

318322

26.
29



UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

BASES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE
INFANTIL EN LA PRACTICA
ODONTOLOGICA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
LUCILA HERNANDEZ MENDOZA

MEXICO, D. F.

TESIS C. N.
FALLA DE ORIGEN

1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

7

I N D I C E

Introducción.

Capítulo I

COMPORTAMIENTO DEL NIÑO.

| | |
|--|---|
| 1.- Relaciones Interpersonales - - - - - | 1 |
| 2.- Naturaleza del miedo - - - - - | 2 |
| 3.- Miedo y crecimiento - - - - - | 3 |
| 4.- Tipos de miedo - - - - - | 4 |
| 5.- Ansiedad - - - - - | 6 |
| 6.- Rechazo - - - - - | 8 |
| 7.- Otros patrones de conducta - - - - - | 9 |

Capítulo II

MANEJO DEL NIÑO

| | |
|---|----|
| 1.- Conducta general en diferentes edades - - - - - | 12 |
| 2.- Objetivos del manejo de la conducta - - - - - | 17 |
| 3.- Enfoques del manejo de la conducta - - - - - | |
| a) Enfoque psicológico - - - - - | 17 |
| b) Enfoque físico - - - - - | 19 |
| c) Enfoque farmacológico - - - - - | 23 |

Capítulo III

TRATAMIENTO DEL NIÑO IMPEDIDO

| | |
|---|----|
| 1.- Conducta con el niño disminuido - - - - - | 43 |
| 2.- Enfoque psicológico - - - - - | 44 |
| 3.- Enfoque físico - - - - - | 46 |
| 4.- Epilepsia cerebral - - - - - | 48 |
| 5.- Retardo mental - - - - - | 51 |

Conclusiones

Bibliografía

BASES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE INFANTIL EN LA
PRACTICA ODONTOLÓGICA.

Considero necesario la realización de esta tesis, ya -
que con ella, se puede lograr una mejor comprensión del
paciente infantil en el manejo de su conducta.

Realizar procedimientos dentales infantiles de una manera
satisfactoria es una tarea difícil, pero de gran im-
portancia, puesto que si se maneja al paciente infantil
de una manera correcta es muy probable que en su etapa-
adulta acuda al consultorio dental.

No hay que olvidar que existen variaciones en los niños
de acuerdo a su personalidad, medio ambiente, escuela ,
familia y amigos y es necesario un conocimiento a fondo
para comprender su actitud.

No olvidemos que pocos padres reconocen la importancia-
del cuidado de la dentición temporal, por lo cual tene-
mos una responsabilidad mayor.

Tratar enfermedades por prevención es de suma importan-
cia sin embargo lo que se repliza a favor del niño, fuee
de tomarse como prevención en un sentido mas amplio.

C A P I T U L O I

" COMPORTAMIENTO DEL NIÑO "

RELACIONES INTERPERSONALES

Existe una gran cantidad de interferencias interpersonales - que alteran el patrón del comportamiento de todo niño que acude al dentista. Esto se basa en la influencia del medio y la herencia, puesto que se encuentra ligado a la formación de la personalidad.

Las relaciones entre padres e hijos se cuentan como las principales ya que son las más importantes para determinar el comportamiento emocional del niño.

Hay que considerar gran número y variedad de factores emocionales que se manifiestan en actitudes de los padres tales - - como: afecto, indiferencia, hostilidad, dominación y sumisión; todo esto puede modificar su personalidad, esta última se puede definir como el conjunto de características observables en el individuo que lo define como un ser único y diferente a - otros. (3)

Si las actitudes de los padres son defectuosas, el comportamiento del niño puede alterarse, hasta convertirlo en un paciente dental no cooperador por lo tanto la actitud hacia sí mismos y hacia sus hijos es muy importante.

El primer contacto del niño con la autoridad es con los padres ; ésta deberá ser de manera protectora y amorosa, pero nunca de manera excesiva. La autoridad consistente y cariñosa es preferible a la rígida y punitiva.

Cuando los padres satisfacen exageradamente las necesidades - emocionales del niño este tiende a crecer con conflictos emo-

cionales, con sus padres y con personas que le rodean. En resumen: los padres pueden tener actitudes erróneas y pueden alterar el comportamiento de los hijos, haciendo que su manejo en el consultorio dental resulte difícil. (12)

NATURALEZA DEL MIEDO.

El miedo puede definirse como un sentimiento más o menos vivo de inseguridad frente a un peligro imaginario o real y cuya intensidad es variable según las personas y las circunstancias. La calma razonada es, sin lugar a dudas, el mejor antidoto contra el miedo. (18)

El miedo representa uno de los principales problemas de manejo ante el tratamiento dental.

Es una de las primeras emociones que experimenta el niño después del nacimiento, se considera, como una de las emociones más complejas y se encuentra ligado al instinto de conservación ya que es una forma de defensa ante el medio ambiente.

Es decir es una respuesta primitiva que se desarrolla para protegerlo. En muchos casos trata de luchar contra esa situación o huir de ella y cuando no puede llevarlo a cabo, éste aumenta. (9)

A medida que el niño crece y aumenta su capacidad mental toma conciencia de los estímulos que le producen miedo y es capaz de identificarlos individualmente. (15)

A medida que aumenta la capacidad mental del niño, estas respuestas pueden ser controladas por la corteza cerebral, ayudado por su inteligencia, experiencia y madurez mental.

La edad es un factor muy importante en el procedimiento dental

ya que entre más edad tenga, podrá el niño reaccionar en forma correcta ante el ruido o la vibración de la fresa, aún más que al dolor. (13)

MIEDO Y CRECIMIENTO.

La maduración del niño (incluyendo desarrollo intelectual y experiencias) y su capacidad para darse cuenta de determinadas situaciones que le producen miedo, le van ayudando a enfrentarse a ellos de manera consciente. En pocas palabras - los temores del niño y la manera que los maneja cambian con la edad.

El momento adecuado de presentar con el odontólogo al niño es cuando tiene entre dos y tres años de edad. En la mayoría de los casos es necesario tener que separar al niño de sus padres sólo en caso de que sea muy pequeño puede ser preferible que lo acompañen al cubículo siempre y cuando se halla tenido una plática previa de instrucción con los padres.

La disminución de temores puede deberse a :

- a) Guía por parte del Odontopediatra y de los padres.
- b) Darse cuenta de que no hay nada que temer.
- c) Presiones sociales que lo fuercen a ocultar esta emoción.

(3)

El miedo a los temores desconocidos alcanza mayor intensidad entre los dos y tres años; éste se ira perdiendo a consecuencia de amplias asociaciones con otras personas, por esta razón si existen a escuelas de muy corta edad, se vuelven más sociales y están más dispuestos a relacionarse, sin embargo se puede estar desarrollando miedo a su propia conciencia, que se está formando con la disciplina correctiva de los padres.

(12)

Cuando el niño llega a la edad escolar, la mayoría de los temores a la Odontología que fueron provocados por sugestión, imitación y experiencias desagradables se vuelven fáciles de manejar, como ejemplo le podemos explicar lo que estamos realizando, si se produce dolor se le puede instruir para que muestre disconformidad (levantando la mano). (3)

TIPOS DE MIEDO.

La mayoría de los temores evidentes en los niños se han adquirido de dos formas: objetiva o subjetiva, por lo que hay dos tipos de temores.

a) TEMORES OBJETIVOS.- Son los producidos por la estimulación física directa de los órganos sensoriales, es decir son aquellos en los cuales el niño experimenta aprensión ante estos estímulos. Estos temores pueden ser de naturaleza asociativa como ejemplo están los temores dentales, que pueden asociarse con experiencias no relacionadas. Un niño que ha sido manejado deficientemente en un hospital o que ha sufrido lentamente por alguna enfermedad o bien que ha sufrido intensos dolores infligidos por personas que porten uniformes blancos, pueden asociarlos al consultorio.

También pueden causar temores injustificados, ciertos olores, sabores, medicamentos y sustancias químicas. (13)

El miedo puede hacer descender el umbral del dolor, de manera que cualquier dolor producido durante el tratamiento resulta aumentado y lleva a aprensiones todavía mayores.

El miedo es considerado como un estado que actúa de un modo particularmente violento sobre el sistema psicomotor, ocasionado fuerte excitación, contracciones graves o relajación en-

los músculos.

Hay que tomar en cuenta que pacientes manejados deficientemente en ocasiones anteriores, no querrán nunca acudir al consultorio dental, por ello debemos comprender el estado emocional y proceder con lentitud para volver a establecer la confianza en tratamientos futuros.

b) TEMORES SUBJETIVOS.- Son aquellos que están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño por personas que le rodean, sin que lo halla experimentado personalmente. Los niños de corta edad son muy predecibles a la sugestión. Los niños que escuchan pláticas de experiencias desagradables, pronto desarrollan miedo a esas experiencias. La imagen se queda alojada en su mente y debido a su imaginación -- puede aumentarse hasta volverse imponente. Generalmente tiene miedo a lo desconocido, esto sólo desaparecerá, hasta que -- esté convencido de que no hay razón para asustarse. La orientación e influencia de los padres es de importancia vital en la actitud del niño y deberán conocer de manera general, los procedimientos que podrán ser aplicados, antes de la primera visita dental.

Los temores por imitación pueden transmitirse sutilmente y el padre puede hacer muestra de ello, de manera que el niño pueda adquirirlo sin que ninguno de los dos se percate, estos temores que ocurren regularmente y por lo tanto son difíciles de eliminar, por ejemplo: la ansiedad del niño y su comportamiento claramente negativo esta íntimamente relacionado con las ansiedades de los padres.

Una emoción que una sugerencia verbal puede ocasionar una mayor intensidad, una madre que teme, siempre va presa de gran tensión emocional y lo transmite inconscientemente ese miedo.

ANSIEDAD.

Se puede definir como un estado de ánimo de inquieta expectación ante un hecho que se espera o se teme como consecuencia lógica de hechos y situaciones precedentes o como un sentimiento irracional.

Litré lo definió como un estado de turbación y de agitación con sensación de molestia y constricción en la región precordial; Devaux la define en cambio, como una emoción caracterizada por un estado de dolor moral y de incertidumbre, con sensación frecuentemente de constricción física. (12)

Sus componentes psíquicos son tres: en el plano afectivo la inquietud o agitación por la cual el individuo es incapaz de ser constante y de presentar una postura correcta, en el plano intelectual la duda de que el hecho temido haya de verificarse realmente y sobre el plano volutivo la irresolución, lógica consecuencia de la agitación y la duda por la cual el individuo ansioso es incapaz de obrar en un sentido o en otro, por temor a que su intervención apresure el acontecimiento temido o se aleje el acontecimiento esperado. La ansiedad es un hecho normal cuando es producido por causas graves y se considera patológica cuando se presenta de un modo continuo; esta se establece a consecuencia de una exaltación de la emoción, normalmente subyacente a varias causas como repetidas exaltaciones de ánimo, enfermedades físicas depresivas, así como enfermedades nerviosas y mentales. Cuando los padres transmiten una ansiedad excesiva, ya sea por enfermedades o problemas, estos niños serán tímidos y hueraños, y no pueden tomar decisiones por sí mismos.

Son buenos pacientes en general si se les da una instrucción adecuada.

Muchas veces la ansiedad se encuentra ligada a la emoción esta última es por excelencia, un reactivo básico temperamental, ya que los estímulos al actuar sobre el sujeto despiertan en él - las reacciones químicas y físicas que conjuntan las reacciones orgánicas, como factores primordiales de la emoción. (11)

La expresión de ésta depende de una descarga de energía potencial del sistema nervioso central.

El grado de reacción depende de la constitución orgánica y -- temperamental de la persona y se produce una descarga de hormonas en la sangre a partir de la actividad de la glándula tiroidea y de las suprarrenales, que se encuentran bajo la acción de la hipófisis. Así, la hormona tiroidea aumenta el número de pulsaciones y la adrenalina segregada por las cápsulas suprarrenales provoca una contracción de los vasos capilares periféricos, una producción de glucosa desde el hígado y alteraciones en la circulación que se manifiestan desde la palidez hasta la congestión local de los territorios cutáneos.

El Sistema Nervioso junto con el sistema endócrino asegura las funciones de control del organismo. En general, se ocupa de actividades rápidas como son las contracciones musculares, los fenómenos viscerales, la intensidad de secreción de algunas glándulas endócrinas, etc. Se divide en dos partes principales: Sistema nervioso central y sistema nervioso periférico o autónomo. El sistema nervioso central está formado por una serie de órganos que son: médula espinal, médula oblongada, puente, mesencéfalo, diencefalo, telencefalo y cerebelo.

El sistema nervioso autónomo, es la parte del sistema nervioso encargado de mantener el equilibrio interno, ya que inerva el corazón, los pulmones, piel y glándulas.

Su funcionamiento es ajeno a la voluntad de equilibrio y expresión emocional y se realiza a través de los nervios simpático y parasimpático.

Las funciones de estos son complementarias y a veces antagónicas. Así, cuando uno es depresor o inhibidor el otro es estimulante, ya que aumenta o acelera. La adrenalina es la hormona específica del simpático y la acetilcolina del parasimpático. La actuación del primero, predomina en las emociones intensas y desagradables provocadas por estados de miedo y cólera y provoca descargas en masa. La del segundo actúa de preferencia en estados de sueño y hambre, tendiendo a descargar en forma parcial únicamente.

Las principales partes del sistema nervioso relacionadas con los procedimientos emocionales son:

- a) El tálamo, centro principal del cerebro para la integración y exteriorización de los impulsos motores en la expresión emocional.
- b) El sistema nervioso autónomo, encargado de mantener el equilibrio del medio interno bajo control del anterior.

(14)

RECHAZO

El medio ambiente que rodea al paciente infantil toma importancia, si los padres tienen problemas, estos son transmitidos a los hijos directamente o indirectamente. La importancia del niño se toma desde la etapa del embarazo ya que todas las emociones son transmitidas; a los hijos no deseados no se les maneja de forma adecuada, es por eso que sumado a la falta de

seguridad pueden volverse agresivos, desobedientes y demasiado activos. Deberá enseñárseles que cuando su comportamiento es adecuado, el tratamiento es mucho más sencillo. (3,11)

OTROS PATRONES DE CONDUCTA EN NIÑOS.

NINO TEMPERAMENTAL.- Según Pittaluga, el temperamento es un estado orgánico y neuropsíquico constitucional congénito en virtud del cual el ser humano se manifiesta en sus actitudes espontáneas o vivencias, con reacciones típicas frente a estímulos del mundo exterior. (11)

Su formación a partir del desarrollo intrauterino obedece a tres factores fundamentales:

- a) Hereditarios o procedentes del linaje materno - paterno.
- b) Congénitos, basados en la nutrición embrionaria y fetal - no estrictamente hereditarios.
- c) Exógenos, factores ambientales como alimentación, clima - etc., que influyen básicamente desde el nacimiento y durante los primeros años de vida.

El temperamento se reconoce fácilmente en las variaciones súbitas del humor. Estas pueden ser primarias o secundarias según se deben a causas directas del estado transitorio del humor o sean dadas por preocupaciones o motivos diversos.

El niño temperamental generalmente tiene una actitud voluble, puede dejarse estender hoy y mañana no y puede usar medios inteligentes para iracientar al odontopediatra tales como: hablar, gesticular, etc.

El odontopediatra debe brindar un convencimiento cordial y - revestirse de paciencia. (14)

NINO DE PADRES INDULGENTES.- Son niños con dificultades para adaptarse al medio social que les rodea, son desobedientes, ariscos, insultan a los padres, en forma persistente repiten de mandas para obtener juguetes u otros objetos, cuando juegan quieren ser los líderes y hacer su voluntad, son egoístas e impacientes.

Con personas extrañas como odontopediatras pueden usar su persuasión para evitar el tratamiento e incluso usar la fuerza física.

Es común que los padres de estos niños mimados quieran acompañar a su hijo al interior del consultorio y cualquier acto disciplinario por parte del odontopediatra lo interprete como brusco o negativo. (11)

NINO SOBREPACTEGIDO.- Estos niños no pueden usar su propia iniciativa ni tomar decisiones por sí mismos. Son tímidos y reservados.

Sus padres les restringen los juegos y las labores por temor a que se lastimen, enfermen o que adquieran malos hábitos entrecompañeros.

Con frecuencia se disgustan, pero no usan palabras de disgusto con sus mayores. (12)

NINO HIPOCONDRIACO.- Se caracteriza por un estado psíquico de humor persistentemente triste, melancólico y fácilmente irritable, en forma generalizada. Le suelen tener cuando los padres la padecen y en el hogar se conversa demasiado sobre salud, enfermedad y medicamentos. El tratamiento es hacer comprender a los padres y al niño que no existe tal enfermedad orgánica.

NINO INCOMREGIBLE O CONSENTIDO.- Algunos niños en la primera visita no presentan problemas, pero en las siguientes pretentan que algo les disgusta, otros adoptan una actitud de reto y no abren la boca. El odontopediatra no debe enojarse ni expresar antipatía, ya que el padre asumirá una actitud protectora hacia su hijo. El padre deberá permanecer en la sala de espera. No se debe dejar la cita para otro día. Hay que recordar que estos niños suelen lloriquear, patear, golpear y tirarse al suelo, para persuadir a los padres de que no sea atendido. (10)

NIÑO DE PALABRE DOMINANTE.- Son de voluntad débil, tímidos y sumisos, su sentimiento de inferioridad es característico, teniendo muchos temores y angustias. Estos niños aprenden desde temprana edad que los adultos pueden hacer cosas que ellos no pueden. Pueden ser pacientes ideales por ser obedientes, educados y responden bien a la disciplina.

El odontopediatra debe romper la timidez para lograr su confianza. (12)

C A P I T U L O I I

" M A N E J O D E L N I Ñ O "

CONDUCTA GENERAL EN DIFERENTES EDADES.

El crecimiento y desarrollo se presentan como una serie ordenada de hechos que van sucediendo unos a los otros y que en ocasiones interactúan entre sí y su resultado se manifestará en la conducta.

La conducta del ser humano está dada por tres factores:

Los hereditarios, los provocados por sensaciones internas (estimulaciones de origen interno) y los externos (medio ambiente).

La psicología dice que la conducta es consecuencia de la interacción de estos factores y que constituye un todo. Conforme se produce el desarrollo de la unión madre - hijo va disminuyendo de intensidad originando que el niño se desenvuelva como ser único e independiente.

Existen hechos durante el crecimiento y desarrollo que marcan posibilidades de aprendizaje con las cuales se limitan épocas. Es importante conseguir toda la información posible, por ello el conocimiento de etapas del crecimiento en general de los niños ayudará mucho a comprenderlo, así como a darse una idea de qué conducta se puede esperar de él.

UN AÑO DE EDAD

Inicia el proceso de separación de la madre, con la que previamente formaba una unidad, es decir muestra signos de independencia (camina apoyándose con la mano y pronuncia algunas palabras), sin embargo entiende más palabras de las que puede pronunciar. (13)

Los niños que tardan en hablar tienden a ser más activos físicamente.

camente y también agresivos, para aliviar su tensión por medio del movimiento.

Muy rara vez obedecen una orden verbal. Tienen activo sentido de curiosidad, disfrutan del juego, pero a menudo se le frustra, reaccionando con desesperación contra sí mismos, posteriormente parecen culpar a los objetos inertes. (15)

En Psicología se divide la fase oral en: succión y morder, - esta última se refiere a la salida de los dientes que empiezan aproximadamente a los seis meses de edad y la fase anal que es el control de esfínteres, empieza en los dos primeros años.

Al año seis meses empieza lo que se llama " Inicio real del pensamiento " que es la capacidad del pensamiento real de los objetos.

En el consultorio es necesario ser breve en todos sentidos ya que es difícil la comunicación. (11)

DOS AÑOS DE EDAD

Hay un aumento considerable del desarrollo motor, así como del lenguaje, el niño es muy dominante y exigente y expresa emociones violentas. Casi sin excepción debe pasar acompañado al consultorio ya que el ruido, las vibraciones de la unidad y la presión ejercida al usar instrumentos de mano son conducentes de temor. Es necesario facilitar cualquier rutina y evitar situaciones que el niño pueda aprovechar para hacerse dueño de ellas, la comunicación es por medio de los sentidos. (15)

TRES AÑOS DE EDAD

Empieza el razonamiento general, gusta de hacer amigos, aprende nuevas palabras que influyen en su conducta positiva, es susceptible a elogios y es capaz de comprender y realizar órdenes verbales. (13)

Cuando el niño se encuentra en stress o se lastima, se encuentra fatigado o cansado y automáticamente se vuelve hacia la madre, para tener apoyo y seguridad; se siente más seguro si se le permite que el padre permanezca con ellos hasta conocer el ambiente del consultorio. (15)

CUATRO AÑOS DE EDAD

Muestra facilidad para conversar, es la edad del ¿porqué? y ¿cómo? la mente será vivaz y será notoria la conducta negativa en situaciones de ira, respondiendo de manera que destruye objetos y disfruta de aspectos tridimensionales.

A medida que se desarrolla su ego, se vuelve suficientemente fuerte para tolerar tensiones internas y desagradables. La fantasía tiene un papel muy importante por ser mecanismo de protección, sirve como amortiguador de problemas emocionales, combaten las cosas que temen, en realidad a niveles imaginativos, es decir, hacen con placer lo que les disgusta hacer en realidad. Al hacer esto, el niño gana bienestar, prestando ayuda y firmeza en el trato. (3,15)

CINCO AÑOS DE EDAD

Acepta actividades en grupo, no suele sentir temor al estar a sus padres en la sala de espera ya que se encuentra confiado y bien equilibrado. La madre es el centro de ella, le gusta obedecerla y responde a elogios. Distingue entre verdad y mentira, es capaz de autocrítica y orgullo de sus posesiones respondiendo bien a comentarios de su aspecto personal. Según Piaget es a esta edad cuando puede tratar con éxito las abstracciones, tales como amor y odio, conceptos de arriba y abajo y de grande y pequeño. (9,10)

SEIS AÑOS DE EDAD

Es una época de transición importante, puede existir una ansiedad considerable ya que entra a la edad escolar. Se pierde el primer diente, puede causar una sensación de bienestar porque le saldrá otro más grande o de ansiedad porque cree que es un daño. Muestra interés en personas fuera de su hogar, hay despertar del sentido social, se separa de los lazos muy estrechos con la familia.

Es desde los dos años hasta esta edad, cuando el niño se percibe así mismo como el centro del universo.(11)

SIETE Y OCHO AÑOS DE EDAD

Exige mucho de sí mismo, se muestra cooperador y desea aprobación. Entiende claramente el concepto de cantidad y longitud.

A medida que alcanza los ocho años se encuentra resentido con la autoridad paterna, se da cuenta que otros adultos tienen ideas diferentes a la de los padres, estos últimos empiezan a perder el lugar que hasta entonces conservaban.

Es la edad de la exploración intelectual. En el consultorio dental es necesario tomar en cuenta su nivel intelectual pero manteniendo firmeza. (14)

NUEVE Y DIEZ AÑOS DE EDAD

Es una edad de equilibrio predecible y cómodo, sincero y fácilmente obedece órdenes. A esta edad se le puede encontrar muy confiado. Puede entender fácilmente el concepto de peso.(12)

ONCE AÑOS DE EDAD

Los descubrimientos trascendentales que se correntan entre sí, se relacionan principalmente con la esfera sexual, pero son asuntos de curiosidad intelectual.

Los varones empiezan a separarse de las niñas, tienden a confiar en una persona mayor. Sin embargo la mejor relación de una niña de esta edad es otra bastante similar a ella.

Las niñas pasan por períodos de latencia antes y más rápido - que los varones, alcanzando la pubertad más temprano. (17)

DOCE A DIECIOCHO AÑOS DE EDAD.

Introducen muchas alteraciones importantes, con frecuencia dramáticas en la conducta, como resultado del desarrollo físico, mental y emocional. Búsqueda de identidad, expresa individualidad, rechazo de autoridad en ciertos casos. Las niñas tienen tendencia a volverse autoconscientes, irritables y para los varones es un período aún más difícil, su energía es limitada y siente más presión que ellas por proclamar y demostrar su independencia.

A los doce años alcanza la etapa más avanzada del desarrollo intelectual que persiste en el adulto. (9)

Puede manejar conceptos abstractos como personalidad. Así como a razonar en hipótesis. Hay cambios de conducta extremos y aumenta el interés por la experiencia personal. El odontólogo puede aprovechar este período como motivación para la salud dental. (10)

OBJETIVOS DEL MANEJO DE LA CONDUCTA

Son tres básicamente:

- 1.- Establecer una buena comunicación con el niño y sus padres.
 - 2.- Ganar la confianza del niño y los padres y su aceptación en el tratamiento dental.
 - 3.- Explicar al niño y a los padres los aspectos positivos del cuidado dental preventivo.
- (17)

ENFOQUES DEL MANEJO DE LA CONDUCTA

Los enfoques del manejo de la conducta infantil, son tres: Psicológico, físico y farmacológico.

ENFOQUE PSICOLÓGICO

La Psicología profunda viene a reforzar el sentido común, - no a reemplazarlo. El Odontólogo no debe salirse de su campo de trabajo, así como no invocar a la Psicología para fundamentos en la actitud frente al niño, ya que los padres podrían exigir con razón, que acredite la competencia respectiva. Todo este conocimiento sirve para que aprendamos a aceptar al niño tal como es, respetar sus sentimientos y comprender que su conducta puede estar motivada por otros factores no tan superficiales.

Debida la gran importancia que tiene la cavidad oral es necesario señalar que no es solamente vía de paso y órgano trascendente de funciones digestivas y de masticación, sino que es el aparato mediante el cual el lactante aprende a conocer originalmente su propio cuerpo y su ambiente inmediato.

Las primeras funciones bucales son expresiones básicas de las urgencias instintivas puestas al servicio de la autoconservación del neonato. Al principio el niño es incapaz de distinguir entre sí mismo y el ambiente; las experiencias repetidas asociadas fundamentalmente al acto nutricional, en virtud de los procesos madurativos del sistema nervioso, le permiten gradualmente establecer la distinción y empezar a reconocer a la madre como primer objeto de relación humana.

La boca es, además órgano que proporciona la satisfacción sensual relacionada con la función nutricional y que es indispensable para la correcta evolución emocional del niño.

La boca, como representante inconsciente de todo el aparato digestivo puede servir para expresar tres tipos de impulsos al ser humano.

- 1.- Necesidades de dependencia.- Dado que la boca sirve como órgano focal en la primera relación del niño con la madre, de quien se recibe satisfacción para las intensas necesidades del período de máxima dependencia.
- 2.- Impulsos agresivos.- La erupción dentaria ocurre en el momento de mayor necesidad de expresión hostil contra el medio; la boca y los dientes sirven como el primer órgano de ataque contra todo aquello que provoca frustración al bebé. El niño muestra su enojo mordiendo, método que es abandonado a medida que se gana control motor de las extremidades. Sin embargo, en el inconsciente persisten fantasías agresivas de algunas personas y que algunas veces manifiestan padecimientos mentales.
- 3.- Impulsos sexuales.- Dado que la boca es el órgano me-

diante el cual se obtienen las primeras experiencias -
placenteras.

El Odontólogo debe percatarse de que, al atender pacientes en especial niños, no está tratando órganos o sistemas alterados, sino una unidad BIOPSIKOSOCIAL. Es necesario estar alerta de los procesos psicológicos del paciente, en especial aquellos directamente vinculados con el proceso patológico que motiva la consulta.

Siendo la cavidad oral y su contenido elementos de gran importancia emocional, es preciso ser particularmente cauteloso en manipulación.

La utilización de una técnica multisensorial para educar al niño es el mejor enfoque. Aprende mucho mejor cuando se le permite utilizar todos sus sentidos. (16)

ENFOQUE FÍSICO

El método físico del manejo de la conducta debe practicarse en estrecha relación con el enfoque psicológico.

La manipulación física del paciente nunca debe hacerse en forma punitiva.

OBJETIVOS:

- 1.- Ganarse la atención del niño.
- 2.- Enseñarle la conducta apropiada que se espera de él.
- 3.- Darle más seguridad a través del contacto corporal y controlar sus movimientos.
- 4.- Protegerlo de lesiones.
- 5.- Hacer más sencilla la técnica dental, tanto para el niño como para el Odontólogo. (3,17)

TÉCNICA DE LA MANO - SOBRE - LA - BOCA.- Cuando el niño grita, desafortunadamente es difícil establecer comunicación, ya que esto no puede permitir oír las instrucciones. Sólo se debe -- usar la técnica de la mano - sobre - la boca, cuando todas las otras formas de comunicación hallan fallado.

Se lleva a cabo de la manera siguiente.

- 1.- El Odontólogo coloca firmemente la mano, sobre la boca del niño para taparle la nariz.
- 2.- La asistente toma las manos y pies del niño para impedir que se patadas, se retuerza o lesione a alguien.
- 3.- El Odontólogo habla al niño en voz baja y le da instrucciones adecuadas de lo que espera de él.
"Quitaré la mano cuando dejes de gritar de manera que puedas oír lo que estoy diciendo. Mueve la cabeza cuando estes dispuesto a oírme".
- 4.- Cuando el niño acepte oír, debemos quitar la mano, se debe volver a colocarla inmediatamente y reiterar su petición, el niño normal esta vez generalmente aceptará escuchar.

*Nota.- No se recomienda este método en pacientes menores de dos años o niños especiales en condiciones de minusvalía que impidan la comunicación.

SABANAS, CINTURONES Y OTROS MEDIOS DE CONTENCIÓN.- Al igual que la técnica de la mano - sobre - la boca; el niño que se encuentra excitado se calmará casi en seguida, cuando se sienta asegurado con estos medios.

* El control de la conducta por medio de elementos coercitivos se usa solo después de haber agotado todos los demás medios.

CONTROL TOTAL DEL CUERPO

PEDI - WRAP. Es una sábana de punto de nylon reforzado con cierres de Velcro. Existe en tamaño pequeño, mediano y grande. Previamente se coloca en el sillón, el Odontólogo y la asistente se mantienen en lados opuestos del sillón. El niño se coloca en la sábana de forma que el Odontólogo y su asistente puedan asegurar los brazos a uno y otro lado y también los cierres de Velcro sobre su pecho.

Es necesario asegurar el tercer cierre de la cabeza para dominar el movimiento excesivo de la mano y después asegurar los cierres restantes.

MANTA DE SUJECION. La manta de sujeción asegura al niño sobre una base rígida con tres pares de cinta de lona. La manta de sujeción igual que el Pedi Wrap, utiliza el sistema Velcro de cierre por presión y de separación fácil de cerrar y ajustar. Este dispositivo puede sujetar al paciente menos colaborador.

SABANA Y CINTAS PARA LAS PIERNAS. Una sábana doblada en las esquinas formando un triángulo, facilita un método efectivo para dominar los movimientos indeseables de brazos. El vértice del triángulo se pone por debajo de los brazos cruzados del paciente y se ata fuertemente alrededor de ellos; se dobla entonces la base del triángulo sobre los brazos y a través de los hombros sin impedir la respiración. Las puntas restantes de la sábana se atan entonces detrás del sillón dental. Para controlar el resto del cuerpo, se aseguren las piernas por encima de las rodillas con una cinta de sujeción u otra sábana doblada a la larga.

CONTROL DE LA CABEZA.- Una vez que se han asegurado el cuerpo y las extremidades, el Odontólogo y su equipo deben mantener un control absoluto del niño. Los movimientos inesperados durante la administración de anestesia local o durante las técnicas restauradoras pueden lesionar al paciente.

El Odontólogo debe mantener firmemente la cabeza del niño entre su pecho y su brazo de manera que su mano quede libre para sujetar el espejo y retraer la mejilla. Si no se puede dominar adecuadamente la cabeza, la asistente se colocará a la cabecera del sillón para sujetarla. Al tener al ayudante manteniendo quieta la cabeza con una mano a cada lado, se puede practicar la Odontología a cuatro manos.

CONTROL DE LA CAVIDAD ORAL.- El uso del abrebocas es necesario durante el tratamiento. El abrebocas ideal ha de ser completamente adaptable y cómodo para el paciente.

No debe interferir en la administración de la anestesia local o en el dicue de goma. El abridor de boca, debe mostrar su funcionamiento antes de usarse. Se le puede decir que es el "hombre de goma" si es muy pequeño. Los más usuales son:

BLOQUE DE MORLIDA INTRACRAL.- El bloque de mordida intraoral es una cuña de goma semicura que se inserta entre las superficies oclusales del lado de la boca donde no se efectúa el tratamiento. Existe en tamaño grande, mediano y pequeño. Y se usa con éxito en tratamientos de restauración muy largos.

ABRIDOR DE BOCA EXTRACRAL MULTICOMPLEJO CON ACCIÓN DE TIJERA.- El abridor de boca extracral Multicomplejo con acción de tijera es de metal y recubierto con goma.

Aunque el abridor de goma en forma de tijera existe en diferentes tamaños, se recomienda el más grande por su mayor consistencia y por sus descansos oclusales más anchos. Puesto que

los descansos interoclusales del abridor de boca son ajustables el tamaño más grande se puede utilizar en la posición parcialmente cerrada en niños más pequeños. El mango de tijera extraoral facilita la manera de dominar simultáneamente los movimientos laterales de cabeza y mantener la boca abierta durante el tratamiento. Colocando el sujetador de boca, en el lado opuesto del lugar de la inyección, se puede utilizar la técnica tradicional para anestesia local. El sujetador de boca extraoral - tipo tijera también facilita el uso de aislamiento por medio del dique de goma.

ENFOQUE FARMACOLÓGICO

La percepción del dolor y las emociones se encuentran íntimamente interrelacionadas. Por consiguiente cuando un niño se encuentra en un estado de ansiedad ante una situación determinada su umbral de dolor queda disminuido y las cosas que normalmente no le preocuparían, les puede imaginar como muy dolorosas. Es necesario hacer todos los esfuerzos posibles para subir este umbral del dolor del niño, cuando se encuentra en tensión. (1)

OXIDO DE NITROSO Y OXIGENO

Joseph Priestley fue el primero en obtener monóxido de dinitrógeno, u óxido nitroso N_2O .

Humphrey Davy descubrió los efectos fisiológicos de este gas. Al respirarlo experimentó un tipo de intoxicación especial que dio lugar a que se le llamara "gas hilarante". (5)

El óxido nitroso es un agente anestésico que usado en pequeñas dosis tiene efectos analgésicos sobre el individuo. Se lleva a los pulmones y rápidamente se difunde en la sangre. No necesita

del O_2 ó CO_2 de la hemoglobina y es trasladado por el suero rápidamente al cerebro y otros tejidos. (7)

Se elimina especialmente por los pulmones muy rápidamente sin ser transformado. No existe cambio de óxido nitroso en el cuerpo y por lo tanto no hay efecto prolongado. El paciente puede ser dado de alta en forma ambulatoria después de terminar el su ministro de óxido nitroso o de quitar el inhalador nasal.

EL OXIDO NITROSO :

- 1.- Disminuye el miedo y la ansiedad.
- 2.- Aumenta el umbral del dolor.
- 3.- Aumenta la cooperación del paciente.
- 4.- No deja residuos de sedación después de que han terminado las técnicas dentales.

El óxido nitroso no sirve para evitar problemas graves de conducta. Niños desafiados han de ser tratados por medio de otros métodos. El analgésico N_2O tiene sus mejores efectos en pacientes que colaboran bien, pero que necesitan ayuda para evitar el miedo y la ansiedad. (17)

MATERIALES

- 1.- El aparato para administrar el óxido nitroso consiste en un fluidómetro que lleva a cabo las siguientes funciones:
 - a.- Mide el Oxígeno, mínimo 3 litros de fluido por minuto.
 - b.- Mide el N_2O , de 0 a 8 litros de fluido por minuto.
 - c.- Contiene una válvula de seguridad, corta el fluido de N_2O cuando el nivel de O desciende por debajo de los tres litros de fluido por minuto y previene la sobredosis accidental.
- 2.- Bolsa de reserva en la que se almacena los gases que permiten al paciente un abastecimiento suplementario en caso necesario.

- 3.- Inhalador y tubo nasal mediante el cual:
 - a.- Una válvula de aire permite mezclar el aire atmosférico con el N_2O y el O para facilitar la respiración, si las necesidades mismas del paciente son mayores que el volumen de gases liberados por el aparato. También permite diluir el gas en caso necesario e, inversamente, concentra el gas cuando está cerrado.
 - b.- El inhalador cubre solamente la nariz, lo que facilita al paciente respirar por la boca si es necesario y le da cierto control de la situación. El paciente puede diluir la concentración o aumentarla según las necesidades, abriendo la boca o cerrándola.
 - c.- El tubo conecta el inhalador al fluidómetro.
- 4.- Gancho de soporte para el depósito de O y N_2O . (1,17)

TECNICA.- Es necesario explicarle al paciente con un vocabulario sencillo lo que es el N_2O y lo que sentirá.

- 1.- Se le puede indicar que es un aire alegre, que esto lo hará sentirse como si estuviera flotando.
 - 2.- Cerciorarse que nuestro paciente podrá controlar sus percepciones y que el N_2O no lo hará dormir. Es necesario indicarle que lo único que tiene que hacer es respirar por la boca o retirar el inhalador nasal, si no le gusta la sensación y que pronto se sentirá igual que cuando entró al cubículo.
- Empezar administrando tres litros por minuto de oxígeno y 0.7 litros por minuto de N_2O . Aumentar el N_2O gradualmente hasta que el paciente empiece a responder con un nivel adecuado.

Esto lo comprobaremos cuando:

- a) Se encuentre relajado y colabore.
- b) Sonría y haga muecas.
- c) Sus manos estén relajadas (sensación de hormigueo en los dedos de las manos y pies).
- d) Siga instrucciones sencillas.
- e) Su boca permanezca abierta con facilidad.
- f) El reflejo de náusea se haya reducido notoriamente.
- g) Cierre los ojos cuando se le indique.

+ Es necesario mantener contacto físico con el niño y seguir - hablándole para darle seguridad de que nos ocupamos de sus sensaciones (con voz suave y agradable). (8,17).

Mantener el nivel adecuado de sedación de la manera siguiente:

- 1.- El paciente sabe que puede controlar el nivel de sedación respirando sobre todo por la nariz y aumentando - el nivel de concentración. Si se utiliza el dicue de - goma, es necesario perforarlo en el centro para permitir la respiración bucal.
- 2.- No se debe permitir que hable mucho, ya que esto lo - hará respirar demasiado por la boca.
- 3.- Si el niño está respirando principalmente por la nariz, la concentración de N_2O aumentará como consecuencia de una respiración desde la bolsa de reserva. Es neces - ario reducir el nivel de N_2O en estos casos, aproximada - mente a 0.5 litros por minuto cada quince o veinte mi - nutos a lo largo del proceso.
- 4.- Observar el estado de respuesta y de relajación del pa - ciente para precisar los niveles adecuados de N_2O y O.

⁺Nota.- Elevar y bajar los niveles con frecuencia puede causar náuseas y vómito. (17)

Terminar la sedación de la manera siguiente:

- 1.- Durante toda la técnica de analgesia ha de hacerse una reducción gradual para mantener la sedación al nivel deseado tal como se describió previamente.
- 2.- Seleccionar un punto cercano al final de la analgesia para cortar por completo el N_2O , de modo que el paciente sepa cuando termina la técnica. Por ejemplo, en una técnica restauradora un momento apropiado, sería cuando se coloca la banda de matriz en el diente que va a ser restaurado.

Los niños son sugestionables, por lo tanto es necesario que se le sugiera lo siguiente.

- a.- Se sentirá estupendamente durante el resto del día.
 - b.- No tendrá sueño .
 - c.- Tendrá una sensación de estar muy despierto cuando se retire la mascarilla nasal. Esto ayuda a reducir la somnolencia que se observa algunas veces en los niños sometidos a largos tratamientos en los que se usa el N_2O .
- 3.- Retirar la mascarilla, rociar un vaporizador acústico y si es necesario colocar una gasa esterilizada hasta que se use con el paciente siguiente. (1,17)

COMPLICACIONES

- I) Repugnancia para aceptar el inhalador.
- a.- La colocación es importante, se puede usar una segunda mascarilla no conectada al aparato, para hacer la de -

mostración. El Odontólogo se le puede colocar en la na
riz para mostrarle al niño cómo se usa. Es importante
mostrar una cara alegre mientras se hace la demostra -
ción.

b.- Otra solución es desconectar el N_2O y sostener el inhal
ador cerca de la boca y la nariz del niño sin tener--
contacto, mientras se le puede hablar. Esto le permitirá
recibir la sensación agradable y hacerlo mas recepti
tivo.

II) Hiperventilación: obliga al nivel de N_2O subir y a baja
ar y puede producirse mientras el niño respira profund
amente por la nariz seguido por respiración bucal o -
cherla. Para esto se tendrá que:

a.- Impedir que hable mucho.

b.- Usar el dicue de goma para animarle a respirar por la-
nariz.

c.- Asegurar al paciente que todo va bien y que la respiraci
ón fuerte no le permite relajarse. Si la respiración
se relaja, también lo hará el niño.

III) Congestión de la respiración superior y nariz tapada.

a.- Si es muy fuerte será mejor cancelar la cita.

b.- Si es leve, seguir con la técnica, pues los gases tienden
a secar el tejido inflamado, reduciendo la inflamaci
ón y restableciendo la respiración normal.

IV) Náusea:

a.- Si es ligera, reducir el nivel de N_2O y mantener el -
mismo nivel por un período de tiempo.

b.- Con vómito: reducir el nivel, limpiar al paciente, la-
zone y usar desodorante.

c.- Asegurar al paciente de que ahora se encuentra bien -

una vez que su estómago ha quedado vacío.
d.- rápidamente terminar la técnica. (17)

PREMEDICACION DEL PACIENTE INFANTIL

El uso de premedicación es un método farmacológico para reducir la ansiedad del niño. Es necesario señalar que muchos pacientes por ser muy pequeños o a causa de su incapacidad física y/o mental, presentan dificultad para someterse a tratamientos dentales restaurativos en forma convencional. Se tiene la opción de ofrecer a estos paciente una rehabilitación oral mediante técnicas, tales como la medicación preoperatoria con inhalación transoperatoria con $N_2O - O$. (8)

HIDRATO DE CLORAL

Pertenece al grupo de los hipnóticos. Tiene su acción a nivel del hemisferio cerebral. No produce depresión importante a nivel respiratorio, ni a nivel de presión sanguínea. Es rápidamente absorbido a través del tracto gastrointestinal y metabolizado en el hígado. Logra su efecto por vía oral en treinta e cuarenta y cinco minutos, prolongándose de 4 a 8 horas. Es excretado por vía renal por medio de su metabolito glucorónico. Su nombre comercial es Cloralex. Presentación en jarabe - cada 100 ml contiene - - hidrato de cloral 10 gramos y vehículo c.b.p. 100 ml. (2)

Los efectos tóxicos incluyen depresión del SNC, hipotensión e irritación gástrica. La dosis tóxica para este medicamento se considera a partir de 3 a 30 grs.

PROCLITACINA

Nombre comercial Fenergen; la presentación en jarabe. Cada 100 ml contiene clorhidrato de prometecina equivalente a 100 mg de prometecina base. La ventaja de este medicamento es que tiene propiedades sedantes, ha sido empleado por muchos años en medicación preoperatoria y en adición a tranquilizantes de acción prolongada.

Fenergen 25 mg cucharadita. Dosis dos cucharaditas 45 minutos antes de la cita.

(1,2)

LIACEPAM

Valium.- Tiene una incrementada popularidad como agente para la sedación preoperatoria por su efectividad en el tratamiento de la ansiedad. Tiene propiedades tranquilizantes. Presenta el 90% de su efectividad en una hora, se metaboliza en el hígado y se excreta en la orina.

Indicaciones: Estado de ansiedad acompañado de tensión y excitación. Irritabilidad moderada e intensa con o sin rasgos hipocondríacos y depresivos.

En los trastornos del sueño con ansiedad y tensión, con excepción de los que tienen origen doloroso.

Contraindicaciones: Insuficiencia hepática y renal, hipersensibilidad a la sustancia.

Dosis: 1 pastilla (5mg) antes de la cita por lo menos 45 minutos.

ANESTESIA GENERAL

La anestesia general tiene su lugar propio en el tratamiento dental infantil, generalmente se usa como último recurso cuando todas las alternativas han sido ineficaces.

Es necesario recordar que durante la anestesia general, el paciente ha perdido la conciencia y no tiene contacto verbal, hay amnesia, y es necesario la atención de tiempo completo para proteger las vías respiratorias. (3)

Los anestésicos generales, actúan sobre el cerebro produciendo pérdida del conocimiento y por lo tanto de todas las sensaciones.

En términos generales la anestesia se podría definir como la pérdida de la sensibilidad, de la conciencia, de la motilidad y de los reflejos.

INDICACIONES PARA LA ANESTESIA GENERAL.

Procedimientos mayores.- Los pacientes que requieren procedimientos quirúrgicos extensos, que van desde intervenciones quirúrgicas en el maxilar o mandíbula o en ambos, hasta restauración total de la boca, pueden ser atendidos bajo anestesia general. (1)

Los traumatismos óseos constituyen una indicación positiva para la anestesia general, ya que el dolor no puede controlarse solamente por medio de técnicas de anestesia local y sedación. Además, si surgen problemas quirúrgicos, la limitación del área incluida dentro de los márgenes de aplicación de la anestesia local evita que no se realice un control rápido y adecuado de problemas tales como la hemorragia. Cuando el paciente está sujeto a la anestesia general, puede tratarse todos los problemas con rapidez y celeridad, sin causar tensión

o ansiedad al paciente, en especial, medios para salvar la vida, en caso de producirse un traumatismo inadvertido mediante el procedimiento.

El tratamiento de caries, que puede requerir hasta 7 u 8 horas de trabajo dental, puede realizarse en una sola sesión de anestesia general.

La atención en estos pacientes es mucho mayor. Frecuentemente debe señalarse que los tratamientos que implican cirugía maxilo - facial no se practican sólo con propósitos estéticos, sino que también implican un elemento funcional.

Anormalidades congénitas.- Los problemas son anatómicos y mentales, por tanto los pacientes que presentan algún síndrome - como el de Pierre Robin presentan anomalías anatómicas - que hacen difícil la práctica odontológica bajo anestesia local, como sucede con la lengua agrandada (macroglia) del paciente con Síndrome de Down. Debido a la incapacidad del paciente con parálisis cerebral para lograr el control muscular durante los procedimientos dentales sin anestesia general, sería casi imposible realizar tratamientos odontológicos ordinarios sin recurrir a restricciones.

Hemorragia.- Los pacientes que están bajo tratamiento con anticoagulantes, con frecuencia presentan problemas con la anestesia local. Puede producirse hemorragia en el lugar de la punción. Como ésta puede ser profunda, es difícil de controlar, y por tanto, constituye una indicación absoluta a anestesia general.

Pueden presentarse problemas con la anestesia general ya que la intubación nasal está contraindicada porque puede producir

se una hemorragia severa de la nariz difícil de controlar. Sin embargo, la anestesia general cuidadosamente administrada por intubación bucal, permitirá que se realicen la mayor parte de los procedimientos sin hemorragia reactiva debido al vasoconstrictor del anestésico local.

Quimioterapia y radioterapia.- Estos paciente pueden presentar lesiones destructivas de cabeza y cuello en forma tal que la anatomía esté considerablemente distorcionada y con frecuencia existe diátesis hemorrágica.

Siempre existe la posibilidad de infección bucal. Debido a que estos pacientes ya han estado sujetos a una tensión excesiva, está indicada la anestesia general.

Enfermedades neurológicas.- Los problemas de las enfermedades neurológicas consisten principalmente en que el paciente es incapaz de cooperar bajo anestesia local. Existe la posibilidad de que el anestésico local fuera la causa de que ocurriera una exacerbación subsecuente de la enfermedad neurológica.

PREPARACION PREOPERATORIA

El paciente con marcada anormalidad no es un problema para el odontólogo, siendo así mejor referirlos a un servicio dental de hospital donde se cuenta con medios para la evaluación y tratamientos subsecuentes. Es obligatorio practicar un examen físico al paciente antes de administrar anestesia general.

INSTRUCCIONES PREOPERATORIAS

Antes de la operación deben revisarse los medicamentos que esté tomando el paciente, intentando eliminar lo que no sea esencial. Deben darse a conocer al paciente los detalles referentes a los cuidados posoperatorios, antes de la visita al anestesiólogo. La náusea y lipotimias posoperatorias, son complicaciones frecuentes del paciente externo que han estado bajo anestesia general. El paciente que se moviliza y se pone en posición erecta inmediatamente después de la anestesia, tiene mayor tendencia a experimentar estos problemas.

Todos los pacientes que reciben anestesia general deben estar acompañados de un adulto, se les debe informar que está absolutamente contraindicado tomar decisiones importantes. (1,2)

AUTORIZACION Y FORMULARIOS

Previamente a la anestesia general, todos los pacientes deben firmar un formulario de aceptación del procedimiento operatorio, en el caso del paciente infantil deberá ser su padre o tutor, deben indicarse los riesgos y peligros de la anestesia general, ya que existe un índice aunque poco frecuente de mortalidad. Al mismo tiempo que se firma la autorización debe firmarse también el expediente, indicando que se ha hecho una completa exposición de los problemas.

PREMEDICACION

Debe suspenderse la práctica de administrar premedicación bucal, antes de que el paciente acuda al hospital para tratamiento. Una vez que se ha administrado un medicamento, el anestesiólogo es responsable de los actos del paciente, por tanto

cualquier accidente que pueda ocurrir cuando se dirige al tratamiento será su responsabilidad.

La premedicación de narcóticos o barbitúricos previamente a la anestesia general está contraindicada ya que retrasa la recuperación.

ANESTESIA GENERAL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

La duración de la anestesia general no constituye el único factor para determinar si se debe proporcionar asistencia, como paciente hospitalizado o externo, sin embargo es útil clasificar a la anestesia en la odontología como: menor o breves decir de menos de 20 minutos con posibilidades de extenderse hasta 40 minutos y anestesia mayor la que tardaría mas de 40 minutos.

La atención del paciente será la misma, pero pueden necesitar se aparatos extras de los que no se dispone en la consulta externa. Por esta razón, el paciente que se encuentra en condición física deficiente, requiere mayor vigilancia, en tanto que el niño con problemas dentales mínimos, solo requerirá de una anestesia menor.

Cirugía.- La cirugía es probablemente la indicación más importante del tratamiento para el paciente hospitalizado. El traumatismo de orden mayor, como cualquier tipo de cirugía de hueso, requiere de la atención posoperatoria del paciente hospitalizado.

*Nota.- Debe hacerse ingresar al hospital a cualquier persona con problemas cardiovasculares o respiratorios que requieran una recuperación posoperatoria cuidadosa.

Técnica.- En la anestesia menor se usan todos los tipos de anestesia la más popular es la inducción intravenosa de anestesia con barbituratos y se combine con otros agentes, como fentanil y diazepam.

MEDICAMENTOS ANESTESICOS INTRAVENOSOS.- La elección del sitio para aplicación intravenosa frecuentemente se basa en la experiencia del operador. La inyección intravenosa en el pliegue del codo con más frecuencia produce complicaciones, en el dorso de la mano es mucho menor la frecuencia de morbilidad. La asistente debe comprimir la vena después de retirarse la aguja con objeto de evitar la formación de un hematoma. Todas las medicaciones intravenosas utilizadas para sedación y premedicación administradas en cantidad suficiente producirán anestesia general.

BARBITURATOS.- Los barbituratos que se usan en la práctica de anestesia y sedación pueden clasificarse como de acción corta y de acción ultracorta.

El más usado es el barbiturato de acción corta pentobarbital (Nembutal) el cual frecuentemente usa el cirujano para sedación bucal.

En dosis de 50 a 150 mg, el pentobarbital produce sedación -- hasta por 90 minutos, frecuentemente acompañada de sueño. No es para uso en anestesia general, ya que la duración de su efecto sin analgesia no es satisfactorio y para producir anestesia general se requiere de depresión respiratoria y cardiovascular profunda, entre otros barbituratos de acción ultracorta se encuentra el tiopental y el metohexital, los cuales producen anestesia breve cuando se emplean solos, pero tienen

el inconveniente de no producir analgesia. Se utilizan para la inducción de anestesia o bien para anestesia breve. El metohexital disminuye la resistencia periférica, lo cual subsecuentemente aumenta la frecuencia cardíaca y el gasto cardíaco para mantener la presión arterial. La frecuencia cardíaca puede aumentarse en algunos casos hasta 180/min, lo que puede considerarse como una arritmia, el metohexital tiene aceptación mundial para los cirujanos bucales, para la inducción de anestesia dental.

OPIACEOS.- El uso de la morfina como un anestésico general ha sido recomendado recientemente para pacientes con enfermedades cardiovasculares, produciéndose la muerte sólo por paro respiratorio. Como sucede con todos los medicamentos intravenosos, los narcóticos producen anestesia general sólo a expensas de un paro respiratorio y por tanto no deben usarse solos, para inducir anestesia general.

La mepericina se emplea a menudo como un suplemento anestésico a dosis repetidas de 25 a 50 mg. Este opiáceo se administra frecuentemente por vía intravenosa antes de la inducción de la anestesia como un barbiturato intravenoso. La mepericina tiene la ventaja de que 60 mg. son equipotentes a 10 mg. de morfina, y por lo tanto, existe la tendencia a administrarse en dosis menores de narcótico con una depresión respiratoria menos subsecuente. El período de analgesia y depresión respiratoria dura aproximadamente tres horas. Como todos los narcóticos, la mepericina es la que tiene más probabilidad de producir inestabilidad cardiovascular, y se presenta hipotensión en aproximadamente 25 por 100 de los pacientes.

PSICOTROPICOS.- El diacepam (valium) es el principal agente que debe considerarse en este grupo, el cual si se administra en cantidad suficiente, induce anestesia general. La dosis sedante de diacepam administrada por vía intravenosa es de 10mg, mientras que de 30 a 40 mg producirán anestesia general. Se ha recomendado para inducción de pacientes con enfermedad cardiovascular, sin embargo, estudios realizados han demostrado que el grado de depresión cardiovascular producido por el diacepam cuando se emplea para la inducción de anestesia es equivalente al del tío bental, mientras que la depresión respiratoria periférica que se observa con el medicamento persiste por un período prolongado que con este último medicamento. Se usa frecuentemente como premedicación antes de administrar metohexital intravenoso y en esta forma se considera clínicamente que reduce la cantidad requerida de narcótico y barbiturato.

QUETAMINA.- Este anestésico puede usarse ya sea por vía intravenosa (1mg /kg) o intramuscular (10mg /kg), cuando la anestesia dura de 10 a 15 minutos. Se produce hipertensión pero puede modificarse mediante la administración de diacepam intravenosamente, cinco minutos antes de la inducción. Se producen secreciones bucales excesivas. Su mejor uso en Odontología se aprecia en el niño difícil de manejar.

SUCCINILCOLINA.- En la anestesia dental, la succinilcolina se emplea como un medicamento preliminar antes de la intubación ya que permite el paso del tubo endotraqueal con una cantidad mínima de anestesia. Se aprecia un rápido retorno de la respiración después de una

intubación realizado con éxito.

El medicamento puede administrarse ya sea en dosis simples, o repetidas de 20 mg. En algunos pacientes se hasta 100 mg. Debe mantenerse la analgesia y la sedación con N_2O y O. Si se administra por vía intramuscular produce relajamiento muscular.

ANESTESICOS POR INHALACION.

Propiedades de un anestésico ideal por inhalación.- Las principales condiciones necesarias para un anestésico clínicamente útil son que no tenga efectos indeseables y tóxicos y que goce en su empleo de un amplio margen de seguridad. Para bienestar del paciente, el anestésico no ha de ser irritante, no poseer sabor ni olor desagradables y actuar rápidamente sin causar molestia para lograr la inducción. La recuperación ha de ser rápida, sin incomodidades desagradables como náusea.

El anestesista necesita un producto fácil de emplear que pueda mezclarse con O₂ sin peligro de fuego o explosión: la potencia debe ser elevada, de manera que puedan administrarse cantidades adecuadas de O₂ junto con el anestésico: para un buen control de la profundidad de la anestesia el producto ha de actuar rápidamente y rápidamente debe ser eliminado. Desde el punto de vista del cirujano, interesa que el anestésico sea analgésico y logre relajación muscular completa para evitar respuestas reflejas.

Ningún agente aislado llena todas las condiciones del anestésico ideal por lo tanto, suelen utilizarse drogas coadyuvantes intentando evitar o compensar tales imperfecciones. Una secuencia típica de anestesia para cirugía mayor es la siguiente: Inducción con un anestésico basal por ejemplo: tiopental intravenoso, con conservación de la pérdida del conocimiento con el anestésico de inhalación mezclado con O₂.

Amortiguamiento de las respuestas al dolor con analgésico, - ejemplo: la morfina. Con fines especiales pueden necesitarse otras drogas coadyuvantes.

Los principales líquidos volátiles utilizados como anestésicos generales son: el éter, el cloroformo y el halotano.

Estos productos mezclados solamente con volúmenes adecuados de aire u O pueden considerarse anestésicos mayores, aunque en la práctica la seguridad y la comodidad para operar aumentan empleando drogas coadyuvantes.

Los principales gases utilizados como anestésicos generales son óxido nítrico, ciclopropano y etileno. La inducción con estos tres productos es rápida y agradable, ya que ninguno de ellos irrita las membranas.

No se emplean como agentes únicos para cirugía mayor. Suelen utilizarse para inducción y luego se continúa la anestesia con uno de los productos más potentes o pueden utilizarse como anestésicos únicos para intervenciones de cirugía menor.

Inconvenientes de los anestésicos por inhalación.- Los anestésicos por inhalación en los que se encuentran los líquidos volátiles se oxidan fácilmente al exponerse al aire, o a la luz o a la humedad, produciéndose sustancias de descomposición tóxicas y a veces explosivas.

En consecuencia muchas veces se necesitan condiciones especiales de almacenamiento y la adición de conservadores como el etenol para evitar la descomposición.

La inflamabilidad y las propiedades explosivas son un inconveniente grave, ya que cualquier chispa producida en el equipo del quirófano puede desencadenar la ignición. Además impide emplear el electrocauterio para bloquear pequeños puntos que sangren, esto es particularmente molesto cuando además hay aumento de la hemorragia capilar con el éter.

Inducción prolongada .- La inducción es particularmente lenta con el éter ya que tiene solubilidad en el agua relativamente elevada. La saturación de la sangre es lenta y una cantidad considerable del éter es captada por el agua corporal. Por lo tanto, la anestesia suele provocarse con un producto de inhalación de acción rápida o por vía intravenosa.

Acción irritante. El éter particularmente aumenta la secreción de moco y saliva; ambos pueden obstruir las vías aéreas y causar laringoespaso.

Estimulación simpática.- La ansiedad y el miedo en el paciente antes de operarse, aumentan la concentración sanguínea, que se eleva más todavía cuando la inducción es lenta y el paciente se defiende enérgicamente. Este efecto puede reducirse al mínimo con premedicación adecuada, empleando un tranquilizante. El éter estimula el mecanismo simpaticoadrenal durante la inducción, con lo cual aumenta temporalmente la presión arterial y la frecuencia cardíaca.

Relajación muscular inadecuada.- El óxido nítrico, el ciclopropano y el etileno aisladamente y en dosis subtóxicas no producen relajación muscular adecuada para cirugía mayor. El éter, el cloroformo y el haloteno son capaces de lograrla pero en la práctica diaria se permite alcanzar la profundidad de anestesia y se logra la relajación muscular mediante drogas bloqueadoras neuromusculares o por bloqueo nervioso empleando anestésicos locales.

C A P I T U L O I I I

"TRATAMIENTO DEL NIÑO IMPEDIDO"

CONDUCTA CON EL NIÑO DISMINUIDO.

La reacción del odontólogo hacia el niño deficiente es la misma que éste puede tener hacia el odontólogo. Ambos pueden sentir un nivel de ansiedad incrementada. El niño minusválido puede tener un defecto mental, físico o emocional que interfiere en su habilidad en todas las actividades de la vida. Esto puede impedir que se desarrolle normalmente, a pesar de que experimenta las mismas necesidades biológicas y físicas que cualquier niño. La mayoría de los niños con retardo mental no tienen ningún defecto físico y lo contrario también sucede.

Aun cuando los niños retrasados mentales y los disminuidos físicamente se clasifican como un grupo, es sólo con el propósito de describir una conducta general. Cada niño, normal o disminuido, es un individuo y tiene una conducta única que debe ser comprendida por el dentista para lograr un cuidado dental apropiado.

El niño deficiente mental está por debajo de lo normal, tanto en el funcionamiento intelectual general, como en la conducta adaptativa. El niño disminuido físicamente tiene defectos estructurales que le impiden comportarse parcial o totalmente en forma normal. Ejemplos: deficiencias físicas, que incluyen parálisis cerebral, trastornos visuales, trastornos auditivos, trastornos ortopédicos y convulsivos. La conducta con los niños disminuidos generalmente toma más tiempo para el cuidado dental que la de los niños normales. Por eso se ha de dejar suficiente tiempo en cada cita para afrontar la conducta del niño y atender sus necesidades dentales.

ENFOQUE PSICOLOGICO

El conocimiento de sí mismo es importante antes de aceptar la responsabilidad de tratar niños disminuidos. El niño deficiente mental posee una misteriosa habilidad para sentir cuando se le quiere y cuando se le respeta.

Cuando hay incongruencia entre la comunicación verbal y la no verbal uno aparece como falso de sinceridad.

La simpatía por los disminuidos no desempeña una función útil en sus tratamientos, por otra parte, la empatía permite entender y aceptar los problemas ajenos y ayuda a la relación en forma racional.

DIGA - FUESTRE - HAGA

La modificación de este enfoque se ha de hacer para el niño disminuido en uno o más de sus sentidos, utilizando mejor los sentidos que le quedan intactos.

Por ejemplo: 1) los niños retrasados mentalmente pueden no entender instrucciones verbales. 2) los niños sordos no oirán. 3) los niños parcial o totalmente ciegos pueden no estar familiarizados con el arreglo del consultorio y 4) los niños disminuidos físicamente pueden ser incapaces de cumplir a pesar de que entiendan.

Las soluciones y pasos a seguir en estos casos son:

1.- Los niños con retraso mental pueden no entender una netición como " abre tu boca " pero pueden imitar voluntariamente.

Si es posible contar con la presencia del padre o acompañante capaces de establecer una comunicación oral o manual.

2.- Al niño sordo se le deben mostrar y permitir tocar objetos desconocidos.

La demostración de la jeringa de aire, cepillo de dientes y pieza de mano le ayudarán a comprender el deseo del dentista que acepte el tratamiento dental.

- 3.- Al niño parcialmente vidente se le debe también permitir el tocar objetos, explorar la silla y demás equipo dental. Después de preparar al niño con la explicación y demostración se puede llevar a cabo la técnica, evitando movimientos bruscos que puedan sorprender al niño y manteniendo una comunicación táctil con él durante el tratamiento, - esto le dará considerable seguridad.

(17)

HISTORIA CLINICA.- Revisar con los padres la historia clínica que incluye revisiones médica y dental, para obtener información sobre las experiencias anteriores del niño. Preguntar sobre su nivel de comunicación, la gravedad de su disminución y su capacidad de colaboración.

PRIMERA CITA.- Siempre que sea posible, la primera cita debe ser dedicada a la información y no al tratamiento. Es necesario tratar sobre odontología preventiva. En caso de urgencia es necesario tratarla de la forma menos traumática posible. Por ejemplo una infección se puede tratar con antibióticos o analgésicos en vez de extraer el diente afectado en la primera visita. Esto representará para el niño una mejor introducción a la Odontología.

EXAMEN CLINICO.- Una vez instalado el paciente confortablemente en el sillón es necesario hacer un examen, éste unido a la explicación de la técnica, permite al odontólogo evaluar el -

paciente de manera tranquilizadora. Una vez ganada la confianza del niño, se usará la técnica de diga - muestre - haga para introducir el espejo, explorador y luego completar el examen.

EXAMEN RADICOGRAFICO.- Si es posible, antes de empezar el tratamiento es necesario hacer un examen radiográfico. Mas del 50% de las superficies estropeadas no serán detectadas, si se omite este examen.

Un examen radiográfico sirve para dos fines:

- 1.- Provee la información necesaria para el diagnóstico.
- 2.- Ayuda a prevenir conductas futuras, cuando la conducta del niño permite tomar radiografías, generalmente las técnicas restauradoras se pueden completar en el consultorio.

INSTRUCCIONES PREVENTIVAS.- Insistir en la importancia de restringir el consumo de carbohidratos y la necesidad del uso de la terapia de flúor.

Enseñarles como pigmentar el diente con una solución reveladora y cómo quitarla con un cepillo manual o eléctrico. El cepillo adaptable es una manera excelente de que el odontólogo ayude al niño disminuido físicamente en su lucha por su independencia.

ENFOQUE FISICO.

Los procedimientos técnicos como el ejercicio de mano - sobre - la boca no se han de usar con niños gravemente disminuidos.

Sin embargo es necesario en ocasiones contenerlos físicamente para impedir que el niño, que no puede controlar sus movimientos corporales, se lesione así mismo, al odontólogo o a los asistentes.

NOTA.- La sujeción física no debe usarse como castigo por conductas indeseables.

Los niños tienden a resistirse o patear, cuando son sujetados físicamente por otra persona sin embargo, cuando se usa un objeto inanimado como una sábana Pedi - Wrap o correa, aparentemente se tranquilizan al darse cuenta de que están sujetos en forma segura.

La sujeción positiva disuade de la lucha inútil y previene que una conducta poco deseable se haga insostenible.

Algunos niños aceptan fácilmente el uso de sujeciones, por ejemplo el niño con parálisis cerebral, que quiere colaborar pero tiene una respuesta neuromuscular tal que cuanto más trata de ayudar más espasmódicos son sus movimientos.

Una vez que el niño está sujeto, el odontólogo se responsabiliza de protegerlo de cualquier lesión, por eso se deben usar correas de sujeción para asegurar al niño en el sillón dental. Como en todas las formas de tratamiento, la sujeción puede ser mal entendida. Obtener el consentimiento consciente e informar a los padres del porqué y cómo se piensa abordar la conducta del niño. Las explicaciones antes del tratamiento pueden evitar los malentendidos después.

PARALISIS CEREBRAL

ANTECEDENTES

La parálisis cerebral es el problema de impedimento más grave que afecta los recién nacidos. Aproximadamente 50 por 100 de los niños que sufren lesiones mueren en la infancia. Esta enfermedad es un trastorno del sistema nervioso que se manifiesta por varios tipos de disfunciones neuromusculares, como la espasticidad, la atetosis, la ataxia, la rigidez y los temblores.

El odontólogo deberá familiarizarse con los principales aspectos de los diversos trastornos neuromusculares y asegurarse de cuál de ellos sufre su paciente antes de pensar en algún tratamiento.

La espasticidad, observada en aproximadamente 40 por 100 de los niños con parálisis cerebral, se caracteriza por hipercontractilidad de los músculos y rigidez general en las secciones afectadas. Esta rigidez puede ser tan pronunciada como para impedir el movimiento pasivo de la extremidad.

La atetosis, se caracteriza por contracciones musculares involuntarias y desordenadas y se observa en aproximadamente en 45 de cada 100 pacientes que sufren parálisis cerebral.

La ataxia o pérdida de coordinación muscular, se observa en aproximadamente 10 de cada 100 niños con parálisis cerebral. Esta pérdida de coordinación muscular produce falta de equilibrio y marcha insegura.

Para lograr una mayor clasificación se describe de la siguiente manera el área afectada, por este trastorno:

| | |
|--------------|--|
| HEMIPLEJIA | afectación de la mitad del cuerpo. |
| CUADRIJLEJIA | afectación de las cuatro extremidades. |
| PARAPLEJIA | afectación de las piernas únicamente. |
| MONOJLEJIA | afectación de una extremidad únicamente. |

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Los niños con parálisis cerebral presentan alta frecuencia de retardo mental. Se calcula que 36 de cada 100 pacientes tienen cociente de inteligencia menor de 50 y 21 de cada 100 pacientes tiene cociente de inteligencia entre 50 y 70. La mayor frecuencia de retardo mental se ha observado en grupo espástico y la menor en el grupo atetoide.

El grado de cooperación y superación obtenible de cada paciente varía debe ser evaluado individualmente.

ETIOLOGIA

La parálisis cerebral es causada por lesiones cerebrales que pueden haber resultado de premadurez, anoxia, lesiones traumáticas o de etiología desconocida.

La localización de la lesión cerebral determina el tipo de disfunción neuromuscular por medio del cual se manifiesta el trastorno. Las de la corteza cerebral se manifiestan por espasticidad; la lesión del ganglio basal da por resultado atetosis y la ataxia es causada por lesiones del cerebelo. La parálisis cerebral es el trastorno más común del sistema nervioso.

PROBLEMAS DENTALES.

La mayoría de los niños con parálisis cerebral tienen índice de ataque carioso más elevado que los niños normales. Este aumento puede atribuirse a su incapacidad de mantener una buena higiene bucal, a la tendencia de sus padres de mimarlos con alimentos blandos y cariogénos y a la mayor frecuencia de defectos hipoplásicos del esmalte de los dientes.

La mala higiene bucal y dieta blanda contribuye a un aumento importante del número y de la gravedad de enfermedades periodontales en pacientes con parálisis cerebral, en comparación con niños normales.

(3)

La maloclusión en estos niños puede atribuirse a funciones musculares anormales y a la posición poco natural de la lengua. La mayoría de estos niños pueden recibir cuidado dental satisfactorio, solo un porcentaje pequeño requerirá anestesia general.

No debemos pasar por alto que muchos de estos niños llevan vidas retraídas y están poco acostumbrados a tratar con personas extrañas a su medio, el odontólogo puede prever que estos pacientes presentan gran aprensión. En los casos en que se aconseje la premedicación, deberá consultarse al médico que lo atiende, sobre la elección de la premedicación.

Respecto a la posición deberá acomodarse lo mejor posible a los niños inpedidos en la silla dental. Una silla ajustada en posición inclinada hacia atrás, da más apoyo y sensación de seguridad al paciente, cualidad especialmente importante para niños afectados de ataxia.

La anestesia local se puede administrar de manera segura, no existen contraindicaciones en su empleo. Debemos prever posi

bles movimientos bruscos de la cabeza del paciente, además la jeringa deberá ser mantenida firmemente en su lugar en el momento de inyectar.

Se aconseja el empleo sistemático de apoyos bucales protectores durante el tratamiento, ya que evitará lesiones al paciente y al odontólogo, si la mandíbula y el maxilar se cierran violentamente.

Estos protectores deberán retirarse de la boca del paciente para proporcionarle frecuentemente períodos de descanso, ya que los músculos del niño se cansan con facilidad. Nunca podrá ser excesiva la importancia concebida a la Odontología preventiva para niños impedidos.

(4)

RETARDO MENTAL.

Los términos de retardo mental o subnormalidad mental se refieren a características intelectuales por debajo de la normalidad en niños con defectos del desarrollo, como debilidad mental, idiotez, mongolismo, etc.

Todos estos niños tienen generalmente cociente de inteligencia menor de 70.

La Organización Mundial de la Salud aconseja la división de niños mentalmente subnormales en las siguientes tres categorías principales:

1. Subnormalidad leve - con cociente de inteligencia de 50 a 69 y edad mental en el adulto de 8 a 12 años.
2. Subnormalidad moderada - con cociente de inteligencia de 20 a 49 y edad mental en el adulto de 3 a 7 años.
3. Subnormalidad grave - con cociente de inteligencia de 0 a 19 y edad mental en el adulto de 0 a 2 años.

ETIOLOGIA

Se atribuye a diversos factores etiológicos, como herencia, influencias prenatales, premadurez, desnutrición y parálisis cerebral.

PROBLEMAS DENTALES.

Con excepción de los niños con Síndrome de Down, los niños con retardo mental no sufren problemas dentales característicos.

Sin embargo, por su mala higiene bucal y hábitos dietéticos cariogénicos, sufren índices de caries y enfermedades periodontales más elevados que los niños normales.

TRATAMIENTO DENTAL.

Antes de formular un plan racional para tratar a pacientes mentalmente retardados es necesario conocer la edad mental del niño para saber que grado de cooperación se puede esperar de él y hacer los ajustes necesarios en los procedimientos de tratamiento.

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

Se tiene que reconocer que la Odontopediatría es de suma importancia, ya que se puede tomar en sentido amplio como uno de los pilares de la Odontología.

Para tratar al paciente infantil existen varios procedimientos (premedicación, anestesia general, etc.), se debe realizar el más adecuado y nunca abusar de ninguno de ellos.

Es necesario que la primera cita se dedique sólo a la información y no al tratamiento, ya que con esto será mejor la introducción a la Odontología, sólo aquellas excepciones que sean de emergencia serán atendidos.

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

- 1.- Björn Jorgensen N.
Anestesia Odontológica.
Ed. Interamericana - México, D.F. - 1982
Segunda Edición.
Páginas 22 - 148 y 225 - 238
- 2.- Bowman y Renó.
Farmacología Bases bioquímicas y patológicas.
Aplicaciones clínicas.
Ed. Interamericana - México, D.F. - 1984
Segunda Edición
Páginas 7.1 - 9.1
- 3.- Finn, Sidney B.
Odontología Pediátrica.
Ed. Interamericana - México, D.F. - 1983
Cuarta Edición.
Páginas 1 - 29 y 401 - 514
- 4.- Graber, T.M.
Ortodoncia, Teoría y Práctica.
Ed. Interamericana - México, D.F. - 1983
Décima Reimpresión.
Páginas 256 - 257
- 5.- Gray, Harry B.
Principios Básicos de Química.
Ed. Reverté - Barcelona España - 1976
Tercera Edición
Páginas 11 - 20 y 20-22
- 6.- Golman. M. Henry
Thoma Patología Oral.
Ed. Salvat- Barcelona España - 1980
Tercera Reimpresión.
Páginas 69 - 70

- 7.- Huheey, James E.
Principles of Structure and Reactivity.
Harper & Rox, Publishers. New York N.Y. 1972
Primera Edición
Páginas 252 - 253
- 8.- Jackson Herreras Guillermo
Estudio comparativo entre la eficacia de dos medicamentos empleados como medicación preoperatoria - en la técnica de sedación en niños.
Departamento de Estomatología Hospital Infantil.
- 9.- Kretchmer Ernest.
Psicología Médica.
Ed. Velasco - Barcelona, Madrid - 1973
Quinta Edición
Páginas 116 - 167
- 10.- Leyt, Samuel.
Odontología Pediátrica.
Ed. Munai - Buenos Aires, Argentina - 1970
Páginas 11 - 25
- 11.- Mc. Conell James
Psicología.
Ed. Interamericanas - México D.F. - 1978
Segunda Edición.
Páginas 475 - 476
- 12.- Mussen, Paul.
Introducción a la Psicología.
Ed. Continental - México, D.F. - 1981
Páginas 366 - 398
- 13.- Revista A.D.M.
Psicología en Odontología y relación Dentista paciente.
Vol. XXVI Número 3 - 1973
Páginas 235 - 255

- 14.- Revista Médica Secretaría de Marina.
Los primeros dos años de vida del niño.
Vol. XVI Núm. 61
Páginas 77 y 78
México 1980.
- 15.- Revista Estomatología
Órgano Oficial de la Academia Nacional de Estomatología.
El manejo emocional de los pacientes en el consultorio.
Páginas 23, 33.
Vol. VI - 1978
- 16.- Revista A.D.M.
La Personalidad.
Vol. XXIV Número 4
México, D. F. 1979
- 17.- Shawder, Kenneth D.
Manual de Odontopediatría Clínica.
Ed. Labor - Barcelona España - 1984
Segunda Edición.
Páginas 1 - 20 y 44 - 56
- 18.- Segatore Luigi
Diccionario Médico Teide.
Ed. Teide S.A.,
Barcelona 29
Impreso en México - 1986
Páginas 829
- 19.- Stewart, Asye.
Pediatric Dentistry Scientific Fundation an -
Clinical Practice.
1982
Páginas 252 - 256