- Articulaciones: alveólo dentarias y temporo mandibulares.
- d).- Ligamentos: periodontales y temporomandibulares.
- e).- Dientes.
- f).- Lengua, labios y mejillas.
- g).- Vasos y nervios relacionados con las estructuras precitadas.
- h).- Glándulas salivales.

Se observará en cada uno de estos elementos, cambios en la forma, tamaño simetría, ubicación, tonicidad, resistencia, movilidad, funcionalidad, dolor, crepitación, desplazamiento, apertura o cierre, discrepancias, color, cantidad, textura, dependiendo del órgano que se trate.

MANEJO PREOPERATORIO.

Después de realizar la anamnesis, la cual se realizara en una sola sesión, se le pedirá al paciente o a la persona a cargo , se le realicen exámenes de laboratorio. Antes de procedimiento quirúrgico ya que de existir alguna anomalía, estos nos marcarán una pauta de los cuidados pre, trans y postoperatorios.

Los exámenes indicados son:

- Biometría hemática.
- Tiempo de sangrado.
- Tiempo de coagulación
- Hemoglobina.
- Tiempo de protrombina.

Así como las radiografías y/o modelos de estudio dependiendo de la cirugía que se lleve acabo. Se podrá dar en las cita subsecuente el diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Para el mejor manejo prequirurgico se llevarán acabo las siguientes pautas:

1. Comportamiento del odontólogo hacia el paciente.

El acercamiento del odontólogo hacia el paciente , deberá de ser amistoso y simpático pero firme y siempre con paciencia, además con confianza, cualquier falla de seguridad es percibida por el paciente y produce una actitud adversa.

Es importante resaltar que la primera revisión intrabucal se lleve a cabo en una cita posterior a la anamnesis, ya que ésto implica el traslado al sillón dental, y por lo tanto un esfuerzo por parte del paciente.

Paciencia y persistencia son de capital importancia y si es necesario hay que establecer varias visitas con explicaciones sencillas

Deberá de ser un trabajo en equipo entre el odontólogo y el paciente, haciendo que éste sea parte y dándose cuenta cabal de ello.

2. Relajación muscular.

Si notamos que aún en citas posteriores el paciente se encuentra tenso, será necesario que el paciente asista a un tratamiento de hidroterapia antes de que se le realice algún tipo de tratamiento dental, esto con el fin de relajar los músculos y así disminuir la tensión.

3. Manejo del paciente en el sillón dental.

Posición del paciente.

Muchos de los pacientes paráliticos cerebrales pueden sentarse en el sillón dental, pero éste deberá inclinarse un poco hacia atrás, de manera que el paciente tenga una sensación de seguridad en cuanto a no caerse hacia adelante, ya que este tipo de pacientes sufren constantemente una sensación de desequilibrio hacia el frente de si mismos.

Para una mayor comprensión de como manejar al paciente paralítico cerebral según su tipo de padecimiento los clasificaremos de la siguiente forma:

- Cuadriplégico.- Como afecta los cuatro miembros, el paciente necesitará de ayuda al sentarse, si es posible, solo para revisión bucal, es mejor realizarla en su silla de ruedas para que el paciente se sienta mas seguro. Es necesaria la presencia de una o mas asistentes para ayudar al control de los movimientos de la cabeza.
- Doble hemiplégico.- En este paciente, los brazos están mas afectados que la piernas, podremos revisarlo en el sillón dental ya que por no tener las piernas afectadas, puede desplazarse con mayor facilidad.
- Paraplégico - Afecta ambas piernas, por ello también necesitará la ayuda para poder trasladarse al sillón dental, y si es posible revisarlo también en su silla de ruedas, para mayor comodidad de éste.
- Diplégico.- Ya que afecta los cuatro miembros pero mas las piernas, se seguirán las mismas pautas que en el paciente cuadriplégico y paraplégico.
- Triplégico.- Como en este paciente están afectados tres miembros, en el caso de que sea un miembro inferior que no esté afectado, este ayudara para su traslado al sillón dental, por el contrario, si se encuentran afectados ambos miembros inferiores, se tratara como al paciente anterior.
- Hemiplégico.- Existe afección de un solo lado del cuerpo, por lo que le será menos complicado sentarse en el sillón dental.

4.Revisión dental.

En algunos pacientes el intento por abrir la boca pueden producir una contracción muscular, pero si el odontólogo lo enseña a hacerlo con presión suave a veces se puede vencer esa contracción.

No hay que poner los dedos entre los dientes en los casos en que los maxilares puedan contraerse, salvo que se use un protector digital metálico, perforando un pequeño orificio con la fresa cerca del borde a un abre bocas metálico, de manera que si se sale el dedo no hay peligro de que se trague.

Los pacientes con parálisis cerebral, suelen presentar problemas dentales que prevalecen mas en ellos que en la población que no presenta este tipo de trastorno, y suelen ser:

-Mayor incidencia de caries , de hipoplasia del esmalte, gingivitis, presencia de maloclusiones, bruxismo intenso, problemas de ATM en un 99.9%, defectos de dicción por dificultad para la articulación de las palabras, desviación de conducto de Warthon.

CRITERIOS PARA LA ELECCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO LOCAL O GENERAL.

Para la realización de cualquier tratamiento quirúrgico, es necesario establecer el uso de anestesia local o general esto va en relación con:

- a) Tiempo de trabajo.
- b) Complejidad del caso.
- c) Tipo de padecimiento del paciente paralítico cerebral.
- d) Edad: pacientes pequeños (de 0 a 2 años).

MANEJO TRANSQUIRURGICO

BAJO ANESTESIA LOCAL.

Para llevar acabo el procedimiento quirúrgico, el odontólogo emplea técnicas anestésicas, cuyo objetivo es el de producir anestesia en el paciente, es decir evitar el dolor.

La anestesia local se logra habitualmente mediante la aplicación de una droga anestésica en la proximidad de los nervios sensoriales, para así prevenir de manera temporal la conducción de los impulsos nerviosos del cerebro.

La anestesia local a pesar de los grandes avances de la anestesia general en las ultimas décadas, sigue teniendo las siguientes ventajas:

- Sigue siendo mas segura que la anestesia general.
- Se trata en general de una técnica sencilla que no impone restricciones al paciente antes o después de su administración.
- Es de menor costo que la anestesia general.
- Por su combinación con vasoconstrictores reduce la hemorragia durante el tratamiento quirúrgico.
- Permite ser administrada a paciente es que no son aptos para la anestesia general.

Antes del procedimiento anestésico local se le debe de explicar al paciente todo el procedimiento, utilizando un lenguaje sencillo y claro. Es importante aclarar que se debe de tomar en cuenta el tipo de parálisis cerebral del paciente y si existe deficiencia mental o no, es el caso de que esta última si existiera, los procedimientos a realizar se le explicarían a los padres o persona responsable del paciente..

La premedicación anterior a la anestesia por punción dependerá del tipo de paciente que se tratará. En algunos casos es un poderoso coadyuvante del éxito de la anestesia. Nos referimos a los tranquilizantes

Por lo general la mayoría de los pacientes pueden comprender el procedimiento que se les va a realizar y así el odontólogo puede emplear anestesia local con este tipo de pacientes y así poder realizar el procedimiento en el consultorio dental.

Como ya se mencionó muchos de los pacientes paralíticos cerebrales pueden sentarse en el sillón dental, pero este deberá inclinarse un poco hacia atrás, de manera que el paciente tenga una sensación de seguridad en cuanto a no caerse hacia adelante, ya que este tipo de pacientes sufren constantemente una sensación de desequilibrio hacia el frente de si mismos.

En esta etapa es indispensable que el paciente se siente en el sillón dental con las pautas mencionadas en el manejo prequirúrgico.

Es necesaria la presencia de una o mas asistentes junto a el sillón para ayudar en el control de los movimientos de la cabeza, manos, y piernas en el caso de que el paciente así lo requiera y en el momento en que el operador realice el acto anestésico.

Si el paciente presenta movimientos incontrolables, podemos contar con otro tipo de métodos de sujeción como son los siguientes :

1. Manejo del paciente a ocho y doce manos, en el caso del paciente cuadripléjico o atetósico donde existen movimientos incontrolables.
2. Manta o red de sujeción.
3. Pedi Grap que sirve para fijar al paciente en el sillón de trabajo.
4. Sabana de sujeción, ésta se dobla en las esquinas para formar un triángulo.

Otro tipo de restrictores que se utilizan en el manejo odontológico del paciente paralítico cerebral, son los abre bocas.

Existen varios tipos de estos como son el bloque de mordida de Mc.Kenson, y el abre bocas extraoral.

La mayoría de las ocasiones el movimiento incontrolable de la cabeza se puede dominar simplemente sosteniendo el mango del abre bocas.

Maniobras pre-anestésicas comunes.

a) Las manos del profesional deberán de ser cuidadosamente lavadas y cepilladas posterior a esto deberán colocarse guantes quirúrgicos.

b) Es conveniente calentar el cartucho de la solución anestésica antes de la punción, intentando que ésta sea indolora, ya que se sabe que el paciente no es sensible a la temperatura de la solución por inyectar, si esta se encuentra entre los 20° y 30° . El método de elección es calentarlo al momento de la aplicación, ya que si se calienta por tiempo prolongado se pueden alterar las propiedades de la solución anestésica.

c) El bisel de la aguja deberá de ser dirigido hacia el hueso, procurando así no lesionar el periostio.

d) Tratar de no infiltrar el anestésico a presión. Hay que mencionar una excepción en la región palatina.

e) Colocar al paciente en el sillón en posición correcta. Al infiltrar el anestésico, es conveniente mantener el sillón inclinado hacia atrás aproximadamente a unos 30°, para mantener la cabeza lo mas abajo posible y así disminuir la posibilidad de que se presente un síncope.

Una vez infiltrada la anestesia se procederá a realizar el acto quirúrgico.

Es importante resaltar que no se deberá forzar ninguno de los miembros a su "posición normal", en el caso que sea de tipo espástico, durante toda la fase transoperatoria.

Es conveniente que el trabajo transoperatorio se realice en el menor tiempo posible, para la mayor comodidad del paciente , asistentes y el operador.

BAJO ANESTESIA GENERAL.

La anestesia general se obtiene mediante la sedación del sistema nervioso central, inducida con fármacos, una disminución de la respuesta a estímulos aferentes en todas las partes del cuerpo, y al mismo tiempo produce inconsciencia y amnesia. Así pues, la narcosis protege a los pacientes frente a la sensación dolorosa y a la vivencia consciente del acontecer operatorio. Al mismo tiempo esta carencia de sensaciones y el estado inconsciente colocan al organismo sin defensa alguna, a disposición del ambiente. Por ello una buena práctica anestésica requiere de la inducción de un estado anestésico controlable y reversible.

Los reflejos protectores conscientes e inconscientes que se observan en el estado de vigilia (inducidos preferentemente por una sensación dolorosa) se pierden durante la narcosis.

Así pues, deberá protegerse al paciente de quemaduras eléctricas, lesiones cutáneas, o nerviosas por compresión, abrasiones corneales, lesiones articulares, o parálisis nerviosas causadas por posiciones anormales y lesiones por alteraciones del medio interno como una vejiga sobredistendida.

Etapas de la anestesia general.

Son cuatro etapas las principales y se divide la tercera etapa, la de anestesia quirúrgica en cuatro planos.

1. Etapa de analgesia.
2. Etapa de delirio.
3. Etapa de anestesia quirúrgica.
4. Etapa de depresión medular con parálisis respiratoria.

1. **Etapa de analgesia.** La primera etapa comienza con la administración del anestésico y dura hasta que se pierde el conocimiento.
2. **Etapa de delirio o excitación.** Esta etapa se extiende desde la pérdida del conocimiento hasta el comienzo de la anestesia quirúrgica. El tono muscular aumenta y la respiración es irregular; hay hipertensión y las taquicardias pueden ser marcadas.
3. **Etapa de anestesia quirúrgica.** La tercera etapa se extiende desde el final de la segunda hasta que se produce el cese de la respiración espontánea. La transición a la etapa tres se efectúa cuando desaparece la excitación y la irregularidad respiratoria de la etapa dos. Esta etapa a su vez puede dividirse en cuatro planos, ordenados en orden creciente de la profundidad de la anestesia. Las principales diferencias en los signos físicos de los diferentes planos se relacionan con el carácter de la respiración, el carácter de los movimientos del globo ocular, la presencia o ausencia de ciertos reflejos y el tamaño de la pupila.
4. **Etapa de depresión medular.** Esta etapa comienza a cesar la débil respiración del plano cuatro y termina con la insuficiencia circulatoria.

Los anestésicos generales, son depresores totales de la función celular con acción reversible y predilección por el tejido nervioso.

Para que estas sustancias anestésicas tengan alguna utilidad propia, deben poseer propiedades físicas y químicas que permitan su fácil transporte hacia el sitio de acción deseado en el sistema nervioso central y fuera de éste. Son indispensables su solubilidad y compatibilidad con la sangre. Aquellos agentes que son gases o vapores de líquidos volátiles, deberán de ser no inflamables, irritantes mínimos o nulos de aparato respiratorio y sin olor desagradable. Los agentes inyectables no deben causar ni dolor ni lesión tisular en el sitio de administración.

Algunos de los principales tipos de anestésicos son: Oxido nitroso, Ciclopropano, Halotano, Tiopental y Ketamina.

El halotano causa hipotensión, el óxido nitroso es incapáz de producir relajación muscular, la ketamina produce delirio o excitación de emergencia que se presenta en el postoperatorio inmediato y los pacientes quedan desorientados, muy inquietos y agitados; a menudo se acompaña de parloteo irracional o de llantos y lamentos descontrolados, sueños vividos o alucinaciones, a menudo contienen temas morbosos y son a color.

El tiopental a altas dosis provoca rápidamente una grave depresión de los sistemas circulatorio, respiratorio y nervioso.

En el manejo anestésico de los pacientes sometidos a cirugía ambulatoria en los cuales se utiliza anestesia general, la asociación mas frecuente de esta es el tiopental- halotano.

El tiopental es un tiobarbitúrico, siendo su molécula altamente lipofílica, después de la administración intravenosa el tiempo de inicio de la acción de sus efectos a nivel del sistema nervioso central, depende principalmente de su elevada liposolubilidad y el valor de su pK (7.6).

La intensidad de los efectos centrales del tiopental, esta en función de la dosis, la cual puede influir en la duración de acción. Un bolo intravenoso de 3 a 5 mg por Kilogramo, produce generalmente pérdida de la conciencia al cabo de 10 a 15 minutos. El metabolismo hepático, aunque lento es una vía de eliminación, puesto que menos de 1% se secreta de forma inalterada por la orina.

El halotano es un anestésico inhalatorio utilizado con mayor frecuencia en pacientes pediátricos. Actúa alterando la actividad neuronal en el sistema nervioso central, corteza cerebral, corteza olfatoria y el hipocampo. En

medula espinal bloquea los potenciales postsinápticos excitatorios, en resumen aunque la acción mas frecuente es la depresión de la transmisión excitatoria, puede prolongarse la sensación inhibitoria. El metabolismo es principalmente hepático, se elimina por la orina y a nivel pulmonar.

Propiedades físicas y farmacológicas de un agente endovenoso ideal.

- 1) solubilidad en agua, estable en solución y tiempo de almacenamiento largo.
- 2) No irritante en su administración.
- 3) Inicio rápido y suave después de administrado.
- 4) Sin reacciones de hipersensibilidad.
- 5) Depresión cardiorespiratoria mínima.
- 6) Degradación rápida a metabolitos inactivos no tóxicos.
- 7) Analgesia con dosis subanestésicas.
- 8) Emergencias rápida y suave , vida media de eliminación corta, y mínimos efectos colaterales.

Valoración Preanestésica del paciente.

Para ser completo, debe incluir:

- a) Valoración y preparación del paciente(preanestesia) .
- b) La selección de agentes y técnicas (narcosis propiamente dicha) .
- c) Cuidados postanestésicos.(postnarcosis) .
- d) Valoración del paciente.

Siempre que sea posible, el cirujano comentará con el anestesiólogo la existencia de algún problema relacionado con el acto anestésico, ya sea relacionado con el estado general del paciente o de índole local (trismus, fracturas, tumores etc.).

medula espinal bloquea los potenciales postsinápticos excitatorios, en resumen aunque la acción mas frecuente es la depresión de la transmisión excitatoria, puede prolongarse la sensación inhibitoria. El metabolismo es principalmente hepático, se elimina por la orina y a nivel pulmonar.

Propiedades físicas y farmacológicas de un agente endovenoso ideal.

- 1) solubilidad en agua, estable en solución y tiempo de almacenamiento largo.
- 2) No irritante en su administración.
- 3) Inicio rápido y suave después de administrado.
- 4) Sin reacciones de hipersensibilidad.
- 5) Depresión cardiorespiratoria mínima.
- 6) Degradación rápida a metabolitos inactivos no tóxicos.
- 7) Analgesia con dosis subanestésicas.
- 8) Emergencias rápida y suave , vida media de eliminación corta, y mínimos efectos colaterales.

Valoración Preanestésica del paciente.

Para ser completo, debe incluir:

- a) Valoración y preparación del paciente(preanestesia) .
- b) La selección de agentes y técnicas (narcosis propiamente dicha) .
- c) Cuidados postanestésicos.(postnarcosis) .
- d) Valoración del paciente.

Siempre que sea posible, el cirujano comentará con el anestesiólogo la existencia de algún problema relacionado con el acto anestésico, ya sea relacionado con el estado general del paciente o de índole local (trismus, fracturas, tumores etc.).

Así mismo el anestesiólogo deberá visitar al paciente antes de la intervención.

La medicación preanestésica debe disminuir la ansiedad sin producir excesiva somnolencia; facilitar una inducción rápida y suave.

Además debe aliviar el dolor preoperatorio si existe, y reducir al mínimo los efectos secundarios indeseables de los agentes anestésicos (sialorrea, bradicardia y vómitos post- anestésicos).

El éxito de estos propósitos requiere generalmente del uso simultáneo de dos o tres drogas, siendo las empleadas con más frecuencia: los hipnóticos, tranquilizantes, opiáceos, anticolinérgicos, y anti-heméticos.

- Métodos de anestesia general.

Los anestésicos generales pueden administrarse por diferentes vías, pero se prefiere la intravenosa o la inhalatoria.

Para la supresión de las sensaciones de dolor y de la conciencia durante las intervenciones odonto-estomatológicas se usan de preferencia los siguientes métodos:

- a).-Analgesia central mediante peróxido de nitrógeno- oxígeno.
- b).- Anestesia de inducción mediante inyección intravenosa de barbitúrico.
- c).- Neuroleptoanalgesia.
- d).- Anestesia disosiativa.
- e).- Narcosis endotraqueal.

a).- Analgesia central mediante peróxido de nitrógeno- oxígeno.

La anestesia por gas hilarante no es ninguna clase especial de narcosis sino que representa el estadio numero uno de una anestesia

general; el paciente experimenta a las primeras bocanadas de una mezcla de gas hilarante 50:50 , una sensación agradable siempre que respire tranquilo y con regularidad. Tal vez sienta al principio una sensación de hormigueo y de calor en las extremidades inferiores, y luego percibe a menudo como si se le fueran durmiendo los brazos y las piernas.

En este estado, el paciente es particularmente sensible a las impresiones acústicas, el paciente oye las palabras que se le dirigen. Este tipo de anestesia por inhalación ofrece una gran ventaja ya que basta suspender el suministro del agente narcótico para obtener una atenuación de la profundidad de la anestesia. El gas hilarante es rápidamente eliminado por los pulmones , debido a su escasa fijación en los tejidos.

b).- Anestesia de inducción mediante inyección intravenosa de barbitúricos.

Cuando la anestesia es por vía intravenosa, la posibilidad de regulación es limitada, la duración del anestésico esta determinada por la velocidad de la inyección , la dosis y la concentración de la solución .

Después de una sola dosis anestésica intravenosa, el paciente pierde la conciencia al cabo de diez a veinte segundos aproximadamente, el paciente comienza a percibir un leve gusto a ajo seguido de bostezos reprimidos y luego un sueño suave y rápido.

La mayoría de éstos anestésicos se metabolizan en el hígado.

La recuperación se caracteriza por un despertar suave y rápido aproximadamente a las tres o cuatro horas después que se dejó de administrar el anestésico. Puede haber hipotensión postural y los pacientes no deben de moverse demasiado rápido.

c).- Neuroleptoanestesia.

Cuando un anestésico narcótico potente se combina con un compuesto neuroleptico se establece un estado de analgesia neuroleptica durante la cual pueden realizarse procedimientos quirúrgicos menores o exploraciones clínicas.

d).- Anestesia disociativa.

El sujeto experimenta un estado de sedación, inmovilidad, amnesia, y marcada analgesia con sensación de disociación con respecto al ambiente.

c).- Narcosis endotraqueal.

Es utilizada en cirugía oral o maxilofacial, cuando la duración de una intervención no sea previsible breve o cuando a pesar de la brevedad de la misma exista el peligro de aspiración (fragmentos dentarios o radiculares, sangre, secreciones o pus), es necesario proceder a la intubación endotraqueal, mediante la cual se introduce directamente el agente anestésico gaseoso.

El curso normal de una narcosis, solamente se consigue cuando las vías respiratorias permanecen libres.

Tras la inducción anestésica, y siempre que el paciente se halle inconsciente en posición de decúbito supino, hallándose por tanto la cabeza en su posición normal, la lengua se haya caída hacia atrás siendo la causa más frecuente de oclusión de las vías respiratorias. Por ello es necesaria la hiperextensión de la columna cervical dirigiendo la cabeza hacia la nuca, si es necesario

ventilar manualmente se introducirá un tubo de mayo; si existen además cuerpos extraños que impidan un libre intercambio respiratorio, estos deberán de ser extraídos.

Cuando la intervención que se va a realizar, debe efectuarse desde el interior de la cavidad bucal la entubación se realizara endonasal, y si la intervención se va a realizar extrabucalmente la entubación endotraqueal se realizará por vía bucal. En ambos casos la entubación deberá de ser realizada por un especialista.

Una vez seleccionados los agentes y técnicas, además de la administración del anestésico se procede a la realización del acto quirúrgico.

Complicaciones durante la narcosis

Las complicaciones durante la narcosis pueden presentarse a causa de un conocimiento insuficiente de los procesos fisiológicos y de su influencia farmacológica, sin olvidar las diferenciadas técnicas actuales de anestesia general y el servicio, no siempre correctamente realizado, de los complicados aparatos para la narcosis y la respiración artificial.

La eliminación total de los anestésicos se realiza a las 24 horas.

La complicaciones mas frecuentes de algunos anestésicos generales son:

Oxido nitroso.

Naúseas , vómitos postoperatorios, alrededor del 15% de los pacientes.

Interferencia en la producción de globulos blancos y rojos por la médula ósea.

Oxida el cobalto de la vitamina B12 y acarrea alteraciones megaloblásticas en la médula osea.

Es un agente débil sin actividad de relajación muscular y los intentos por asegurar su anestesia suficiente pueden acompañarse de hipoxia si se usa por si solo.

La hipoxia preanestésica transitoria también es posible al exhalar grandes volúmenes de óxido nitroso.

El aire atrapado en espacios cerrados puede esparcirse en abdomen, tórax y craneo.

Ciclopropano , Tiopental.

En presencia de hemorragia u otra forma de hipovolemia, inestabilidad circulatoria, sépsis, toxemia, o shock.

La administración de una dosis "normal" de tiopental y ciclopropano pueden traer hipotensión, colapso circulatorio y paro cardíaco.

Halotano.

La anestesia general requiere cierta analgesia supresiva de los reflejos viscerales , y en grados variables, relajación muscular, solo el primero de éstos requisitos se logra por completo con el halotano. Hipotoxemia, hipotensión y arritmias transitorias, son posibles y a veces requieren modificaciones de la técnica anestésica, la depresión respiratoria requiere generalmente ventilación suplementaria.

MANEJO POSTOPERATORIO

Es importante mencionar que en muchas ocasiones el buen resultado de una determinada técnica quirúrgica depende del enfoque correcto del postoperatorio.

Cuando la cirugía se realiza bajo anestesia local, y por consiguiente con pacientes ambulatorios, se adoptaran medidas higiénicas y farmacológicas necesarias para que los procesos de reparación tisular tengan lugar de forma idónea.

Son medidas habituales como el cepillado dental, los colutorios con una solución salina y el frío local, prescribiéndose de forma opcional antibióticos y antiinflamatorios.

Cuando la cirugía se realiza bajo anestesia general, el paciente requerirá habitualmente de hospitalización. Se le dará ayuno anterior a la intervención de seis horas mínimo esto para minimizar el riesgo de broncoaspiración.

Tras cualquier procedimiento quirúrgico el paciente experimentará un proceso de tipo inflamatorio, el cuál podrá ser controlado mediante medidas locales o con fármacos del tipo de los AINE, también se podrá medicar al paciente con antibióticos para evitar una posterior infección de la zona, siendo los de primera elección, las penicilinas naturales por vía intravenosa.

El manejo del paciente con parálisis cerebral durante la recuperación postquirúrgica, se efectúa mediante la colocación de restrictores en pies y

muñecas, esto con la finalidad de evitar que el paciente se lastime a si mismo.

Durante el postoperatorio se evalúa el retorno completo de las funciones mentales , sobre todo en el paciente ambulatorio para así poder juzgar el momento de alta hospitalaria.

La evaluación del despertar en el paciente ha sido motivo de gran preocupación para el anestesiólogo, porque la acción residual del anestésico y de las drogas coadyuvantes deprime en grado variable las funciones vitales del organismo, interfiriendo en los cambios ventilatorios , la eficiencia cardiocirculatoria, la actividad espontanea de los músculos, la conciencia y la actividad refleja.

El grado de conciencia se evalúa por la respuesta al estímulo auditivo , a la respuesta ciliar u otros reflejos ; el retorno de la audición parece preceder al de la visión. Los cambios respiratorios se detectan por la observación de la frecuencia y amplitud de la ventilación. En cuanto a la competencia circulatoria, se observan la frecuencia y las características del pulso periférico con auscultación cardiaca, y toma de la presión arterial.

Se observa también el color de la piel así como también la presencia de alteraciones cutáneas como eritema prurito etc. Así mismo se observa la capacidad motora de la cabeza y los miembros .

CONCLUSIONES

Con el fin de realizar un mejor manejo quirúrgico en el paciente con parálisis cerebral concluimos que:

- 1.- Se tiene que realizar una historia clínica completa para que en ella obtengamos datos importantes, ya descritos.
- 2.- En algunos casos para disminuir la tensión muscular es necesario el uso de una hidroterapia para la relajación de los músculos que estén muy tensionados.
- 3.- Se deben conocer los problemas bucodentales más frecuentes en este tipo de pacientes para que no cause sensación e alarma ante cualquier anomalía que éste presente.
- 4.- No se niega el manejo del paciente con un sólo operador, pero es preferible hacer uso de la técnica a 6 y 8 manos para obtener mejores resultados en el procedimiento.
- 5.- En el caso de que se eligiera la anestesia general ésta debe ser administrada por una persona adscrita para ello, además de realizarla en un quirófano con todos los recursos necesarios.
- 6.- El odontólogo debe conocer todos los métodos del manejo pre, post y trans quirúrgico de este tipo de pacientes.

En este tiempo de mayor toma de conciencia y de programas nacionales par el paciente con parálisis cerebral (CRIT) parece irónico que éste no haya sido incluido en forma rutinaria en programas odontológicos completos.

La ausencia de una atención odontológica completa ha sido evidente debido a las siguientes razones:

- 1.- Los odontólogos somos renuentes a atender a este tipo de pacientes en nuestras consultas privadas.

- 2.- Los odontólogos no estamos equipados para manejar los problemas especiales que los pacientes discapacitados pudieran presentar.
- 3.- Los programas de estudio de odontología no incluyen experiencias educacionales en el manejo del paciente discapacitado.
- 4.- Hay falta de información sobre las necesidades del paciente con parálisis cerebral.
- 5.- Como las necesidades del paciente discapacitado son tan grandes, los padres y/o persona a cargo, son apáticos respecto a las necesidades odontológicas.

Cada escuela odontológica debe tener experiencia educativa bien estructurada con respecto a la atención y manejo del paciente discapacitado, para que cada odontólogo que se gradúe, esté familiarizado con las características de los pacientes discapacitados y haya adquirido experiencia clínica en la atención de los mismos.

Hay que disponer apoyo financiero y legislativo, a nivel federal y local, para ayudar a esta actividad y mejorarla y mantenerla anualmente.

BIBLIOGRAFIA

TRATAMIENTO DE LA PARÁLISIS CEREBRAL Y EL RETRASO

MOTOR.

Levitt Sophie

Edit. Panamericana.

1° Edición

Argentina Buenos Aires 1989.

BASE NEUROFÍSICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA PARÁLISIS

CEREBRAL.

Dra. Karel Bobath.

Edit. Panamericana.

3° Edición.

California E.U 1980.

CIRUGIA ORAL

Prof. Dr. Lopez Arranz.

Edit. Interamericana Mc. Graw Hill.

1° Edición.

Madrid España 1991.

FISIOLOGÍA HUMANA: NEUROFISIOLOGÍA.

Dr. Jesus G. Ninomiya.

Edit. El Manual Moderno, S.A de C.V.

Primera edición 1991.

México D.F.

ANATOMIA Y FISIOLOGIA.

Catherine Parker Antony.

Interamericana Mc. Graw Hill.

Decima edición 1983.

Mexico D.F.

VALORACIÓN DEL PACIENTE ANTES DE LA
INTERVENCIÓN: CIRUGIA ORAL.

Agrant, B. J.

Editorial Salvat.

Cuarta Edición. 1971.

Barcelona España.

LA ANESTESIA EN ODONTOLOGÍA

Berrazueta Fernández R.

Tesis Doctoral 1976.

Madrid España.

CHIRURGIE MAXILLO FACIALE TECHNIQUE OPERATOIRE.

Bataille, R. y cols.

Edit. Julien Prelat.

Paris 1962.

EXPLORACIÓN Y TECNICAS EN CIRUGIA ORAL.

Donado M.

Edit. Complutense.

Madrid 1986.

CIRUGIA BUCAL.

Kruger G.O.

Editorial Mosby

Primera edición. 1859.

St. Louis.