



2ej 682

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

*Revisado
C. C. C.*

**CONCEPTOS E INDICACIONES PARA LA ANESTESIA
GENERAL EN ODONTOPEDIATRIA**

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

IGNACIO JOAQUIN PEREZ LAMADRID

México, D. F.

1982





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.

I N D I C E .

	Página
I.- Introducción.	1
II.- Historia de la Anestesia	2
A) Descubrimiento	
B) Era de la Magia	
C) Era científica	
D) Era de la superstición.	
E) Renacimiento	
F) Siglo de las luces	
G) Siglo anterior a Morton	
H) Descubrimiento propiamente dicho	
III.- Generalidades	12
A) Definición.	
B) Objetivos.	
C) Indicaciones.	
IV.- Bases y complementos psicológicos en el comportamiento infantil.	14
A) Teorías psicoanalíticas en el desarrollo de la personalidad.	
B) Ansiedad materna.	
C) Preparación del niño para su primera visita con dentista.	
D) Factores Socioculturales.	
E) Relación hermanos.	
F) Fuentes de conducta no cooperativa.	
G) Manejo de conducta.	
H) Persuasión.	
I) Control de Voz.	
V.- Historia Clínica.	31
VI.- Exámenes pre-operatorios.	33
VII.- Cuidados pre-operatorios	35
A) Aspecto psicológico.	
B) Tratamiento odontopediátrico.	
C) Responsabilidades del primer asistente	
D) Responsabilidades del segundo asistente.	
E) Responsabilidades del operador.	

I N D I C E .

(CONTINUACION).

	Página
VIII.- Conceptos e indicaciones para la valoración del paciente pediátrico tratado con anestesia general comprendido entre las edades de 2 a 14 años.	44
A) Problemas Patológicos	
B) Problemas psicológicos y ambientales.	
C) Problemas por traumatismos.	
IX.- Conclusiones.	53
X.- Bibliografía.	54

I.-

INTRODUCCION.

La Anestesia representa un papel fundamental en la odontología moderna. Se requiere una ciencia como la anestesia, debido a la ayuda invaluable que representa, - sobre todo en casos de emergencias quirúrgicas, o bien - dentro de los tratamientos de Odontopediatría.

Dentro de los temas enunciados en esta tesis, se darán casos específicos para el empleo de la Anestesia General, así como sus indicaciones y cuidados para su uso, haciendo énfasis en la gran ayuda que le brinda al cirujano dentista para el desenvolvimiento de su labor.

En cuanto al desempeño de la odontología pediátrica es importante señalar que la Anestesia General se considera básica para el manejo de pacientes inadaptados o -- con problemas de índole patológicos, sociales y psicológicos.

La finalidad de esta tesis, es la de brindar al -- Cirujano-Dentista un mejor panorama resumido, en cuanto al manejo de los pacientes infantiles bajo la Anestesia General, proporcionando un mejor mantenimiento en los -- tratamientos del paciente infante con el menor riesgo.

Por otro lado, me propongo también quitar la idea y sobre todo el temor que tienen gran parte de los odontólogos de someter al paciente a la anestesia general.

II.- HISTORIA DE LA ANESTESIA.

A) EL DESCUBRIMIENTO DE LA ANESTESIA.-

A lo largo de los siglos, se fueron descubriendo métodos prácticos de aliviar el dolor, pero dado que no existía un resentimiento general contra el dolor en la mente de las personas, tales descubrimientos eran relegados al olvido. La revuelta contra la enfermedad se manifestó relativamente pronto, pero la lucha contra el dolor no llegó a instaurarse hasta hace solamente un par de siglos y sólo entonces cualquier forma de anestesia - podía tener alguna posibilidad de aceptación.

La medicina no sólo se descubrió por otros que habían preparado el terreno para Mórton, sino también porque el tiempo ya era propicio, debido al comienzo de la Revolución Industrial. El hombre o descubridor fué un Cirujano-dentista, llamado Dr. William Thomas Green Morton, nacido en Boston, quien el 16 de octubre de 1846 - demostró la factibilidad de la anestesia con éter en el Massachusetts General Hospital de Boston.

B) LA ERA DE LA MAGIA.-

Se toman solo como datos pero no comprobados desde el nacimiento de la escritura 3000 A.C. en Mesopotamia o Egipto, dibujado en las tumbas las intervenciones quirúrgicas, pero a los pacientes siempre se les observa conscientes.

C) LA ERA CIENTIFICA.-

Con su comienzo a finales del siglo VI A.C. en Grecia, aquí se afirmaba un interés marcado ya no por lo misterioso y lo oculto sino por los fármacos y la fisiología, apoyada por Hipócrates y finalizada con Galeno. Hacia el año 200, D. C. a pesar de los altos conocimientos, ideales y cultura tanto de romanos como de griegos en aquella época ya que se conocía por ejemplo, el opio desde hacía 400 años A.C., pero su uso era escaso y al parecer no se empleó para la mitigación del dolor de las intervenciones quirúrgicas; probablemente por los efectos inciertos del mismo, pudiendo provocar desde alucinaciones, hasta la muerte. En otras civilizaciones el dolor era la oportunidad de demostrar la fortaleza personal.

Luego hacia 1700 A.C., existió una disparidad de actividades entre el médico y el cirujano, lo cual al cirujano, se le impidió el manejo de medicamentos internos u opiáceos, ésto impidió en gran parte el desarrollo de los estudios para el descubrimiento de anestésicos. Por otra parte el médico no se degradaba a la cirugía solo atendía a las clases elevadas.

D) LA ERA DE LA SUPERSTICION.-

Después de la muerte de Galeno, la medicina europea sufrió un ocaso rápido. Debido al cambio de gobierno de Roma a Constantinopla, lo cual impidió la lectu-

ra de los escritos griegos, impidiendo el avance y por lo tanto la medicina científica declinaba.

Además la iglesia consideraba como ir en contra de los de signios de Dios el buscar la mitigación del dolor, puesto que era un castigo o un cobro, lo cual impidió o frenó el avance de los estudios médicos, siendo estas creencias has ta el siglo XVI.

Sin embargo, por la continua lucha contra el dolor y la enfermedad que datan de un escrito encontrado de los anglosajones en el año 1050 D.F., que decía:

"...así mismo la utilización del frío, solo y luego la -
escarificación cutánea, usado en las erupciones dejándolas drenar".

Con ésto se descubrió que un método para la mitigación - del dolor, era el frío, solo hasta que las ideas de los - hombres no se modificaron, no fué posible hacer amplio uso de este método.

Por otra parte, había una creencia del uso de la fabulosa Mandragora (narcótico) la leyenda parece tener su origen - en el ajo silvestre de Homero y el Baáras de Josefo, el - supuesto poder anodino de esta planta es conocido por los antiguos griegos, a pesar de que ninguno de los médicos - científicos se refiere a ella. Las primeras anotaciones - sobre su empleo como anestésico datan de escritos de dos profanos: Celso (35 años D.C.) y Plinio (77 años D. C.)

El primer médico que menciona la Mandrágora Dioscó - rides (hacia 100 años D.C.) copió los datos de Plinio. La historia repitió con Aeliano (250 D.C.), Apuleyo ----- (400 D. C.) Aecio (530 D. C.) y muchos más hasta mediados del siglo XVII.

Los datos históricos más importantes son con Teodoro en su cirugía (1250 años D. C.) John Arderne en su defístula In ano (1376 D. C.) y de ella porta, que no era médico en su *magiae naturalis* (1569). Es importante notar que, durante todo este tiempo la mandrágora fué venerada como algo mágico y diabólico.

Actualmente se perdió el rastro de la mandrágora debido a una falsa clasificación de especies *plantarium* en el año de 1753 dada por Lineo.

E) EL RENACIMIENTO.-

Hacia fines de la Edad Media, se despertó de nuevo el interés por la lectura, fundándose universidades y se introfujeron en Europa Occidental los escritos traducidos más exactos de Galeno, introducidos por los árabes, - con los avances de la literatura así mosmo ocurrieron los de la medicina. En 1561, se escribieron los descubrimientos de Valerius Cordus, que describieron por primera vez la síntesis del éter (*Oleum Vitreoli Dulce*), no se asegura que Cordus (quien había fallecido en 1544) merezca la primacía del descubrimiento, pero Celso (Von Hohenheim) (fallecido en 1541), mencionó también la síntesis del - - éter en su *Ópera Medico Chemica Sive Paradoxa*, impresa en 1605. Este autor, recibió méritos por sus experimentos - llevados a cabo con éter. De todos los extractos del Vitriolo, éste en particular, es el más importante debido a su estabilidad. Además tiene un gusto agradable, de modo que incluso a los pollos lo daban y se decía que los pollos lo tomaban con gusto o agrado (¡), y luego se dormían por un buen tiempo.

A la vista del efecto de este Vitriolo, pensaban que su empleo era recomendable en las enfermedades dolorosas, mitigando así sus complicaciones desagradables.

En 1516, Pedro Martínez de Anghiera, describió el veneno de las flechas sudamericanas (Curare) y en 1550 - Pedro Cieza de León descubrió acerca de la planta de coca y de su importancia en el Perú. La primera mención en inglés de ambas sustancias tuvo lugar en 1577 en la obra de Frampton, Hoy Ful Newses Out of Newe Foundle Wordle; más adelante, en 1588, de Acosta señaló que el aire existente en alturas superiores a 4200 m. no resulta adecuado para la respiración, en tanto, en 1562 Ambroise Paré, famoso cirujano francés, había descrito la compresión de los troncos nerviosos como medio de disminuir el dolor en las operaciones (por refrigeración) y de todos estos descubrimientos el verdadero interés fué que en el siglo XVIII ya empezaron las aplicaciones quirúrgicas. Debido a la publicación de 1730 el Oleum Vitrioli Dulce de Cordus. Para Celso ha sido conocido el nombre de éter dietílico o éter sulfúrico.

F) EL SIGLO DE LAS LUCES.-

Hubo otros descubrimientos como el fuelle oxigenante, así como la entubación (tubo de Pugh) y la congelación de animales, animación suspendida.

Después con la fundación de escuelas, como la Royal Human Society para la recuperación de personas ahogadas o problemas respiratorios (fisiología respiratoria), además los experimentos con gases así como su aislamiento.

G) EL SIGLO ANTERIOR A MORTON.-

En esta época se utilizó mucho la inhalación de gases como el éter y el óxido nitroso así como el descubrimiento de la inhalación endotraqueal por vía nasal o bucal. También continuaban los ensayos por congelación como en el caso de la guerra, que se tenían que hacer amputaciones a los soldados de Polonia, y observó que con la nieve y el intenso frío se eliminaba el dolor, así como el empleo del curare.

El primer intento serio de anestesia general fué en 1821 por el método del Mesmerismo, y resultó que Joseph - Claude Anthelme Récamier, aplicó con éxito el cauterio de manera indolora, un éxito mayor esperaba a Cloquet, quien imitando a Recamier practicó una mastectomía indolora bajo Mesmerismo, en 1829.

Desde entonces y hasta la demostración de Morton, el Mesmerismo fué atrayendo más como agente anestésico y siendo un medio hipnótico magnífico y publicado en 1845 del Mesmerism in India.

Con ésto un índice de mortalidad en 261 casos quedó reducido a un 5.5%.

Entre otros progresos realizados durante el período inmediatamente anterior a la introducción de la anestesia etérea, figuran el descubrimiento del cloro-formo en 1831 por Sawel Guthrie en E.U.A.

H) EL DESCUBRIMIENTO DE LA ANESTESIA.-

El 10 de diciembre de 1844, Horace Wells, dentista de Hartford, Conecticut, asistía a una demostración de los efectos intoxicantes del gas inhalante, que efectuaba un químico ambulante llamado Gardner, uno de los asistentes que había inhalado una considerable cantidad de gas, se lesionó el mentón con un banco, Wells llamó la atención del hombre acerca de su lesión; descubriendo entonces que aquél ni siquiera lo había advertido. Wells se dio cuenta de las posibilidades de aquel gas para la práctica odontológica, y luego lo propuso para la aplicación de óxido nitroso para extraer un órgano dentario, y tuvo éxito.

Pero más tarde se descubrió que en algunos pacientes no era lo suficientemente potente, por lo cual Morton al ver la falla del óxido nitroso, pensó en algún tipo de gas más potente, y fué entonces, cuando descubrió el éter. Además Morton se valió de la ayuda y consejos útiles de un farmacéutico reconocido.

Más tarde pidió permiso al Dr. Wells, para efectuar sus descubrimientos sin relatar la identidad del nuevo descubrimiento como anestésico, lo hizo para ser reconocido y así guardar su beneficio económico. Por fin el 16 de octubre de 1846 ante eminentes médicos en el anfiteatro de Massachusetts General Hospital, Morton pasó la noche anterior preparando un vaporizador para hacer más efectiva la aplicación del éter, sustituyendo el pañuelo. Posteriormente se aplicó al paciente que padecía un tumor vascular en cuello y se tenía que hacer una ligadura, disminuyendo así la irrigación.

Se efectuó la incisión de 7.5 cms. por encima del tumor y posteriormente la punción y la ligadura. Más tarde el paciente refirió no haber tenido dolor en lo absoluto, solo una sensación de cosquilleo. Posteriormente dió la vuelta al mundo el éxito con éter por Morton, éste le dió un 10% de sus percepciones de la patente a Wells.

I) LOS PRIMEROS CINCUENTA AÑOS.-

El 19 de enero de 1847 se introdujo la anestesia con éter en la obstetricia con el Dr. Simpson. Pero este Doctor, se dedicó a buscar un producto menos ofensivo puesto que el éter se penetraba mucho en la ropa.

Más tarde aconsejado por Waldie, de Liverpool, Simpson experimentó con el cloroformo y lo introdujo en noviembre de 1847.

Más tarde la primera serie de muertos con el cloroformo se dió el 10. de enero de 1848, comenzó entonces una gran

controversia en el uso de este fármaco y aunque ya había un aparato inventado por Clover y posteriormente Vernon Harcourt.

En 1911 Levy Godman echó por tierra todos aquéllos informes, al comprobar que el cloro formo producía fibrilación ventricular, induciendo a los pacientes al paro cardíaco y posteriormente a la muerte.

Sin embargo, se siguió usando, el cloro formo sobre todo por los ginecobstetras, pero Snow mediante sus estudios y sus dos libros clásicos presentaba comprobaciones, así como el nacimiento del primer príncipe Leonardo en 1853 hijo de la reina Victoria, posteriormente se introdujo de nuevo el óxido nitroso en 1868 por Andrews, de Chicago, lo cual impuso una importante mejora.

Este inventor logró un aparato que era un graduador portátil para el éter. Este aparato gozó de popularidad por más de medio siglo.

La utilización del óxido nitroso aumentó gracias al desarrollo de máquinas prácticas para su administración (aparato de Hewit) 1887.

J) SIGLO XX.-

Ya en esta etapa se tomaba más en cuenta los estudios y la preocupación de los hombres por encontrar nuevos fármacos capaces de producir efectos analgésicos.

En 1884, Koller demostró el efecto de la cocaína sobre la córnea de un conejo, más tarde fueron encontrados derivados de la misma, además de descubrirse accidentalmente la punción en la espina y más tarde se comenzó a intro-

ducir cocaína por vía espinal para los efectos requeridos de un bloqueo, además Bier en 1898, produjo analgesia espinal subdural clínica, en 1899 Einhorn sintetizó la procaína, introducida clínicamente por Brown hasta ser desplazada por la lignocaína en 1946.

Con el producto de la guerra hubo la necesidad de emplear nuevos fármacos, más rápidos, menos tóxicos y capaces de producir un estado de relajación muscular completo, facilitando así las técnicas quirúrgicas, sobre todo en cabeza, cuello y tórax, que se efectuaban cada vez más.

Algunos de los fármacos descubiertos: preparado estandarizado de CURARE (Intocostrín, d-tubocuranina clorada) bomba de oxigenación cloruro de etilo, éter divinílico, - tricloroetileno, halotano y etileno.

III.- GENERALIDADES.-

A) DEFINICION.-

La Anestesia General describe un estado inducido de inconciencia que se caracteriza por el abolimiento de ciertas respuestas fisiológicas. La inducción a este estado involucra el paso por las conocidas etapas de Guedel, de analgesia y de excitación.

Los periodos de la Anestesia Gral. (etapas de Guedel) son:

- 1.- Periodo de inducción.
- 2.- Periodo de delirio.
- 3.- Periodo de anestesia quirúrgica.
- 4.- Periodo de parálisis bulbar.

B) OBJETIVOS.-

1.- La anestesia general nos brinda un mejor manejo del paciente infante con el menor riesgo.

2.- Quitar la idea al cirujano-dentista, del temor de someter al paciente infante hacia la anestesia general.

3.- Llegar a atender al paciente bajo la anestesia general sin preocuparnos nadamás que por nuestro trabajo,-- ya que el anesthesiólogo se encargará del estado general del paciente.

4.- Nos dará la oportunidad de trabajar libremente y sin presiones, ya que el paciente sometido a la anestesia general, se presenta tranquilo y sin oponer resistencia alguna es decir sin un estado esstrezante que lo inquiete.

5.- Como objetivo también se persigue elaborar - nuestro trabajo, en el menor tiempo posible y con la mejor precisión posible.

6.- Tratar al paciente infante en una sola cita pudiendo elaborar todo un tratamiento, ya sea de tipo operatorio o quirúrgico y evitar así la elaboración del mismo tratamiento en una serie de sesiones que en el caso dado, podrían ser molestas y esstrezantes, tanto para el paciente como para el odontólogo (odontopediatra).

C) INDICACIONES.-

- 1.- Niños incapacitados física o mentalmente.
- 2.- Niños con disturbios emocionales.
- 3.- Niños muy excitables.
- 4.- El muy pequeño con caries rampante.

IV.- BASES Y COMPLEMENTOS PSICOLOGICOS EN EL COMPORTAMIENTO
INFANTIL.-

A) TEORIAS PSICOANALITICAS DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD.-

La estructura de la personalidad consta de tres partes: el ld (ello) que existe desde el momento del nacimiento; este es el depósito inconciente de los instintos que tienden a la satisfacción de los impulsos.

El recién nacido no se diferencia así mismo de su madre, ni de los objetos que le rodean, conforme crece y se desenvuelve, constituye un núcleo primario o puro de un ego (yo) en torno del cual sus experiencias son integradas y que va creciendo, extendiéndose ganando mayor conciencia sobre el ld.

El yo unifica nuestros actos, nuestras memorias y nuestros proyectos, es además el receptor de nuestros cinco sentidos, controla los movimientos voluntarios, y se ocupa de la memoria y la reflexión. Una de sus principales funciones, es la formación de los mecanismos de defensa. Solo mediante el yo es posible que tratemos o logremos alcanzar metas definidas e insistamos en vencer los obstáculos que se oponen a nuestros propósitos.

Entre el ld y el ego se encuentran los límites del inconciente y del conciente. La división entre ambas no está bien definida en el niño, pero a medida que este crece, el ego se desarrolla más estableciéndose una separación con el ld.

El super ego es la correcta distribución del Id y el ego, actuando como censor de la aceptabilidad de pensamientos, sentimientos y conducta. Esta parte de la personalidad sirve a los padres del niño para normar su comportamiento en los primeros años de la vida.

La estructura del Superego no principia sino hasta la edad de 3 y 4 años, haciéndose cada vez más importante sobre acciones, pensamientos y sentimientos.

Los niños pasan por cinco fases de desarrollo psicosexual que a continuación se mencionan:

1.- FASE ORAL.- En el lactante, los impulsos al succionar son predominantes, la excitación de la boca y de los labios es en sí misma placentera; por lo tanto la principal fuente de placer es la boca. Posteriormente al iniciarse la dentición el placer en morder puede subordinar y reemplazar el de succionar.

2.- FASE ANAL.- Durante esta fase el niño siente interés hacia sus excrementos. Si las demandas de los padres con respecto a la limpieza irregularidad son exageradas durante la época en la que se enseña al niño a controlar sus esfínteres; desarrollará actitudes de obstinación y terquedad que representan sus esfuerzos para afirmar su anatomía. Por lo que uno de los rasgos de esta fase sea la resistencia a lo que se considera la intromisión de otras personas en la vida privada.

3.- FASE GENITAL O FALICA.- Cubre aproximadamente la edad comprendida de los 4 a 6 años. El niño empieza a diferenciar la anatomía de sus sexos. En esta fase se puede presentar el complejo de Edipo, que es el encauzamiento semiinconciente de posesión hacia el sexo opuesto y rivalidad hacia el padre. Algunos niños no logran desa-

desarrollar sentimientos sociales si son capaces de descartar los impulsos primitivos, antagónicos al mundo exterior.

4.- FASE DE LATENCIA.- (Pre-adolescencia) Freud la describe como una tregua entre el *Id* y el *Ego*, que marca el final de la niñez y el inicio de la adolescencia.

La situación del adolescente es difícil; desligado de su pasado, inconforme con su presente e ignorante de su destino, tiene que encontrarse a sí mismo, así como su camino en la vida. Duda de su capacidad para proyectar su yo en el futuro. Necesita pues elaborar el nuevo concepto del mundo, así como de los valores e ideas y tradiciones aprendidas en la infancia ya que ahora se someterá a un juicio personal e independiente, que estará en gran medida de acuerdo a su capacidad para desarrollar procesos de pensamientos.

Los conflictos del adolescente con sus padres y con las personas que les representan autoridad son inevitables pero se van aumentando cuando aquéllos pretenden conservar al hijo en una situación de dependencia infantil o por lo menos de control exagerado.

Por lo que va a vivir mejor, hay que vivir aquí y ahora, sin que el pasado nos cause angustia, ni el futuro ansiedad, haciendo lo que nos guste, siempre y cuando nos convenga y no nos perjudique a nosotros, y a los demás, sin perder la oportunidad de dar, ni de sentir lo que realmente sea necesario.

Existe un ecosistema donde nace, crece y se desarrolla el niño; el ambiente, el medio social que por procesos permanentes de interacción sobre lo personal y gené-

tico, actúa modelando su personalidad, socializándolo a través de la familia, de la escuela y de otras instituciones sociales. La miseria, desnutrición el abandono, etc. actúan como fuerzas negativas que cuando no producen la muerte afectan su salud física y mental produciendo toda clase de desajustes físicos, psíquicos y planteando graves problemas para su desarrollo.

Según Karen Horney, el niño carente de asistencia y protección del adulto, normalmente representada por la familia iniciará en esta fase el conflicto (ansiedad básica) esto es, la sensación que el niño tiene de estar solo e indefenso en un mundo potencialmente hostil. Diversos factores ambientales pueden generarle esa inseguridad; dominación directa o indirecta, indiferencia, comportamiento caprichoso, falta de orientación afectiva, responsabilidades excesivas, sobreprotección, descriminación, promesas no cumplidas, y así sucesivamente.

Los resultados de observaciones clínicas sugieren que el medio ambiente desempeña un papel importante en la actitud del niño hacia el tratamiento odontológico, por ello el manejo acertado de la conducta infantil es uno de los principales objetivos de la Odontopediatría para su correcto ejercicio.

A continuación se enumerarán algunos factores psicosociales relacionados con la familia que influirán en el comportamiento del niño.

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

B) ANSIEDAD MATERNA.-

Es un tema de interés para el investigador clínico-puediendo así, establecer la relación existente del comportamiento en el paciente infante.

El miedo y la ansiedad son reacciones emocionales elaboradas por la ansiedad, basadas en el sentido y en el significado. Una situación puede suscitar miedo o ansiedad porque significa peligro o amenaza para la persona, aunque en realidad no existe tal. Lo importante es saber como lo percibe el hombre y de que manera le afecta. Sin embargo en la vida hay ciertas situaciones básicas que tienden a provocar ansiedad en la mayoría de las personas. De estas situaciones es la visita al médico o al odontopediatra.

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

La ansiedad es una respuesta a situaciones que-----son peligrosas solo simbólicamente. La ansiedad es intangible, mientras que el miedo, por el contrario, es concreto y sirve por lo general para poner al organismo en alerta contra posibles peligros que no están todavía claramente definidos. La angustia estimula reacciones de defensa y evita, por ejemplo, acudir al consultorio dental. Surge la angustia que provoca un estado de tensión y cambios emocionales aunque el odontopediatra no haga daño ni lastime. La ansiedad exagera cualquier experiencia dolorosa real, llegando a disminuir el umbral del dolor y aumentar la tolerancia a los medicamentos, por lo tanto es preciso saber reconocer y tratar estos aspectos de angustia y anticipación que presenta el dolor.

Los factores que llegan a influir en un momento dado en la conducta del niño en el consultorio dental, se deben frecuentemente, a experiencias obtenidas por los padres, ya sean agradables o desagradables, a través de sus tratamientos odontológicos que son transmitidos a los hijos; por lo que la situación ideal es aquella en la que los padres se encuentran libres de aprehensión, en relación a la primera cita de su hijo con el odontopediatra, debido a que sus antecedentes de historia dental fueron aceptables.

La ansiedad materna, es decir, el temor o angustia que la madre demuestra ante el tratamiento dental influye ~~determinantemente~~ en la conducta del niño antes y durante la primera consulta, así como la aceptación o rechazo que

éste manifieste en un futuro.

Según Wright y Alpern, se ha encontrado una gran -- relación entre la ansiedad materna y el comportamiento no cooperativo del niño en el consultorio dental, sobre todo en niños entre 3 y 4 años de edad.

En el trabajo de Bailey se sugiere unapreparación de los padres previa a la cita.

Comparando los niveles de ansiedad de la madre y el niño-- observó que un niño pequeño adquiere una actitud más positiva cuando sus padres han sido preparados para la primera cita con el odontopediatra. Por lo tanto los elementos de sorpresa y la falta de información deben ser eliminados para obtener un mejor comportamiento y disposición del niño hacia el tratamiento.

Por otra parte, si se sobrecarga a los padres con correspondencia informativa que incluye desde una simple bienvenida hasta cuestionarios complejos, volante, pueden provocar confusión y ansiedad en el ánimo de éstos.

Recomiendan, a veces, el envío de una carta a los padres previa a la cita del niño evitando toda clase de terminología dental incomprensible, en donde se explique la importancia que significa para todos el resultado de esa primera consulta, de mantenerse tranquilos mientras se encuentren en la sala de espera, ya que de lo contrario puede provocar confusión y ansiedad en el niño.

Cuando se practican todos estos procedimientos, se obtienen resultados de un mejor comportamiento en la toma de radiografías, examen bucal, profilaxis, etc.

Roberstson y Robertson resume en su artículo los factores que incluyen en la separación madre-hijo.

- a) Factores que provocan tensión: ambiente extraño al niño -
acompañante inadecuado, empleo de lenguaje poco familiar- -
dolor y enfermedad.
- b) Factores que pueden reducir la tensión: acompañante a- -
decuado (familiar), restringir movimientos corporales.
- c) Factores que muestran el estado psicológico del niño:
su ego, calidad de la relación madre e hijo, fantasía acer--
ca del dolor y enfermedad.

Se ha discutido mucho sobre la conveniencia o desven--
taja de la presencia o no de la madre durante el tratamiento
dental. Schwartz se dió cuenta de que los padres transmiten
una myor ansiedad y miedo a sus hijos, por lo que se estable
ce una -mejor relación, paciente-dentista cuando éstos no se
encuentran; además considera que la asistente deberá transmi
tirle confianza al niño ya que llega a sustituir a la madre-
en un momento dado, durante la visita dental.

Chamber permite a la madre acompañar al niño durante -
el tratamiento, pero únicamente como estricto observador y -
no enfrente de su hijo, ya que si siente ansiedad, se la -
transmitirá, produciendo un efecto contrario al deseado, de-
biendo entonces retirarse.

También se ha llegado a la conclusión de que si la madre es-
motivada e instruida adecuadamente puede llegar a ser de - -
gran ayuda -para lograr establecer una corriente de simpatía
entre el niño y el dentista, teniendo siempre en cuenta la -
edad del paciente.

Massler, opina que la decisión de dejar entrar o no a la madre durante el tratamiento dependerá de lo que sea mejor para ambos. No debemos atenernos a recomendaciones o reglas estrictas como normas generales para todos los casos. La presencia de los padres dependerá de circunstancias muy especiales tales como edad, idioma, dependencia del niño hacia la madre, incapacidad física, mental, información personal, etc., pero será el profesional que hará la evaluación según el caso particular.

C) PREPARACION DEL NIÑO PARA SU PRIMERA VISITA CON EL DENTISTA.-

La visita al odontólogo es para el niño una nueva experiencia que generalmente desencadena tanto nerviosismo como dolor. Esto se debe en la mayoría de los casos a que acuden a consulta cuando la salud bucal es deficiente e incluso existe dolor en un porcentaje elevado.

El odontopediatra nunca debe perder su control, ni agotar su paciencia y capacidad de comprensión, hacia la situación en que se encuentra el paciente. Debe asimismo detectar en forma breve y precisa los factores de angustia para eliminarlos enseguida.

La mayor parte de los niños reciben información referente al dentista y ambiente del consultorio, aún antes de vivir su propia experiencia. Las más de las veces ese conocimiento es vago y no totalmente apegado a la realidad, ya que en general las personas sienten aversión hacia el tratamiento odontológico.

De manera que una vez que se enfrenta a su primera consulta se siente angustiado y atemorizado, por lo que ésta representa en cuanto al dolor físico. En ocasiones el niño se avergüenza de su propio temor, exagerando los dolores soportados para disculparse a sí mismo, por lo que se enfatiza que la función y objetivo del buen odontólogo es evitar el dolor y no producirlo hasta donde sea posible. Se recomienda a los padres no utilizar al dentista como un medio de amenaza o castigo para los niños, ni llevarlos sorpresivamente al consultorio. Deberán asistir a las citas con regularidad.

Resumiendo, los factores determinantes de la actitud del niño ante el tratamiento, son los siguientes:

1.- Factores favorables:

- a) medios educativos sobre la salud.
- b) influencias positivas de los padres u otras personas.
- c) experiencias agradables en el consultorio, sin dolores ni molestias.

2.- Factores desfavorables:

- a) escuchar experiencias desagradables (artículos, programas de radio, dibujos, televisión, negativamente empleados).
- b) manifestaciones de abierto rechazo hacia la odontología.
- c) experiencias personales desfavorables en el consultorio.

La educación de los niños acerca del tratamiento — dental, debe contener las siguientes enseñanzas, que se — rán explicadas de acuerdo a la edad y entendimiento del — niño.

- 1.- La higiene de la boca es importante para la conservación de sus dientes y la salud en general.
- 2.- Dientes sanos y bien conservados, forman parte de la belleza de la cara.
- 3.- Es necesario visitar al dentista para que examine los dientes y los cure, en caso de que estén enfermos; pero lo importante es que los conserve sanos, si aún no se encuentran lesionados.

De estas primeras impresiones que el niño obtenga— tanto del dentista, como de su personal, dependerá en gran parte su futuro comportamiento frente al tratamiento y cu idado de sus dientes; es decir que de la experiencia que— obtenga de la primera cita resultará el mejor o peor paci— ente generalmente.

D) FACTORES SOCIO-CULTURALES.-

Cada cultura tiene sus propias cualidades o rasgos— así como diferentes religiones, creencias, origen étnico— número de integrantes en la familia, etc. Estos factores— difieren de acuerdo al sexo, clase social, cultura, edad— etc. Proporcionan puntos de referencia a partir de los — cuales es posible comparar las aportaciones psicosociales

de un individuo en relación con otro cuyo desarrollo y ambiente son similares. Estudios realizados en niños educados en diferentes partes del mundo bajo una gran variedad de circunstancias sociales y físicas, indican que los seres humanos tienen la capacidad de adaptarse dentro de ciertos límites a variantes que permiten que el niño se desarrolle y funcione de modo saludable.

Los padres tienden a emplear su propia educación como un modelo para educar a sus hijos, este modelo es favorable siempre y cuando sean sensatos y se ocupen de su cuidado, por lo contrario si se desarrollan en medio de privaciones, falta de cariño, dirección o se encuentran expuestos a rechazos, abusos físicos o comentarios que les causen daño y provoquen lesiones psicosociales, será desfavorable.

Para ayudar a los niños a descubrirse a sí mismos, los adultos también deben estar involucrados en este problema, por lo que ningún conocimiento es más importante para la vida, que el conocimiento de sí mismo.

E) RELACION CON LOS HERMANOS.-

La ciencia social ha considerado a los hermanos como posible fuente potencial de ansiedad y miedo. La mala conducta del niño pequeño en el consultorio puede ser el resultado directo de la influencia del hermano mayor. A este proceso se le conoce como "transmisión de conducta". Al proceso de reproducir el comportamiento exhibido por un

modelo, se le llama "identificación". Como consecuencia de la imitación, el niño piensa, siente y se comporta como su modelo. Esto no sucede sin un conocimiento consciente por parte del niño más pequeño (generalmente entre ellos se comunican sus experiencias con el dentista).

El dentista deberá decidir sobre la conveniencia o inconveniencia de permitirle al niño observar a su hermano, así como también considerar en ese momento el estado en que se encuentran tanto el niño que observa como al que está -- practicando el tratamiento.

Estudios hechos por Ghose, y Col, complicados pero prácticos han concluido que la conducta indica la influencia benéfica de los hermanos mayores sobre los menores.

La presencia de los hermanos mayores parece mejorar la -- conducta del hermano menor durante las consultas dentales subsecuentes aunque ésto no puede ni debe generalizarse.

F) FUENTES DE CONDUCTA NO COOPERATIVAS.-

La falta de cooperación del niño en el consultorio-dental puede atribuirse a determinados factores; se mencionarán los más importantes:

- 1.- Conducta adquirida.
- 2.- Emplear la visita del dentista como un castigo para el niño.
- 3.- Ansiedad del niño, tanto interna como externa.
- 4.- Discusiones de experiencias odontológicas desagradables frente al niño.

G) MANEJO DE CONDUCTA.-

Dentro de los factores que pueden llegar a modificar la conducta, se consideran el empleo o no de refuerzos que pueden llegar a aumentar en un momento dado la frecuencia de la conducta deseada. Se clasifican en:

a) Positivos.- dentro de este grupo se encuentran las siguientes acciones: gracias, la palabra de elogio y sobre todo prestarle atención, así como mostrar interés por lo que está haciendo el niño.

b) Reforzados simbólicos.- se encuentran representados por objetos materiales con los cuales el niño fortalece su comportamiento adecuado.

El castigo es ocasionalmente necesario, y por definición podría ser una causa que disminuirá o eliminará la conducta original.

H) PERSUASION.-

Uno de los aspectos básicos de la terapéutica de sostén es la importancia de la actitud y de los modelos del odontopediatra. Es posible evitar un gran número de aberraciones de la percepción si el odontopediatra da muestra de calor, amistad y en su personalidad se refleja paz y tranquilidad, para el trato de su paciente.

Es muy importante evitar ruidos innecesarios, así como gestos o alguna otra manifestación ya que se podría perder la relación o simpatía lograda entre el odontopediatra y el niño.

Se le deberá mostrar absoluta confianza para que nos pregunte sobre todo aquello que le cause miedo, como sería el equipo dental o el tratamiento que se esté realizando y no intentar callarlo o interrumpirlo, puesto que perderíamos su confianza.

La administración de la anestesia local juega un papel muy importante en la práctica diaria, por lo que debemos tener en cuenta los siguientes detalles: quien trabaje con niños, deberá tratarlos individualmente según edad y mentalidad, recordando que muchos no tienen el suficiente dominio de sí mismos, y expresan sus sentimientos desagradables en diferentes formas y tonos.

Es muy importante que se distraiga su atención en esos precisos momentos con pláticas sobre temas completamente ajenos a la odontología, por lo que debemos evitar el silencio.

Existen dos tipos de caricias:

- 1.- Las positivas que se dan verbalmente por medio de frases palabras de aceptación, estímulo, sonrisas, o caricias físicas por contacto o proximidad.
- 2.- Las negativas como amenazas con acciones físicas, gestos, etc.

En caso de que el dentista emplee constantemente las caricias negativas para adquirir un comportamiento determinado deberá considerar el precio o consecuencias que éste puede ocasionar.

A continuación se dan los principios de Ginoo los cuales son aplicados a la situación dental:

- 1.- Reconocer la experiencia del niño de lo que ha visto u oído.
- 2.- Otorgar elogios únicamente por los esfuerzos que realiza y no por su carácter o personalidad.
- 3.- Ofrecer opciones y alternativas a los niños de lo que será el tratamiento dental. Hay que tener en consideración que todas esas alternativas deben ser favorables al odontopediatra.
- 4.- Los niños necesitan ser complacidos, en las relaciones humanas, no solamente las técnicas nos ayudan, sino también las personas que las emplean.

I) CONTROL DE VOZ.-

Se ha reconocido y valorado la importancia que tiene el tono de voz que el dentista emplea al dirigirse a sus pacientes; por lo que un cambio en el volumen, de firmeza o suavidad nos ayudará a obtener la atención del niño, -- además debemos tener muy en cuenta el evitar las conversaciones monótonas, así como un tono de voz muy suave, ya que no es tan importante lo que se dice sino como se dice puesto que se pretende influenciar directamente en el comportamiento sin que medie el entendimiento.

El control de voz es más efectivo cuando se combina con la comunicación, un intercambio de experiencias comunes -- cuyo propósito es mejorar el acercamiento con los pacien-

tes. No debemos olvidar que el significado del mensaje - que se transmite al niño puede llegar a ser interpretado de diferente manera, se recomienda que nos lo repita en - sus propias palabras.

Es muy importante no dejar de mantener una actitud - confiada, así como un tono de voz fuerte y firme cuando se ordena al niño hacer algo, de manera que el mensaje resul - te eficaz, ya que si se emplea un tono de voz débil y una actitud nerviosa, se obtendrá como resultado el efecto con - trario al deseado.

Concluyendo, el dentista debe modular y adaptar su - voz al expresarse proyectando una imagen de confianza, - paciencia, comprensión, autoridad, sinceridad al niño para lograr un mejor acercamiento, de acuerdo al caso.

V.- HISTORIA CLINICA PREANESTESICA. (COMO CANALIZACION).

- 1.- Detectando enfermedades, para que en el caso de alguna patología o duda, se valore conjuntamente con el especialista (anestesiólogo). Contando con el interrogatorio de tipo directo hacia el paciente dependiendo de su edad o el de tipo indirecto como el de la madre.
- 2.- Agregada con la valoración del anestesiólogo, se aceptará o no el paciente para someterlo bajo anestesia gral.

Historia clínica.-

- Interrogatorio de funcionamiento general.
- Edad.
- Sexo.
- Habitación.
- Alimentación.
- Peso corpóreo.
- Antecedentes personales no patológicos.
- Ahora antecedentes personales patológicos:
 - Antecedentes cardiovasculares.
 - Buscar arritmias.
 - Soplos.
 - Disneas.
 - Sianosis, etc. Ejemplo: fiebre reumática.
- Antecedentes renales.
 - Edemas.
 - Dolor a la micción.

Ardor a la micción.

Sangrado (antecedentes del mismo en orina).

- Antecedentes hepáticos:

Dolor

Ictericia

Problema de coagulación.

- Antecedentes respiratorios:

Disnea

Sianosis

Tós

Falta de respiración (en que momentos)

Cefaleas

Antecedentes de tipo asmático

- Antecedentes reumáticos:

Artrosis

Artralgias (asociadas y no asociadas)

Frecuencia

- Antecedentes mentales:

Retraso

Daño cerebral mínimo

Importante denotar comportamiento y respuestas del paciente infante, hacia nosotros.

VI.- EXAMENES PREOPERATORIOS (de rutina).

- a) General de orina.
- b) Tiempo de sangrado.
- c) Tiempo de coagulación.
- d) Bipetría hemática.
- e) Si hay sospecha de algún otro tipo de enfermedad, se -
pedirá el análisis correspondiente y específico.

NOTA:

1.- De cualquier modo el anesthesiólogo junto con nosotros valoraremos el caso, para la determinación definitiva de la anestesia general o nó, y el anesthesiólogo dará la indicación y el riesgo anestésico del paciente.

2.- De cualquier modo si se encontrase en el paciente alguna sospecha de enfermedad, ejemplo: de tipo renal, se -
procederá y se le canalizará de inmediato al especialista esperando posteriormente su autorización para someter al paciente bajo anestesia general.

3.- Todos los procedimientos deben efectuarse en un quirofano, debido a:

- a) Aparatos adecuados.
- b) Personal especializado.
- c) Instrumental adecuado.
- d) Medicamentos de emergencia.

Además de que en un centro hospitalario se encuentran salas de recuperación y de internamiento, y contando con la ayuda de servicios médicos de residentes, el paciente-

se encontrará más seguro.

Sin embargo en el consultorio dental, se podrán efectuar procedimientos quirúrgicos de corta duración; con su recuperación casi inmediata de 1 a 2 hrs. como máximo, llamado paciente ambulatorio. Considerados como pacientes ambulatorios se atenderán en el consultorio dental bajo los siguientes requisitos:; que debe de llenar el consultorio dental:

- a) oxígeno con manómetro y resucitador (ambú)
- b) enfermera entrenada
- c) jeringas e instrumental adecuado
- d) eyector quirúrgico
- e) medicamentos, indicados por el anesthesiólogo.

VII.- CUIDADOS PREOPERATORIOS.-

A) ASPECTO PSICOLOGICO.-

Desde el punto de vista psicológico, la reacción del niño ante el acto terapéutico Anestesia-Cirugía, es básicamente de ansiedad y/o temor ya que ignora o tiene ideas -- distorsionadas de lo que realmente va a suceder.

Entre más pequeño es el niño, más inmaduro es su Yo y por lo tanto su conocimiento y control de la realidad es confuso, e igualmente sus reacciones defensivas (síntomas) - para manejar la ansiedad son más primitivas.

El escolar y el adolescente tienen una variedad de defensas más elaboradas, pero pueden presentar algunas primarias en el post-operatorio.

Los síntomas pueden aparecer en el pre o post-operatorio aún días o semanas después y consisten en: lactantes y preescolares; inquietud, llanto, nerviosismo, trastornos de sueño (pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo). Mayor apego a la madre.

Temores a estar solo, a la obscuridad y al médico.

Agresividad, conducta agresiva (más infantil), irritabilidad, succión de los dedos, onicofagia, masturbación-trastornos de la alimentación, enuresis, etc.

Escolares, adolescentes; tics, fobias, obsesión, hipocondría,.

Es conveniente recordar que el acto anestésico quirúrgico va asociado a otros eventos que contribuyen a hacerlo emocionalmente más traumático, y que son:

a) El paciente en sí.- Según sus características le puede ocasionar dolor, invalidez o distorsión de su esquema - - corporal.

b) La hospitalización.- de su medio familiar es llevado a un ambiente extraño, entre equipo y gentes desconocidas donde se le asigna un número de cama y expediente y se le impone un reglamento que debe observar.

En el caso de pacientes, ("ambulatorios"), se atenúan las experiencias antes mencionadas, puesto que su estancia en el cuarto o sala de recuperación es mucho menor.

c) El acto quirúrgico.- debe ser para el niño un procedimiento que no le produzca, ni le aumente su temor o ansiedad, ya que el niño debe estar perfectamente premeditado y no tiene por qué sufrir ninguna alteración emocional.

En caso contrario, si el niño entra al quirófano con un mal manejo de su premedicación, si se presentarán situaciones muy desagradables para todos pero principalmente - para el paciente.

d) ¿Qué tiempo se necesita para preparar adecuadamente a un niño?

A un niño sin problemas emocionales previos, basta una explicación honesta, detallada y en términos que comprenda: lo que padece, por qué lo padece y alabándolo y aclarándole que él no es responsable en modo alguno de su problema. Los procedimientos que se le harán.

Los procedimientos de sensaciones o molestias que - experimentará en el pre y post- anestesia operatorio. Y asegurando en caso de anestesia general que despertará en forma normal.

El sitio y equipo donde serán realizados.

A este aspecto visitando un día antes el quirófano o al menos conociéndolo por medio de lámina el lugar y equipo.

Ofrecerle la oportunidad de que llegue al hospital- un juguete u objeto que lo ligue con su hogar y establecer una relación amistosa con el anestesista, cirujano y enfermera o con los tres, que en cierta forma son figuras que sustituyen a sus padres.

Además se debe informar a los padres lo que pasará y aconsejarles las actitudes que deben adoptar. Asimismo pedirles nos informen sobre algunos hábitos del niño como alimentación limpieza etc. para proporcionarle la familiaridad de su realización.

e) ¿Hay secuelas? ¿Si las hay repercuten en su personalidad?

Las secuelas, son las ya mencionadas, pero en el niño que es informado y preparado de acuerdo a las consideraciones anteriores estas secuelas serán leves y transitorias como una reacción normal ante el evento hospitalización-anestesia-cirugía.

En caso de no informarle y prepararlo, el evento puede asumir reacciones no favorables, alterando intensamente su

conducta y por lo tanto la de sus padres y medio ambiente en su intento de controlarlo quedando así establecidas las bases para una desviación de su desarrollo y posteriormente una alteración neurótica o de su personalidad.

B) TRATAMIENTO ODONTOPEDIATRICO.-

En reconocimiento a la importancia que tiene la salud oral en relación con el cuidado del bienestar general muchos dentistas han provisto del cuidado dental de pacientes en hospitales.

Como consecuencia de la extensa destrucción dental-problemas emocionales tanto dentales como físicos muchos de estos pacientes son atendidos bajo la anestesia general cuando son tratados.

Sin embargo existen diversas opiniones al respecto, como las de Goldstein y Dragon que dicen que el niño sufre de un trauma físico como resultado de la operación ya que se encuentra bajo un ambiente completamente nuevo y extraño para él, por lo que recomiendan tratarlos en consultorios privados.

Contrariamente a la opinión anterior, muchos anesthesiólogos consideran muy peligroso de realizar un tratamiento dental bajo anestesia general en el consultorio privado, ya que no se tiene en un momento dado, todo lo necesario para la emergencia.

Greene, Falcetti, Legault y colaboradores, han obtenido tratamientos exitosos, sin serias complicaciones con pacientes que han sido tratados en clínicas institucionales bajo anestesia general.

El equipo que interviene en la anestesia general, se encuentra integrado por tres personas y el operador; que será un maestro de los alumnos del segundo año de la residencia del hospital (ésto se lleva a cabo en el hospital-general Martin Luther King).

El primer asistente estará adiestrado en la técnica de cuatro manos; el segundo asistente será un residente del primer año, integrado de esta manera lo que Philip C. Chiang y Ronald Johnson llaman "Técnica de seis manos", cuyo objetivo es el de obtener una rehabilitación oral del paciente en una forma aún más efectiva bajo anestesia general. La rehabilitación oral deberá efectuarse en el menor tiempo posible, considerando todos los cuidados que este procedimiento requiere, maximizando la eficacia del equipo integrante.

Philip C. Chiang, Ronald Johnson y colaboradores han propuesto distintas posiciones en que puede ser colocado el equipo y personas integrantes que participan en la operación, teniendo en cuenta sus necesidades básicas, para poder tener una mejor visión y acercamiento al paciente.

El equipo de trabajo, integrado por tres personas, será ubicado de la siguiente manera: el segundo asistente se encuentra colocado en posición opuesta al primero, formando la base de un triángulo en cuyo vértice se encontrará el operador, logrando así una mayor visibilidad y acercamiento al paciente, facilitando la anticipación de la secuencia del procedimiento.

El anestesiólogo y su equipo se encontrarán a la derecha y por detrás del operador, o del segundo asistente, pero lo suficientemente cerca del paciente para tener una visión directa sobre él.

C) RESPONSABILIDADES DEL PRIMER ASISTENTE.-

Deberá preparar el cuarto de operaciones, de la siguiente manera: preparar y esterilizar en el autoclave las charolas con el instrumental dental necesario, tanto restaurativo, como protésico, endodóntico, así mismo mantenedores de espacio, unidad de Cavitron o una soldadura eléctrica.

También tendrá disponible una unidad móvil dental, mesa de Mayo, venoclisis, instrumental, charolas, sillas y mesa de operación, toallas, gasas estériles para colocarla en la garganta del paciente, aceite o gotas oftálmicas, palangana con agua estéril, abre boca, tela adhesiva, esponjas estériles, germicidas y forceps sobre la mesa de Mayo.

Checará que todas las piezas de mano, así como el control del aire y succión se encuentren en buenas condiciones, inspeccionará el plan de tratamiento, placas radiográficas y equipo necesario para ello.

Una vez introducido el paciente el quirófano, todo el equipo charolas con instrumental, sillas del operador y asistente, posición de la lámpara, deberán de ser colocados en su lugar correspondiente.

Ayudará al operador a acomodar el campo operatorio toallas en los hombros, protección de los ojos, gasa estéril en la garganta, retirando la lengua del paciente con ayuda de un espejo o retractor. Para la toma de radiografías que no han sido obtenidas previamente, mantendrá la posición de la cabeza del paciente de tal forma que permita una buena toma de radiografía, asegurándose de que sea revelada, quitar todo anillo, arete, etc. del paciente, dependiendo de las normas del hospital.

Ayudar al operador en la profilaxis, en la reexaminación y reevaluación del plan de tratamiento, colocación del abre boca dique de hule por cuadrantes, restauración de los dientes que se encuentren destruidos o cariados, tratamiento con flúor, extracciones o algún otro procedimiento quirúrgico, con los cuales empleará guantes estériles.

Deberá mantener siempre un campo seco y limpio, para obtener una mejor visión.

Asistirá al operador cuando retire el empaque de gasa de la garganta; a transferir al paciente a la sala de recuperación, remover el equipo e instrumental del área de operación, vaciar la botella de succión y- asegurarse de que el área de operaciones se encuentra razonablemente limpia. Esterilizar y colocar en su lugar las charolas con los instrumentos.

D) RESPONSABILIDADES DEL SEGUNDO ASISTENTE.-

Ayudará al primero en los deberes previamente descritos, deberá checar y revisar las piezas de mano, seleccionar el instrumental, el material dental y medicamentos, que el operador y primer asistente le pidan; sin embargo deberá ser capaz de anticiparse a las necesidades del equipo durante la intervención. También llenará la historia clínica en relación a lo efectuado durante el acto quirúrgico y acompañará al paciente a la sala de recuperación.

E) RESPONSABILIDADES DEL OPERADOR.-

Revalorar la examinación física del paciente, así como su hisotoria clínica, resultados de laboratorio, consultas, órdenes y procedimientos. Checar el equipo, instrumentos, materiales dentales y medicamentos antes de comenzar, asegurarse de que la posición en que se encuentran los integrantes del grupo, sea la adecuada.

Tomar radiografías necesarias que no se obtuvieron antes del tratamiento. Completar cinco o diez minutos de lavado de manos, al igual que sus asistentes. Usar guantes estériles en caso de extracciones o cualquier acto quirúrgico. Completar la vestimenta del paciente, proteger sus ojos, colocar gasa estéril humedecida en suero en la garganta, radiografías y otros procedimientos dentales empleando el dique de hule por cuadrantes.

Informará adecuadamente a los asistentes de la secuencia de la operación así como de los medicamentos e instrumentos que serán empleados. Informará al anestesiólogo de cualquier cambio no usual en el color de la piel, respiración, posición de la cabeza, pérdida abundante de sangre durante la cirugía. Completado el procedimiento, en el menor tiempo posible, con sus debidas precauciones, irrigará y succionará la cavidad oral, minuciosamente, removerá la gasa estéril, ayudará al anestesiólogo en la extubación y trasladará la paciente a la sala de recuperación.

VIII CONCEPTOS E INDICACIONES PARA LA VALORACION DEL
PACIENTE PEDIATRICO TRATADO CON ANESTESIA GENERAL,
COMPRENDIDO ENTRE LAS EDADES DE 2 A 14 AÑOS.

A) PROBLEMAS PSICOLOGICOS Y AMBIENTALES.-

- 1.- La falta de cooperación debido a su corta edad.
- 2.- Por retraso mental.
- 3.- Inadaptación por problemas socioeconómicos.

B) PROBLEMAS PATOLOGICOS.-

- 1.- Labio y paladar hendido.
- 2.- Cardiopatías congénitas. CONGENITOS.
- 3.- Estados infecciosos de boca y cuello. ADQUIRIDOS.
- 4.- Problemas alérgicos hacia los anestésicos locales.

C) PROBLEMAS DE TRAUMATISMO.-

- 1.- Fracturas.- Simples
Conminutas.
- 2.- Estética.
- 3.- Problemas psicológicos y ambientales.

La falta de cooperación debido a su corta edad.-
Nos podemos referir al temor del niño ante la agresión, -- es decir que el paciente a tenido experiencias odontológicas anteriores desagradables, entonces tendrá un rechazo automático hacia nosotros, por lo cual debemos tratar por los mejores medios de convencimiento, pero si no se -- pudiera lograr nada, entonces se remitiría a Anestesia -- General.

Por retraso mental.-

Pudiendo presentarse ésta, por parálisis infantil con -- secuelas, en la cual, el paciente puede no comprender la situación y no se le podrá, explicar verbalmente la ayuda que le brindaremos. Por lo tanto presentará un rechazo ab-- soluto.

También en el caso de trisomía 21 o síndrome de Down, que su capacidad de retención así como de comprensión es mí -- nimá. A lo cual podrá presentar también el rechazo hacia la ayuda de rehabilitación odontológica que se le ofrece.

Inadaptación por problemas socioeconómicos.-

En este tipo de casos nos podríamos referir, específica -- mente en los cuales como ejemplo: el caso del hijo único -- que nos presentará una sobreprotección, a la cual el niño,

presentará MAMITIS ó en su defecto PAPITIS, siendo ésto ---
to una barrera entre el niño y el odontopediatra, demost-
trando su miedo ya sea con gritos ó con agresividad.

A veces en estos casos es casi imposible llegar a un
entendimiento con el paciente, por lo tanto, se tomará la
medida de la anestesia general.

Otro caso típico y también muy importante, es el de
la- clásica madre que con la amenaza de la inyección para
obtener los deseos de la misma, puede formarle a la cria-
tura un trauma psicológico y aberración hacia los médicos
en general, y ésto representa una barrera a veces ingran-
queable en la cual el paciente no permite el diálogo, y -
por lo tanto tendremos que recurrir nuevamente a la ayuda
de la anestesia general, y posteriormente del psicólogo -
para que lo ayude a solventar su problema emocional.

PROBLEMAS PATOLOGICOS.- Con ésto me refiero a problemas patológicos en los cuales existe una afección de tipo orgánicos, y de algun sistema en especial como por ejemplo/: Patología cardiovascular.

Congénitos.- Estos son problemas de tipo adquirido, desde el proceso embrionario debido a una mala conformación genética; y en el mensaje nuclear del ADN y RNA.

Ejemplo: Labio y paladar hendido.- en el cual requiere de una cirugía mayor traumática, en la cual es necesario la ayuda de la anestesia general, ya que requiere también de hospitalización para su observación, sobre todo en casos de edad adolescente, siendo su riesgo quirúrgico mayor que en el caso del paciente preescolar o escolar medio.

Cardiopatías congénitas.- en los cuales nosotros no seremos los indicados para resolverle su problema cardíaco, pero por medio de la historia clínica podremos en un momento dado detectárselo y así remitirlo al especialista correspondiente. Después de la valoración del especialista podremos ver si su problema es simple y entonces podremos intervenir sin riesgo en su rehabilitación bucal o si requiere de anestesia general, y ésto será en base a su caso muy independientes ya que el estado de estress aumenta con la intervención odontológica y también por la -

anestesia local, que en un momento dado pudiese interferir con su problema cardíaco, así es que nos basaremos en la valoración del especialista, el cual dará las indicaciones correspondientes. Por ejemplo: el estado de stress, el temor a la agresividad, estado de ansiedad, o por la misma anestesia general, pueden condicionarnos el agravamiento de su problema y caernos hasta el estado de shock y con ello el riesgo de paro cardíaco, por todo esto, la ayuda tanto del especialista como la del anesthesiólogo y también de la anestesia general representan un tema importantísimo.

Adquiridos.- Esta clase de problemas son generalmente, estados provocados por el mismo medio ambiente, que les rodea y sobre todo la exposición en medios insalubres y con un índice de contaminación elevado.

Estados infecciosos de boca y cuello.- En estos problemas se cita un factor muy importante, que es que un paciente con algún problema de tipo infeccioso, puede presentar reacción negativa con la anestesia local; debido a que al aplicarla puede extenderse por difusión hacia planos más profundos.

Ejemplo: en edema de cuello -y base de la lengua, o en caso de quemaduras con un proceso infeccioso: en estos casos también es necesario recurrir a la anestesia general, porque al ser de otro tipo con los medicamentos adecuados así como la técnica apropiada, el anesthesiólogo será el encargado de esos

problemas.

En los casos de estados infecciosos, es necesario -
mencionar que dentro de la anestesia general, también se -
conoce el reto de difundir la infección que es un riesgo,
pero recordemos que el anesthesiólogo se encargará tanto -
del edo. general del paciente, como del problema de como
evitarlo y además que cuenta con las técnicas y los méto -
dos necesarios (medicamentos) por lo tanto nosotros solo -
nos preocuparemos por nuestra rehabilitación.

Problemas de tipo alérgico.- A éstos les debemos dar mu -
cha atención. Darles nuestra atención, es cuando un pa -
ciente presenta un edo. alérgico o cuando su organismo -
entra a un edo. de reacción inmunológico, que nos puede -
dar como consecuencia desde un edo. leve de lipotimia, -
hasta un shock anafiláctico seguido un paro cardíaco y -
la muerte.

Por este motivo también es aconsejable la ayuda e -
intervención del anesthesiólogo.

Problemas por traumatismos.- en estos casos nos podemos -
referir a una gran variedad que representan el mayor ín -
dice estadístico que debido a las fracturas y su gran va -
riedad, las importantes para nuestro estudio son las de -
tipo maxilofacial.

En un acto quirúrgico en el cual, se nos presenta - una fractura de macizo facial ej.: una Leffort, la indicación inmediata es el procedimiento bajo anestesia gral.

Fracturas.-

Aquí podremos observar que es un campo muy extenso y que en la mayoría de los casos se requiere de la intervención bajo anestesia general, solo en casos mínimos como una fractura de paladar, no es necesaria puesto que - podemos recurrir a medios ortodónticos ya sea una férula o alambrado de Ivy o una placa Hawley, pero fuera de estas excepciones se recurrirá a la anestesia gral. como ayuda primordial para el tratamiento de nuestro paciente y su - completo reestablecimiento.

Fracturas simples.- son el tipo de fracturas que se pueden reparar por medio: ya sea de un alambrado quirúrgico (en-ocho) o una ferulización exterior (Erick) o cuando bien - se trata de una cirugía en bloque, por algún motivo de neoplasia maligna en la cual, hubo la necesidad de una osteotomía en bloque y se recurre, tanto alambrado interior - como ferulización exterior. Todo esto representado como un grado de complejidad mayor y por lo tanto se requiere la ayuda de la anestesia general.

Fracturas conminutas.- son un tipo de fracturas que en su mayoría requieren de un injerto óseo, debido a la destrucción del hueso por el traumatismo. Los injertos pueden ser tanto de costilla, en el caso de fractura conminuta mandibular, como injerto de pélvis, debido a la fragmentación mandibular, la cual no sólo sería osteosíntesis sino cortes reducción, injerto, y además efectuando osteosíntesis con alambrado o placas supraóseas con tornillos (placas de compresión no muy recomendadas, debido a la reacción de cuerpo extraño y a su elevado grado de rechazo). También en estos casos requerimos de la utilización de la anestesia general.

Estética.- dentro de ésta entra un tipo de cirugía como: - la osteoreducción mandibular en prognatismo, la cual requiere de técnica especializada y compleja.

También en el caso de parálisis facial que no se podrá brindar al paciente la recuperación de contracción mandibular perdida por fenómenos neurorgánicos, ya sean patológicos o traumatológicos, pero sí se le podrá dar una cirugía de reconstrucción de tipo estético; haciendo un restiramiento muscular para levantar la zona caída.

Haciendo tanto disecciones como la eliminación de nervios hiatróficos, y con ésto se le brindará al paciente

un estado más normal de su aspecto, eliminando así los --
múltiples complejos y traumas que se derivan de este tipo
de padecimiento.

De cualquier modo, estas cirugías también requieren
de la anestesia general.

IX.- CONCLUSIONES

El problema que representa llevar a cabo un tratamiento odontológico adecuado en el paciente pediátrico es cada vez más actual.

Es necesario que el odontopediatra adquiriera cada día más conocimientos acerca del niño, como ser humano que es, así como de su personalidad para poder proporcionar a sus pacientes un tratamiento correcto bajo el nivel operatorio y emocional.

La anestesia general, nos brinda una ayuda enorme en el tratamiento de los pacientes pediátricos denominados "problema" por algunos autores, ya que gracias a este recurso podemos realizar los mejores procedimientos sin temor a riesgos ni traumas emocionales para el paciente, que, debido a su condición, no resistiría.

Considero que en el mundo odontopediátrico, el surgimiento de la anestesia general, ha sido uno de los aciertos más importantes en los últimos años.

X.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Barbinjan, T. M. Golovhinsy, V. B. Plehotkina, S. I.
Effects of anesthetics on reticular and cortical ac-
tivity, U.S.A. 1971
Central Smith Society Editorial.
- 2.- Biebuyck, J. F.
Metabolic effects of halothane with particular.
thesis.
Oxford 1971
U.S.A.
- 3.- Chambers, David, W, Behavir Managemen
Techniques for pediatric dentists: an embarrasment -
of young den tal patients.
Vol. 44, pp. 30-34 Jan Feb. 1977
- 4.- Chambers, David, W. Managing The anxieties of young -
dl.patientes, J. Dent child, vol 37 pp. 363-370
-sepetember october 1970.
- 5.- Davis, H. S. Collins, W. F. Randt, C. T. etal
effects of anesthetic agents on evoked central ner -
vous system, responaes gaseous agents (aneshteology).
U.S.A. 1957
Adams corporation.
- 6.- Eichenbaum Irving, W. Triad of concern.
J. Dent child, vol 44 pp 194-201 May Junae 1977.
- 7.- Edmond I. Eger II, M. D.
Absorción y acción de los anestésicos.
México 1976
Salvat Editores. S. A.
- 8.- Gale Elliot. N. and Ayer, Williams
Treatment of dental phobias
vol. 78 pp 1304-1307
June 1969.

- 9.- Gardon D. A. The use of modeling and desensitization in the treatment of phobic child patient. J. Dent Child, vol 41 pp 102-105
March april 1974.
- 10.- Ghose L. J. Giddon D. B.
Evaluation of sibling support.
J. dental child vol. 36 pp 35-40 january 1969.
- 11.- Gersen Jay. Maternal influence on the behavior - pattern of children the dental situation. J. den. child vol 43 pp 28-32 february 1976.
- 12.- Harry L. Thornton
Anesthesia de Urgencia.
México 1977
Salvat Editores S. A.
- 13.- J. Jackson
International dental journal
U.S.A. 1964
American Journal et edition.
- 14.- Johnson, Ronald, and Machen Bernard J.
Behavior modification technique and maternal anxiety. J. Dent child pp 20-24 july august 1973.
- 15.- Johnson, Ronald and Baldwin Dewitt
Maternal anxiety and child behavior. J. dent.ch.
pp 13-18 march april 1969.
- 16.- Lecner, Wictor
The effect of appointment length on behavior of - the pedodontics and his artides toward dentistry
J. dental child, vol 33, pp 61-73 march. 1966.

- 17.- Melamed Barbara, Wintein Donald
Reduction of fear-related dent management problems
with use of filmed modeling. J.A.D.A. vol 90
pp 822-826 April 1975.
- 18.- Mink J. R.
an inyection procedure the child dental patien.
D. Clin, N. America, pp 309-325 July 1966.
- 19.- Pillard, Richard, C. And Fisher, Seymour.
Aspects of anxiety in dental clinics patiens
JADA. vol. 80 pp 1331-1334 june 1970.
- 20.- Rosenberg, Howard, M. Behavior Modification for -
the child dental patient, J. Dent Child, vol 41
pp 31-34 march april 1974.
- 21.- Sawtell Rodney
The effects of five preparatory methods upon child
behavior during the first dental visit, j. Dent
Child. Vol. 41, pp 37-45 september 1974.
- 22.- Ramón de la fuente Muñiz,
Psicología médica, fondo de cultura económica
pp 109-114
- 23.- Servicio de Salud Mental, del Hospital del Niño
DIF, Julio 1978.
- 24.- W. D. Wylie H. C. Churchill-Davidson
Anestesiología.
México 1969
Salvat editores S. A.
- 25.- Wright, Gerald.
variables influencing children's cooperative.
J. dental child. vol. 38 pp 124-128 april 1971.