UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

MARIA LUCILA TORRES LUGO

MEXICO, D. F. 1981

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

MARIA LUCILA TORRES LUGO

MEXICO, D. F. 1981

I N D I C E

Pág.

INTRODUCCION

CAPITULO I — GENERALIDADES DE LA ODONTOLOGIA INFANTIL

a) Definición 5
b) Finalidades 5
c) Consultorio 6
d) La primera cita y su importancia 8
e) Historia Clínica 14
f) Examen Dental 16

CAPITULO II — DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO

1. Factores que influyen [illegible]
2. Patrones de conducta 2[illegible]
a) El recien nacido 25
b) El niño de dos años 1[illegible]
c) El niño de tres años 2[illegible]
d) El niño de cuatro años 26
e) El niño de cinco y seis años 27
f) Edad Preescolar 27
g) Período Escolar 27
3. Patrones de conducta relacionados con el sexo 30
4. Influencia Parenteral 30

CAPITULO III — MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO

1. Tipos Psicológicos de Niño y su manejo 33
a) Niño tímido asustadizo 33
b) Niño Incorregible 34
c) Niño desafiante 37
d) Niño miedoso 37
e) Niño enfermo 37
f) Niño caprichoso 38
g) Niño temperamental 39
h) Niño débil mental 38
i) Niño cooperador 39

Pág.

2. Aspectos para el tratamiento del niño 39
a) En relación con niños 39
b) En relación con padres 39
3. El Odontólogo 43
4. La Asistente 45
5. Citas 46
6. Estado físico del niño 46
a) Niño enfermo 46
b) Nutrición 47
c) Fatiga física 47
d) Niño impedido 47
e) La escuela 48
f) Miedo 49

CAPITULO IV ACTITUD DEL PADRE HACIA EL NIÑO

a) Afecto exagerado 52
b) Sobreprotección 52
c) Sobreindulgencia 53
d) Ansiedad excesiva 53
e) Autoridad excesiva 54
f) Desafecto 54
g) Rechazo 55
h) El hijo único 55
i) El niño adoptado 55

CAPITULO V TERAPIA FARMACOLOGICA ACONSEJADA EN EL MANEJO DE COMPORTAMIENTO

1. Premedicación 57
2. Selección de drogas 58
3. Administración oral 59
- Ventajas
- Desventajas
4. Inyección intravenosa 61
5. Vía intramuscular 61

CAPITULO VI MEDICAMENTOS EMPLEADOS PREOPERATORIOS EN ODONTOPEDIATRIA

a) Hidroxina 64
b) Diazepan 66
c) Prometazine 67
d) Hidrato de Cloral 68

Pág.

e) Alfaprodina 70
f) Meperidina 72

CAPITULO VII ANESTESIA GENERAL

a) Aspecto Psicológico 75
b) Tratamiento odontopediátrico 79
c) Responsabilidad del primer - asistente 80
d) Responsabilidades del segundo asistente 82
e) Responsabilidades del Operador 83

CONCLUSIONES 85

BIBLIOGRAFIA 89

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

Trabajar con niños en el consultorio dental no es del todo sencillo, ya que se requiere de un buen conocimiento y experiencia dentro de la Odontopediatria; así como de la Psicología Infantil. Considero que ésto es de gran importancia porque las piezas dentales del paciente están enpleno período de formación.

La Odontología Infantil es la especialidad que másatención requiere, sin embargo, algunos dentistas no especializados en Odontopediatría lo rechazan, resultando con ello que dicho servicio es relegado por tales profesionistas.

Cuando el dentista asume la responsabilidad de trabajar con infantes, debe preveer que la tarea le resultarágeneralmente difícil; ya que practicar Odontología Infantil moderna requiere de adquisición y utilización de amplios

conocimientos pediátricos, así como de un equipo apropiado.

La Odontología para niños está aplicada y orientada esencialmente a la prevención y disminución de las insufi-- ciencias dentales; por lo tanto, es un servicio de dedica-- ción puesto que la prevención es siempre la meta final de - la ciencia médica en su totalidad.

Tres grandes responsabilidades asume el dentista al trabajar con menores:

a) Para un paciente
b) Para con su comunidad
c) Para consigo mismo

Ahora bien, es de fundamental importancia la primera cita del paciente ya que de ésta dependerá el fracaso o el éxito del tratamiento a seguir.

En este trabajo se pretende analizar la conducta -- del paciente, y con ello su crecimiento psicológico. Conoceremos también la personalidad que caracteriza al niño encontrando así una manera sutil de tratarlo o en todo caso, proporcionarle la atención que requiere, desde luego tomando en cuenta el universo familiar que le rodea.

De lo anterior deduciremos si el paciente adopta o no seguridad en su comportamiento. Es indudable para tal efecto, que el profesionista dental ponga en práctica toda la teoría adquirida.

Reflexionando en el problema que presenta para algunos médicos el trabajar con infantes, surgió la idea de elaborar este trabajo con la finalidad de ofrecer una perspectiva metodológica acerca de la Odontopediatría que hasta hoy, mucho se ha descuidado, además se intenta poner en relieve la importancia que tiene el manejo de aplicar la psicología como recurso médico.

C A P I T U L O I

GENERALIDADES DE LA ODONTOLOGIA INFANTIL

GENERALIDADES DE LA ODONTOLOGIA INFANTIL

DEFINICION:

La Odontología Infantil es la rama de la Ondontología que, se especializa en la atención y cuidado dental del niño; estudiando al niño en toda su totalidad, su Psicología, su desarrollo físico, hasta su vida intrauterina.

La Odontología Infantil tiene varios nombres: Pediatría para Niños, Odontopediatría, Pediatría dental, Odontología Pediátrica.

FINALIDADES:

1. Inculcar al niño hábitos de limpieza para mantener su boca sana.

2. Conservación de las piezas primarias (para que no -

GENERALIDADES DE LA ODONTOLOGIA INFANTIL

DEFINICION:

La Odontología Infantil es la rama de la Ondontología que, se especializa en la atención y cuidado dental del niño; estudiando al niño en toda su totalidad, su Psicología, su desarrollo físico, hasta su vida intrauterina.

La Odontología Infantil tiene varios nombres: Pediatría para Niños, Odontopediatría, Pediatría dental, Odontología Pediátrica.

FINALIDADES:

1. Inculcar al niño hábitos de limpieza para mantener su boca sana.

2. Conservación de las piezas primarias (para que no -

se pierda el espacio).

3. Proporcionar función masticatoria normal; ya que - ésto es la primera fase del proceso digestivo, contribuyendo así a una buena digestión.

4. Prevenir y corregir hábitos nocivos en el niño que, puedan provocar maloclusiones.

5. Prevenier caries.

6. Conservación de las piezas permanentes.

7. Crear en el niño sentido de responsabilidad para el cuidado de su boca.

8. Instruir a los padres para contar con su colabora-- ción.

9. Contribuir al desarrollo físico del niño; así como el intelectual.

EL CONSULTORIO

Se deberá tener presente que el aspecto del consultorio dental no va a controlar la conducta de nuestro pa -

ciente, pero sí puede ser de gran importancia la influencia que ejerza sobre su estado de ánimo.

La primera impresión que recibe el niño al entrar a la sala de recepción debe ser un ambiente agradable y de - cordialidad por parte de la asistente dental.

Para la atención exclusiva del paciente infantil, - el consultorio dental deberá ser decorado con colores pas - tel que junto con una música suave den al paciente atmósfe- ra de confianza y tranquilidad.

La sala de espera tendrá además la finalidad de mo- tivar a los niños y a sus padres para que desarrollen un -- sentimiento de responsabilidad respecto a la salud dental;- colocando en los muros carteles con mensajes preventivos.

Una pecera es siempre fuente de entretenimiento, la cual puede ser colocada en la sala; o bien, en un lugar -- donde el niño pueda verla, o un pizarrón con gises de colo res para ser usado por el paciente.

Además del cometido de hacer agradable la permanen- cia del niño en el consultorio, se demostrará a los padres- que nos preocupamos y estamos en la mejor disposición de - que el niño se sienta contento y confíe plenamente en noso-

tros para el cuidado y prevención de su salud dental.

LA PRIMERA CITA Y SU IMPORTANCIA

La primera visita del niño al consultorio dental debe considerarse como una ocasión muy especial, ya que entran en juego una serie de factores de orden sicológico.

Al paciente que nos visita por primera vez podemos situarlo en cualquiera de dos grupos: el de aquellos que no han tenido ninguna experiencia odontológica y el de los que ya la han tenido.

Los niños que ya tuvieron experiencia previa reaccionarán de acuerdo a lo mala o buena que haya sido ésta.

Cuando recibimos por primera vez al niño en el consultorio, nuestro comportamiento necesariamente tendrá que ser distinto en cada uno de los casos. No hay que olvidar que la actitud de la asistente o secretaria será siempre tomada en cuenta por el paciente.

El niño que no ha tenido jamás una experiencia médica u odontológica es candidato ideal para convertirse en un buen paciente. Asiste a la cita confiado, aunque atento a lo que pueda suceder. Si destruímos esa confianza quizá lo

convirtamos en un paciente desdichado, pues habremos creado en él cierto temor al dentista.

Mencionamos anteriormente que en el manejo de los niños desempeñan un destacado papel los padres, la asistente y el odontólogo. Analicemos la parte que corresponde a cada uno.

Es indudable que el grado de cultura de los padres se refleja en el niño; y lo que ve y escucha en su hogar se refleja en el comportamiento de su vida incipiente. Una cultura limitada, la falta de criterio o la ignorancia respecto a los matices de la educación del niño, en particular aquellos aspectos en relación con el cuidado y atención de su boca, puede malograr el esmero del profesional al atender al paciente. Si cuando el niño comienza a quejarse de dolor, los padres tratan de calmarlos con amenazas o palabras hirientes o bien, le dicen que la curación será motivo de un mayor dolor, lo único que logran es provocarle miedo, lo cual limitará su cooperación para el tratamiento dental.

La asistente dental debe tener, entre otras cualidades, madurez emocional y estar adiestrada en el trato con los niños. El pequeño tiene su primer contacto odontológico a través de la persona que lo recibe al llegar al consultorio.

En consecuencia, la asistente es quien inicialmente orienta la conducta del niño con el odontólogo. La recepción deberá ser cordial, sobria y sincera, sin demasiada familiaridad, porque algunos desconfiarán de este tipo de actitud.

Ante un niño de personalidad negativa es mejor no hacer ningún comentario al respecto al recibirlo. Facilitarle una revista infantil, puede ser una buena introducción. El tener alguna información previa sobre el niño y saludarlo por su nombre, facilitará las cosas. A un niño que por primera vez asiste al consultorio conviene atenderlo en el lapso entre dos buenos pacientes. Así verá salir del consultorio a un niño tranquilo y, cuando él se retire verá en la sala de recepción a otro igualmente calmado. Por tal motivo es recomendable, cuando el odontólogo se dedica a la práctica general, atender a los niños sólo en determinados días.

El niño puede asociar el uniforme blanco del médico con algún recuerdo doloroso o, cuando menos, molesto, lo que le hará tener ante esta indumentaria una actitud defensiva, pues presentirá algo desagradable. Por tal motivo, no es conveniente que el odontólogo y su asistente vistan uniformes blancos. El dentista que desee dedicarse a la odontopediatría deberá tener conocimiento suficiente, tanto

para la resolución de los problemas técnicos de la boca del niño, como de sus diferentes aspectos sicológicos. El realizar los tratamientos adecuadamente, en un mínimo de tiempo y sin provocar molestias, hará que el paciente quede gratamente impresionado. Si además de ésto, el profesional brinda al niño comprensión y cariño, tendrá el éxito asegurado.

Al consultorio dental acuden dos tipos de pacientes: los que previamente hacen su cita y, los casos de urgencia.

EL PACIENTE DE URGENCIA

El dolor que está presente en casi todas las urgencias, es por lo general el resultado de una infección, lesiones en los tejidos blandos o traumatismos que causan fracturas dentarias o de los maxilares.

Es responsabilidad del dentista, en el paciente de urgencia, aliviar el dolor y determinar si la situación puede convertirse posteriormente en una amenaza a la salud general del paciente.

Cuando al consultorio dental llega un paciente que amerita tratamiento de urgencia, convendrá seguir los siguientes pasos: en primer lugar, se introducirá al pacien-

te al consultorio dental, previa realización del cuestionario de salud. Enseguida se identificará la causa del problema y se buscará la manera en que pueda resolverse.

En los casos de urgencia, los niños suelen ser generalmente muy aprensivos, sobre todo si se procede a realizarles, sin explicación previa, tratamientos dolorosos.

El odontólogo deberá resolver primero la reacción al miedo, antes de examinar o tratar al niño. Luego, con el paciente ya más tranquilizado, la acción deberá estar encaminada a controlar la urgencia, evitando, hasta donde sea posible, el aumentar la molestia. El tratamiento deberá ser breve y sencillo. Un niño que teme al dolor aceptará el procedimiento si tiene la seguridad de que el alivio llegará pronto.

EL PACIENTE CON CITA PREVIA

Cuando los padres llaman solicitando una cita para su pequeño, puede requerirseles la siguiente información: nombre, motivo de la cita y número telefónico.

RECEPCION DEL NIÑO

Después de ser recibido el niño, la asistente o se--

cretaria entregará a los padres un cuestionario de salud para que sea contestado por ellos. Posteriormente, este cuestionario será revisado por el odontólogo con el fin de obtener una idea más precisa del problema general del paciente. El niño entrará, de preferencia acompañado de sus padres, a una oficina donde lo recibirá el odontólogo. Este procederá a hacerle las preguntas correspondientes para completar el cuestionario de salud. A continuación, el niño pasará al consultorio, ya sea solo o acompañado de sus padres, dependiendo de su edad y desarrollo mental, para iniciar su examen bucal.

Dentro del consultorio, el primer paso será mostrarle el funcionamiento de algunos instrumentos para el trabajo dental y, después, previa explicación, se procederá a tomar el estudio radiográfico. Una vez obtenido el resultado, se realizará la revisión clínica de su cavidad oral, anotando en el odontograma los datos obtenidos.

Unicamente en aquellos casos en que el paciente no presente ninguna alteración bucal, se procederá en esta misma sesión al pulido de sus dientes y a la aplicación tópica de fluoruro. En estos casos también se podrá enseñarle al niño, si así lo requiere, las técnicas de higiene oral.

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES:

1. Nombre del Niño y Diminutivo - Edad - Fecha de Nacimiento - Lugar de Nacimiento - Dirección - Teléfono - Grado de Educación - Nombre del Padre - Observar al Niño física y mentalmente - su forma de caminar - su actitud hacia nosotros.

2. ENFERMEDADES DE LA NIÑEZ Y A QUE EDAD:
Sarampión - Tosferina - Varicela - Escarlatina - Difteria - Tifoidea - Poliomielitis - Paperas - Tuberculosis - Fiebre Reumática - Fiebres Eruptivas y otras.

3. OBSERVAR TEJIDOS BLANDOS DE CABEZA Y CUELLO:
Adenitis Cervical - Amigdalas - Faringe - Lengua - Piso de la Boca - Glándulas Salivales - Tejido Gingival.

4. EXAMEN RADIOGRAFICO:
Doce Radiografías; Centrales, Caninos, Molares (en forma horizontal igual en inferiores; más dos de aleta de mordida.

Usaremos radiografías infantiles siempre y cuando el niño tenga dentición temporal; y película standar en dentición permanente o mixta dependiendo del niño. Tomaremos radiografías en caso de ortodoncia, abscesos o pulpotomías.

Radiografías oclusales en caso de supernumerarios.

5. EXAMEN DENTAL:

Observar la placa dentobacteriana que, puede ser pobre, -- abundante o regular (marcaremos si existen manchas verdes,- anaranjadas y sarro)

6. INVESTIGAR QUE TANTOS CARBOHIDRATOS CONSUME:

Dulces, refrescos, chicles, postres, harinas, etc.

7. OCLUSION:

Normal - ortognata; prognata o retrognata, mesio oclusión, disto oclusión, sobre mordida o translape excesivo de los - dientes superiores, mordida abierta (que es ocasionada por- los hábitos de succión de dedo, protusión lingual o hereditaria mordida cruzada anterior, mordida cruzada posterior,- apiñamiento anterior ya sea en maxilar o mandíbula.

8. HABITOS:

Que son la causa principal de la mal oclusión, como succión del pulgar, succión de otros dedos, mordedura de lengua, - mordedura de labio, succionar los labios, respiradores bucales, u onicofagia.

EXAMEN MENTAL

Instrumental Recomendado. El instrumental odontológico (recomendado) inmediato necesario para el examen de un niño consiste en: espejos bucales, exploradores (núm. 1,3 23); un aprobador eléctrico pulpar o algún medio para hacer las pruebas de vitalidad pulpar cuando estén indicadas, un aparato de rayos X y, una ficha de examen.

La ficha, si se llena correctamente proporciona al profesional o al estudiante un registro aceptable por medio del cual pueden ser evaluados los hallazgos dentarios inmediatos en el niño. La ficha, además, permite un análisis detallado completo de los muchos aspectos de los servicios profesionales brindados a los niños. Si se dispone de facilidades para pruebas de laboratorio en el consultorio dental, o a una distancia aceptable del mismo. Las muestras de saliva deben considerarse parte del examen para determinar la relativa actividad de caries.

Datos para las fichas de examen: nombre, edad y fecha de nacimiento. Si bien los nombres legales del niño como los del padre, son importantes y necesarios; el nombre favorito o apodo si lo hay, es igualmente significativo. Los otros datos son utilizados en varias ocasiones durante el curso del tratamiento.

Los niños no solo tienen una edad legal o cronológica sino también una edad fisiológica dentaria que puede ser apreciablemente mayor o menor que la edad legal. La edad - fisiológica relativa debe determinarse siempre, antes de hacer cualquier plan de tratamiento; la radiografía, por lotanto, se convierte en una valiosa ayuda diagnóstica.

Asistencia Odontológica Anterior. El tipo, extensión y regularidad, de la asistencia odontológica anterior-obtenida para el pequeño puede o no determinar la aproximación al tratamiento.

Exploración y registros de cavidades. La exploración de cavidades debe realizarse, en campo seco con los exploradores más agudos. En todas las cavidades debe notarse la profundidad de las caries, para determinar la necesidad-de restauraciones, terapia pulpar o extracciones.

Obturaciones Aceptables y Defectuosas. Cada restauración debe ser evaluada concienzudamente para determinar - si es aceptable o defectuosa. El borde gingival es una zona particularmente vulnerable en un diente primario y, poresta razón, debe ser revisado minusiosamente con un explorador en campo seco como también con la radiografía.

Dientes ausentes y no erupcionados. Se hace el --

diagnóstico de diente ausente cuando se ha determinado radiográficamente que un gérmen dentario no se ha desarrollado.

Un diente no erupcionado, es el que en el momento del examen no ha erupcionado en la cavidad bucal. Otra consideración diagnóstica común se relaciona con la falta de erupción (generalmente el diente no está ausente) de un incisivo central permanente. El Roentgenograma puede revelar uno o más estados, como un supernumerario que puede bloquear la vía de erupción del incisivo, un central permanente malformado y en mal posición, puede también existir un tejido fibroso denso en el trayecto eruptivo que deberá ser eliminado quirúrgicamente.

Cuando deben obturarse o extraerse los dientes primarios. Un diente primario debe ser extraído generalmente, si interfiere con la erupción del sucesor permanente, si la caries ha penetrado hasta la bifurcación de las raíces, sino se puede llevar la preparación de cavidad hasta un asiento sano por gingival, o si hay reabsorción radicular patológica, o destrucción ósea como consecuencia de infección.

El espacio Cerrado - resultado de la pérdida prematura de un diente primario. Un espacio cerrado debe registrarse siempre para propia protección. Como por ejemplo po

demos citar un molar primario que se haya extraído o perdido prematuramente de tal manera que el espacio se haya cerrado y, por lo tanto el permanente puede no tener la oportunidad de erupcionar; debe ser aclarado al padre cuando -- se ha completado el examen.

Diversos datos para las fichas. Nos auxiliaremos - más aún del interrogatorio amplio al niño y al padre, respecto a sus hábitos de higiene bucal, al cuidado en el hogar, dieta y normas de nutrición.

Hay oportunidades en las cuales el odontólogo debe- aconsejar o requerir un examen físico, o buscar el consejo- de un médico antes de hacer un diagnóstico y un plan de tratamiento.

Las enfermedades de la infancia tienen a veces un - efecto deletéreo sobre el crecimiento y desarrollo del individuo, los arcos dentarios y los dientes. Estos datos nos- brindarán un conocimiento más completo y una base sobre la- cual establecer un plan de tratamiento odontológico.

Ayudas diagnósticas en la realización de un examen. Determinación de estado de vitalidad. El examen, en muchas circunstancias requiere también una prueba de vitalidad, para determinar el estado del diente, de tal manera que nos -

auxiliaremos con un probador pulpar eléctrico. Sin embargo para determinar el estado de vitalidad en la dentadura primaria es de uso dudoso porque la evaluación o respuesta a una determinada situación varía mucho en niños debido al proceso de reabsorción radicular en ciertas edades, y a la presencia o ausencia de dentina secundaria.

Radiografías. La odontología para niños no puede ejercerse exitosamente, sin el uso de las radiografías; ya que hay una cantidad de problemas y estados que se deben buscar y evaluar rutinariamente en la dentadura mixta; y entre las que podemos mencionar: el grado de calcificación y erupción de los dientes, la cantidad de reabsorción radicular si la hay, en dientes primarios, dientes ausentes, supernumerarios e impactados, quistes, etc. Las fracturas radiculares son frecuentes también en algunos casos en que el niño ha recibido un golpe en la parte anterior de la boca.

Las radiografías revelarán problemas y necesidades dentarias adicionales, en un alto porcentaje de casos. En el primer examen dentario del niño, se aconsejan radiografías seriadas completas. Un examen radiográfico completo no debe hacerse más tarde de los 5 años.

Exámenes Bacteriológicos, de actividad de la caries y Biopsia. Los exámenes bacteriológicos, las pruebas para-

determinar la actividad relativa de la caries y las Biop -- sias para exámenes diagnósticos microscópicos deben recomendarse para los pequeños, cuando estén indicados.

Modelos Dentales de Yeso. Recordemos que la oclusión, es una consideración fundamental en cualquier examen.

Nos sirven para llevar un registro adecuado de la - dentadura del niño a distintas edades; permitiéndonos así- un estudio de la oclusión; y de las tendencias del crecimiento, de año en año. Estos modelos pueden hacerse una -- vez por año o a intervalos deseados por el odontólogo. Nos- auxiliarán además en el crecimiento y desarrollo de los arcos dentarios.

C A P I T U L O II

DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO

DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO

Los factores que influyen en el comportamiento del niño están regidos, en gran medida, por su crecimiento psicológico, su estado físico, la influencia parenteral, la escuela y el miedo. La forma de tratar al padre y al niño dependerá del patrón de conducta del pequeño.

Factores que influyen en el comportamiento del niño. Crecimiento Psicológico. El crecimiento psicológico del niño es una complicada serie de sucesos establecidos, que se manifiestan exteriormente en un patrón de conducta; esto es, la acción, las actitudes y la personalidad del niño. El crecimiento psicológico se refiere también a la adquisición de información, de habilidades y de intereses emocionales.

El sistema nervioso es la parte vital de la maquinaria que hace posibles los sucesos.

A un niño no se le puede enseñar un modo de comportamiento, hasta que ya ha madurado lo suficiente para recibir tal enseñanza. Por ejemplo, un niño no puede aprender a hablar hasta alcanzar el habla, puede aumentar su vocabulario por el proceso de aprendizaje. El intento de acelerar la secuencia de maduración en el niño pequeño es, muy probablemente, el error más común de los padres.

Aunque la secuencia de maduración, está determinada por factores hereditarios, el medio ambiente sirve para sostener o modificar el grado de desarrollo.

El crecimiento psicológico, por lo tanto, es en gran parte producto de los potenciales heredados del niño y de su medio ambiente. Un medio ambiente favorable asegura la óptima expresión de sus potenciales heredados.

Un medio ambiente desfavorable puede retardar o pervertir su plena expresión. Cada individuo es una personalidad distinta, cuyas experiencias en la temprana infancia son importantes para su futura conducta y relación con los demás.

Para comprender la individualidad y madurez relativa de los niños, es necesario estudiar los procesos subyacentes del desarrollo, que están actuando. Cada niño tiene

un límite fisiológico para su condicionalidad y rasgos constitucionales y tendencias que determinan como, y hasta cierto punto cuando, aprenderá. Es importante para el odontólogo que trata al niño, reconocer éstos límites relativos a los diferentes niveles de edad, para su acercamiento al manejo del niño sea compatible con las experiencias del individuo.

Patrones de conducta a diferentes niveles de edad:

EL RECIEN NACIDO. Al nacer, el niño está dotado con un equipo emocional bastante elaborado, que incluye miedo, hambre, y alegría. La respuesta miedosa a los cambios abrupto de posición, es la más notable. Esta reacción, sin embargo, es vencida en pocos meses por el continuo manipuleo de la madre.

EL NIÑO DE DOS AÑOS DE EDAD. No está suficientemente adelantado como para permitir relaciones interpersonales prolongadas. Prefiere todavía el juego solitario, y le gusta más mirar lo que otros hacen, que participar en un juego. Como regla, el niño en este nivel de edad no permite a otro infante que, juegue con sus juguetes, y le divierten más los juguetes con movimiento, como los trenes y coches. A los dos años de edad el niño es todavía muy pequeño para llegar a él solo con palabras y debe organizar su experien-

cia tocando, manoseando y palmoteando. Depende mucho de su madre y tiende a ser asustadizo. En este nivel de edad, y- hasta los tres años, es común que cambie de una cosa a otra, en pocos minutos. El niño no puede ser forzado y cada activación debe surgir finalmente de su interior. No debe esperarse que niños menores de tres años respondan a preguntas- u órdenes directas.

EL NIÑO DE TRES AÑOS. A este nivel de edad, el niño ejemplifica generalmente, el comienzo de la semi - independencia. Trata de agradar y conformar y es susceptible a las alabanzas. Se puede pactar con él, y si se le da una - buena razón cooperará con frecuencia en cosas que no le -- agradan hacer. Esta es también conocida como la edad del - "Yo también", y puede observarse un interés en compañeros - de juego imaginativos. La madre casi siempre, es la preferida.

EL NIÑO DE CUATRO AÑOS. Esta es la edad del "por - qué" y el "como", durante la cual el niño expresa independencia y resistencia. Es un gran conservador y está generalmente "engranado" en actividad. A este nivel de edad, - puede vestirse solo, le gusta estar con compañeros, alardear y jactarse de sus posiciones. Responde bien a las directivas verbales y puede llegarse a él apelando a su espíritu de independencia, recién despierto. Son cooperadores-

c imaginativos.

LOS NIÑOS DE CINCO Y SEIS AÑOS. En muchas ocasiones, el niño de cinco años puede distinguir entre verdad y mentira, y es capaz de autocrítica. Le gusta terminar lo que ha comenzado y hay un orgullo social por las ropas y por los conocimientos. A esta edad, es amante de la alabanza y seguro de sí mismo.

Ya para los seis años, el niño comienza a mostrar algún interés en las personas fuera del hogar, especialmente en los niños que encuentra en la escuela o en los lugares de recreo. Hay un despertar del sentido social, que se hace evidente a poco comenzar la escuela.

Esta es la edad de la independencia.

EDAD PREESCOLAR. Los pequeños que aún no asisten al jardín de niños o no tienen muchos contactos sociales pueden ser tímidos o poco sociables, por lo general temen a los extraños hasta que se identifican con ellos. En cambio, los niños que asisten a la escuela se vuelven más sociables y están más dispuestos a relacionarse con extraños y a aceptar mejor cualquier tratamiento.

PERIODO ESCOLAR. Se divide en tres etapas:

a) Temprana (de 1o. al 3er. año de primaria)

b) Intermedia (del 4o. al 6o. año de primaria)

c) Final (del 1o. al 3er. año de secundaria)

La etapa temprana comprende, aproximadamente, de los 6 a los ocho años de edad, en la que el niño ya se encuentra listo para iniciar una existencia independiente, a llevar una vida social más amplia; aprende a llevarse con los demás y las normas y reglamentos de la sociedad. Al mismo tiempo, aprende a aceptarlos, siendo ésta una de las fases importantes de su vida. Esto sucede frecuentemente a los nueve años pero hay ocasiones en que ocurre a los 6.

La etapa intermedia comprende aproximadamente de los 9 a los 12 años de edad. De los 8 a los 9 empieza a romper sus relaciones con la casa, fase por la que debe pasar antes de alcanzar su madurez e independencia.

A los 9 años el niño ya tiene experiencia para adaptarse y cooperar, aún cuando el procedimiento sea doloroso, aceptando al odontólogo como autoridad, por lo que no es necesario llegar a forzarlo. Es ésta su mayor y principal diferencia con el preescolar.

A los 10 años el niño le gusta demostrar que es capaz de realizar acciones muy difíciles. Con raras excepcio

nes, a los 12 años suelen desdeñar todas las actitudes de - niños y son firmemente independientes.

A los 12 años, el niño está lleno de curiosidad factor que el dentista puede utilizar para ganar su atención y confianza.

Etapa Final. Comprende de los trece a los dieciocho años.

Durante esta etapa se introducen muchas alteraciones importantes como resultado del marcado desarrollo físico, - mental y emocional. Este período exige un conocimiento y - una comprensión especiales por parte del profesionista, ya- sea médico u odontólogo si es que a de tratar con éxito al adolescente. Aunque a esta edad el pequeño ha dejado de - ser un niño, no ha alcanzado la madurez necesaria para ser- considerado como adulto. Se enfrenta al problema de querer se independizar de la autoridad que le proporciona su familia, rompiendo con muchos de los principios familiares basados en la autoridad, responsabilidad, respeto, afecto, intimidad y posesión, alejándose de su casa. El adolescente pide privilegios, pero no desea asumir ninguna responsabili - dad. En la adolescencia temprana, el chico quiere acaparar los privilegios del niño y el adulto.

Todas estas etapas por las que pasa el niño desde el nacimiento hasta llegar la adolescencia son necesarias y de gran valor para llegar a alcanzar la madurez individual.

PATRONES DE CONDUCTA ESPECIALES RELACIONADOS CON EL SEXO

Al varón se le asocia más frecuentemente con berrinches y arranques de ira, lo mismo que con robar y salir corriendo, que a la niña. Las niñas, por su naturaleza sensitiva tienden a llorar más fácilmente que los niños y experimentan por lo general mayor dificultad para las adaptaciones emocionales, en particular durante la adolescencia. Los problemas relacionados con la ansiedad y el miedo, son también más frecuentes en las mujeres.

Los varones muestran mayor agresividad durante el segundo y tercer año de vida, mientras que las niñas aprenden a hablar más temprano, como también a interesarse en la apariencia antes que los varones.

INFLUENCIA PARENTERAL

Si el odontólogo desea lograr o realizar un buen acercamiento a la práctica de la odontología para niños debe conocer la importancia del ambiente hogareño y de la in-

fluencia de los padres, sobre el pensamiento y la conducta del niño.

Los niños o niñas que se presentan como pacientes son en gran medida, productos que ejemplifican el ambiente hogareño y las actitudes de los padres. Ejercer odontología para niños sin evaluar a los padres, sin la participación del padre y sin su confianza, sólo puede conducir al fracaso.

El odontólogo, por la conversación, interrogatorio y observación también puede evaluar el ambiente del hogar, el patrón de conducta y las normas de comportamiento requeridas por el padre.

C A P I T U L O III

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

NIÑO TIMIDO, ASUSTADIZO O VERGONZOSO. Hay muchas - razones por las cuales el niño puede ser tímido, asustadizo o vergonzoso, como la falta de oportunidad para alternar - con otras personas fuera del ambiente hogareño, poco afecto de los padres, ser único hijo, los sermones exageradamente- críticos y la excesiva autoridad de los padres.

Puede tratarse también de un hijo psicológica y emo cionalmente inmaduro y, por lo tanto, dependiente.

Es fácil descubrir al niño corriente asustado, pues tratará de escondar su cara detrás de la pollera de la madre o mirará al suelo, o a otra parte, cuando se le diriga- la palabra. Responde a pocas preguntas o comentarios, si-- es que responde, y no cooperará mientras esté rodeado de es te caparazón. Esta reacción es común en el niño preescolar, especialmente en quien no ha concurrido al jardín de infan-

tes. Los niños de las zonas rurales o semi-rurales, son afectados más a menudo que los de las zonas urbanas, quienes han tenido, por lo general, más experiencias con otras personas.

La asistente y el profesional deben hacer toda clase de esfuerzos para que el niño y la madre se sientan cómodos lo más pronto posible. Lo antes posible, debe aprenderse el nombre de pila del niño y después algo sobre su "hobby". Cada niño tiene su cosa favorita, juego o proyecto que le gusta y responderá favorablemente si la asistente y el odontólogo demuestran sincero interés en ello.

NIÑO INCORREGIBLE O CONSENTIDO. Todo operador conoce al niño mimado o incorregible, resultado de la excesiva indulgencia o en algunas ocasiones, del rechazo de los padres. Este niño puede lloriquear, golpear, patear, tirarse al suelo para desplegar arranques de mal humor, o hacer una docena de cosas cualesquiera, intentando por esos medios persuadir al padre para que lo lleve a casa, o al menos lo saque del consultorio. La madre o el padre comienzan generalmente en este momento a hacerles varias promesas pero al chiquillo no le interesan, porque está familiarizado con el hecho de que casi todas las cosas son suyas con sólo pedirlas.

La entrevista inicial con el padre y el niño, permitirá al odontólogo determinar el procedimiento a seguir en cada caso.

Al odontólogo no le conviene enojarse, mostrar que está irritado o expresar antipatía por el niño, pues el padre se dará cuenta de tales reacciones y tendrá un buen motivo para asumir una actitud protectora hacia su hijo. El chico, puede percibir también cualquier signo de enojo, por parte del dentista y esta reacción conducirá a muchos inconvenientes. Además, el odontólogo enojado no puede, en realidad, operar con eficacia y muy probablemente resultará más daño que bien, del procedimiento intentado.

El enfoque de estos problemas de manejo del niño, es importantísimo en la determinación del buen éxito o del fracaso en esta rama de la odontología.

Algunos niños pasan por la entrevista inicial y el examen sin ninguna objeción seria, pero cuando se inicia la limpieza o el tratamiento, exclaman: "Esa cosa no me gusta (señalando a la pieza de mano y la fresa), y no quiero que me la ponga", o el pequeño comienza a retorcerse, resistirse y gritar.

En este momento debe hacerse todo lo posible, despa

cio y con calma, para explicar al niño las razones para el procedimiento y, además, que se tomarán todas las precauciones para completar el tratamiento con la mayor incomodidad posible.

El paciente, en muchas ocasiones, no dejará de llorar y se resistirá a todos los esfuerzos para retenerlo en el sillón. Durante el llanto no puede oír ni entender los comentarios del odontólogo y el resultado es una completa falta de cooperación.

Si continúa llorando, y se niega a responder a comentarios amables, entonces, como último recurso, se sostienen firmemente sus manos y sus pies. La mano del operador se coloca con firmeza sobre la boca y la nariz, durante unos 5 a 10 segundos. Entonces se le dice: "No me gusta tenerte, pero debo hacerlo hasta que dejes de llorar y patalear".

Este solo tratamiento es, por lo general, suficiente, a pesar que ocasionalmente es necesario repetirlo varias veces, pero en todos los casos el odontólogo debe ser el dueño absoluto de la situación. Este método es definitivo, rápido y práctico y ahorra horas de tiempo. El paciente gana más confianza en cada nueva visita y se convertirá en uno de los más grandes amigos del odontólogo, a medida que-

el trabajo adelanta.

NIÑO DESAFIANTE. Algunos niños demasiado protegi - dos por sus padres, en particular los varones, desafían al odontólogo a que intente hacerle cualquier trabajo. Esos - niños no lloran y raramente dicen mucho. Una de sus expresiones comunes es: "No abriré la boca". Algunos han agregado "No quiero que me haga ningún trabajo".

Una capa exterior arrogante rodea a ese niño y si - se consigue alguna cooperación, hay que apelar a su fanfa - rronería. Estos niños llegan a ser excelentes pacientes y verdaderos amigos en corto tiempo.

NIÑO MIEDOSO. El miedo sólo puede ser vencido esta bleciendo confianza en el individuo. Siempre hay algo por lo que podemos cumplimentar al niño: el cabello, los zapa - tos, los vestidos, su estatura o un logro. Nunca debe perderse oportunidad para estimular la amistad, comprensión y apreciación de los méritos del pequeño.

El miedo puede ser controlado, ganando la confianza de los niños a través de un interés positivo en sus prefe - rencias, sus gustos y disgustos, sus amigos.

NIÑO ENFERMO. El niño o la niña enferma, o cuyo --

estado físico no justifica un esfuerzo adicional, deben recibir el tratamiento mínimo necesario para calmar el dolor y la eliminación de cualquier fuente importante de infección, si es aconsejable.

A estos niños se les debe hacer un servicio de emergencia, hasta que estén lo suficientemente bien como para completarles su tratamiento dental.

NIÑO CAPRICHOSO. Es por lo general hijo único, el más pequeño de la familia, ha sido adoptado o ha permanecido enfermo mucho tiempo. Por lo mismo, se le complace en casi todo. Normalmente se comportabien, pero le disgusta que se le pida algo que le moleste.

NIÑO TEMPERAMENTAL. Es el tipo que cabe dentro de todos los tipos, a veces coopera y a veces no, se presenta cansado o aburrido.

NIÑO DEBIL MENTAL. Todos los niños de lento aprendizaje constituyen un problema que debe tratarse en forma individual en cada caso en particular. Generalmente se caracterizan por la lentitud con que siguen las indicaciones. Se procurará manejarlos de acuerdo al grado o etapa de debilidad mental.

El odontólogo deberá valorar si su tratamiento se - efectúa bajo anestesia general o local.

NIÑO COOPERADOR. Es el niño que debemos manejar - con mayor cuidado, para no hacer de él un mal paciente.

ASPECTOS IMPORTANTES PARA EL TRATAMIENTO DEL NIÑO

En relación con los padres:

Informar a los padres lo que deben decirle al niño. Lo que no deben mencionarle, señalar que no conviene mani - festar sus temores al niño, ni usar la odontología como castigo o asegurarle que no se le hará ningún tratamiento. - Ni dar información detallada respecto al tratamiento que se le realizará en el consultorio dental. A una pregunta que- requiere una contestación extensa o detallada, el padre indicará que será el dentista quien le conteste.

En relación con los niños:

1. A partir de los 3 años los niños no entrarán al consultorio dental acompañados de sus padres.

2. Si el niño no quiere entrar, debemos salir por él.

3. Si llora, lo dejaremos llorar un rato.

4. Después se le dirá que no se permite llorar dentro del consultorio, empleando una actitud firme a la vez que amable explicándole posteriormente las razones y la necesidad de efectuar el tratamiento.

5. Si grita se hará alguna maniobra no agresiva para impedir que lo haga puesto que si no establecemos comunicación con él no podremos realizar ningún tratamiento.

6. Realizar siempre algún tratamiento o maniobra.

7. Valorar posibles excusas, como en el caso del niño que quiere ir al baño. Solamente lo dejaremos ir una sola vez.

8. Respetarlo, no engañarlo sobre lo que se le va a hacer, pero sí utilizar otros términos evitando así asustarlo.

9. Dejar que crea que es él quien maneja la situación. Se le dirá: "coloca tu brazo izquierdo sobre el sillón de manera que descanse sobre él". Si en algún momento sientes alguna molestia, levántalo y en ese-

momento detendremos todo lo que estamos haciendo y-nos explicarás cuál es el problema. Pero recuerda-que solamente debes levantar el brazo cuando haya - un problema.

INSTRUCCIONES AL PADRE

Reglas que deberán seguir antes de llevar a los niños al dentista por primera vez:

1. Aconsejar a los padres que no manifiesten sus propios temores frente al niño.

2. Aconsejar al padre que nunca utilice a la odontología como amenaza o castigo.

3. Aconsejar a los padres que familiaricen a sus hijos con la odontología llevándolos al consultorio a que se acostumbren al mismo y para que traben relación-con el odontólogo.

4. Explicarle al padre que un despliegue visible de valor en cuestiones dentales le dará coraje al niño:-existe una correlación entre los temores paternos y los del niño.

5. Aconsejar a los padres acerca del medio hogareño -- conveniente y de la importancia que para el niño -- tienen las actitudes amables en la formación de la- personalidad del niño; en estas condiciones serán- buenos pacientes dentales.

6. Recalquemos a los padres el valor de un cuidado dental regular no sólo desde el punto de vista de la - conservación de los dientes sino por la formación - de buenos pacientes dentales.

7. Aconsejar a los padres que no sobornen a sus hijos- para que vayan al dentista.

8. Se instruirá a los padres para que nunca averguen - cen, reten o ridiculicen a sus hijos para dominar - su temor al tratamiento dental.

9. El padre debe saber la necesidad de combatir todas- las impresiones perjudiciales con respecto a la -- odontología que pudieran provenir fuera de su casa.

10. El padre no debe asegurar al niño de lo que hará o- no hará el odontólogo.

11. Varios días antes de la cita el padre deberá saber-

que tendrá que llegar en forma como casual a decirle al niño que ha sido invitado a visitar al dentista.

12. El padre deberá confiar al niño al cuidado del dentista una vez que han llegado al consultorio y no debe entrar a la sala de tratamiento a menos que así se lo solicite el odontólogo.

EL ODONTOLOGO

El control de la voz, por parte del profesional, es un factor muy importante en el manejo del paciente.

El tono y el énfasis empleado al hablar con el niño, produce reacciones favorables o desfavorables.

Al trabajar con niños, el odontólogo, debe ser muy cauto, tanto en su aspecto personal como en el de su consultorio. La vista de instrumentos, manos, toallas, o delantales manchados de sangre, asusta a los niños. El número de cinceles, fresas y fórceps a la vista debe ser en todo momento el mínimo necesario para la operación.

RECOMENDACIONES AL ODONTOLOGO

1. De gustar al niño sin excederse, de agradarle. Conocerlo a fondo para alcanzar un acercamiento.

2. Vamos a llamarlo por su diminutivo o por su nombre.

3. No vamos a abusar de palabras cariñosas.

4. Vamos a familiarizarlo con los aparatos, ruidos e instrumentos, que los tome en la mano, que los sienta, que los escuche.

5. Preguntarle de sus cosas favoritas, ejemplo: nombre de sus juguetes, equipo de foot-ball, de su mascota.

6. Vamos a colocar en el braquet, únicamente los instrumentos necesarios. Entre menos instrumentos vea es mejor.

7. Vamos a tomar cada instrumento y a explicarle lo que es (espejo, cucharilla).

8. Vamos a iniciar el tratamiento de lo más sencillo a lo más complicado.

9. Siempre que podamos vamos a utilizar el dique de hule; y también utilizaremos el espejo facial para que observe lo que le estamos haciendo. Vamos a trabajar un promedio de media hora con cada niño no mas porque se cansan; siempre les vamos a ordenar en vez de sugerir; por ejemplo: abre la boca, súbete al sillón, siempre con órdenes.

10. No les vamos a mentir. Tal vez te moleste pero vamos a procurar que no te duela.

11. No vamos a sobornarlos. Explicarles que el tratamiento dental es un beneficio para ellos.

12. A los padres vamos a educarlos. Que nos ayuden a explicarles con pláticas en la casa.

LA ASISTENTE

Una asistente competente, amable, pulcra e interesada, es persona indispensable en todo consultorio odontológico moderno progresista. Ella es quien generalmente recibe a la madre y al chiquillo.

Es la asistente quien fija la próxima cita y la última persona que ve a la madre y al niño cuando dejan el

consultorio. El color de los uniformes o casacas que usan en el consultorio dental, es también importante. Los tonos gris, azul o verde, parecen muy adecuados. El color blanco, es asociado en muchas circunstancias con la aguja hipodérmica o experiencias desagradables en el consultorio médico.

C I T A S

En la Odontología para niños, se utiliza el sistema de citas y el período de espera, en la sala de recepción está limitada a escasos minutos. Largos períodos de espera no son alentadores en el consultorio, ya que tienen un efecto adverso sobre la psicología del niño y el padre.

Las citas, también se limitan a 45 minutos, para el pequeño paciente corriente. Algunos niños de 2 a 3 años de edad, pueden ser anotados para 30 minutos o menos, dependiendo de los problemas operatorios y del patrón de conducta, fijar un período mayor para cada cita, siempre que el sistema nervioso del niño no se recargue.

ESTADO FISICO DEL NIÑO

NIÑO ENFERMO. El infante que ha estado enfermo en su casa durante un período largo ha recibido generalmente privilegios y atención especiales que el padre estaba obli-

gado a brindarle, dadas las circunstancias. Los niños que han sido hospitalizados y mantenidos en salas con otros niños durante mucho tiempo son, casi siempre, buenos pacientes dentales.

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

Irritabilidad, fatiga e inquietud, son unos pocos de los síntomas relacionados con la mala nutrición; y pueden afectar la visita dental y, la oportunidad para completar una determinada preparación de cavidad.

FATIGA FISICA Y MENTAL. La falta de sueño, al margen de la causa, produce un estado de fatiga física y mental, incompatible con una buena conducta en el consultorio odontológico.

Los niños pueden también estar muchas veces, física y mentalmente cansados, luego de un arduo día de juegos y trabajos en la escuela y, por esta razón, es preferible la cita durante las horas de la mañana.

NIÑO IMPEDIDO. Niños con parálisis cerebral, que pueden o no ser retardados mentales, han recibido poca aten

ción odontológica en el consultorio corriente de práctica - general.

Dichos pacientes requieren un manejo especial y - consideraciones en el tratamiento, ya que carecen de con - trol muscular en grado variable. Gellin (1955), sugiere se disminuya el uso de la anestesia general, ya que la educa - ción del niño impedido constituye una meta mayor. Album -- (1953), considera la anestesia general un buen enfoque al - tratamiento, cuando se prepara adecuadamente a esos niños - en un hospital.

Si bien, la parálisis cerebral presenta uno de los- problemas capitales, otros estados como la epilepsia, cegue ra, sordera, problemas ortopédicos resultantes de la polio- mielitis y la distrofia muscular, los labios y paladares - fisurados, crean también impedimentos serios. Por lo que - estos niños necesitan una comprensión, y un servicio profe- sional consistente con lo mejor en la epxeriencia de odonto logía.

LA ESCUELA. La enseñanza de jardín de infantes o - preescolar, ofrece a los niños la oportunidad de estar con- otros niños, con lo cual ganan nuevas experiencias. Por lo tanto, el niño que concurre al jardín de infantes, se adap- tará más rápidamente a los distintos procedimientos denta--

les, que el niño corriente sin experiencia escolar. La escuela brinda también al niño contactos personales, en el patio de recreos, con muchas historias falsas sobre la odontología. El niño asocia entonces odontología con dolor e incomodidad, a no ser que otros niños, quienes ya han ido al dentista, o el maestro, la visitadora escolar o el padre, logren la confianza del pequeño y puedan dirigir correctamente su pensamiento respecto a la asistencia dental.

MIEDO. El miedo, es una de las emociones primarias del recien nacido, es una de las fuerzas principales que continúan motivando la conducta humana. El miedo debe servir como freno para los impulsos irrazonados y como ayuda para adaptarse a determinadas exigencias sociales.

El niño puede temer cosas que oye, siente o ve (estímulos objetivos) o el miedo puede basarse en algo que ha escuchado o imaginado (estímulos subjetivos). Los temores pueden llegar al niño por intermedio de otros niños, del padre o del maestro.

El miedo a los procedimientos operatorios dentales es una de las principales razones por la cual la mayoría de los padres y de los niños recurren a una asistencia dental periódica.

C A P I T U L O IV

ACTITUD DEL PADRE HACIA EL NIÑO

ACTITUD DEL PADRE HACIA EL NIÑO

Los padres difieren ampliamente en sus actitudes hacia los niños. Quienes después de casados han tenido que esperar mucho tiempo para tener hijos, o se han casado tarde, tienden a ser demasiado cariñosos y protectores.

El rechazo o la indiferencia es común cuando la concepción no fue deseada, o cuando el niño ha nacido de padres demasiado jóvenes, no muy maduros emocionalmente, para aceptar las muchas responsabilidades de la paternidad.

El favoritismo parenteral por un niño determinado -- en la familia puede conducir a una variedad de problemas de conducta no sólo en el niño infortunado que recibe esa atención especial, sino también en los hermanos y hermanas, sometidos a tan injustificable descriminación.

Las perturbaciones en la vida emocional de los pa --

dres, o en la relación entre ambos, conducen generalmente, a algunos problemas en el manejo del niño.

El afecto, protección, indulgencia, ansiedad, autoridad exagerada, desafecto o el rechazo por parte del padre, se reflejan en la conducta del niño y, por consiguiente, se convierte en problema del odontólogo en el manejo del mismo. La actitud que el padre asume en relación al hijo único, o a un niño adoptado, justifica también su consideración en el consultorio odontológico.

AFECTO EXAGERADO. El matrimonio tardío, el hijo único, el adoptado, pueden llevar a un cariño exagerado, a demasiadas alabanzas y mimos, por parte de los padres.

SOBREPROTECCION. Algunas madres insisten en monopolizar el tiempo de su hijo, sin permitirle jugar con otros niños. Los síntomas prominentes, expresados en un niño así, son la negativa a alternar con otros y un comportamiento irresponsable.

Generalmente intenta controlar cada situación, y se niega a someterse a cualquier autoridad. Imprudencia, rabietas y fanfarronería, son características comúnes y, se niega a jugar con otros niños en un pie de igualdad.

DEMASIADA INDULGENCIA. A veces los padres no le niegan al niño la menor cosa o deseo, dentro de los límites de entrada económica de la familia, ni se restringen en ninguna de sus actividades. Los padres y madres cuya infancia ha sido poco satisfactoria, plena de penurias económicas y estrecheses, son, con frecuencia, demasiado indulgentes.

El niño demasiado caprichoso, muchas veces considerado como el niño "dañino", es exigente y se lleva mal con los otros niños o personas que no le den gusto.

Los arranques de mal humor, una manifestación de ira, son comúnes durante la edad preescolar. El niño, patea, grita, y puede retener su respiración hasta quedar cianótico. Tales exhibiciones son casi el doble más frecuentes en los niños a quienes les ha resultado un medio provechoso para realizar sus deseos.

ANSIEDAD EXCESIVA. Expresada por el padre muchas veces cuando ha habido alguna enfermedad seria, o cuando se trata de un hijo único. El padre manifiesta entonces un afecto exagerado y un exceso de protección, y se opone generalmente a que su hijo alterne con los otros niños.

Muy pronto el niño pasa a depender de los padres para todo y responde con timidez, miedo, reserva y cobardía.

AUTORIDAD EXCESIVA. En estos casos, el padre suele-ser indebidamente crítico y regañón, y puede ser rechazante. El niño puede expresar negativismo, esto es, resistencia a--los intentos de imponerle un plan de acción.

El negativismo en el niño se manifiesta como tensión física, y retirada ante cualquier forma de acercamiento. Puede adoptar una actitud hastiada, que no se modifica ni por - la razón o la persuación.

DESAFECTO. La indiferencia de los padres, en la que queda poco tiempo para el niño, puede ser evidente por razones sociales o económicas. La incompatibilidad entre la madre y el padre, celos en el hogar, o cuando hay padrastros,-pueden conducir a un sentimiento de inseguridad por parte - del niño. Todo niño necesita el interés, estímulo y guía de sus padres.

Todo niño tiene fracasos y, salvo que reciba cariño y comprensión, se descorazona.

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

tivismo. También puede estar malhumorado.

RECHAZO. Los niños son rechazados, en algunas ocasiones, a causa de celos entre la madre y el padre, de cargas financieras, porque se le esperaba de otro sexo, no era deseado, o porque los padres son inmaduros y carecen de responsabilidad.

Un niño con padres así, generalmente se hace egoísta, resistente, vengativo, desobediente. Los arranques de mal-humor, las mentiras y robos, son frecuentes.

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

Sin embargo, hay muchas familias que tienen un niño que no muestra los síntomas característicos.

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

C A P I T U L O V

TERAPEUTICA FARMACOLOGICA ACONSEJADA EN EL MANEJO DE COMPORTAMIENTO

TERAPEUTICA FARMACOLOGICA ACONSEJADA EN EL MANEJO DE COMPORTAMIENTO

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

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

so Central. En los tratamientos prolongados de la odontología restaurativa, se debe evitar al enfermo la tensión provocada por el tallado y demás manipulaciones. La premedicación es imprescindible para todos los casos de cirugía bucal grave o prolongada como las extracciones múltiples y difíciles, o la eliminación de un diente incluído, en enfermos bajo anestesia local.

Los propósitos más importantes de la premedicación son los siguientes:

1. Mitigar la aprensión, ansiedad o miedo..
2. Elevar el umbral del dolor.
3. Controlar la secreción de las glándulas salivales y mucosas.
4. Contrarrestar el efecto tóxico de los anestésicos locales.
5. Controlar los trastornos motores (en enfermos con parálisis cerebral).

SELECCION DE DROGAS

Dependerá en parte al manejo de comportamiento del niño, clasificándose así en:

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

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

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

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

ADMINISTRACION ORAL

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

En la receta se anotará el nombre de la droga, así - como la hora en que debe ser administrado, quedándose una copia de esa receta en el consultorio.

La medicación por vía oral tiene las siguientes ventajas:

1. Puede ser administrada por el familiar.
2. La medicación deberá ser suministrada a la hora indicada por el dentista, con el objeto de obtener el nivel efectivo de la misma cuando se practique el tratamiento.
3. La administración por esta vía no produce en el niño ningún temor.

Desventajas:

1. El contenido estomacal retarda la absorción de esta droga, por lo tanto el efecto puede prolongarse o reducirse.
2. El dentista dependerá de la cooperación del familiar.
3. El niño puede reaccionar desfavorablemente al sabor de la droga.

VIA INTRAVENOSA

No es muy aconsejable, sobre todo en niños muy pequeños, principalmente menores de cinco años.

VIA INTRAMUSCULAR

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

Ventajas:

a) Efecto más rápido
b) Mayor acción sedativa
c) Menor duración que el equivalente de una dosis - administrada por vía oral.

La droga también puede ser aplicada por vía submucosa, a través de la misma, en cualquier parte del fondo del - saco vestibular.

Responsabilidades del Dentista:

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

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

C A P I T U L O VI

MEDICAMENTOS EMPLEADOS CON MAYOR FRECUENCIA EN ODONTOPEDIATRIA, COMO MEDICACION PREOPERATORIA

MEDICAMENTOS EMPLEADOS CON MAYOR FRECUENCIA EN ODONTOPEDIATRIA, COMO MEDICACION PREOPERATORIA

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

HIDROXIZINA

Nombres comerciales, el Atarax (Roerig), Vistaril - (Pfizer). La hidroxizina constituye uno de los agentes - psicosedativos más populares en la práctica odontológica. - La hidroxizina se deriva de la difenilmetano. La presentación comercial del atarax es de un polvo blanco inodoro, soluble en agua y el Vistaril es conocido como sal pomoato de hidroxizina.

Farmacología:

Es sedativo, antihistamínico, antiespasmódico, antie

mético y ligeramente anticolinérgico.

Es absorbido en el tracto gastrointestinal y sus -- efectos se manifiestan a los treinta minutos, el umbral de- este efecto puede anticiparse a las dos horas después de su administración, que puede ser por vía oral desapareciendo - a las seis horas. Es modificada y degradada completamente- en el hígado y excretada por la orina en grandes cantidades.

Efectos y Precauciones:

La hidroxizina, no induce a un verdadero sueño, por lo que constituye una ventaja para la odontopediatría. No-- se han manifestado reacciones nocivas, sólo estados prolon- gados de somnolencia. Se aconseja la adición o asociación- con la meperidina, opiáceos barbitúricos, y otros depresi - vos del Sistema Nervioso Central.

Indicaciones:

Como medicación preoperatoria, en niños aprensivos- ansiosos, hiperactivos o hiperquinéticos.

Dosis:

Se indica de 20 a 30 mg. tomando oralmente 45 minu-

tos antes de la cita.

Ya que la hidroxizina no es un depresivo respiratorio, puede ser empleado como complemento del óxido nitroso-(analgésico).

La hidroxizina parece ser la droga más indicada como agente anti-ansiedad del niño, para su administración debemos de considerar su peso, sexo, estado físico y emocional.

Puede asociarse con sedantes, hipnóticos, óxido nitroso y con narcóticos de dosis reducidas.

DIAZEPAN

Nombre comercial Valium (Hoffman La Roche) que es considerado como un agente sedativo; su característica de ser anti-ansiedad lo ha hecho popular en su empleo para pacientes aprensivos así como en niños problema.

Hay incompatibilidad del Valium con otro tipo de drogas tales como la Meperidina o el pentobarbital (Nembutal), otros efectos indeseables puede ser la somnolencia y la ataraxia, en algunos niños muy pequeños se presenta hiperexcitabilidad. El efecto puede durar aproximadamente

unas seis horas después de la medicación inicial.

Indicaciones:

De acuerdo con la correlación de efectos clínicos - se ha demostrado que después de la administración oral, la- somnolencia y la relajación obtenida pasados 10 a 15 min.,- fue asociada a una rápida absorción de la droga.

Administración y Dosis:

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

1 a 5 años 0.5 mg. 4 veces al día
6 a 12 años de edad 1.0 mg. 4 veces al día
Como efectos sedativos, se recomienda:
1 a 5 a ños de edad: .4 mg. antes de irse a dormir
6 a 12 años de edad: .8 mg. antes de irse a dormir

PROMETAZINE

Derivado de la Fenotiazina, conocido comercialmente como Fenergan (Wyeth).

Desde 1959, Lampshire escribió el primer reporte -

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

Precauciones y Reacciones de la Prometazine:

Depresor respiratorio, se han reportado casos de hi potensión, hiperexcitabilidad y pesadillas en niños a los - cuales se les administraron de 75 a 125 mg.

Indicaciones:

Aconsejando en niños aprensivos con una dosis de - 12.5 a 25 mg. Su empleo principal es como co-medicación - con otras drogas.

Las vías de administración son la intramuscular, in travenosa y rectal.

HIDRATO DE CLORAL

Nombre comercial Noctec (Squibb). Existen dos op - ciones básicas con las que se enfrenta el clínico cuando em plea agentes fármaco-terapéuticos para el manejo de la con- ducta:

1. Escoger un agente anti-ansiedad que sea seguro para el niño.

2. Determinar la dosificación para obtener un óptimo efecto de sedación.

Farmacología:

En dosis terapéuticas, el agente casi no tiene acción depresora en la respiración, ni en la presión sanguínea, tiene un leve efecto analgésico. Es absorbido por el tracto gastrointestinal, cuando es administrado por vía oral o rectal.

Precauciones:

El hidrato de cloral puede antagonizar con los efectos anti-coagulantes de las drogas en forma de elixir, produce irritación gástrica, náusea y vómito, no se debe emplear en pacientes con gastritis; aunque este efecto puede ser reducido administrándolo en forma de cápsulas.

Contraindicaciones:

En enfermos con deficiencias renales, hepáticas.

Indicaciones:

Es de acción rápida, de 20 a 30 min., y la recuperación se realiza sin incidentes generalmente, no produce dolor de cabeza.

Se prepara en soluciones de distintos sabores, también puede ser administrado en cápsulas suaves de distintos sabores.

Las dosis aconsejables son de 500 a 700 mg. para los niños de 2 a 4 años de edad, de 4 a 7 años de edad, de 750- a 900 mg. de 7 años de edad o más grandes, de 1000 a 1500 - mgr.

Con las otras drogas, el hidrato de cloral puede - emplearse como co-medicación y asociarse con la hidroxizina, se emplea como premedicación para la aplicación del óxido - nitroso.

ALFAPRODINA

Nombre comerical, Tigan (Roche), es narcótico, cuando se administra por vía subcutánea, su efecto puede presentarse a los 5 ó 10 min. La droga es metabolizada en el hígado, desapareciendo su efecto a las dos horas, por lo que- se emplea en procedimientos cortos en odontopediatría.

Cuando es administrado por vía intravenosa, su efecto se produce a los 2 min., pero debido a la velocidad de la reacción es difícil controlar sus efectos, por lo que no es recomendable esta vía como rutina en el tratamiento dental.

Desventajas:

Causa depresión respiratoria, náusea, vómito. Es una de las drogas que generalmente es suministrada por vía submucosa.

Indicaciones:

Para niños entre 3 y 6 años de edad, y de 2 años y medio, dosis mínimas. No produce una sedación profunda, por lo que el paciente no se encuentra completamente dormido, la droga no es efectiva en los casos de problemas severos de conducta.

Comercialmente también se conoce como Nesentil (Roche), cuya presentación es de 40 a 60 mg.

Dosificación:

El nivel se calcula en 0.5 mg/lb de peso en niños

cuyo peso es de 13 kg. (30 lb.), la dosificación será de - 15 mg.

El nisentil o alfaprodine puede contribuir a obtener la cooperación del niño en elconsultorio. Se encuentra indicada para preescolares.

MEPERIDINA

Nombres comerciales Lorfan (Roche) y Nercon (Endo). Fue el primer narcótico sintético introducido en 1939; droga de potente poder analgésico, es más o menos la mitad de efectividad que la morfina, pero más efectivo que la codeína.

Farmacología:

La meperidina se metaboliza en el hígado a las 6 horas, causa midriasis, hipotensión postural, sedación, euforia.

Desventajas:

Puede provocar depresión respiratoria, náusea y vómito, el mayor efecto se obtiene a la hora de haberse administrado, no debe emplearse en niños con padecimientos de -

obstrucción pulmonar crónica, con disfunción hepática. Su principal efecto clínico es la somnolencia, xerostomía y puede llegar a producir náuseas y vómito.

Indicaciones:

Empleado como premedicación, como co-medicación, administrándose dos y medio granos (150 mg.) de seconal y 25 mgr. de meperidina para un niño de 3 años.

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

Dosis:

18 mg. en niños entre 4 y 3 años de edad
25 mg. en niños entre 5 y 6 años de edad
37 mg. en niños entre 7 y 8 años de edad
50 mg. en niños entre 9 y 12 años de edad.

IA GENERAI

ANESTESIA GENERAL

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 prsentar algunas más primarias en el postoperatorio.

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 del sueño (pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo). Mayor apego a la madre.

Agresivdad, conducta regresiva, irritabilidad, succión de los dedos, onicofagia, masturbación, trastornos de la alimentación, enuresis, etc.

Escolares, adolescentes: tics, fobias, obsesión, hipocondria.

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 padecimiento 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 atenuan-

las experiencias antes mencionadas, puesto que su-- estancia en el cuarto o la sala de recuperación es- mucho menor.

c) El acto quirúrgico. Debe ser para el niño un proce dimiento que no le produzca, ni le aumente su temor o ansiedad ya que el niño debe estar perfectamente- premedicado y no tiene porque sufrir ninguna altera ción emocional.

En caso contrario, si el niño entra al quirófano - con un mal manejo de premedicación, si se presenta- ran 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 aclarándole que- él no es responsable en modo alguno de su problema.

Los procedimientos que se le harán: las sensacio -

nes o molestias que experimentará en el pre y post-anestesia-operatorio. Y asegurarle en caso de anestesia general que despertará en forma normal.

Sitio y equipo donde serán realizados:
a este respecto visitar un día antes el quirófano o al menos conocerlo por medio de láminas.

Ofrecerle la oportunidadde que lleve al hospital un juguete u objeto que lo ligue con su hogar y de establecer una relación amistosa con el anestesista, cirujano o 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 mencionadas, pero en el niño que es preparado e informado 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 controlarla, 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 el cuidado dental de pacientes en hospitales.

Como consecuencia de la gran extensa destrucción dental, problemas emocionales, tanto mentales como físicos, muchos de estos pacientes son atendidos bajo anestesia general cuando son tratados. Sin embargo, muchos anestesiólogos consideran muy peligroso realizar un tratamiento dental bajo anestesia general en el consultorio privado, ya que no se tiene en un momento todo lo necesario para una emergencia.

Philip C. Chiang, Ronald Johnson y colaboradores han propuesto distintas posiciones en que puede ser colocado el equipo y personas inregrantes 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.

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, mantenedores de espacio, unidad de cavitron o una soldadura eléctrica. También ten-

drá disponible una unidad móvil dental, mesa de mayo, venoclísis, instrumental, charolas, sillas y mesa de operación, toallas, gasa estéril para colocarlas en la garganta del paciente, aceite o gotas oftálmicas, palangana con agua estéril, abre boca, tela adhesiva, esponjas estériles, germicidas y fórceps 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 al 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.

Ayudará 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 destruídos o cariados, tratamiento con fluor, 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 encuentre razonablemente limpia.- Esterilizar y colocar en su lugar las charolas con los instrumentos.

RESPONSABILIDADES DEL SEGUNDO ASISTENTE

Ayudará al primero en los deberes previamente des - critos, 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.

RESPONSABILIDADES DEL OPERADOR

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

Tomar las 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, respi-

ración, posición de la cabeza, pérdida abundante de sangre durante la cirugía.

Completando 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 al paciente a la sala de recuperación.

C O N C L U S I O N E S

Considero la necesidad de incorporar la Psicología-Clínica en la práctica adecuada a la odontopediatría; con-nociones que se tengan de esta disciplina y mejor aún si se logran obtener más conocimientos básicos, indudablemente -- que nos capacitarían en este reforzamiento a facilitarnos el tratar de interpretar mejor la comprensión de algunas de - las actitudes que adoptan los niños con problemas de manejo de comportamiento en el consultorio dental.

También con mayores conocimientos, y en casos extremos, sabremos cuándo debemos canalizar correctamente mues--tros pacientes hacia el psicólogo, psiquiatra o neurólogo.

Señalé meramente que la odontopediatría bien aplicada nos significa premedicar a todos sus pacientes y mucho - menos recurrir por rutina a los tratamientos bajo "Anestesia General".

Es necesario que la odontopediatra adquiera cada día más conocimientos acerca del niño, como ser humano que es, así como de su personalidad ya que estos conocimientos le serán tan útiles y convenientes como el estudio de la anatomía, fisiología y cirugía.

Mencionó que la mayor parte de los facultativos dentales saben que sólo un porcentaje pequeño de sus problemas con sus pacientes tienen su origen en los aspectos físicos, biológicos y técnicos de sus prácticas.

Debido a que tanto el odontopediatra como el paciente son seres humanos, se introducen factores sociológicos y psicológicos en la situación dental. La personalidad, sentimientos, actitudes y comportamientos son determinados tanto por esos factores como por sus necesidades biológicas. El dentista y el paciente también son productos de sus experiencias vitales y de su ambiente social. Estas experiencias varían y poseen diferentes normas, valores y anhelos con respecto a la vida en general y a la situación dental en especial. Esto tiene el potencial de crear problemas de interacción profesional.

Cuando el dentista y el paciente conozcan las ramificaciones de estos factores sociales y psicológicos, estarán mejor preparados para enfrentarse a los mismos y tratar

los de resolver.

No debemos olvidar que el éxito o fracaso del tratamiento odontológico dependerá de la primera visita del paciente al consultorio.

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

1. ODONTOLOGIA PARA NIÑOS. Brauer John Charles, Buenos Aires, Mundi, 1972.

2. ODONTOLOGIA PEDIATRICA. Cohen M. Michael. Tr. Samuel Leyt. Buenos Aires, Mundi, 1957.

3. ODONTOLOGIA PEDIATRICA. Sidney B. Finn, Interamericana, Cuarta edición.

4. ANESTESIA ODONTOLOGICA. Niels Bjorn Jorgensen, Jess Hayden, Jr. Interamericana, primera edición.

5. ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN ACCION. Katz Simon.

6. TEMAS DE ODONTOLOGIA PEDIATRICA. Leyt Samuel, Buenos Aires, Lumen, 1965.

7. ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE. Ralph E. Mc Donald. Edit. Mundi.