



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

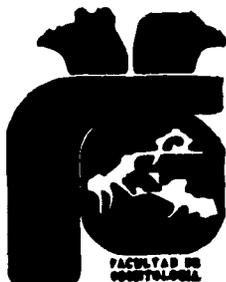
BO
ZED

**TECNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA
DEL PACIENTE PEDIATRICO**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N :
MA. DEL CONSUELO GALINDO TUSSIE
SEBASTIAN ZAVALA VILLELA

ASESOR: C.D. ALEJANDRO MARTINEZ SALINAS



CIUDAD UNIVERSITARIA

DICIEMBRE 1995

FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

A MIS QUERIDOS PADRES:

*Con mi eterno agradecimiento por su esfuerzo y apoyo
para ver cumplida una de mis metas.*

A mis Cuñadas, Sobrinos y Hermanos con todo mi cariño

A Becky y Alan

A mi Abuelo Moy, por su gran apoyo en todo momento.

Concuerdo.

*A mis Maestros con todo respeto y agradecimiento por sus
atinadas enseñanzas.*

A mi Asesor:

*Dr. Alejandro Martínez Salinas con respeto por su dirección
y cooperación para la elaboración de este trabajo.*

*Al Dr. Emilio Beltrán Lara, por su gran apoyo en la elaboración
del material didáctico.*

*A todos mis pacientes que colaboraron conmigo en el transcurso
de mi carrera.*

A Sergio, por su inquebrantable espíritu de lucha y fomentar en mí un gran deseo de superación.

A mis compañeros y amigos.

A mi Facultad con profunda gratitud.

A mi Esposa con amor:

Por su gran apoyo, comprensión y por estar siempre
conmigo.

A mis Hijos:

Nancy Nayely y Miguel Angel

Zandellele

A mis Padres con cariño:

Eternamente agradecido por su esfuerzo, orientación
y apoyo que ayudaron para cumplir una de mis metas.

A mis Hermanos:

Gracias por su esfuerzo conjunto, alentándome para
culminar con mis estudios profesionales.

A mis Maestros:

Con respeto y admiración por compartir sus conocimientos.

Muy en especial por su enseñanza y asesoría:

Dr. Alejandro Martínez Salinas

Dr. Emilio Beltrán Lara, por su gran apoyo.

A todos mis pacientes que colaboraron conmigo en el transcurso de mi carrera.

A mis Compañeros y Amigos:

Que en algún momento me brindaron su apoyo.

"ENFRENTEMOS TODOS LOS PROBLEMAS DE LA NINEZ CON AFECTO
DE ELLOS ES EL MUNDO DE LA ALEGRIA Y EL BUEN HUMOR
ELLOS SON LA PARTE MAS SANA DE LA RAZA PORQUE
SON LO MAS PURO QUE HA SALIDO DE LAS MANOS DE DIOS".

(HOOVER 1930).

INDICE

INTRODUCCION	1
CAPITULO I.- DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO	3
I.I.-MADUREZ	
I.II.-PERSONALIDAD	7
I.III.-MEDIO AMBIENTE	8
CAPITULO II.- MIEDO Y ANSIEDAD	10
II.I.-ALIVIO DEL MIEDO Y LA ANSIEDAD	10
II.I.I.-NIÑOS NO COOPERADORES	11
II.I.II.-ESTRATEGIAS	11
II.I.III.-NIÑOS COOPERADORES	12
CAPITULO III.- PADRES DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS	13
III.I.-PADRES SOBREPTECTORES	13
III.II.-PADRES MANEJADORES	14
III.III.-PADRES HOSTILES	14
III.IV.-PADRES NEGLIGENTES	15
CAPITULO IV.- MANEJO DEL NIÑO	16
IV.I.-MANEJO DE CONTINGENCIA	18
IV.II.-DECIR-MOSTRAR-HACER	19

IV.III.-MANO SOBRE BOCA	20
IV.IV.-RESTRICCION FISICA	21
IV.IV.I.-PEDI-WRAP	21
IV.IV.II.-TABLERO PAPOOSE	22
CAPITULO V.- CONTROL DEL DOLOR	24
V.I.-ANESTESIA LOCAL	24
V.II.-INDICACIONES	25
V.III.-CONTRAINDICACIONES	26
V.IV.-SEDACION	27
V.V.-OXIDO NITROSO	32
V.VI.-ANESTESIA GENERAL	35
CAPITULO VI.- RESTRICCION FISICA	38
(INFORME DE CONSENTIMIENTO)	
CONCLUSIONES	39
BIBLIOGRAFIA	40

INTRODUCCIÓN

El desarrollo del niño tiene una clara influencia del medio ambiente que lo rodea. El medio ambiente familiar es decisivo en la conducta del niño, es por eso que la familia es el grupo más importante dentro del desarrollo de la persona y de la sociedad, aquí es donde el individuo al nacer inicia un proceso de formación en los aspectos fundamentales de su personalidad (aspecto físico, psicológico y social).

En la actualidad se hace más necesaria la atención a menores en el consultorio dental, afortunadamente se cuenta con una formación suficiente para atenderlos, debido en gran parte a la atención dirigida a estos pacientes desde la estancia en la facultad y en la práctica en la clínica.

Por tal, la odontopediatría, es una disciplina que se debe enfocar a los problemas psicológicos, sociales y de aprendizaje de los niños y de los adolescentes en cuanto a su relación en el consultorio dental, por lo tanto, el odontopediatra debe conocer el desarrollo y crecimiento del niño antes de aplicar con éxito las técnicas de reacondicionamiento de la conducta.

En el presente trabajo, lejos de pretender entrar en comparación con las opiniones o métodos de los especialistas se busca, más que nada, obtener una visión general que sirva como breviarío práctico para no negar la atención y proporcionar un tratamiento satisfactorio para el paciente con problemas de conducta.

El éxito o fracaso de la atención odontológica en niños dependerá no solo de las habilidades en los procedimientos técnicos por parte del Cirujano Dentista, sino también de su capacidad para lograr y mantener la cooperación del infante.

El manejo del niño en el consultorio dental es más que nada condicionar al niño a que acepte el tratamiento odontológico, implica también mostrarle lo importante que es la salud de sus dientes, esto dependerá sobre todo del nivel de comprensión del niño, de su edad y madurez emocional; siendo por demás importante que el odontólogo llegue a ser persona grata, y aceptada por él.

CAPITULO I

DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO:

CONDUCTA INFANTIL:

La conducta de los niños hacia el dentista depende de un gran número de factores, estos son:

Madurez

Rasgos de personalidad.

Medio ambiente.

I.I. - MADUREZ: La madurez se alcanza en forma gradual, el niño gatea antes de andar y prácticamente todos los talentos humanos se adquieren mediante un desarrollo progresivo, no se le puede enseñar a hablar antes de que consiga el nivel de madurez para poder hacerlo, cuando alcanza este estado, con la ejecución aumenta rápidamente su vocabulario.

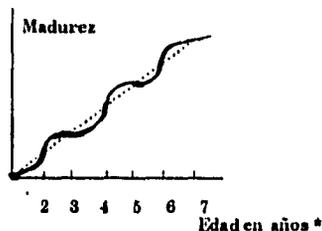
Los niños pequeños regularmente menores de tres años, presentan cierta inseguridad y temor a ciertos eventos que suceden a su alrededor, por ejemplo: luz fuerte, objetos afilados o puntiagudos los cuales son utilizados en el consultorio dental, es por esto, que los niños deben ser tratados de acuerdo a su madurez, algunas veces temen quedarse solos en el consultorio dental. Cuando el niño alcanza el desarrollo mental de un niño de tres años, es capaz de cooperar ante cualquier situación que se presente en el consultorio dental, pero vamos a ver que de acuerdo a muchos factores, esto varía en las diferentes edades, ya que la conducta del niño se relaciona más de cerca con su desarrollo mental que con su edad cronológica..

PERFILES DE MADURACION.

DOS AÑOS: A esta edad el niño sigue dependiendo de su madre, le es difícil establecer relaciones interpersonales, prefiere el juego solitario, como aún tiene dificultades en el habla, debe organizar sus expresiones mediante el tacto, la manipulación y el movimiento de manos.

Las habilidades motoras son aún toscas e incoordinadas, necesita de mucho para adaptarse a las situaciones nuevas, no se concentra y por lo tanto puede conseguirse su cooperación si se tiene en cuenta su falta de concentración.

En el proceso de maduración alternan fases de desarrollo rápido, con mesetas, a los dos años y medio el desarrollo es más rápido, el niño ejecuta sus habilidades recién adquiridas, pero las controla tan mal que los padres suelen considerarlo inquieto y difícil de tratar.



TRES AÑOS: Es un período de transición en el desarrollo infantil. Su proceso de socialización a comenzado.

* Bengt O. Magnusson Odontopediatria, enfoque sistemático, Pag.35

Su coordinación motriz va en aumento.

Comienza a formular sus propias palabras para manifestar sus emociones.

Habla consigo mismo.

Mayor estabilidad emocional.

Más razonable.

Coopera más y muestra curiosidad sobre el mundo que le rodea.

Le gusta imitar a los demás.

La percepción del tiempo y paciencia son limitadas y deben ser consideradas en el plan de tratamiento.

CUATRO AÑOS: A adquirido un cierto grado de independencia, mayor capacidad, mayor habilidad para realizar cualquier cosa.

Puede entrar sin compañía al consultorio dental.

Es sociable.

Platicador.

Muy activo física y mentalmente.

Tiene una gran confianza en sí mismo.

Responde muy bien a las instrucciones verbales directas.

Esta en la edad del porqué, y como, dice tanto que se le agolpan unas palabras con otras.

CINCO AÑOS: Es el período preescolar más armonioso, usualmente es un paciente dental adaptado, a esta edad comienza a estructurarse el pensamiento en secuencias lógicas, el decirle "si tú haces esto pasa esto",

comienza a adquirir un sentido.

Muy sensible a las alabanzas y a los reproches.

Es muy importante para él la aceptación de las personas que le rodean.

En esta edad aunque sus movimientos motores ya están más desarrollados, todavía no es capaz de aprender como realizar una buena técnica de cepillado.

SEIS AÑOS: Este es un período menos armonioso, constantemente es aprehensivo y puede tener momentos de mal humor.

Este es un período de transición hacia el pensamiento, comienza a argumentar de forma lógica y es difícil de persuadir.

SIETE A OCHO AÑOS: Generalmente son razonables y sensibles, sus habilidades motoras están bien desarrolladas.

Sus pensamientos lógicos se desarrollan más rápido.

La egocéntrica y vanidad es muy típica de esta edad.

Puede funcionar en grupo.

Comprende el significado de las reglas y puede tomar responsabilidades.

Son categóricos y rígidos.

Las cosas son buenas o malas.

NUEVE AÑOS: El período de los nueve años a la prepubertad y la pubertad, es activo y armonioso, el niño es receptivo a las ideas de los adultos y en este momento empieza a tomar responsabilidad por su higiene bucal.

DIEZ AÑOS: Es muy fácil entrar en conflicto con el mundo de los adultos, el cual puede afectar la relación con el dentista, este período es considerado como de inseguridad y es susceptible a la crítica y reproches.

I.II. - PERSONALIDAD:

Cada niño tiene su propia personalidad, aunque algunas características y rasgos pueden ser menos estables en unos que en otros.

El niño emocionalmente estable:

Se conduce placida y calmadamente.

El tipo opuesto es emocionalmente más indisciplinado, cuando se tensan pueden perder el control y caer en un llanto histérico durante el cual es imposible comunicarse con ellos. Necesitan que se les calme y tranquilice con voz firme y determinante.

El niño expresivo, fácil de contactar y reservado: Así como algunos niños son abiertos, cálidos y naturales en su trato con la gente, otros son más difíciles de tratar, dan la impresión de ser introvertidos, desinteresados y que prefieren permanecer aislados e incommunicados, para este tipo de pacientes se requiere de mucho tiempo, paciencia y habilidad para tratarlos.

Estas características aunque no son una regla, pueden encajar en la personalidad de muchos niños. Además su conducta es generalmente gobernada más por su experiencia en sus relaciones interpersonales y por la forma de como se les trata en una situación dental específica que por los rasgos de personalidad. Sin embargo debemos tener mucho cuidado en el abordaje psicológico del niño

I.III. - MEDIO AMBIENTE:

Cada hogar tiene sus propias reglas, a veces sin hablar, únicamente patrones de comunicación, actitudes y tradiciones que son continuamente impuestas a los niños, quienes aprenden observando e imitando a la gente que les rodea, por ejemplo: si la madre que tiene una influencia en la conducta del niño es segura de sí misma, es responsable y a intervenido activamente en promover la independencia y sociabilidad de su hijo, va a facilitar la habilidad y cooperación con el dentista. Por el contrario la madre que carece de autoconfianza, insegura y dudosa , de carácter débil, de ambiente limitado, a menudo tienen niños con problemas de cooperación.

Cuando el niño alcanza la edad escolar, sus maestros les sirven de modelos.

Los padres extremadamente exigentes constantemente criticarán al niño por no aceptarlo como es. Estos niños también pueden presentar problemas en su manejo con el dentista y como niños rechazados requieren de bondad y paciencia.

CAPITULO II

MIEDO Y ANSIEDAD:

Factores determinantes de como el niño actuará ante el miedo y ansiedad:

El niño regularmente revela sus emociones más que los adultos, dependiendo de la madurez y personalidad del niño y de la experiencia en situaciones dentales tempranas van a reaccionar con:

Agresividad

Llanto.

Evasión..

Vómito.

Dolor de estomago.

Apatía.

Es importante entender que un niño puede tener buena educación por la disciplina impuesta por los padres y ser miedoso, esto lo podemos captar en su expresión tensa y en sus ojos.

III.1. - ALIVIO DEL MIEDO Y ANSIEDAD:

Para aliviar el miedo y la ansiedad en los niños es necesario que modelemos su conducta teniendo actitudes positivas, dando información aplicando

técnicas como Decir-Mostrar-Hacer, dando un soporte emocional que permita al niño tener confianza en el dentista, debemos tomar en cuenta que al dar más información de la necesaria puede producirse ansiedad al igual que dar poca.

II.I.I. - NIÑOS NO COOPERADORES:

El miedo y la ansiedad son los componentes principales de un comportamiento negativo en un niño, y esto va ligado también a:

Falta de madurez.

Fatiga o enfermedad.

Crisis desarrollada.

Ansiedad general.

Poca tolerancia al dolor.

Tratamientos largos.

Malas experiencias en tratamientos anteriores.

Actitudes negativas de los padres.

Condiciones sociales bajas.

Manejo inadecuado del equipo dental. (personal)

II.I.II. - ESTRATEGIAS:

Con el niño que no coopera, el primer paso a seguir es encontrar las razones, si es muy pequeño hay que observar y preguntar al padre acerca del

comportamiento del niño en otras situaciones de tensión, en general tratar de ganar la confianza tanto del padre como del niño, acelerar las necesidades del tratamiento que se va a realizar, planear y describir el tratamiento.

II.I.III. - NIÑOS COOPERADORES:

Los niños cooperadores generalmente se apegan a las ordenes del odontólogo quien los maneja de manera adecuada, además son los pacientes más fáciles de tratar. El tratamiento para estos pacientes constituye una curiosidad de querer experimentar cosas nuevas.

No necesitan de que se les acompañe durante el tratamiento.

Se sientan sin demora en el sillón dental.

Esperan tranquilamente el final de su visita.

Al regresar con sus padres, lo hacen con orgullo, saben que hicieron algo bueno.

CAPITULO III

PADRES DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS

Casi desde el día de su nacimiento, la conducta del niño es moldeada por los padres por medio de aliento y desaliento selectivo de conductas determinadas, por medio de sus técnicas disciplinarias y por la libertad que permiten. En sus primeros años, por lo menos los niños aprenden especialmente de sus padres lo que supuestamente pueden o deben hacer y las conductas que les están prohibidas. Por eso los padres pueden desempeñar un papel importante en el tratamiento odontopediatrico debido que la odontología es otra faceta de la vida con la cual los pequeños deben enfrentarse.

Wright, Starkey y Gardner** , describieron las siguientes actitudes inconvenientes de los padres:

III.I. - Padres sobreprotectores: Las actitudes de los padres sobreprotectores a menudo impiden el progreso natural del niño hacia su independencia. Esta actitud puede surgir de una cantidad de factores como:

Experiencia peligros para la salud del niño durante su gestación o después de su nacimiento.

Por que el padre o madre fue criado en un hogar sin amor.

Mc. Donald Odontología para el niño y el adolescente. Pag. 51-53

Por desajustes en la familia.

Por ciertas perturbaciones psíquicas del padre o madre que le crean una necesidad anormal de que el niño dependa de ellos.

Al describir a estos padres las normas de tensión, por lo general no ayudan en nada y pueden crearse barreras entre los padres y el odontólogo.

Por lo general el odontólogo puede enfrentar esta situación dándole la oportunidad a los padres de estar con su hijo. Esto crea una apertura para una discusión razonable.

III.II. - *Padres manejadores:* El comportamiento manipulador se manifiesta por las actitudes demasiado exigentes. Inicialmente las demandas pueden centrarse en la hora de la consulta pero pueden extenderse hasta pretender dirigir el diagnóstico o tratamiento. Como las exigencias o manejos pueden ser contrarios a las normas de atención en el consultorio o a los mejores intereses para la atención de la salud bucal del niño, el odontólogo debe regular la situación y manejar a los padres.

III.III. - *Padres hostiles:* Esta conducta la demuestran los padres que cuestionan la necesidad de tratamiento por lo general las preguntas las hacen de modo receloso. La razón puede no ser evidente para el profesional, pero puede ser el resultado de malas experiencias odontológicas.

El odontólogo debe tener paciencia con estos padres, por que puede ser que simplemente no entiendan el tratamiento que se propone.

III.IV. - *Padres negligentes:* Estos pueden no ser advertidos inicialmente. Por lo general se descubren por que no cumplen con las citas, fallan a las consultas y no controlan la higiene y los hábitos de sus hijos.

Otros padres que reconocen al importancia de la atención dental para sus hijos pueden no ser cuidadosos o estar muy ocupados para ocuparse de la atención dental del niño.

CAPITULO IV

MANEJO DEL NIÑO:

Varias técnicas se emplean para eliminar o reducir el miedo y la ansiedad, para esto se emplean técnicas de modelamiento que consisten básicamente en permitir al niño que observe a uno o más individuos (modelos) que muestran una conducta apropiada en un momento particular, el paciente, imitará la conducta del modelo cuando sea colocado en una situación similar. El modelo puede estar presente o filmado con resultados igualmente exitosos y estos son:

- 1.- Empleo de dibujos con procedimientos dentales para iluminar. Para esto se utilizan dibujos en los que se muestran los procedimientos dentales más comunes como son:

Cepillado dental, aplicación tópica de flúor, presentación de eyector y jeringa triple, profilaxis, anestesia tópica. etc.

- 2.- Uso de álbum con fotografías:

Esta técnica se basa en el concepto de que "una imagen dice más que mil palabras".

Una vez que el niño se encuentra sentado cómodamente en el sillón dental, se le hacen preguntas como cual es su nombre, cuantos años tiene, cuantos hermanos son, que año cursa etc. En seguida se le explica que anteriormente se ha atendido a otros pequeños con el mismo problema y que todo se ha realizado con un buen resultado, para reafirmar se le muestra un álbum fotográfico de los niños a los cuales se les ha tratado, es aconsejable que el álbum tenga fotos de niños y niñas de diferentes edades, una exposición de distintos tratamientos, una muestra con diferentes faces del mismo y distintas vistas de un niño..

3.- Colocación de un televisor en el techo del área de trabajo:

El televisor es un buen elemento para educar al paciente o para distraerlo durante el tratamiento.

La posición supina es la más utilizada por la mayoría de los odontólogos durante el tratamiento dental y el paciente mira hacia el televisor inevitablemente.

La duración del tratamiento es un tiempo perdido para el paciente, se puede distraer de sus sentimientos de temor o ansiedad causado por el tratamiento.

El uso de auriculares con el sonido del televisor puede ayudar a eliminar los ruidos dentales, lo cual ayuda a calmar y relajar al paciente.

Se pueden ver varios programas mientras se efectúa el tratamiento, incluyendo videos educativos.

IV.I. - MANEJO DE CONTINGENCIA:

Es la presentación o retiro de reforzadores para la conducta.

Existen dos tipos de reforzadores: Positivos y negativos.

Un refuerzo positivo es sinónimo de recompensa y se define como cualquier evento (consecuencia) que sigue a una respuesta dada que incrementa la probabilidad de una recurrencia de esa respuesta (conducta).

Un reforzador negativo es cuyo retiro contingente aumenta la frecuencia de una conducta.

También se pueden clasificar en:

Materiales: Estrellas de colores, calcomanías con mensajes autoadheribles, etc.

Sociales: Expresiones faciales positivas, cercanía, contacto físico y elogio. Estos representan la mayor parte de todos los eventos reforzadores que afectan la conducta humana.

Se recomienda que estos reforzadores sean empleados solo después de patrones de conducta apropiados.

IV.II. - DECIR-MOSTRAR-HACER.

En esta técnica debemos DECIR al niño algo sobre el tratamiento que vamos a efectuar, MOSTRAR por lo menos en parte como se llevará a cabo y entonces HACERLO.

Iniciamos con una profilaxis, se le dice al paciente que se le cepillarán los dientes; se le mostrará el cepillo "especial" y como gira en la pieza de mano, después se le limpiarán los dientes.

Es necesario agregar "elogios" a la secuencia decir-mostrar-hacer, por lo que es preciso reforzar de inmediato el buen comportamiento durante cualquier tratamiento.

Se lleva a cabo con facilidad la transición del cepillo a la fresa que puede presentarse como un limpiador "especial" que asea las pequeñas partes que el cepillo no puede alcanzar.

Las explicaciones no deben prolongarse, pues tenderían a confundir al niño y tal vez hicieran surgir ansiedad.

IV.III. - MANO SOBRE BOCA:

Esta técnica se considera por lo general como una medida extrema en el manejo del niño.

La técnica abarca restringir con cuidado pero firmemente al niño que protesta en el sillón dental, colocando una mano o toalla sobre su boca a fin de dominar sus protestas y hablándole en voz baja pero clara al oído, y decirle que se quitará la mano tan pronto deje de llorar. Cuando el paciente reacciona de una manera favorable, se quita de inmediato la mano y se felicita al niño, si este comenzara a protestar de nuevo, se repetirá el procedimiento.

Nunca se debe emplear esta técnica con niños temerosos, es fundamental una valoración acertada de las razones del comportamiento del niño no cooperador antes de usar esta técnica.

Su justificación pudiera ser en el manejo del niño consentido que sabe como manipular con berrinches a sus padres complacientes, o con un niño retador que encuentra que el desafío silencioso pero firme triunfa.

IV.IV. - RESTRICCION FISICA:

La restricción física es solo uno de los medios de control de la conducta, usados para alcanzar un nivel de tratamiento odontológico adecuado. Los padres deben estar informados y otorgar su consentimiento antes del empleo de restricción física.

La contención o restricción física , constituye un medio útil en el tratamiento de pacientes que requieren ayuda para controlar sus extremidades, como los pacientes discapacitados y con ciertos trastornos neuromusculares.

También es útil en el manejo de pacientes extremadamente resistentes que requieren atención y son malos candidatos para anestesia general .

El control del cuerpo se obtiene por medio de una gran variedad de técnicas y métodos para los severamente retrasados o los muy pequeños. Los padres y la asistente pueden ayudar a controlar los movimientos durante el tratamiento odontológico.

Las siguientes son algunas de las contenciones físicas usadas habitualmente

IV.IV.I. - PEDI-WRAP.

No tiene soportes para la cabeza ni un tablero para la espalda, hay de

diferentes tamaños, permitiendo algún movimiento aunque siga conteniendo al paciente, es de un material tipo red o malla, permite buena ventilación disminuyendo las posibilidades de que el paciente sufra hipotermia.

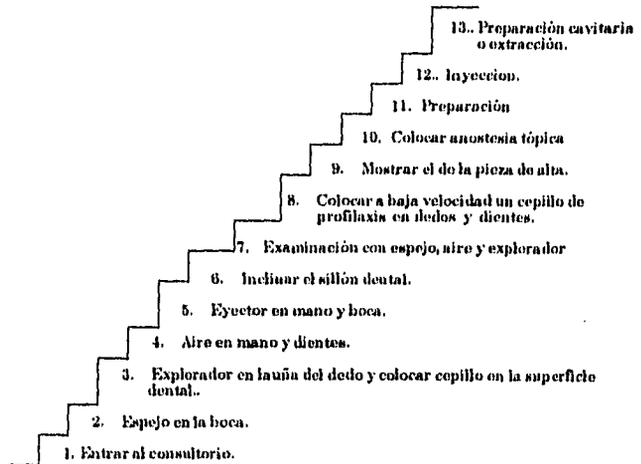
IV.IV.II. - TABLERO PAPOOSE.

Tiene adosados estabilizadores para la cabeza, es posible la contención de niños pequeños y grandes, sin embargo no siempre se adapta a los contornos de un sillón odontológico y a veces se necesita un cojín de apoyo.

Como cubre el diafragma del paciente es necesario un estetoscopio peritraqueal para monitorear la respiración, si se usa juntamente con sedación.

Un paciente extremadamente resistente puede tener hipotermia si es contenido mucho tiempo, por lo tanto requiere atención y supervisión constante.

GRAFICA DE PASOS INTRODUCTORIOS A LA SITUACION DENTAL.



CAPITULO V

CONTROL DEL DOLOR

V.I. - ANESTESIA LOCAL

Se entiende por anestesia local el bloqueo de los impulsos nerviosos.

La eliminación del dolor y la hábil administración de un anestésico local es indispensable para la buena cooperación del paciente.

El niño va a cooperar más y va a aceptar la anestesia local como rutina en el tratamiento dental cuando se le aplica una buena técnica y no experimenta dolor durante el tratamiento, de lo contrario, si no se tiene cuidado en esto, puede ser tan desagradable que el paciente puede negarse a aceptarla de nuevo con graves consecuencias para tratamientos futuros.

Hay que explicar al niño el procedimiento. La anestesia local requiere un ambiente de trabajo tranquilo por parte del dentista, la inyección debe administrarse en el preciso momento en que el paciente ha alcanzado el máximo de cooperación. Las explicaciones deben ser claras con los niños muy pequeños es aconsejable introducirles algún elemento de fantasía, mientras que a los mayores es mejor tranquilizarlos con prudencia

muy pequeños es aconsejable introducirles algún elemento de fantasía, mientras que a los mayores es mejor tranquilizarlos con prudencia asegurándoles inocuidad del procedimiento. Una vez que se ha dado al niño la información adecuada hay que distraer su atención, pedirle que se concentre haciendo respiraciones profundas, esto sirve para distraer la mente del niño. Por otra parte, hay que preparar al niño explicándole la sensación de adormecimiento e inflamación que sentirá a continuación en los tejidos blandos. Finalmente hay que prevenir también que no se muerda o lesione los tejidos anestesiados.

V.II. - Indicaciones

- 1.- Se debe contar con una buena historia clínica para asegurarse que el niño se encuentra físicamente en condiciones de tolerar el procedimiento de la anestesia local.
- 2.- Saber que tipo de anestesia es la más apropiada para la operación específica que se va a realizar.
- 3.- Utilizar la técnica de manera que minimice el miedo del niño y que lo condicione favorablemente al tratamiento futuro.
- 4.- El anestésico de elección debe ser el que sea menos tóxico, más profundo

y de corta duración según sea el caso.

5.- Usar agujas cortas, afiladas, estériles y desechables.

6.- Secar con aire o torundas de algodón y aplicar anestesia tópica en el sitio de inyección.

Siempre es conveniente que el niño mantenga los ojos abiertos durante la inyección, de manera que el dentista por medio de la expresión facial, así como de las palabras ofrezca confianza al niño a pesar de que pueda experimentar ciertas molestias.

Además de contar con un equipo de resusitación con oxígeno a la mano por cualquier emergencia.

Otra técnica para minimizar la incomodidad de la inyección incluye el uso de un elemento para inyección a presión (Syrject de Mizzy) para forzar la solución anestésica a los tejidos superficiales. Es útil para obtener una anestesia tópica indolora antes de la inyección con aguja.

V.III. - CONTRAINDICACIONES

Tejidos que presenten fenómenos inflamatorios graves.

Algunas cardiopatías.

Hipertiroidismo.

Hipertensión

Hipotensión (nefropatías)

Medicación con antidepresivos

V.IV - SEDACION

Se entiende por sedación el calmar a un individuo nervioso y aprensivo con el uso de drogas sistémicas sin inducir pérdida de la conciencia.

Cuando el temor persiste a pesar de las técnicas de modificación de la conducta, se hace necesario alguna forma de sedación.

En general puede decirse que la sedación es más eficaz con los niños genuinamente temerosos pero que comprenden la necesidad de un tratamiento y que desean ayuda. También hay que tomar en cuenta que la sedación alivia la ansiedad mediante el uso de drogas sin inducir pérdida de la conciencia, aunque la disminución de la ansiedad tiende a elevar el umbral del dolor en el paciente, la sedación no produce analgesia, por lo tanto normalmente se requiere de anestesia local, por lo general esto no presenta dificultad cuando el paciente se encuentra sedado.

Al elegir un sedante es recomendable que tenga un período de latencia medio o corto, una amplitud terapéutica suficiente, duración adecuada y

eliminación rápida.

El dentista debe ganarse la confianza y seguridad del niño antes de recetar un sedante, es preciso explicar que el fármaco es algo que le ayudará a sentirse más relajado de tal manera que pueda efectuarse el tratamiento sin preocuparlo.

Por desgracia con niños pequeños no cooperadores no es posible emplear un sistema basado en la confianza y entendimiento.

También es fundamental la cooperación de los padres o tutores en la administración del medicamento, como este produce somnolencia es conveniente que el niño no acuda a la escuela antes de su cita dental.

Debe tenerse cuidado con el sedante ya que puede producir efectos colaterales como inquietud e irritación. Esto puede reducirse dejando dormir al niño, si se produce excitación en vez de sedación se debe anular la sesión además de modificar el fármaco o su dosificación la próxima vez.

Podemos administrar sedación a través de dos vías que son:

- 1.- Bucal.
- 2.- Inhalatoria.

VIA BUCAL: Los medicamentos más utilizados son:

DIAZEPAM: Es un agente ansiolítico de utilidad para los procedimientos clínicos que no excedan de 45 minutos. Sus principales efectos son: relajación muscular, reducción del tono muscular, efecto calmante y tranquilizante, amnesia y un amplio margen de seguridad.

Se da generalmente una dosis, 1 hr. Antes de la visita odontológica.

Su acción comienza dentro de los 20 a 30 minutos y su efecto total a la hora.

La duración pico de su acción es de aprox. 2 horas. Sin embargo debido a la absorción, depósito y metabolismo del diazepam la recuperación total puede llevarse hasta 24 horas.

Su nombre comercial es: VALIUM.

Presentación:

Comprimidos	1 mg. Blancos.
	5 mg. Amarillos.
	10 mg. Celestes.
Líquido	No hay presentación por vía bucal.

Dosis sugeridas:

1.- No debe utilizarse si el niño pesa menos de 16 kilos.

2.- Para niños de edades:

2 a 3 años: 2 mg. A 6 mg. Por dosis.

4 a 5 años: 5 mg. A 10 mg por dosis.

6 a 9 años: 5 mg. A 12 mg. Por dosis.

10 a 12 años: 5 mg por dosis.

3.- No se recomiendan dosis de más de 15 mg.

HIDROXINA: Es una droga ataráctica, que tendrá un profundo efecto calmante en el niño, lo provee de una tranquilidad e indiferencia o estabilidad emocional. Por lo tanto el niño reacciona de una manera más equilibrada.

Los efectos duran por lo menos 2 horas, y la recuperación total puede llevar varias horas.

Está indicada en niños tímidos y/o ansiosos.

Frecuentemente nos podemos encontrar con niños tan ansiosos que las técnicas de Decir-Mostrar-Hacer, no pueden realizarse por lo tanto la hidroxina sería el sedante ideal para un paciente así.

La dosis generalmente es de una, dos horas antes de la visita.

El efecto pico por vía bucal se produce en 1 o 2 horas y dura alrededor de 2 a 4 horas.

Al igual que el diazepam, la hidroxina se usa frecuentemente como una comedicación con el oxido nitroso. Es decir, que se emplea para reducir el nivel de ansiedad a un grado tal que pueda introducirse la tubuladura nasal y usarse entonces el oxido nitroso para lograr el nivel deseado.

Su nombre comercial es: ATARAX

Presentación:

Comprimidos: 10 mg. Naranja.

25 mg. Verde

50 mg. Amarillo.

Líquido: 25 mg/5 ml.

Dosis sugeridas:

1.- No debe administrarse a niños con peso menor a 16 kilos.

Para niños de edades:

2 a 3 años y levemente ansiosos: 2 mg/kg. Peso corporal.

2 a 3 años y muy ansiosos: 2 a 4 mg/kg. Peso corporal.

4 a 6 años: 4 mg/kg. Peso corporal.

3.- La dosis no debe exceder los 75 mg.

V.V. - OXIDO NITROSO

Es un gas incoloro y de olor dulce. Cuando se combina oxido nitroso-oxigeno con el uso de anestésicos locales el gas proporciona la sedación y elevación del umbral del dolor.

En muchos pacientes elimina el temor y la sensación de las inyecciones, el paciente experimenta el relajamiento y despreocupación, estado de animo agradable y cierto grado de amnesia, permaneciendo consiente y cooperador.

Indicaciones:

Niños difíciles de establecer contacto por presentar ansiedad, inmadurez o trastornos de conducta.

Niños con minusvalías físicas o mentales.

Cirugía bucal menor.

Contraindicaciones.

Afección del aparato respiratorio.

Trastornos pulmonares.

Cardiopatías congénitas, arritmias, hipertensión.

Medicación con fármacos -bloqueadores.

Trastornos psiquiátricos.

Anemias.

Alteraciones hepáticas.

Alteraciones renales.

Procedimientos:

El paciente no debe haber tomado ningún alimento cuatro horas antes del tratamiento.

Para sedar a un niño con oxido nitroso hay que presentarle cuidadosamente el aparato y especialmente la mascarilla nasal, enseñándole a respirar profundamente por la nariz, primero sujetando la mascarilla por delante de su cara y posteriormente, colocándola sobre la nariz. Es preferible que los dos últimos minutos de este entrenamiento se realicen con oxígeno al 100%, a continuación, 20% de oxido nitroso y oxígeno 80%, a fin de acostumbrar al

a continuación, 20% de óxido nítrico y oxígeno 80%, a fin de acostumbrar al niño al olor del gas, se va elevando el porcentaje de óxido nítrico hasta llegar al nivel de analgesia deseado. Los factores que guían al operador son:

Conducta del paciente

Expresión facial

Sus ojos

Existen tres niveles de sedación.

Durante la sedación el paciente deberá permanecer en el estadio uno. Este estadio ofrece tres niveles. Los dos primeros ofrecen una analgesia relativa, y el tercero una analgesia casi total.

NIVEL UNO:

El paciente se siente relajado y tiene una sensación de hormigueo en los dedos de las manos, pies y labios.

NIVEL DOS: (analgesia retenida)

Se acentúa la sensación de relajación, una onda de calor agradable recorre todo el cuerpo, la mente está en suspenso y el paciente se encuentra tranquilo, sonriendo y riendo con facilidad. La voz es relativa, algunos reflejos son lentos, el paciente contesta con dudas. Sus ojos tienen un aspecto vidrioso y muchas veces lagrimean. Los reflejos corneales están reprimidos pero las pupilas son normales.

NIVEL TRES:

Hay una mirada fija con pupilas dilatadas, también puede haber nistagmo lento, como signo de la inminencia del estadio de la excitación. La sedación ideal debe mantenerse en el nivel dos y se suplementa con anestesia local para procedimientos dolorosos como extracciones y tratamientos pulpares.

Cada paciente requiere un volumen específico de gas por unidad de tiempo. En un niño el requerimiento es de alrededor de tres a seis lt/min dependiendo de su tamaño. El volumen total de gas requerido debe administrarse continuamente. La concentración generalmente se expresa en términos de porcentaje. Dos litros por minuto de Oxido nitros y dos litros por minuto de oxígeno igualan a cuatro litros por minuto de flujo total de gas. La concentración de el oxido nitroso en esta proporción es de el 50%.

Es importante describir al paciente los efectos signos y síntomas iniciales hasta el estado deseado de sedación y analgesia.

La administración de oxígeno puro durante unos cuantos minutos después de terminar el tratamiento eliminar el oxido nitroso. Poco después el niño podrá abandonar el consultorio por si solo.

V.VI. - ANESTESIA GENERAL:

Algunos niños carecen de la capacidad física o mental de cooperar durante el

tratamiento, o no toleran la anestesia local. En estos casos, la única solución es realizar el tratamiento dental bajo anestesia general, esto debe hacerse con un anestesista, este va a seleccionar el método adecuado según la situación del niño y la naturaleza del tratamiento que se va a realizar. El niño debe ser explorado por el dentista días antes del tratamiento y es de gran importancia que se establezca una buena relación personal entre ellos.

Hay que obtener una buena historia clínica, deben realizarse radiografías. Esta información es vital para que el dentista pueda realizar un diagnóstico correcto y planifique adecuadamente el tratamiento.

Debe darse instrucciones detalladas verbalmente y por escrito a la madre o persona encargada del niño a fin de evitar posibles complicaciones durante el tratamiento.

No deben olvidarse ciertas reglas:

- 1.- El niño debe encontrarse en buena situación física.(sin resfriados) el día del tratamiento.
- 2.- Debe estar en ayunas para evitar regurgitación durante el tratamiento o después de el.
- 3.- No debe olvidarse que los niños pequeños suelen tragar agua al cepillar los dientes, por lo tanto debe evitarse el cepillado.

Por lo general el niño no tiene que ser hospitalizado, sino que puede ser tratado ambulatoriamente si se cumplen las siguientes condiciones:

- 1.- La duración de la intervención deberá ser inferior a 2 horas.
- 2.- El equipo con que cuente la clínica y sus medios de mantenimiento deberán ser de nivel hospitalario.

El niño, acompañado por su madre u otra persona deberá acudir al consultorio 1 hora antes de la cita y en ese momento se le administrará la premedicación sedante adecuada. Esta se consigue mediante una rápida inducción de anestesia por medio de inyección intravenosa de pentotal sodico de acción corta.

En niños muy pequeños la anestesia se induce por inhalación o administración rectal.

Para disminuir la secreción de moco y saliva se administra atropina o escopolamina IV.

Para disminuir el dolor postoperatorio puede añadirse un analgésico si se estima oportuno.

CAPITULO VI

RESTRICCION FISICA (informe de consentimiento)

Pediatras y dentistas en general, quienes atienden a un número significativo de niños encuentran frecuentemente histeria, agresividad o resistencia en niños quienes no pueden ser tratados sin un recurso que modifique su conducta. Restricción física, sedación o tratamiento bajo anestesia general son ejemplos de estos recursos.

En los pasados diez años ha habido un considerable cambio en las actitudes de padres, abogados y dentistas hacia las técnicas de manejo de conducta.

El uso de restricción física o de cualquier tipo ha sido largamente controvertido en odontología.

Tratar a un paciente sin el consentimiento del tutor ha sido reconocido técnicamente como agresión.

Cuando se usa restricción física como técnica, ésta debe ser usada con extremo cuidado y considerable razonamiento. Estas incluyen el uso de red (pedi-wrap), dedo sobre esternón (en desuso, ya que el niño decía que el dentista lo golpeaba en el pecho), mano sobre boca.

Cualquiera de estas técnicas que sea usada el dentista debe obtener un informe específico de consentimiento, firmado por el padre o tutor para usar la mas mínima restricción física, aunque muchas veces es difícil que el padre entienda la necesidad de ciertas condiciones o habilidades que debe tener el dentista.

El informe de consentimiento es como una historia clínica donde se cubren antecedentes demográficos, visitas al dentista y así mismo donde el padre pueda preguntar dudas acerca del tratamiento que no hayan quedado claras.

Si un paciente adulto o tutor con pleno consentimiento de todo el procedimiento no autoriza por escrito su tratamiento, no deja duda que en el futuro pueda alegar que se le cometió agresión (agresión se define como el no privilegio de tocar o golpear el cuerpo de otra persona).

Por lo tanto es imperativo que los educadores de la odontología tengan este aspecto en consideración para la educación y responsabilidad profesional de los presentes y futuros estudiantes de odontología. No es excusa para los profesionistas decir que explicar el procedimiento hacia los padres, podría restringir o cambiar la naturaleza de sus practicas y actitudes, los tiempos están cambiando y la profesión debe moverse con ellos, un documento de información de consentimiento puede ser un documento legal para amparar al dentista.

CONCLUSIONES

Debido al desarrollo y auge que la terapia de la conducta ha alcanzado en nuestros días, han aparecido una gran variedad y diversidad de técnicas muy útiles para ser empleadas en el campo de la odontología, en particular en la odontopediatría.

Existen varias técnicas en el manejo de la conducta de los niños, el empleo de cualquiera de ellas puede resultar efectivo, sin embargo es recomendable que se interrealionen para obtener una técnica combinada que redituara en una máxima eficacia en atención del manejo del niño.

La modificación de la conducta no es un método de una sola vía que pueda ser impuesto con éxito en un individuo capaz o poco dispuesto; Debido a la naturaleza intrínseca, la modificación de la conducta solo tiene éxito cuando el paciente infantil es receptivo y coopera con el odontólogo.

El odontólogo que atiende a niños, debe recordar siempre que el proceso conducta-influencia es reciproco. Es decir, si al intentar cambiar la conducta del paciente infantil a través de la modificación de las consecuencias al mismo tiempo, el dentista es a su vez moldeado por la respuesta del niño.

Al modificar patrones de conducta por parte del odontólogo, adquiere un papel preponderante el aspecto preventivo de la salud buco dental.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Andlaw R.J. Rock W.P. Manual de odontopediatria. 2a edición.
Interamericana México D.F., 1989. Pags. 15-25
- 2.- Davis: John, Law Davis Lewis Thompson, An atlas of pedodontics, 2a edición, Saunders company, Philadelphia London Toronto 1981. Pags. 158-162.
- 3.- Davis: John, Law Davis Lewis Thompson, Paidodoncia atlas Ed. Panamericana Argentina 1984. Pags. 169, 451-455.
- 4.- Gooran Koch, Modeer Thomas, Poulsen Sven, Ramussen Per.
Pedodontics -A clinical approach, Munksgaard, Copenhagen. 1991. pág. 65-75
- 5.- Jorgensen, Niels Bjorn, Hayden Jr. Jess. Anestesia odontológica, 3a edición, De. Interamericana, México 1982. Pag. 24
- 6.- Magnusson, Göran Koch , Sven Poulsen. Odontopediatria, enfoque sistemático. Salvat editores S.A. 1985, Barcelona, España. Págs. 35, 49-59.
- 7.- Mc. Donald, Odontologia pediatria y el adolescente. 5a edicion Ed. Medica panamericana Argentina 1990 Págs. 51-53

8.- Pinkham J. R. Odontología pediátrica De. Interamericana Mc. Graw-Hill 1991 Págs. 335-337