

318322

UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TECNICAS DE CONTROL DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE PEDIATRICO NO COOPERADOR

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
CELIA YASMIN (MARTINEZ CARO

DIRECTOR DE TESIS:
DR. CARLOS GONZALEZ LUCASCEWICZ

MEXICO, D. F.

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADEZCO AL C.D.M.O. FERNANDO T. TAKIGUCHI ALVAREZ, POR SU AYUDA, TIEMPO, Y PACIENCIA PARA PODER LLEVAR A CABO ESTE TRABAJO DE TESIS.

AGRADEZCO, AL DOCTOR FRANCISCO MAGAÑA MOHENO, DIRECTOR DE LA ESCUELA DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA, ASÍ COMO AL DOCTOR CARLOS LUCASCEWICZ, DIRECTOR DE LA TESIS.

AGRADEZCO:

A MI PADRE:

EL GENERAL BRIG. M.C. RET. MARTIN MARTINEZ PEREZ, POR DARMER TODO SU APOYO EN LA REALIZACION DE ESTE SUEÑO.

A MI MAMA:

SRA. MARIA DEL ROSARIO CARO LERMA, POR DARMER LA VIDA.

A MI ABUELITA VIRGINIA Y A MI TIA ALEJANDRINA POR HABERME DADO TANTO, SIN ESPERAR NADA A CAMBIO, LAS QUIERO MUCHO.

A MIS TIAS SATU Y TOMY, POR SU VALIOSA AYUDA DURANTE MUCHOS AÑOS, A MI TIO MARGARO, POR SER UNA PERSONA MUY ESPECIAL, A MI TIO TOMAS Y A MI TIO RAFAEL. ASÍ COMO A TODOS MIS PRIMOS, EN ESPECIAL A AIDA, JORGE, Y JOSE LUIS POR HABER SIDO MIS PACIENTES A LO LARGO DE LA CARRERA. ASI COMO A PATY Y ENRIQUE MARTINEZ AYALA.

A MARY POR SER UN GRAN SER HUMANO.

A MIS AMIGAS CON LAS QUE COMPARTI MUCHOS MOMENTOS BUENOS Y MALOS, A LAS QUE ESTIMO Y A QUIENES LES DESEO LO MEJOR DEL MUNDO: ANA CORADINE, ANGELICA, ARACELI, CATHY, TERE, MARIA ELENA, MA. TERESA, LAURA, MICHAL, ANNETTE, GINA Y SANDRA. ASÍ COMO A MIS COMPAÑEROS ABEL Y JACOBO.

AGRADEZCO:

AL CORONEL JORGE NICOLAS TOMASIS GARCIA, POR DARME LA OPORTUNIDAD DE REALIZAR EL SERVICIO SOCIAL EN LA U.E.O DE LA SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL.

AL CORONEL MAXIMINO MONDRAGON GONZALEZ JEFE DE INVESTIGACION Y ENSEÑANZA.

ASÍ COMO A LOS DOCTORES QUE ME BRINDARON SU AMISTAD Y ENSEÑANZA:

DRAS. ALVAREZ DELUCIO, SANCHEZ GOMEZ, ESTRADA FLORES, DRA CARRANZA.
A LOS DRES. CUREÑO, CANO, GUILLEN, ALVAREZ CARMONA, VILLALOBOS,
VILLAFUERTE, GUZMAN, GUERRA, NAVARRETE, JARQUIN.

INDICE

TECNICAS DE CONTROL DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE
PEDIÁTRICO NO COOPERADOR

I INTRODUCCION

II LA PSICOLOGIA EN LA CONDUCTA DE LOS NIÑOS

III MANEJO DEL PACIENTE

IV ANSIEDAD Y MIEDO EN PACIENTES INFANTILES

V TECNICAS EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA

VI MANEJO DEL NIÑO DISCAPACITADO

VII TECNICAS DE RESTRICCION FISICA

VIII TECNICAS DE PREMEDICACION

IX TECNICAS DE SEDACION MÁS COMUNES EN ODONTOPEDIATRIA

X TECNICAS DE ANESTESIA GENERAL

XI CONCLUSIONES

XII BIBLIOGRAFIA

I INTRODUCCION

La odontopediátria, es la rama de la odontología que se encarga del estudio de un individuo desde que nace hasta la adolescencia enfocándose en el aparato estomatognático con el fin de prevenir y controlar las alteraciones que causen enfermedad en éste.

Pinkham refiere que hasta mediados del decenio de 1950, en por lo menos una entidad federativa de E.U.A. había un letrero muy grande que decía: EN ESTE CONSULTORIO NO SE ACEPTAN NIÑOS MENORES DE 13 AÑOS DE EDAD PARA SU TRATAMIENTO.

Desafortunadamente, hay pocos estudios bien controlados del impacto que las técnicas de control conductual que se utilizan en la niñez tienen en las conductas que se presentan en los adultos.

Es necesario realizar consideraciones sobre el estilo de vida, desarrollo de la personalidad entre otras circunstancias antes de llegar a cualquier conclusión importante.

La dirección ó manejo de la conducta es el medio por el cuál el equipo odontológico realiza efectiva y eficazmente el tratamiento de un niño, y al mismo tiempo le infunde una actitud positiva hacia la odontología.

El comportamiento poco cooperativo de un niño en el consultorio odontológico está generalmente motivado por deseos de evitar lo desagradable y doloroso, y lo que pueda ser una amenaza para su bienestar.

Puesto que los niños actúan por impulsos, el miedo al dolor puede manifestarse en conducta desagradable, sin que esto tenga relación con la razón ó con saber que existen pocas razones para asustarse.

EL NIÑO COOPERADOR reacciona de modo conveniente a los momentos críticos de la cita dental, esto significa que reacciona lo mejor que le es posible, este tipo de pacientes por lo tanto será fácil de atender.

Las actitudes del niño NO COOPERADOR se hacen evidentes mientras se pregunta la historia clínica, el llanto en esta etapa temprana es un signo claro desfavorable, por eso debemos estar alerta a otros signos de una conducta probable de NO COOPERACION.

Actualmente existen nuevas técnicas para el tratamiento de pacientes PEDIATRICOS NO COOPERADORES como por ejemplo: DECIR, MOSTRAR Y HACER, LA MANO SOBRE LA BOCA, HIPNODONCIA, SEDACION CONSCIENTE E INCONSCIENTE, MODELAJE, CONTROL DE LA VOZ.

La odontopediátria reviste particular importancia, si tenemos en cuenta que en la cavidad bucal se realizan las funciones de masticación, fonación y respiración tan fundamentales para el desarrollo y crecimiento normales de los niños.

La población infantil contemporánea muestra una gran prevalencia de anomalías en la posición de los dientes, defectos en el crecimiento normal de los huesos maxilares y disfunciones fisiológicas del aparato masticatorio.

Todas estas deficiencias parecen derivarse de una reconocida hipofunción masticatoria, frecuencia de hábitos bucales deformantes, patología rinofaríngea recurrente y el factor hereditario.

La Odontopediátria para el paciente incapacitado, y para otros enfermos con necesidades especiales, ha sido un campo de desarrollo en la educación odontológica contemporánea, son pacientes que también requieren cualquier técnica de restricción física, así como de premedicación, sedación, ó anestesia general.

En el tratamiento de adultos generalmente involucra una relación de uno-a-uno, es decir, una relación odontólogo-paciente. El tratamiento de los niños, en cambio, generalmente involucra una relación uno-a-dos, odontólogo-paciente-familia.

Se le ha llamado triángulo del tratamiento Odontopediátrico.

El desarrollo de los niños abarca el estudio de todas las áreas del desarrollo humano desde la concepción hasta la madurez.

El amplio campo del desarrollo físico abarca cambios que ocurren en el tamaño del niño, su fuerza, coordinación motora, funcionamiento de los sistemas orgánicos, etc.

Por eso el crecimiento físico total y la eficiencia del niño desde el momento de la concepción hasta la madurez se denomina DESARROLLO FISICO.

OBJETIVOS DE LA ODONTOPEDIATRIA

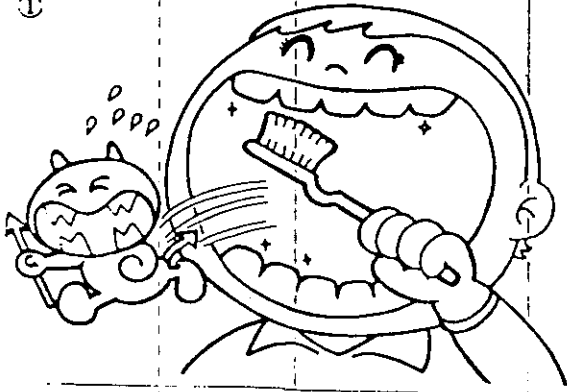
CALIDAD. Brindar la misma calidad y atención al detalle de la brindada a los adultos.

COMODIDAD. Esto se aplica a los padres, el personal y el odontólogo, tanto la comodidad física como la emocional del odontólogo y del personal.

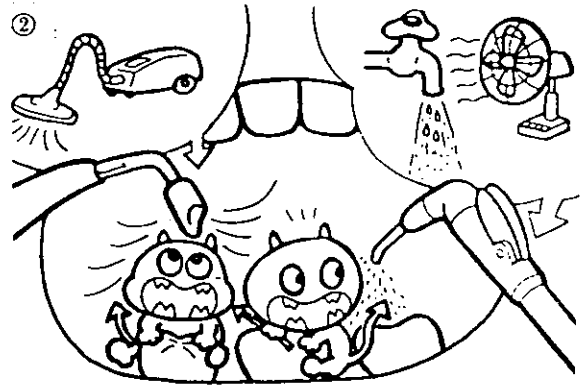
MOTIVACIÓN. Este es un aspecto vital de la odontología para niños. Las primeras etapas de la vida ofrecen la oportunidad de influir sobre actitudes para toda la vida con respecto a la atención odontológica.

SATISFACCIÓN. El niño debe sentirse satisfecho consigo mismo y con el personal odontológico. Los elogios y las críticas influyen mucho sobre los niños y los sentimientos positivos generados a temprana edad influirán sobre futuras actitudes odontológicas.

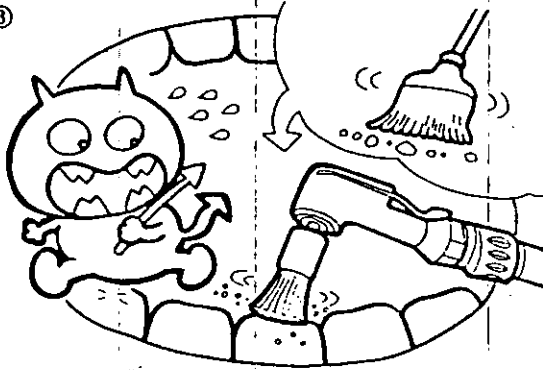
①



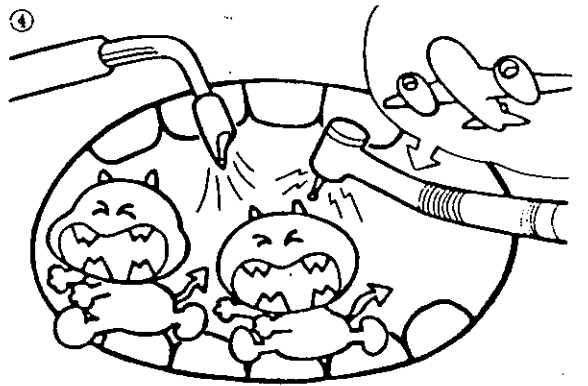
②



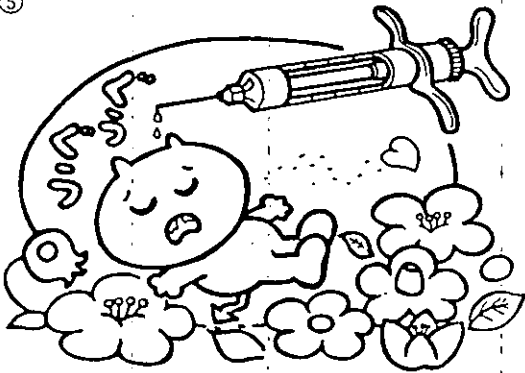
③



④



⑤



⑥



II LA PSICOLOGÍA EN LA CONDUCTA DE LOS NIÑOS.

Un niño, es un ser en desarrollo físico, psíquico y social que recibe influencias natas y adquiridas, por lo tanto se desarrolla en 3 sentidos básicos: cefalocaudal, mesio-distal y del género.

Estas direcciones contribuirán a la maduración de las funciones básicas iniciales y fundamentales para la supervivencia, adaptación y para la ejecución de las funciones de maduración y del aprendizaje.

DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO.-

Ha transcurrido más de un siglo desde que un dentista, El Dr. Raymond, en 1875, escribiendo en uno de sus informes diarios profesionales, expresó su preocupación acerca del comportamiento de los niños en su práctica dental.

Su opinión fue que obtener la benevolencia de los niños es casi la mitad del trabajo a realizar. Es importante conocer la personalidad de cada individuo para poder conocer su conducta y así brindarles una mejor atención.

Si un odontólogo va a tratar a pacientes infantiles, deberá asegurarse de tener los suficientes conocimientos psicológicos para manejar a niños sin producir traumas.

Debemos interpretar el crecimiento y desarrollo del niño, "No sólo como la adecuada evolución de su anatomía y fisiología sino estamos obligados a ver en nuestro paciente niño algo más que dientes".

Pensamos que centrar la atención solamente en el problema dentario es inadecuado, porque además de la información que tiene de lo que pasa en el consultorio, de lo que pasa con su diente (aspecto físico), también piensa en su diente, en el odontólogo, y en sus procedimientos (aspecto mental), y también piensa sobre lo que le sucede ó le pueda suceder (aspecto emocional).

Señalamos desde hace muchos años, la importancia de la boca y los dientes en el desarrollo psicoemocional del individuo y la vigencia permanente de las emociones y fantasías vinculadas a estos órganos como causa de fondo en el rechazo y resistencia al odontólogo y a sus procedimientos.

No es difícil aceptar esta prioridad y singularidad de la boca, si pensamos que sólo por ella el ser humano puede superar la tremenda conmoción psicobiológica del nacimiento.

El recién nacido, tardará meses en reconocer el seno materno como separado de su propio ser y a su madre como adulto diferenciado, (las etapas preobjetal y precursora del objeto). Si sus necesidades internas (hambre) son calmadas prontamente, la imagen de la madre buena gratificadora, representante del mundo nuevo, será proyectada junto con el alimento.

“Si su madre continúa brindando desde afuera la comodidad y bienestar consistente y por lo tanto, predecible ella se convierte en una certeza psicológica, una fuente constante de reaseguro de que sus necesidades serán resueltas por su nuevo ambiente.

Es de este reaseguro que los bebés desarrollan “confianza básica”, o sea que el niño “tiene sentimientos internos de comodidad e incomodidad”, que se repiten en ciclos bastante regulares, a los que se familiariza y que son el origen de su identidad primitiva. Las fantasías provocadas por esas emociones tempranas aunque “olvidadas”, tienen permanente vigencia y constituyen la base de la ansiedad al reactivarse la situación traumática.

CARLINSKY analizó la influencia del rechazo primario de los dientes, como reacción en el ámbito inconsciente por la “trampa” que tienden al infante y le obligan a separarse de su madre, esta separación y confusión de sentimientos hacia los dientes y hacia la madre, es la época también en que el niño adquiere otras posibilidades motoras y de lenguaje así que tiene que dejar huella profunda.

Todo este conocimiento nos sirve para que aprendamos a aceptar al niño tal como es, a respetar sus sentimientos, y a comprender que su conducta puede estar motivada por factores no tan superficiales.

Todo niño con un problema de conducta no hace sino reflejar situaciones de su hogar, aunque los padres puedan no ser totalmente responsables, lo vemos como “síntoma cristalizado de las ansiedades de los padres”.

Se requieren conocimientos y capacidades psicológicas de manera que se pueda evaluar correctamente, el estadio de crecimiento de la conducta del niño, el grado de comprensión de los padres, y apreciación del tratamiento dental, así como la propia habilidad para interactuar con estas fuerzas.

Para evaluar, comprender y tratar la conducta del nuevo paciente, tanto él como sus padres tienen que estar implicados.

Explique a los padres el diagnóstico y el plan de tratamiento acordes con las necesidades del niño. Los conocimientos cada vez más amplios sobre los niños, indican que la conducta “anormal” entre los niños es muy frecuente.

En la actualidad se reconoce que ningún niño está completamente libre de dificultades emocionales, de hecho algunos psicólogos dudan que sea apropiado considerar esas desviaciones como anormales.

Es necesario subrayar que la gran mayoría de los pacientes dentales pediátricos se pueden controlar mediante técnicas simples no agresivas.

Plank, hace observaciones en el sentido de que las mayores dificultades para esta labor, es en los niños con una mala relación con los padres desde la primera infancia, ó que crecieron sin ellos, ó en quienes la carencia afectiva es notable.

ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO.-

CONDUCTA DE EDAD PREESCOLAR 0-3 AÑOS.-

El niño que se siente cómodo en el ambiente odontológico durante sus primeros años, también será en general un buen paciente en la edad escolar y en el período de la adolescencia.

Para obtener una relación con el niño preescolar y la odontología es necesario tener cierta idea de su lenguaje y su desarrollo motor y social.

Durante esta etapa en la vida del niño sus actividades motosensoriales están en aumento, caracterizadas por una necesidad de actuar físicamente en el ambiente.

Codifica la información en acciones, aprende a caminar, a correr, a subir y bajar escaleras. Reacciona usando sus ojos, manos, su voz y oídos.

El temor a los extraños es un sentimiento casi universal en este período.

En los primeros 12 meses de su vida, el niño depende por completo de sus padres. No muestra gran diferenciación entre la gente, puede sonreír ó balbucear ante los padres ó los extraños.

La acción no refleja de sonreír, sucede entre los 2 y 3 meses, y es la primera conducta social importante del lactante aparte del llanto, el niño comienza a comprender que puede lograr un comportamiento diferente del llanto para aumentar su influencia en el hogar.

Para los 2 años, el surgimiento de las habilidades fonéticas le permite aprender y relacionarse con la familia, la disciplina no debe ser tan agresiva, los berrinches son normales debido a que no cuentan con controles internos, y es mejor no prestarles atención.

A los 3 años, el niño comienza a comer en forma independiente de sus padres, se inicia el entrenamiento con la bacinica. El niño emplea la palabra NO cada vez que quiere resistirse a algo.

El niño pregunta el cómo y el porqué de las cosas, empieza a surgir su identidad particular, y puede integrar los patrones de otros en su propia vida.

Para lograr que el preescolar se sienta cómodo y confiado en el consultorio dental, requiere que todo el personal sea amigable y se interese en él.

En todo momento la alabanza es efectiva con los niños menores y ayuda a aumentar su confianza en el dentista y también es aconsejable alguna distracción verbal por medio de la conversación sobre los temas que le interesen al niño (ropa, mascotas, golosinas).

El dentista necesita establecer un contacto físico amistoso, como tomar de la mano al niño cuando entra en el consultorio, ayudarlo a sentarse en el sillón y dándole un abrazo cariñoso al terminar la consulta, se debe evitar un encuentro físico demasiado precipitado.

Para estos niños es aconsejable que uno de los padres esté presente durante las 2 ó 3 primeras citas.

Algunos prefieren sacar al padre si el niño no coopera, cuando esto suceda se le debe atender con firmeza durante el tratamiento, El dar al preescolar un pequeño regalo después de cada cita, es un procedimiento efectivo desde el punto de vista psicológico.

CONDUCTA DEL NIÑO EN EDAD ESCOLAR.-

El niño es guiado a la dedicación de su tiempo en actividades valiosas y se organiza para realizar sus tareas escolares y domésticas, atender a su mascota, asistir a eventos deportivos, etc.

Los niños mayores de 6 a 12 años son más susceptibles a razonar, y por lo general se tienen menos problemas para su manejo de conducta.

Los niños que ya tienen contacto con otros compañeros de clase y con maestras desde el jardín de niños, han ampliado su lenguaje y se han despegado un poco más de sus padres, por lo que la comunicación con el dentista puede irse abriendo.

El operador tendrá que contestar a todas sus preguntas con la verdad, aunque modificando un poco las respuestas, aprovechándose de qué al niño le gusta jugar con sus fantasías, POR EJEMPLO: (la explicación de que la caries es un gusano negro que se come al diente y que tenemos que destruirlo).

CONDUCTA DEL ADOLESCENTE.-

Esté período comprende de los 13 a los 17 años de edad. Para algunos puede ser una etapa fácil de desarrollo, pero para la mayoría suele ser confusa y problemática.

Los jóvenes pueden enfrentarse a lo abstracto y a la realidad, pueden ver el futuro y sus potenciales y algunos adolescentes pueden conversar entusiastamente, expresar sus opiniones y hasta discutir.

La confianza del joven en sí mismo y la identidad personal pueden verse afectados, si los sentimientos de su propia imagen no son los adecuados.

La adolescencia es la última fase de transición social entre niñez y madurez.

El manejo de los problemas de los pacientes adolescentes se centran en la falta de cooperación para las recomendaciones, y cuidados en casa y en el no cumplimiento de sus citas.

Con el conocimiento de que los adolescentes tienen el deseo de independencia personal, el dentista debe minimizar el papel de los padres, para conseguir que el joven se involucre en los procedimientos del tratamiento dental.

Por ello, las citas deben de hacerse directamente con el paciente, pues la oportunidad de que el joven organice su horario es una actividad que le agrada.

El personal del consultorio debe evitar hacer comentarios acerca de la forma de peinarse, de vestirse o de las aficiones del paciente adolescente, para hacer que se sienta importante y tenga confianza hacia el dentista. Un enfoque comprensivo y de apoyo será más exitoso con el adolescente.

COMPORTAMIENTO RECOMENDABLE EN LA MADRE.-

- Debe de promover adiestramiento, y hábitos saludables.
- Ayudar a la socialización del niño con la familia y la gente que lo rodea.
- Alertar el lenguaje y otros aprendizajes.
- Reforzar el sentido del niño de autonomía e identidad.
- Restablecer un modelo de conducta ética.
- Delinear los papeles masculino y femenino.

TAREAS EN PROCESO DE LOS PADRES.-

- Ayudar al hijo para su emancipación total.
- Proporcionarle apoyo y comprensión.
- Limitar la conducta del niño y proporcionarle normas.
- Ofrecerle un medio favorable y apropiado para una evolución sana.
- Recordar las propias dificultades adolescentes, aceptar y respetar las diferencias ó similitudes del adolescente con los padres, y demás personas.
- Relacionarse con los adolescentes y la adolescencia con un sentido constructivo del humor.

CARACTERISTICAS DE COMPORTAMIENTO ACEPTABLES.-

- Permitir y alentar independencia razonable.
- Poner reglas justas, ser congruente, tierno y comprensivo, firme pero no punitivo, ni detractor.
- Sentir placer y orgullo, a veces culpa y decepción.
- Tener otros intereses fuera del hijo.
- Vida marital satisfecha, fuera del hijo.
- Expresión ocasional de intolerancia, resentimiento, envidia, ó ansiedad por la evolución del adolescente.

III MANEJO DEL PACIENTE

Es importante establecer lineamientos para la evaluación y tratamiento de los niños, y ha de existir la flexibilidad suficiente para adaptarlos a las circunstancias individuales. Se requieren objetivos a corto y a largo plazo, el odontólogo y el personal deben resistirse a las reacciones subjetivas de la incapacidad del niño para acomodarse a las normas de conducta a fin de obtener la cooperación de un niño, el dentista no sólo debe establecer una adecuada relación armónica con él, sino también emplear técnicas de control de conductas eficaces.

Por supuesto es importante cierto conocimiento del desarrollo infantil normal.

El trato con el niño pudiera considerarse tan sólo como una cuestión de aplicar el sentido común con base en experiencias previas con otros infantes, pero no en algún conocimiento formal de psicología infantil.

Los objetivos fundamentales de la odontología pediátrica son: inculcar actitudes y comportamientos positivos aparte de efectuar cualquier tratamiento requerido.

CONDUCTA POTENCIALMENTE NO COOPERATIVA.-

A. CONDUCTA DESCONTROLADA.

1. Habitualmente en los niños pequeños de 3-6 años en su primera visita al dentista.
2. Rabieta con revuelo, de brazos y piernas.
3. Sugerencia de ansiedad aguda o temor.

El equipo odontológico no debe tomar como una cuestión personal el despliegue de una rabieta. La mayoría de las veces se debe prever este tipo de conducta cuando el paciente está en la sala de recepción y los padres con frecuencia se lo advierten al personal. Una vez en el consultorio dental el padre será quien siente en el sillón dental al niño y haga un intento inicial por establecer la disciplina.

Una vez sentado el niño se procurará determinar si básicamente se trata de un niño desafiante ó sumamente ansioso.

B. CONDUCTA DESAFIANTE

1. Más prevalente en el grupo de la escuela pública.
2. Habitualmente reaccionan igual en el hogar.
3. Pueden utilizar la resistencia pasiva, se ve más a menudo en niños mayores que se acercan a la adolescencia.

C. CONDUCTA TIMIDA

1. El niño puede esconderse detrás del padre, pero suele presentar poca resistencia a la separación.
2. Se rehusan o vacilan al darles indicaciones.
3. A menudo reprimen lágrimas.
4. Posible medio hogareño sobreprotector o escaso contacto con extraños.
5. Sumamente ansioso
6. No siempre escucha o entiende las instrucciones.

A estos niños hay que acercárseles confiada y a la vez cariñosamente, cálida y humanamente. Lo mejor es un abordaje suave, y se deben delinear claramente las bases para la sesión. Estos niños suelen reaccionar mejor ante las mujeres inicialmente.

D. CONDUCTA COOPERATIVA

1. Acepta el tratamiento como se le hace
2. Su voz puede mostrar temblor al hablar
3. Puede temblar su cuerpo
4. Muy a menudo transpiran en forma visible, las palmas de las manos ó la frente.
5. Controlan sus emociones

Los niños que muestran estas características pueden resultar muy difíciles de tratar. Se requiere estar constantemente alerta y demostrar una preocupación constante por la comodidad y la reacción del paciente. Habitualmente cooperativos, estos niños soportan su ansiedad lo mejor que pueden.

Los signos manifiestos de aprensión, retorcerse las manos, transpirar, cogerse del sillón también pueden ser indicio de incomodidad. Es necesario en todo momento supervisar los niveles de comodidad, para estar seguro de que no habrá una contribución negativa a los niveles de ansiedad.

CONDUCTA LLOROSA

1. Permiten que el odontólogo proceda, pero lloran todo el tiempo.
2. Se quejan frecuentemente de dolor.
3. Puede ser frustrante para quienes debén tratarlos.
4. Constantemente emiten sonidos.

Este tipo de reacción puede resultar muy frustrante para todos los miembros del equipo odontológico, y puede elevar los niveles de ansiedad de todos los presentes.

Buckle Bear



IV ANSIEDAD Y MIEDO

ANSIEDAD.

FREUD en el año de 1936, describió la ansiedad como un estado afectivo de carácter desagradable, generándose de una situación de peligro, siendo una reacción característica de todos los organismos ciertamente de los seres razonables, se genera de una situación poco familiar.

La ansiedad puede ser un rasgo de personalidad, las observaciones sugieren que en la ansiedad hay una variación de una persona a otra y aún en la misma persona de tiempo en tiempo.

La ansiedad es una reacción muy difusa, en comparación con el miedo que es más concreto en la edad temprana, el miedo y la ansiedad están tan cerca que no pueden ser separados.

Como en el miedo, la ansiedad se hace más manifiesta cuando hay más desarrollo intelectual en el niño, desde el momento del nacimiento el ser humano queda expuesto a una serie de situaciones en su relación con el miedo externo, lo que obliga al organismo a buscar constantemente un equilibrio el cual se ha denominado "equilibrio homeostático".

La pérdida del equilibrio crea un estado de tensión en el individuo.

La ansiedad es un estado de desorganización del organismo que puede variar desde una pequeña señal de alarma hasta el pánico mismo cuando se acompaña de ciertas sensaciones corporales, como palidez, sudoración, sensación de vacío en el estómago, y otras; Se transforma en angustia ante las situaciones de amenaza, la personalidad del individuo opera adoptando conductas de defensa que tienden a eliminar las fuentes de inseguridad, peligro ó ansiedad.

La ansiedad afecta la conducta social y el funcionamiento mental de los niños en edad preescolar, sin embargo es difícil evaluar el grado de ansiedad del niño ya que la evaluación suele depender de las observaciones de la conducta.

Con frecuencia la ansiedad también implica culpa, en el sentido de que los impulsos del niño entran en conflicto con sus estándares internos de lo que está bien ó está mal.

La aflicción que sigue a la separación tiende a aparecer alrededor del primer año, cuando el niño de un año es incapaz de resolver esto, se vuelve ansioso. La ansiedad de separación desaparece cuando el niño sabe que la madre regresará ó sabe que hacer para que regrese.

DIFERENCIAS ENTRE MIEDO Y ANSIEDAD.-

ANSIEDAD.-

objeto desconocido
amenaza interna
duración crónica
conflicto presente

MIEDO.-

objeto conocido
amenaza externa
duración aguda
conflicto ausente

La ansiedad según BRUCE SANDERS, se describe como el producto de la aprensión ó la inseguridad por lo desconocido. los niños varían en cuanto al grado de ansiedad que experimentan en situaciones nuevas ó extrañas.

La variabilidad es un resultado de características innatas y de la simple falta de experiencia suficiente en el mundo. comprendiendo y manejando los componentes de temor y ansiedad el profesional puede elevar el umbral de dolor del paciente a un nivel confortable, permitiendo al niño adaptarse al sufrimiento y cooperar para las inyecciones anestésicas.

Según RICHARD DALTON, la ansiedad, el temor y la preocupación son experimentados regularmente como parte del desarrollo normal. Cuando estos sentimientos se desligan de situaciones ó hechos concretos, ó cuando llegan a ser incapacitantes hasta el punto de que afectan negativamente a las interacciones sociales y al desarrollo, son patológicos y justifican la intervención.

Los antecedentes de la ansiedad normal del desarrollo se presentan por primera vez a los 7-8 meses, es frecuente que los lactantes, a medida que empiezan a distinguirse de sus cuidadores primarios desarrollen en presencia de extraños actitudes recelosas y cambios de humor que antes no se producían. Está reacción a los extraños debe distinguirse de la angustia ante los extraños, que es una desazón más intensa que comporta un evidente malestar psicológico y fisiológico.

Los niños preescolares desarrollan de forma típica temores específicos en relación con la oscuridad, animales y situaciones imaginarias.

Algunos estudios también indican que los trastornos de ansiedad guardan una relación genética con los trastornos depresivos.

EXPRESIONES DE MIEDO Y ANSIEDAD.-

Dependen de la madurez del niño, de la responsabilidad, experiencia de situaciones tempranas de temor y las demandas de los padres o el odontólogo.

El niño puede reaccionar frente al miedo y la ansiedad:

- Huyendo
- Agresivamente
- Llorando
- Evadiendo con apatía y eludiendo ó abandonado
- Regresionando
- Vomitando ó con dolores estomacales
- Escondiendo el dolor ó tratando de suplirlo

MIEDO.

DEFINICION DE MIEDO.-

Es la respuesta primitiva que depende del sistema nervioso autónomo (hipotálamo), es un mecanismo de protección que la naturaleza nos ha dado para poder protegernos.

La diferencia entre el ser humano y los animales es la corteza cerebral, y su razonamiento en segundos puede inhibir la emoción de miedo, razonando la situación de miedo en la que uno se encuentra, para que la corteza suprarrenal funcione, necesita de cierta maduración y está aparece después de los 2.5 años.

El modo de comportamiento de un niño ante cualquier situación, está gobernado primero por su herencia, y segundo por el medio ambiente que lo rodea.

El miedo se origina de una exposición a lo desconocido ó de una situación poco familiar.

FREUD, decía que el miedo, se refiere a la "desagradable sensación" producida por la anticipación de algún daño ó herida causada por algún peligro real en el mundo exterior.

Cuando el miedo se vuelve exagerado, inexplicable e ilógico a un objeto en particular, ó a un conjunto de objetos se conoce como fobia.

RESPUESTAS FISIOLÓGICAS DEL MIEDO Y LA ANSIEDAD.

Sin embargo, las repuestas fisiológicas del miedo y la ansiedad son iguales, siendo éstas las siguientes:

- Incremento en la secreción de adrenalina y noradrenalina.
- Incremento de la velocidad y fuerza de las contracciones cardíacas, resultando de un incremento en la velocidad y fuerza del pulso periférico.
- Vasoconstricción periférica, que lleva a un incremento en la resistencia vascular periférica y a un aumento en la presión sanguínea.
- Incremento en el tono muscular, ya que al elevarse el flujo sanguíneo aumenta el consumo de O₂ del músculo.
- Incremento en la actividad cerebral y de reflejos en la dilatación pupilar, incrementándose el consumo de O₂ del cerebro.

RELACION MEDICO-NIÑO-PADRES

En el punto de partida se sitúa el encuentro de dos seres:

El médico, al que se considera clásicamente como el agresor, y el niño ó el agredido, con la intervención más ó menos feliz, de una tercera persona: los padres.

EL MIEDO DEL NIÑO.- se trata de una emoción normal que el niño experimenta muy pronto, se traduce por reacciones psíquicas que con el progreso de la edad, se moderan por la razón y la experiencia de las situaciones.

EL MIEDO OBJETIVO.- está en relación directa con un estímulo psíquico, por ejemplo: un acto operatorio, cede fácilmente a una explicación ó a una demostración "acertada".

EL MIEDO SUBJETIVO.- es el resultado de una asociación de ideas, de la imaginación, de la inseguridad en relación con una situación poco habitual. El niño y el médico deben dominarlo y disciplinarlo.

En función de la edad este miedo se acepta y racionaliza ó por el contrario aumenta y se exterioriza por una actitud de pánico ó de agresividad.

El comportamiento del niño cambiará con el progreso de la edad, pero también en función de su ambiente familiar, escolar y en particular de la experiencia vivida.

Al miedo del niño, el médico debe fomentar la calma, la comprensión, la seguridad del diagnóstico y el buen resultado, de esta forma crea una relación privilegiada que se convierte en una verdadera comprensión liberada de toda tensión, la inquietud de los padres es percibida por el niño, al cuál transmiten con su actitud la experiencia que ellos mismos han vivido.

Los padres no se inquietan por la conducta de su hijo pero temen que sufra, su sensibilidad está alerta y su reputación en juego. El médico debe estar sereno, sin olvidar el lugar que le corresponde y procurar que los padres no se interpongan entre el niño y él, que no le permitan establecer un diálogo singular.

RELACION NIÑO-PADRE-MEDICO.

1. El niño muy pequeño depende todavía completamente de su madre, quien representa para él a la vez su seguridad y su mundo de comunicación. El médico debe tener en cuenta este importante nexo, explorar y asistir al niño pequeño sobre las rodillas de su madre aprovechando la privilegiada relación padre niño.
2. Debe evitarse que el niño se sienta excluido de las decisiones adoptadas.
3. Por el contrario, a partir de cierta edad el niño experimenta la necesidad de instaurar una relación personal con el médico.
4. La relación ideal permite a las tres personas "encontrar su lugar" y dialogar sin interferencias.

El análisis de estas relaciones entre el médico el niño y sus padres, se subdividen en tres etapas distintas: ANTES DE LOS CUIDADOS, DURANTE LOS CUIDADOS, DESPUÉS DE LOS CUIDADOS.

ANTES DE LOS CUIDADOS.

Primer contacto.- instaurar el diálogo, facilitar el contacto inicial, es lo que el médico debe intentar a toda costa, ya que este aspecto señalará el desarrollo de las sesiones posteriores.

Este primer diálogo permite conocer el medio familiar y escolar del niño, su modo de educación y su comportamiento social influirán sin duda en su contacto con el médico.

En esta primera etapa es indispensable la presencia de los padres, nadie debe quedar excluido en la primera consulta.

Los padres informarán al médico acerca de los antecedentes médicos del niño, de sus hábitos de higiene dental, dietética y del motivo de la consulta.

Sólo una información precisa permitirá obtener la colaboración indispensable de los padres, estimularles a un mejor conocimiento de la cavidad bucal y de la higiene dental.

Solo se pueden esperar resultados valiosos si existe una motivación, la que a la vez no puede resistir sin comprensión.

RELACION (MEDICO-NIÑO- PADRES):

1. Disponibilidad de los padres ó de sus acompañantes.
2. Escolaridad, actividades y asuetos del niño no es juicioso suprimir estos en beneficio de los cuidados dentales.
3. Demasiadas actividades en el día y momentos de fatiga en el día.
4. Organización de la jornada de trabajo del médico. El niño jamás debe esperar.
5. Los niños pequeños pueden atenderse durante sus horas escolares, lo que permite al médico distribuir en forma equilibrada sus visitas, es preferible atenderlos en las primeras horas del día, puesto que están más atentos.
6. Los niños ansiosos se tratan mejor por las mañanas, ya que hacia el final del día es inevitable la acumulación de la tensión.

LA PRESENCIA DE LOS PADRES DURANTE LOS CUIDADOS ES DISCUTIBLE.

Por una parte se puede admitir que la relación médico-niño, será más valiosa si no existe interferencia alguna, desde esta óptica los padres pueden constituir un obstáculo, y se comprende el motivo por el que a veces se emplea el término de "MADRE PANTALLA".

Se debe tener en cuenta también que el niño debe vivir su experiencia de los cuidados dentales y llegar a asumírlas.

El niño muy pequeño (menor de 4 años), experimenta una gran comodidad al permanecer sobre las rodillas de su madre, mientras esta guarda una actitud distendida y silenciosa.

De este modo la madre asegura al niño el contacto corporal, tranquilizándolo cuando es necesario, pero deja el diálogo al médico para que llegue a aceptar la atención del niño.

A partir de los 5-6 años el niño experimenta a menudo, una sensación de valoración por una relación personal.

LOS MEDIOS DE LAS RELACIONES MEDICO-NIÑO.

Pueden emplearse varias formas de contacto:

- LA VOZ.- el médico debe permanecer particularmente atento a las mínimas expresiones mimicas del niño, quien hallará en su mirada el consuelo, la comprensión y en particular la atención.
- LAS MANOS.- si cada uno de nosotros reconoce la importancia de la mano tendida sin reticencia y con cariño, podrá comprender que las manos establecen el contacto con la cavidad bucal.

DURACIÓN DE LOS CUIDADOS.

Debemos hacer acudir al niño cuatro veces, una cita para tratar una hemiarcada. Contrariedades de los desplazamientos, angustia de la espera, colocaciones repetidas, abuso de apósitos provisionales, puede hacernos llevar al fracaso.

FUNCION DEL AYUDANTE JUNTO AL SILLON.

El ayudante es primordial, y su importancia es mayor al prescindir de la actividad de recepcionista.

AMBIENTE EN EL CONSULTORIO.

El consultorio debe estar provisto de un máximo de comodidades, si el niño se siente impresionado por un local elegante y confortable, deseará establecer contacto con las personas y sentirse a gusto.

V TECNICAS EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA

CONDUCTA se puede definir como el conjunto de respuestas producidas por el organismo ante los estímulos que van forjándose en cada individuo a lo largo de su existencia, siendo influenciada por diversos factores desde la etapa de vida intrauterina

La conformación ó regulación de la conducta es una técnica no farmacológica habitual, y es una forma de modificación de la conducta, se basa en los principios establecidos del aprendizaje social. Los propulsores de esta técnica sostienen que la mayor parte de la conducta es aprendida y que el aprendizaje es el establecimiento de una conexión entre un estímulo y una respuesta.

La conducta ó comportamiento de un niño, puede alcanzar un nivel "razonable", con el propósito de que el odontólogo obtenga un óptimo cuidado de la salud dental.

El nivel de comportamiento que un dentista encuentra aceptable, puede ser intolerable para otro.

Debido a las diferencias en la personalidad, el odontólogo trata de obtener un comportamiento cooperador de una manera diferente.

Cada niño es un individuo único: mental, física y emocionalmente, y los métodos necesarios para obtener esta cooperación varían; Hay muchas técnicas de manejo del comportamiento que pueden ser utilizadas y que van desde las más simples, a las más sencillas técnicas que produzcan inconsciencia en el niño.

Estas TECNICAS son las siguientes:

Modelaje	Hipnósis
Decir-Mostrar-Hacer	Control de la voz
Empatía y Apoyo	
Aversión (técnica "mano sobre la boca")	

MODELAJE.-

Es otra técnica empleada por los psicólogos en el tratamiento de los temores. Es posible aplicar esta simple técnica a una variedad de situaciones terapéuticas dentales, pero tal vez se use con mayor frecuencia en la introducción de un niño ansioso al primer examen bucal en el sillón dental.

Se pide al padre ó de preferencia a otro niño ó (hermano mayor), actuar como modelo, sometiéndolo a un examen bucal y a la profilaxis; Se espera que después el niño ansioso imite el comportamiento cooperador del modelo, es preciso usar refuerzos y el método llamado decir, mostrar y hacer para complementar el procedimiento de modelado.

DECIR, MOSTRAR Y HACER.

Fue introducida en 1959 por el Dr. Addelson, esta técnica consiste en explicar al niño clara y sencillamente, cuantas veces sea necesario, lo que se va a hacer, usando un lenguaje adecuado a su edad.

Hay que darle tiempo a que manifieste sus inquietudes y sus dudas, después se procede a enseñarle cómo se va a realizar, contestando sus preguntas y dejándolo tocar, ver y sentir lo que quiera, y así se prosigue a realizar lo descrito ó de lo contrario el niño perdería su confianza.

Cuando el odontólogo trabaja en la boca, se deberá mostrar al niño todo lo posible del procedimiento.

CONTROL DE VOZ.

Con esta técnica el odontólogo adopta una actitud autoritaria, está destinada a restablecer una comunicación perdida con los padres debido a una conducta no colaboradora, tratándose generalmente de una rabieta.

Consiste en un cambio súbito y abrupto del tono de voz, elevándolo para tratar de conseguir la atención del paciente y de proyectar la intención de que es el propio profesional quién toma las decisiones.

Es más importante el tono de voz en sí que lo que se dice en concreto.

La expresión facial del profesional debe acompañar al cambio del tono de voz, no deben transmitirse mensajes distintos. Una vez obtenida la atención del niño, se le agradece la interrupción de la mala conducta y se le dan las instrucciones y las explicaciones pertinentes de una manera suave y agradable.

Es una técnica básica en niños preescolares.

HIPNOSIS.

La hipnosis puede ser otro método para mejorar la respuesta del paciente, Hennon comenta que la HIPNODONCIA puede convertirse en una extensión de usos ya establecidos, afirma también que la inducción de un trance hipnótico es simple pero que aprender a usar correctamente este método es difícil hasta que se adquiere suficiente entrenamiento clínico.

Los niños comunicativos y los adolescentes son buenos sujetos hipnóticos porque están familiarizados con los juegos de simulación y son influidos con facilidad por las sugerencias de los adultos.

EMPATIA Y APOYO.

Según El Dr. W. Ripa, la empatía es la capacidad de comprender y experimentar los sentimientos de otros sin perderla propia objetividad.

Los odontólogos deben tener la sensibilidad y la capacidad de responder a los sentimientos de los niños.

La muestra de empatía del odontólogo apoyará los esfuerzos del niño por comportarse adecuadamente en la consulta dental.

Varias maneras por las que el profesional puede brindar este tipo de apoyo incluyen:

- 1) Permitir a los niños expresar sus sentimientos de temor y enojo, sin rechazarlos.
- 2) Comunicar a los niños que sus reacciones son comprendidas, verbalizando lo que ellos experimentan.
- 3) Confortando a los niños cuando sea apropiado, con palabras, tocando al chico, palmada, etc.
- 4) Estimular a los niños cuando muestran una conducta aceptable.
- 5) Escuchar comentarios de los niños cuando deseen hablar.
- 6) Brindar una situación estructurada en la que los niños puedan sentirse seguros.

AVERSION (TECNICA "MANO SOBRE LA BOCA").-

Esta técnica fue descrita primero por la Dra. Evangelina Jourdan en 1927, colocando una servilleta doblada sobre la boca del niño y manteniendo la boca cerrada suavemente, pero firme para así tranquilizar al niño.

Esta técnica considerada por lo general como una medida bastante extrema en el trato con el niño cooperador en donde los métodos convencionales de comunicación no funcionan, así evitamos que el paciente siga llorando y gritando, y así escuche lo que el dentista tiene que decirle y poder establecer comunicación.

Se recomienda en niños mayores de 3 años y que no presentan alguna discapacidad física ó mental.

Cuando el paciente reacciona de manera favorable, se retira inmediatamente la mano y se felicita al niño, si está comienza a protestar de nuevo, se repite el procedimiento.

OBJETIVOS DEL CONTROL DE LA CONDUCTA.

1. Establecer una buena comunicación en el niño y los padres.
2. Ganar la confianza del niño y los padres, y su aceptación del tratamiento dental.
3. Explicar al niño y a los padres los aspectos positivos del cuidado dental preventivo.
4. Proporcionar un ambiente relajado y cómodo para el personal del consultorio dental durante el trabajo con el niño.
5. Llevar a cabo el tratamiento necesario de la mejor manera posible para el niño.

Tenemos que tener en cuenta antes de empezar el tratamiento estos 3 puntos principales:

1. Técnicas de comunicación
2. Técnicas de modificación de la conducta
3. Técnicas de enfoque físico

Las conductas no cooperativas y la excesiva ansiedad no permiten llevar a cabo los tratamientos de forma adecuada. La experiencia, el tiempo y la dedicación prestados a estas técnicas ayudan a perfeccionar las habilidades clínicas del cuidado infantil.

TECNICAS DE COMUNICACIÓN.

La comunicación con el niño es la verdadera clave para dirigir la conducta. el dentista debe tener la habilidad para establecer una buena comunicación tanto verbal como paraverbal (contacto visual).

Para que el niño se sienta física y emocionalmente seguro, mantenga su amor propio y se sienta responsable en su comportamiento, es muy favorable reconocer su buen comportamiento. felicitarle y agradecerse verbalmente.

LENGUAGE PEDIATRICO.

Al hablar con un niño debemos de tener mucho cuidado al escoger el lenguaje apropiado de modo que el niño nos pueda entender.

Nunca hay que mentir a los niños, es necesario explicar las cosas de forma que puedan entenderlas, pero sin engañarlos. Al seleccionar el lenguaje, hay que elegir objetos y situaciones familiares para él, es interesante dejar al niño que lleve la conversación.

Hay que realizar pequeñas adaptaciones en el lenguaje para niños de distintas edades, cada edad requiere una adaptación adecuada del vocabulario empleado:

Algunos ejemplos: · Radiografía -fotografía
Equipo radiográfico -cámara
Turbina -cepillo especial
Amalgama -gorro de plata

TIPO DE ROPA EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Los uniformes no son una necesidad absoluta, pero si los usamos deben de ser de colores alegres.

La vestimenta usada por los odontopediatras varía según el lugar, ya sea un hospital ó un consultorio privado, también el tipo de clima. Se usa desde una filipina quirúrgica, bata blanca, camisa y corbata, ó una camisa de cuello abierto, algunos usan ropas de mezclilla, así como filipinas de motivos alegres. Hasta ahora, ningún estudio ha intentado evaluar el efecto específico que tiene la vestimenta del odontopédiatra sobre la conducta del niño, aunque se ha afirmado que un niño experimenta una situación de estrés con la presencia de una persona con una bata blanca, la sola aparición del individuo con está ropa sería suficiente para provocar una conducta negativa.

El tipo de vestimenta no es imprescindible, pero es posible que ciertos niños que tienen temores asociativos puedan ser indudablemente influidos por lo que usa el odontólogo.

TECNICAS DE MODIFICACION DE LA CONDUCTA.

Los psiquiatras y los psicólogos han desarrollado varias técnicas para modificar las conductas negativas de los pacientes, usando muchos de los anteriores principios establecidos experimentalmente en la teoría del aprendizaje. Estos métodos han sido denominados técnicas de modificación de la conducta, consisten en alterar un comportamiento individual hacia un ideal deseado de forma gradual.

AMBIENTE EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Para el ejercicio profesional, necesitamos de un ambiente adecuado llamado CONSULTORIO, el cuál se puede definir como un local donde se consulta, se planea y se ejecutan los tratamientos odontológicos.

En odontopediátria, el ambiente debe poseer doble acomodación: uno para el ejercicio profesional y otro para los niños.

La creación del ambiente para la atención de los niños dentro del concepto de la odontopediátria, sirve también para distraer al niño de la visita odotológica pendiente y reducir los niveles de ansiedad.

Hay muchas variedades de animales rellenos, títeres de guante y otros juguetes que ayudarán al niño a identificarse con el medio

El manejo del niño según el Dr. Harris, es simplemente la aplicación de la psicología infantil, en un medio adecuado para conseguir un sentimiento de confianza reciproca.

CAPPIELLO (1969), afirma que el ambiente mínimo para el ejercicio de la odontopediátria debe contener mínimo 4 compartimentos dispuestos en forma de una cruz.

Siendo éstas: sala de recepción, recreación, recreación e higiene, tratamiento y escritorio.

SALA DE RECEPCION.

Tiene por finalidad recibir a los pacientes, acompañantes de los pacientes y servir de local a acompañantes hasta el final del tratamiento. Debido a sus particularidades la sala de recepción debe ser cómoda, pequeña y ventilada para dar la sensación al niño que es un lugar ya familiar.

Se puede colocar una televisión para que se distraiga con las caricaturas, ó bien música.

También se pueden colocar peceras previamente aseguradas, ya que a los niños les agradan los peces, fácilmente visible a los pacientes.

SALA DE RECREACION E HIGIENE.

Está destinada a los niños, sirviendo de local para la recreación a través de juegos, entretenimiento y lectura, haciendo posible la relajación de las tensiones y sirviendo de eslabón de unión entre el niño y el odontólogo; La decoración debe ser apropiada, con motivos infantiles, lo ideal es que los juegos y entretenimientos sean de madera y/o plástico para facilitar la limpieza y desinfección.

Se recomienda que esté local tenga un lavamanos amplio destinado como sala de prevención, así como para la realización de limpieza y cepillado bucal antes de iniciar el tratamiento.

SALA DE TRATAMIENTO.

Donde es ejercida efectivamente la odontología, pudiendo ser equipada con aparatos estándar adaptados al niño. Se puede hacer la remoción de la escupidera en un consultorio y la sustitución por succión de alta potencia.

Puede tener algunos dibujos en las paredes ó posters con personajes de caricaturas ó cuentos. Sería conveniente utilizar cubículos separados para aislar el tratamiento de cada paciente.

ESCRITORIO.-

Es el local de relación con el mundo exterior, donde se acuerdan las relaciones socioeconómicas y profesionales.

Es utilizado para la realización de tareas referentes a la interrelación padres/profesionales sobre el plan de tratamiento, su costo, su forma de pago, así como para la educación odontológica de los padres.

Después de eso, sirve de local para descanso, estudio del profesional, archivo de las historias clínicas, radiografías y modelos de estudio.



VI MANEJO DEL NIÑO DISCAPACITADO

El comportamiento del niño normal y anormal, tiene su raíz en el cerebro en los sistemas sensorial y motor.

La sincronización uniformidad e integración en una edad, predicen la conducta en otra posterior.

El bebé cuya corteza cerebral está intacta, seguirá teniendo un desarrollo sano a menos que agentes orgánicos, experiencias psicológicas ó acontecimientos sociales nocivos intervengan en el proceso.

COMPORTAMIENTO O CONDUCTA, son términos adecuados para todas las reacciones del niño, sean reflejas, voluntarias espontáneas ó aprendidas.

Así como el cuerpo del niño crece su conducta evoluciona y adquiere su pensamiento por el mismo camino que adquiere su cuerpo: a través de un proceso de desarrollo.

A medida que el sistema nervioso se modifica bajo la acción del crecimiento, la conducta se diferencia y cambia. Un modo de conducta es simplemente una definida respuesta del sistema neuromotor ante una situación específica. Los modos de comportamiento no son arbitrarios, ni secundarias manifestaciones accidentales.

Cada niño normal ó disminuido, es un individuo y tiene una conducta única que debe ser comprendida por el dentista para lograr un tratamiento dental apropiado.

A las personas incapacitadas se les considera dentro de un rango ó clasificación como:

1. Retardado mental, parálisis cerebral, epilepsia ó autismo.
2. Cualquier otra condición estrechamente relacionada con retardo mental, que resulta en un deterioro del funcionamiento intelectual general ó de la conducta adaptativa, similar al de las personas mentalmente retardadas.
3. Dislexia resultante de una incapacidad que se origina antes que la persona alcance los 18 años de edad.

Ha continuado ó puede esperarse que continúe indefinidamente, y constituye un impedimento sustancial para que esa persona pueda desenvolverse normalmente en la sociedad.

R.M.E. son retrasados mentales educables, es un niño con retraso mental de grado leve, es aquel que debido a su menor inteligencia no puede aprovechar de forma completa la educación normal, constituyen aproximadamente el 80% de las personas con retraso mental, y podrán valerse por sí mismas de forma aceptable cuando sean adultos.

R.M.A. son retrasados mentales adiestrables, se espera de estas personas que lleguen a ser capaces de atender sus propias necesidades, aunque vivan en un entorno protegido con personal adecuado.

Los niños con retraso mental grave ó profundo no suelen ser educables ni adiestrables, y requieren la supervisión constante por parte del personal especializado, residen en instituciones especiales debido a sus necesidades.

PACIENTES DISCAPACITADOS

Los pacientes discapacitados, pueden definirse como aquellos que tienen incapacidades neurológicas ó físicas, ó de ambos tipos, que deterioran la función.

Las discapacidades neurológicas son motrices, sensoriales, emocionales ó intelectuales, además existen estados neurológicos, como el autismo, la dislexia y la epilepsia que no pueden ser ubicados con facilidad en estas categorías principales.

Las discapacidades físicas, son el resultado de miembros congénitamente ausentes ó amputados y patologías que afectan la función de esos miembros.

Cuando se producen defectos congénitos ó quirúrgicos en el sistema estomatognático, como el labio y el paladar fisurados, y los estados resultantes del tratamiento post-quirúrgico del cáncer de cabeza y cuello, las discapacidades físicas modifican también el cuidado de los dientes.

Sin tomar en cuenta como pueden clasificarse estas discapacidades, los odontólogos deben evaluar en que medida el paciente con discapacidades neurológicas ó físicas, puede comprender la importancia del tratamiento odontológico, aprender las habilidades necesarias para mantener la higiene bucal y realizar estas tareas de mantenimiento en forma adecuada.

PACIENTE FISICAMENTE IMPEDIDO

Todo paciente con un impedimento físico (sordera, ceguera, motricidad alterada, mudez, trastornos cardíacos y convulsivos, etc), presenta algunas manifestaciones que lo hacen un paciente especial por su variado comportamiento.

Puede ir desde una conducta tímida ó humilde, que atrae con cariño y otras veces con compasión, hasta aquellas que muestran agresividad, rebeldía, etc.

Como en algunos de los casos la comunicación no puede establecerse fácilmente, hay necesidad entonces de usar técnicas específicas con la ayuda de la SEDACION.

En el niño con impedimento físico se deben extremar los cuidados en caso de alguna eventualidad. Aplicando medidas de seguridad adaptadas a cada caso como:

- Posición favorable en el sillón
- Alejamiento de los instrumentos peligrosos
- Preparación para el tratamiento, que deberá ser lo más breve posible
- Conservación de la colaboración del niño

PACIENTE MENTALMENTE IMPEDIDO

Corresponde a aquél cuyo desarrollo psicológico, mental y su cociente de inteligencia, están disminuidos hasta alcanzar en los más graves, el retardo mental severo.

En todos estos casos, se necesita a veces emplear técnicas de sedación y anestésia general, para realizar procedimientos medianamente complejos.

Frecuentemente, debido a que muchas de las funciones en estos pacientes están alteradas, y sus hábitos de higiene son limitados, el estado de su salud bucal por lo general es malo.

MANEJO DEL NIÑO MENTALMENTE IMPEDIDO.-

1. contacto con los padres ó encargados
2. recepción y preparación del paciente
3. evaluación y clasificación del paciente
4. preparación pre-operatoria del paciente

El dentista experimenta, incluso en forma inconsciente cierta aprensión ante el niño, cuyo miedo se agrava por las dificultades de comunicación y de cooperación.

Se deben tener cuidados mucho más delicados con estos niños, a causa de las dificultades de la relación entre el dentista y los niños, y de los problemas físicos asociados como: la salivación abundante, las deficiencias en la musculatura labioglosofaríngea, macroglosía, incoordinación motora y la hipersensibilidad de la esfera oral.

RETARDO MENTAL.-

Es sinónimo de subnormalidad y deficiencia mental, se refieren a características intelectuales por debajo de la normalidad en niños, con defectos del desarrollo como: debilidad mental, idiotez, imbecilidad, mongolismo, hipo u oligofrenia y moronismo.

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

La O.M.S aconseja la división de niños mentalmente subnormales en las siguientes 3 categorías:

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 ha atribuido a diversos factores etiológicos como: herencia, influencias prenatales, premadurez, anoxia ó lesión al nacer, desnutrición, encefalitis y parálisis cerebral.

Ciertas causas establecidas de retardo mental incluyen el traumatismo del sistema nervioso central, pautas culturales familiares, mala nutrición, meningitis, envenenamiento, cretinismo, ictericia nuclear, irradiación fetal, traumatismo natal e hipoglucemia.

PROBLEMAS DENTALES.-

Con excepción de los mongólicos, los niños retardados mentales no sufren problemas dentales característicos, sin embargo por su mala higiene bucal y hábitos dietéticos cariogénicos, sufren índices de caries y enfermedades periodontales más elevadas que los niños normales.

En los últimos 20 a 30 años se han producido enormes cambios en la actitud general, hacia individuos nacidos con impedimentos mentales ó físicos.

Actualmente los padres de niños impedidos, saben que estos necesitan expertos cuidados restaurativos y preventivos, el estado dental de los niños impedidos puede estar relacionado directa ó indirectamente con sus impedimentos físicos ó mentales.

SINDROME DE DOWN.-

Un síndrome es un grupo ó conjunto de síntomas concurrentes. El síndrome de Down representa uno de los más comunes, resultantes de la aberración cromosómica.

ETIOLOGIA.-

El Síndrome de Down corresponde a la Trisomía 21. Una pequeña proporción de casos tienen una traslocación parcial de cromosomas 15 y 21.

Muchos de los factores que distinguen el síndrome de Down son reconocibles poco después del nacimiento.

Esta enfermedad causa 12.5 % de los casos de defectos mentales en lactantes.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

La cabeza es braquicefálica, la nariz es pequeña y su puente está subdesarrollado, los ojos tienen una inclinación hacia arriba y afuera, además muestran un epicanto en el ángulo interno del ojo.

Lengua con fisuras, que puede salir de la boca, orejas bajas de forma cóncava anormal, una pequeña giba cutánea en la nuca, manos pequeñas "tridentadas" con una línea simiesca (pliegues transversal completo y no los dos pliegues normales), huellas palmares y digitales características así como quinto dedo corto y curvo.

Es más frecuente observar en ellos manchas en el iris que en niños normales, y son distintas de los que se observan en niños normales. De los niños mongólicos, 43 % sufren defectos congénitos cardíacos, especialmente en el tabique y los conductos auriculoventriculares.

La mayoría de los niños con Síndrome de Down, alcanzarán un desarrollo mental dentro de la gama de moderada a severamente retardado, el C.I. promedio de ellos es de 46% y 86%, tienen edad mental mayor de cuatro años de edad, y el 52 % , tienen edad mental mayor de seis años.

PROBLEMAS DENTALES.-

El niño con síndrome de Down, presenta a menudo un maxilar superior pequeño, que genera diversas situaciones bucales y dentales. La lengua se puede protruir realmente ó aparentemente, y la boca suele estar abierta.

Los dientes son pequeños y la cantidad de irregularidades dentales, es más frecuente que en las poblaciones normales.

Los niños con Síndrome de Down, presentan una alta incidencia de enfermedad periodontal rápidamente destructiva, que puede estar en relación con factores locales como: la morfología dental, bruxismo, maloclusión e higiene oral insuficiente. Algunos factores sistémicos también parecen contribuir a la enfermedad periodontal, como la mala circulación, la menor respuesta humoral, el deterioro físico general a edades tempranas y las influencias genéticas.

También presentan frecuentemente retraso en la erupción de los dientes. Muchos niños con Síndrome de Down son afectuosos y colaboradores, y los diversos procedimientos dentales se pueden realizar sin problemas, siempre y cuando el dentista trabaje con un ritmo un poco más lento del habitual.

TRATAMIENTO.-

Se necesita orientación y educación especial dando importancia al adiestramiento industrial, doméstico y vocacional, de preferencia en una escuela ó institución especial. Los niños retardados, incluidos los mongólicos, que han permanecido en su hogar durante los primeros años de su vida con asistencia paternal afectuosa, son más felices cuando necesitan hospitalizarse y sus familias aceptan en mejor grado la separación, que si el niño es enviado en su primera infancia a una institución para retardados.

No obstante, pueden ser educados y rehabilitados los niños con C.I. mayor de 45 (el 75% de los retrasados mentales), solamente 5 % quedan totalmente dependientes.

La CLOROPROMACINA disminuye la hiperactividad, la agresividad y el retraimiento. La RESERPINA, y el METRAZOL, son ineficaces.

Se han ensayado varias hormonas hipofisarias. Algunos pacientes pueden mejorar de talla y peso con tratamiento a base de extracto tiroideo, testicular y ovárico, con yodo, pero no tiene efectos en su cociente mental.

PRONOSTICO.-

Si el diagnóstico se hace oportunamente y el niño es llevado a un medio adecuado, cabe que con el tiempo mejore su cociente intelectual.

PARALISIS CEREBRAL.-

Esta enfermedad es un trastorno del sistema nervioso, que se manifiesta en varios tipos de disfunciones neuromusculares como: espasticidad, atetosis, ataxia, rigidez ó temblores.

El paciente con parálisis cerebral se caracteriza por debilidad, parálisis, mala coordinación y otros compromisos de la función muscular.

También pueden existir retardo mental, ataques y otros trastornos emocionales.

Las manifestaciones de la afección, se originan antes que el sistema nervioso alcance la madurez.

ETIOLOGIA.-

Es causada por lesiones cerebrales que pueden haber resultado de premadurez, anorexia, toxemia del embarazo, lesiones traumáticas, ó puede ser de etiología desconocida.

La localización de la lesión cerebral determina el tipo de disfunción neuromuscular por medio de la cuál se manifiesta el trastorno.

Las lesiones de la corteza cerebral se manifiestan por espasticidad, la lesión del ganglio basal por resultado atetosis, y la ataxia es causada por lesiones en el cerebro.

La parálisis cerebral es el trastorno más común del S.N.C.

ESPASTICIDAD.- está forma corresponde a más de la mitad de los pacientes con parálisis cerebral.

El paciente espástico tiene un tono muscular incrementado que causa una contracción excesiva del músculo al estirarlo.

ATETOSIS.- el paciente atetósico, exhibe movimientos aleatorios incoordinados e incontrolables de las extremidades, cuerpo y cara; Constituye el segundo tipo más común de parálisis cerebral.

RIGIDEZ.- está pauta se caracteriza por una actividad motriz muy limitada, particularmente en las extremidades.

La rigidez es causada por la actividad de los músculos antagonistas, los que se contraen al intentar un movimiento involuntario.

ATAXIA.- en está forma de parálisis cerebral el paciente exhibe poco equilibrio, mala postura y falta general de coordinación de la actividad muscular.

TRATAMIENTO.-

Los agentes de uso común para el control de la epilepsia incluyen: fenobarbital, misolina (primidona), trimetadiona (tridiona), etc.

SUGERENCIAS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL.-

- Mantener estabilizada la cabeza del paciente durante todas las fases del tratamiento dental.
- Colocar y mantener al paciente en la parte media del sillón dental, con brazos y piernas pegadas al tronco.
- Mantener ligeramente elevada la espalda del paciente para facilitar la deglución
- Utilizar prudentemente los medios de restricción física para controlar los movimientos excesivos de las extremidades.

- Para el control de los movimientos mandibulares involuntarios, existen diversos sostenedores de boca y férula de dedo
- Trabajar con eficacia, para disminuir el tiempo que el paciente debe pasar en el sillón, para no fatigar su musculatura.

AUTISMO.-

Está psicosis se caracteriza, por una alteración cualitativa de la comunicación verbal y no verbal de la actividad imaginativa, y de las interacciones sociales recíprocas.

Este importante trastorno del desarrollo, se manifiesta inicialmente durante los 3 primeros años de vida.

Es muy difícil de diagnosticar y no tiene curación, se considera un trastorno neurológico y es 4 veces más frecuente en niños que en niñas, y afecta aproximadamente a 5 de cada 10.000 recién nacidos.

ETIOLOGIA.-

La causa del autismo es objeto de especulaciones, existe un 80% de concordancia en gemelos monocigóticos y un 20% de concordancia en los dicigóticos.

No está completamente claro que es lo que verdaderamente se hereda. Las anomalías cognitivas, y del lenguaje son más frecuentes en los familiares de los niños autistas que en la población general.

Las anomalías cromosómicas sobre todo del síndrome del cromosoma X frágil, son también más comunes en el autismo.

MANIFESTACIONES CLINICAS.-

Tienen una capacidad limitada para aprender, por lo tanto presentan numerosos problemas médicos y trastornos de la conducta, que hacen que su tratamiento dental sea difícil de llevar a cabo. Estos niños suelen tener escaso tono muscular, poca coordinación motora, babeo abundante, reflejos rotulianos hiperactivos y estrabismo.

Debido a la mala coordinación motora de la lengua, estos niños suelen entretener la comida en vez de deglutirla, y tienen tendencia a comer alimentos dulces, que hacen que presenten mayor susceptibilidad a las caries.

Son frecuentes los movimientos corporales estereotipados, una necesidad marcada de inmutabilidad, un interés por cosas muy limitadas, y una preocupación por las distintas partes del cuerpo.

El niño autista es retraído y a menudo se pasa horas jugando solo.

Estos niños necesitan de varias visitas al consultorio dental antes de aclimatarse. Puede ser necesaria la utilización del Papoose Board o del Pedi-Wrap, así como de dispositivos que en algunos casos calman al niño.

TRATAMIENTO.-

Se han propuesto distintos métodos terapéuticos para tratar a los niños autistas, pero el éxito ha sido escaso.

Se han descrito mejorías en la adquisición del lenguaje con terapias conductistas, que utilizan el acondicionamiento operante.

PRONOSTICO.-

Es reservado, algunos niños sobre todo los que hablan, pueden llegar a adultos y llevar una vida autosuficiente aunque aislada en la comunidad.

PACIENTE FÍSICAMENTE IMPEDIDO.-

SORDERA.-

Hay dos categorías principales en la sordera a saber, pérdida conductiva de la audición (pérdida del oído medio), y pérdida de audición nerviosa sensorial. La pérdida de audición conductiva es atribuible a una otosclerosis, que impide a los pequeños huesecillos del oído que funcionen bien.

La pérdida del oído nerviosa sensorial incluye lesiones de las vías auditivas, desde el nervio auditivo en el oído interno, hasta la corteza auditiva en el lóbulo temporal del cerebro.

El niño puede padecer sordera por una diversidad de causas. Se puede atribuir una cantidad significativa de casos, a una lesión nerviosa perinatal y defectos de desarrollo. Son causas principales la eritroblastosis, como resultado de la incompatibilidad sanguínea Rh u otra, y la anoxia en el parto.

Las infecciones virósicas de la madre, particularmente las del primer trimestre del embarazo pueden causar sordera, ceguera y retardo mental.

La incidencia de problemas de oído observada en niños prematuros, es casi siete veces la hallada en partos normales a término. Los niños pueden sufrir también una pérdida de la audición conductiva, por infecciones en los primeros años de vida.

La discapacidad de la sordera se complica a menudo con otros problemas. El niño discapacitado múltiple que es sordo y ciego, así como mentalmente retardado, es un paciente muy difícil de tratar e invariablemente requerirá hospitalización ó restricción física, combinadas con un control farmacoterapéutico de la conducta, aún para realizar los procedimientos odontológicos más simples.

El niño que sólo padece sordera puede llegar a ser buen paciente odontológico. Algunos niños requieren una extensa educación especial, por su capacidad para leer palabras impresas o los labios del interlocutor los faculta para recibir información que los haga pacientes dóciles.

La audiometría mide la agudeza auditiva y el grado de sordera, aunque no siempre puede distinguir entre la sordera de conducción y la sordera nerviosa. Si un paciente con trastorno de la audición, puede escuchar las vibraciones sonoras de un diapasón en la apófisis mastoidea (conducción ósea) en mejor forma que el diapasón sostenido, a un lado de su oído (conducción aérea), tiene sordera de conducción ó de oído medio.

En circunstancias normales la conducción por aire es mejor que la conducción ósea. En la sordera de conducción se percibe mejor la vibración al diapasón en el oído más sordo.

En E.U.A. 2 millones de niños (5 %) en promedio muestran trastornos de audición, 30 %, en promedio por causas prenatales: (rubéola de la madre embarazada), y 70 % por factores neonatales (obstrucción de trompa de eustaquio, e infecciones del oído medio, sordera de conducción), y las demás por: sarampión, neumonía, traumatismos, malformaciones del oído, alergia, sinusitis, tumores, defectos del tímpano, entre otras.

TRATAMIENTO.-

SORDERA DE CONDUCCION.- Es necesario eliminar las amígdalas y las adenóides (por el peligro a los tejidos vecinos y la posible aparición ulterior de carcinoma del tiroides, no debe hacerse radioterapia en la garganta).

Otros métodos de tratamiento, incluyen cateterismo de la trompa de eustaquio, corrección de las malformaciones nasales, tratamiento de alergia y sinusitis, quimioterapia, eliminación de los focos de infección, administración de complejo B, prótesis auditivas, eléctricas, lectura de los movimientos de los labios, adiestramiento en sensaciones vibrotáctiles.

SORDERA NERVIOSA DE PERCEPCION.- No tiene tratamiento, si la mudez depende de sordera congénita, es esencial la rehabilitación especial como aparatos de audición con gran amplificación, pues estos niños pueden tener algo de capacidad auditiva residual.

Deben emplearse los aparatos para sordera, y enseñar en las escuelas la lectura del lenguaje por movimiento de los labios, así como el lenguaje de señas.

PRONOSTICO.-

Medianamente bueno en lo que respecta a la mejoría de la sordera de conducción. La sordera de percepción ó central no tiene cura, pero el impedimento puede ser superado por adiestramiento en el lenguaje y lectura de labios, que entrañan dificultad y tiempo.

AMAUROSIS O CEGUERA.-

Las principales causas incluyen: enfermedades infecciosas, envenenamientos y traumatismos, así como también el 50% de los niños dependen de problemas hereditarios, y el 40% son retardados mentales.

La ceguera verdadera, puede ser distinguida de la simulación de enfermedad ó de histeria por: electroencefalogramas, respuestas optocinéticas y el comienzo súbito de la histeria. La ceguera temporal puede aparecer en el sarampión.

ALGUNAS ENFERMEDADES OPTICAS SON:

Astigmatismo, errores de refracción, astenopia, hiperopía, miopía, papiledema, retinitis, degeneración y desprendimiento de la retina; Estas pueden acompañarse de cefalalgía, dolor del globo ocular, náuseas, estrabismo, así como fotofobia.

TRATAMIENTO.

Los niños ciegos requieren una extensa educación especial para superar su discapacidad, si la ceguera no está asociada a otras situaciones incapacitantes como el retardo mental, el niño ciego planteará pocos problemas al odontólogo.

Se deberá dar atención oftalmológica por un experto, ejercicios de refracción y ejercicios oculares.

El tratamiento que se le da al niño en el consultorio, va a ser el mismo que se le da un niño sin ceguera, solo que se le debe explicar detalladamente, cada uno de los procedimientos que se realicen, para que el niño tenga confianza y seguridad en el odontólogo.

VII TECNICAS DE RESTRICCIÓN FISICA.-

En sentido literal, RESTRINGIR es la acción y efecto de restringir, o limitara nivel físico los movimientos inconvenientes del niño durante el tratamiento dental.

Puede efectuarse con las manos, cinturones, cintas, sábanas o algunos aparatos especiales como el PEDI-WRAP O LA TABLA DE PAPOSE.

La restricción puede tomar una diversidad de formas, desde poner las manos sobre los hombros o el pecho, o la mano sobre la boca. Se le denomina a esta técnica desde AVERSIÓN hasta TERAPEUTICA DE SORPRESA EMOCIONAL.

La aplicación primaria de esta técnica para niños estaría en la categoría de CONDUCTA DESCONTROLADA.

El Objetivo es lograr el control del paciente, y si fuera necesario impedirle que emita sonidos cubriéndole la boca con la mano, y se le habla tranquilamente al oído explicándole que tan pronto como comience su cooperación cesará la restricción.

Así se tiene un punto de partida para crear un sistema de conducta positiva.

Una vez obtenido el consentimiento paterno, es aconsejable que se retire para que el niño no se distraiga.

El objetivo principal es lograr la atención total del niño. Es importante que el odontólogo nunca se muestre enojado sino que se limite a controlar su voz.

En ocasiones la inmovilización parcial o total del paciente, constituye una medida necesaria y eficaz para poder atender desde el punto de vista odontológico, a aquellos que no pueden controlar el movimiento de sus extremidades, como en el caso de los lactantes y los pacientes con ciertas enfermedades neuromusculares, también es útil para el tratamiento de los pacientes agresivos y resistentes que requieren asistencia dental, pero que no esta indicada la anestesia general. La restricción física puede llevarse a cabo por el dentista, su personal auxiliar o los padres, con o sin ayuda de algún dispositivo de restricción, puede efectuarse con las manos del odontólogo y del asistente dental, con correas unidas al sillón, cintas, envolturas corporales como sábanas, pedi-wrap, o tabla de papose, no debe de considerarse una técnica de manejo de conducta, sino como un recurso para eliminar el movimiento que pueda presentar el niño en su conducta disruptiva.

INDICACIONES PARA UTILIZAR LA RESTRICCIÓN FÍSICA.-

- Pacientes que requieren diagnóstico o tratamiento y que no pueden colaborar debido a incapacidad física o mental.
- Los pacientes que requieren diagnóstico o tratamiento y que no colaboran, después de haber fracasado otras técnicas para el control de la conducta.
- Cuando la seguridad del paciente o el médico está en riesgo si no se aplican medidas protectoras de restricción.

CONTRAINDICACIONES.-

- Pacientes que colaboran
- Pacientes en que no se pueden aplicar las restricciones en el grado de seguridad necesario, debido a enfermedades médicas o sistémicas subyacentes.

Los dispositivos mecánicos utilizados con mayor frecuencia, para que el paciente mantenga la boca abierta son: separadores de lengua, almohadillas, sostenedores de boca desechables o pen-wide, el molt mouth, pero su principal inconveniente es que puede producir laceraciones en los labios o el paladar, así como luxación de los dientes, cuando no se usa correctamente. Los bloqueadores de mordida de goma, se pueden adquirir en varios tamaños, se ajustan las superficies oclusales de los dientes y estabilizan la boca en posición abierta, deben estar asegurados con seda dental para su recuperación en caso de que se desprendan y caigan hacia la boca.

El control del cuerpo se consigue a través de diferentes métodos y técnicas, en los niños muy pequeños o con retraso mental grave, es necesario la ayuda de los padres y del personal auxiliar para controlar sus movimientos durante el procedimiento.

Los medios de restricción física que se utilizan con mayor frecuencia son:

EN TRONCO:

Papoose board
Sábana triangular
Pedi-wrap
Pieza de sujeción en saco para el sillón
Cinturón de seguridad
Auxiliar extra

EN EXTREMIDADES:

Correas de posey
Correas de velco
Cintas y toallas
Auxiliar extra

EN CABEZA:

Cabezal
Soporte de antebrazos y tronco
Recipiente de plástico
Auxiliar extra

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, al contrario sus objetivos deben ser:

- 1) GANARSE LA ATENCIÓN DEL NIÑO
- 2) DARLE MAS SEGURIDAD A TRAVES DEL CONTACTO CORPORAL Y CONTROLAR SUS MOVIMIENTOS.
- 3) ENSEÑARLE LA CONDUCTA APROPIADA QUE SE ESPERA DE EL.
- 4) PROTEGERLO DE LESIONES
- 5) HACER MAS FACIL LA TÉCNICA DENTAL, TANTO PARA EL NIÑO COMO PARA EL ODONTOLOGO.

Las Restricciones físicas nunca deben utilizarse como castigo, el dentista debe explicar su necesidad antes de aplicarlos, cuando sea posible la comunicación con el paciente. El sostenedor de la boca se puede identificar como una "silla para dientes", el pedi-wrap como una "bata de seguridad", y las correas de sujeción como un "cinturón de seguridad".

"DECIR, MOSTRAR Y HACER"

También conocida como persuasión, fué introducida en 1959 por el Dr. Addelson, esta técnica consiste en explicar al niño clara y sencillamente, cuantas veces sea necesario, lo que se va a hacer usando un lenguaje adecuado a su edad.

Hay que darle tiempo a que manifieste sus inquietudes y dudas. Después se procede a enseñarle como se va a realizar, contestando sus preguntas y dejándolo tocar, ver y sentir lo que quiera, así se prosigue a realizar lo descrito y nada más de lo contrario el niño perdería su confianza.

Cuando el odontólogo trabaja en la boca, se deberá mostrar al niño todo lo posible del procedimiento.

“MANO SOBRE LA BOCA”.-

Esta técnica es considerada por lo general, como una medida bastante extrema en el trato con el niño NO COOPERADOR, en donde los métodos convencionales de comunicación no funcionan, así evitamos que el paciente siga gritando y llorando, y así escuche lo que uno tiene que decirle y poder establecer la comunicación.

Fue descrita primero por la Dra. Evangelina Jourdan en 1927, colocando una servilleta doblada sobre la boca del niño, y manteniendo la boca cerrada suavemente pero firme, para así tranquilizar al niño. Se recomienda en niños mayores de tres años y que no presenten alguna discapacidad física o mental.

Cuando el paciente reacciona de una manera favorable, se quita inmediatamente la mano y se felicita al niño; si este comienza a protestar de nuevo, se repite el procedimiento.

PEDI-WRAP.-

Es una sábana de punto de nylon reforzado con cierres de velcro.

Se hacen en tamaño pequeño, mediano y grande.

Coloque el pedi-wrap en el sillón, previamente colocado en posición. El dentista y su ayudante se mantienen en lados opuestos del sillón, y se aseguran los brazos a uno y a otro lado, también los cierres de velcro sobre su pecho.

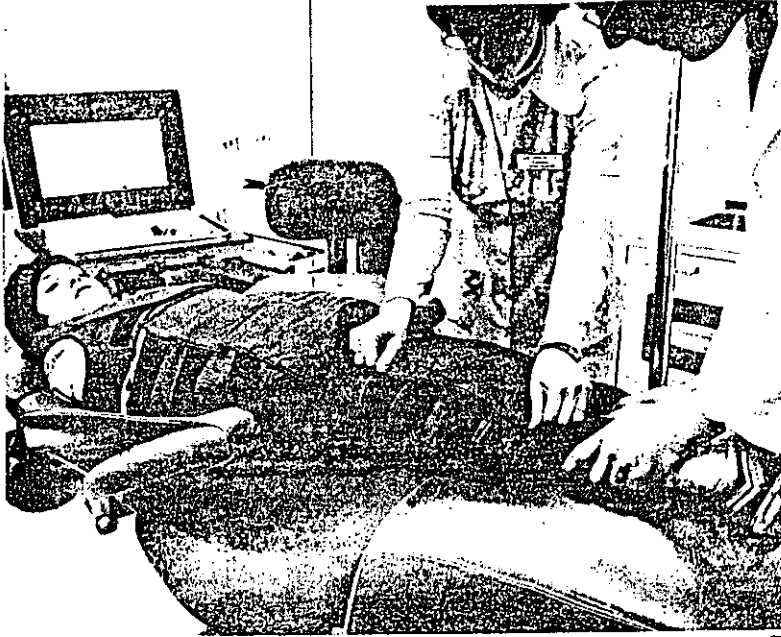
El pedi-wrap no incluye soporte para la cabeza, ni apoyo para la espalda, permite un cierto movimiento mientras el paciente esta sujeto, y debido a su estructura de malla permite que la ventilación sea mejor, por lo que disminuye la posibilidad de presentar hiperemia, requiere una supervisión constante para impedir que el paciente se caiga.

MANTA DE SUJECION.-

La manta de sujeción asegura al niño, sobre una base rígida con tres pares de cintas de lona.

La manta de sujeción igual que el pedi-wrap, utiliza el sistema de velcro de cierre por presión y de separación fácil de cerrar y ajustar.

Este dispositivo, puede sujetar al paciente menos colaborador.



Estabilización del paciente en el uso de Papoose Board con sujetador de cabeza

SABANA TRIANGULAR.-

El Dr. Mink, ha descrito la técnica de la sábana de cama ó sábana triangular para controlar a los niños extremadamente resistentes, permite que el paciente permanezca sentado y erguido durante la exploración.

Es una sábana doblada en las esquinas, formando un triángulo que facilita un método efectivo para dominar los movimientos indeseables de los brazos.

El vértice de 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.

CINTAS:-

Para controlar el resto del cuerpo, asegure las piernas por encima de las rodillas con una cinta de sujeción u otra sábana a lo largo.

La cinta impedirá que el niño mueva las piernas.

METODOS PARA IMPEDIR QUE CIERRE LA BOCA EL PACIENTE.

BLOQUE DE MORDIDA INTRAORAL.-

El bloque de mordida intraoral (Mckesson), es una cuña de goma semidura, que se inserta entre las superficies oclusales del lado de la boca donde no se efectúa el tratamiento.

Existe en tamaño pequeño, mediano y grande, y se usa con éxito durante técnicas de restauración muy prolongadas. El bloque de mordida se debe atar con seda dental para retirarse fácilmente en caso de necesidad.

ABRIDOR DE BOCA EXTRAORAL MOLT CON ACCION DE TIJERA.-

El abridor de boca Extraoral Molt, con acción de tijera es de metal y recubierto con un tubo de goma.

Existe en diferentes tamaños, pero 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.

ABREBOCAS (BLOQUES DE MORDIDA).-

Se emplean para el tratamiento de los maxilares y el control de la abertura de la boca.

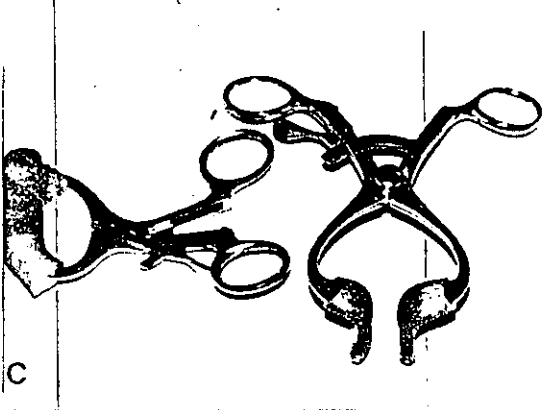
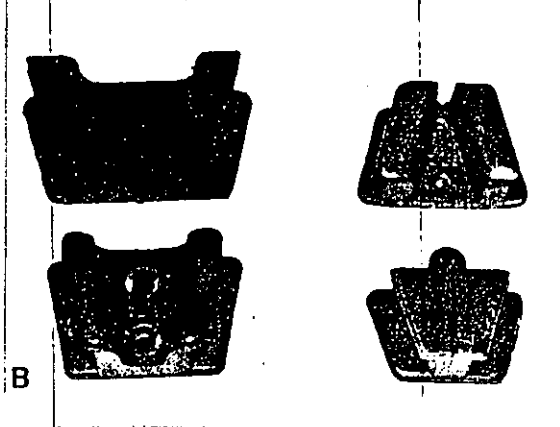
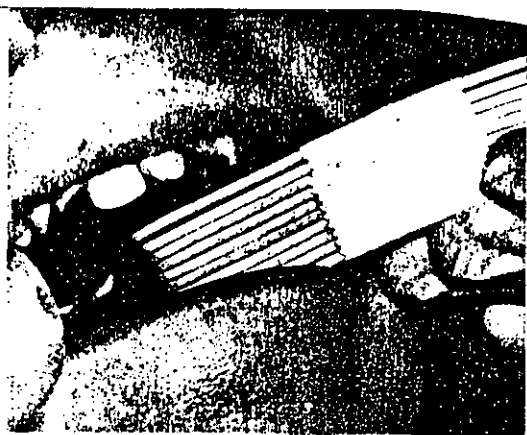
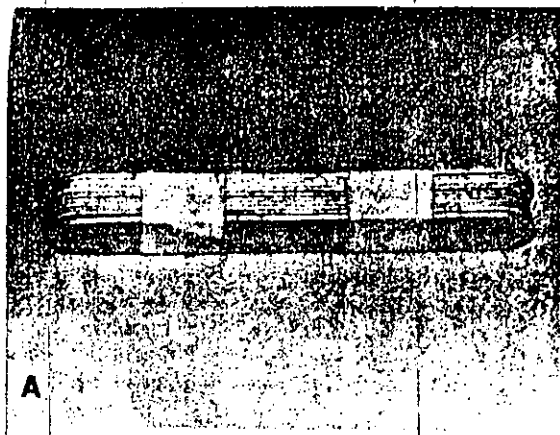
Para el control de la cavidad oral se pueden utilizar depresores linguales ó bien dispositivos comercializados. Existen distintos tamaños que se seleccionan en función de la edad del niño, y en caso de utilizar bloques de mordida, se les atará hilo dental como dispositivo de seguridad, por si los debemos de sacar súbitamente de la boca.

Además de los abre bocas de Mckesson y las pinzas abre bocas de Molt, están los dedos interoclusales, los protectores digitales de medida, los batelenguas unidos con cinta adhesiva y los bloques de mordida de acrílico.

Sirven todos a los propósitos de estabilizar los maxilares.

CONSIDERACIONES.-

1. Estas técnicas solo deben utilizarse después de haber agotado las posibilidades del tratamiento con técnicas convencionales.
2. Siempre deben ser consideradas, antes de planificar el tratamiento bajo ANESTESIA GENERAL.
3. Se emplean como parte de un tratamiento, no como un castigo.
4. La primera finalidad es la protección del paciente, después la protección del profesional y asistentes, y la última llevar a cabo el tratamiento necesario.
5. Debe explicarse de forma cariñosa, los motivos y la manera en que se llevará a cabo el tratamiento a los niños.
6. Se empleará todo el tiempo necesario, para explicar a los padres porqué y como se utilizan.
7. Debe obtenerse el consentimiento de los padres.



(batelenguas con cinta adhesiva, abrebocas de Mckesson, pinzas abreboca Molt.)

VIII TECNICAS DE PREMEDICACION

La PREMEDICACION, se refiere a la medicación administrada antes de la inducción de la anestésia para llenar una ó más de las cuatro funciones siguientes.-

- 1) Producir depresión psíquica hasta el nivel de la indiferencia.
- 2) Aumentar el umbral del dolor, que es evaluable antes de la anestésia local.
- 3) Reducir el metabolismo, lo que podría traer como resultado una menor necesidad de agentes anestésicos.
- 4) Contrarrestar los efectos colaterales indeseables, minimizando la cantidad de secreción salival y mucosa, provocada por el agente anestésico por medio del uso de atropina.

En odontología el propósito fundamental de la PREMEDICACION, es producir sedación psíquica, de manera que el paciente esté tranquilo, no ansioso, aliviado de la aprensión, para la iniciación del tratamiento dental.

La frase PSICOSEDACION, describe más precisamente la aplicación odontológica habitual de la PREMEDICACION.

Aquellos niños que reaccionan fuertemente a los estímulos psíquicos, y son incapaces de controlar sus reacciones a la ansiedad ó al temor, se adecuan particularmente bien para la PSICOSEDACION.

Por ejemplo: los Niños Hiperactivos, que no pueden tolerar fácilmente procedimientos extensos; Niños Discapacitados, con Parálisis Facial, ó Psicóticos.

Agentes y vías de administración de distintas técnicas de PSICOSEDACION.-

BARBITURICOS: pentobarbital ó secobarbital.

NARCOTICOS: meperidina ó morfina.

ANSIOLITICOS: prometacina, hidroxicina, diazepam.

Otros factores que pueden lograrse mediante la preparación farmacológica del paciente son:

1. amnesia
2. ansiólisis
3. prevención de estrés psicológico
4. reducción de las necesidades totales de anestésia
5. reducción de la probabilidad de aspiración, del contenido de ácido del estómago
6. vagólisis
7. disminución de la salivación y la secreción
8. antiemesis
9. analgesia

Clásicamente la PREMEDICACION, se administraba para evitar a los niños la angustia que produce la separación de los padres, prevenir ciertos accidentes ó incidentes que podrían aparecer en la inducción y obtener de ese modo una analgesia intra y postoperatoria.

Actualmente con la generalización de la cirugía ambulatoria, se tienden a utilizar premedicaciones más ligeras fundamentalmente a base de Benzodiazepinas, reservando el resto de fármacos para tratar los problemas específicos.

Los analgésicos son mejor administrados durante la anestésia, y los antieméticos pueden ser más efectivos si se administran después de la inducción.

Se puede permitir la presencia de los padres durante la inducción anestésica, argumentando que disminuye la ansiedad del niño y evita los problemas de la premedicación.

PREPARACION PSICOLOGICA.-

Una intervención quirúrgica es siempre una fuente de angustia para el niño, las causas son bien conocidas y fáciles de comprender, la más importante es la desaparición del medio a que está acostumbrado, y en el que se siente seguro, no solo los padres y hermanos, sino también los objetos familiares y los actos habituales que él realiza de forma cotidiana.

La edad del niño es un factor importante, a la hora de conocer cómo perciben esta experiencia los niños de 6 meses a 5 años, se sienten más perturbados cuando se separan de la madre, que los de otras edades adquiriendo un temor extremo, a partir de esta edad desarrollan un sentido de autonomía que les permite estar separados del hogar y de la familia con menos ansiedad.

El mejor momento para tranquilizar al niño es la consulta preanestésica, ya que se encuentra protegido por la presencia de los padres.

La necesidad de PREMEDICACION, debe ser individualizada teniendo en cuenta la enfermedad de base, la duración de la intervención, la técnica de inducción anestésica y el perfil psicológico del niño y su familia.

No siempre es necesaria, pero a menudo resulta muy útil, es tan difícil realizar una buena premedicación como lograr una buena anestésia.

Una buena preparación psicológica del niño da resultados similares, con la condición de que se mantenga durante la inducción.

En niños menores de 6 meses, ó no se utiliza ó se administran (vagalíticos).

De 6 meses a 3 años el niño no razona, y se administra para evitar las secuelas psicológicas de una inducción tormentosa.

Por encima de los 3 años, es útil siempre que no se haya preparado psicológicamente al niño, ó si creemos que se va a beneficiar del efecto farmacológico de un ansiólítico.

VIAS DE ADMINISTRACION.-

ORAL.- es la mejor tolerada y se usará siempre que sea posible.

Entre los fármacos administrados por vía oral se encuentran: atropina, midazolam, diazepam, ketamina, Clonidina, metodopramida.

FARMACOS.-

El fin de la premedicación, es obtener ansiólisis, sedación y amnesia.

Las clases más empleadas de medicación preanestésica son: hipnoscantes, ansiolíticos, opiáceos, antieméticos, antihistaminicos, anticolinérgicos.

BENZODIAZEPINAS.- Actualmente son los fármacos más usados, son excelentes agentes de premedicación, por ser poco tóxicos y tener escasos efectos cardiovasculares y respiratorios. (disminuyen el volumen de la corriente sin modificar la frecuencia respiratoria) y producir ansiólisis y amnesia.

Entre las Benzodiazepinas están: el triazolam, midazolam, temazepam, flunitrazepam, flurazepam.

DIAZEPAM nombre comercial: valium, apo-diazepam, meval, diazemuls, novodipam.

Es un derivado benzodiazepínico liposoluble e insoluble, se absorbe con rapidez en el tracto gastrointestinal.

El DIAZEPAM se metaboliza muy lentamente y posee una vida media de 20 a 40 horas.

PRESENTACION: tabletas: 2,5,10 mg,
cápsulas (liberación prolongada): 1.5 mg
solución oral: 5 mg/ml, 5 mg/ml
inyección: 5 mg/ml

MECANISMO DE ACCION: deprime el SNC a los niveles límbicos y subcortical del cerebro.

INDICACIONES Y DOSIFICACION:

Tensión, ansiedad, auxiliar en trastornos convulsivos ó espasmos músculo esqueléticos.

Niños mayores de 6 meses: 25 mg PO 3 ó 4 al día, para tensión, ansiedad, espasmo muscular, y ataques.

Niños de 5 años y más: 1 mg IV ó MI, lentamente cada 2 a 5 min. Hasta un máximo de 10 mg.

EFECTOS SECUNDARIOS:

Somnolencia, letargo, resaca, ataxia, desmayo, lenguaje cercenado, temblor.

FLUNITRAZEPAM.-

Se distribuye más a nivel del comportamiento periférico, la administración IM es buena y está contraindicada la vía nasal por ser muy dolorosa.

DOSIFICACION: VIA I.M: 0.02 mg/kg
VIA RECTAL: 0.04-0.5 mg/kg

VALERIANA OFFICINALIS.-

Familia: valerianacacae

Nombre en español: valeriana fétida, hierba de los gatos.

Es una hierba perenne decidúa, con un corto rizomma tuberoso recto, que tiene numerosas raicillas delgadas carnosas.

Fué introducida en la práctica homeopática en 1805 por Hahneman, las partes utilizadas son la raíz, recientemente seca.

INDICACIONES: Insomnio, sueño alternado con inquietud, y sueños confusos, histeria con hipersensibilidad general y de los sentidos, excesiva excitabilidad nerviosa, con un temperamento muy cambiante e inestable.

Niños con miedo a la obscuridad, a estar solos, ansiedad en la casa y en el consultorio, a sitios cerrados.

PASSIFLORINA (PASSIFLORA INCARNATA).-

Familia: passifloraceae, (flor de la pasión)

Nombre en español: flor de la pasión pasionaria

Es una hierba perenne, trepadora, de tallo casi liso, con zarcillos de 6 a 8 metros de altura.

Fue introducida en la práctica homeopática en 1875, por el Dr. Hall , se usarán las hojas de las plantas que crecen en tierras altas.

INDICACIONES.-

Actúa como sedante seguro e inocuo para las enfermedades nerviosas (60 gotas de tintura al acostarse). Para convulsiones en niños nerviosos, durante la dentición ó de origen parásitario (5 gotas cada 15 min).

Su gran indicación es en el insomnio, sea cuál sea su causa, especialmente por excitación nerviosa ó por dentición, (5-10 gotas cada 15 minutos) hasta que se duerma.

HIDRATO DE CLORAL.-

El Hidrato de cloral, fue producido por primera vez en 1832, y es una de las drogas hipnóticas más antiguas.

Es un sólido incoloro, cristalino, soluble en agua, alcohol y aceite de oliva y tiene un olor acre y sabor agrio. Es ideal para la sedación de los niños antes de procedimientos odontológicos.

El efecto principal del hidrato de cloral es la depresión del sistema nervioso central, similar a la inducida por el alcohol ó los barbitúricos.

A medida que aumenta la dosis del hidrato de cloral, los efectos sobre el individuo pueden variar desde la sedación hasta el sueño, y desde la anestesia hasta el coma y la muerte.

Las dosis hipnóticas de la droga, inducen comúnmente el sueño a una hora de la administración, y lo mantienen por espacio de 5 ó más horas. El paciente puede ser fácilmente despertado de este sueño.

Las dosis excesivas del hidrato de cloral pueden resultar en analgesia, temperatura corporal reducida, pérdida de todos los reflejos, y depresión de los centros respiratorio y vasomotor de la médula.

El hidrato de cloral deberá ser usado cuidadosamente en los pacientes con severa enfermedad hepática, renal, ó cardíaca.

NOMBRES COMERCIALES.-

AQUACHLORAL, NOCTEC, SUPRETTES.

PRESENTACION:

Cápsulas: 250, 500 mg

Jarabe: 250. 500 mg/5ml

Supositorios: 325.500.648 mg

INDICACIONES Y DOSIFICACION:

SEDACIÓN:

NIÑOS. 8 mg/kg po, 3/día dosis máxima
500 mg 3/día

EFECTOS SECUNDARIOS:

Eosinofilia, resaca, somnolencia, pesadillas, mareos, ataxia, excitación paradójica, náuseas, vómitos, diarrea, flatulencia, etc.

IX TECNICAS DE SEDACION MÀS COMUNES EN ODONTOPIEDIATRIA

SEDACION.-

Se denominan SEDANTES, a las drogas depresoras del S.N.C, que son capaces de atenuar la hiperexcitabilidad nerviosa a dosis pequeñas y medianas, mientras que a dosis mayores producen sueño.

Una de las primeras sustancias utilizadas como sedantes fue el alcohol. Posteriormente se introdujo el uso de los narcóticos como analgésicos, y con la aparición del tiopental se iniciaron técnicas de sedación intravenosa, que evolucionaron conforme se dispuso de medicamentos con diferente farmacocinética potencia y dispositivos, para obtener una sedación profunda segura y controlar de manera eficaz el dolor y la angustia en el consultorio dental.

La diferencia entre una droga sedante e hipnótica es cuestión de dosis.

El objetivo que se consigue al administrar un sedante a un niño excitado ó ansioso es calmarlo, hasta conseguir una función psíquica normal, y no provocarle somnolencia.

Los métodos ó técnicas sistémicas para conseguir la SEDACION, ó la alteración del estado de consciencia del paciente pediátrico, se basan en la utilización de diversos fármacos, cuyo efecto principal es la SEDACION.

Los sedantes pueden administrarse por inhalación, vía oral, rectal, submucosa, intramuscular e intravenosa.

La práctica de la odontología pediátrica, plantea factores como la edad del paciente, temor, falta de comprensión, trastornos de aprendizaje y conducta, así como incapacidades físicas ó mentales que hacen difícil el ejercicio profesional.

El uso de agentes farmacológicos suele crear una situación más compatible para el paciente y el profesional.

Se suelen emplear los agentes farmacológicos, para obtener efectos que van desde la SEDACION SUPERFICIAL O SEDACION CONSCIENTE, hasta la inconsciencia de la ANESTESIA GENERAL, ó como las técnicas de sedación consciente, para a la vez aliviar el temor y eliminar el dolor en el paciente consciente.

SEDACION CONSCIENTE.-

Es un nivel de conciencia deprimido en un grado mínimo, en el que el paciente retiene la capacidad de conservar su permeabilidad respiratoria de una manera independiente continua, y de responder adecuadamente a la estimulación física o a ordenes verbales como la de "abre los ojos", no se debe presentar pérdida de la consciencia.

Es objetivo principal es lograr un nivel de sedación, sin causar inconsciencia en el sujeto.

INDICACIONES.-

1. Niños muy pequeños.
2. Personas discapacitadas física y mentalmente.

VIAS DE ADMINISTRACION PARA LA SEDACION CONSCIENTE.-

- a) inhalatoria
- b) oral
- c) subcutánea
- d) intramuscular
- e) intravenosa

A) SEDACION INHALATORIA.-

OXIDO NITROSO

Para la sedación consciente por vía inhalatoria, disponemos de un solo compuesto el óxido nitroso.

El óxido nitroso, también conocido como gas hilarante ó protóxido de ázoe, fue usado por primera vez por Horace Well en 1844, obtenido por calentamiento de nitrato de amonio, posteriormente es licuado y comprimido en cilindros con un indicativo azul.

Como el óxido nitroso tiene una solubilidad baja en el plasma, pronto alcanza un nivel terapéutico en la sangre, y los niveles sanguíneos disminuyen rápidamente cuando se interrumpe la administración.

PROPIEDADES FISICAS DEL OXIDO NITROSO.-

Es un gas inerte, incoloro y con un ligero olor dulce, es un poco más pesado que el aire, en la sangre aunque no es inflamable favorece la combustión.

PROPIEDADES CLINICAS.-

- Inducción rápida y suave.
- Anestésia manejable y segura.
- Despertar rápido y completo.
- Falta de trastornos secundarios inmediatos y tardíos.

VENTAJAS.-

- Fácil dosificación.
- Ausencia de efectos secundarios.
- Fácil recuperación del paciente.

INCONVENIENTES.-

1. Equipo e instalación caro.
2. Tiene indicaciones muy concretas (no debe usarse en niños pequeños, ni con alto grado de ansiedad).
3. Es muy difícil su uso cuando se quiere trabajar en la zona de incisivos superiores.
4. Se necesita entrenamiento previo.

EQUIPO.-

Es necesario comprar, instalar y dar mantenimiento al equipo como aspirador, equipos de monitorización, un sistema de administración de oxígeno al 100% y de un mínimo del 20%. El equipo deberá contar con un sistema de seguridad que interrumpa su funcionamiento cuando el suministro de oxígeno sea inferior al 20%, sistema que deberá ser comprobado y ajustado una vez al año. Mediante este aparato es posible administrar al paciente el oxígeno del tanque mezclado con aire ambiental, el sistema está equipado con una válvula que impide la reinhalación, y sólo puede usarse para administrar aire ambiental al paciente cuando se le traslada de una zona a otra.

INDICACIONES.-

1. Niños semicooperativos.
2. Miedo, aprensión y ansiedad.
3. Para aumentar el umbral del dolor (es necesario el uso de anestesia local en todos los actos operatorios).
4. Para crear un estado semihipnótico.
5. En disminuidos físicos.
6. En citas excesivamente largas.

CONTRAINDICACIONES.-

1. En niños muy pequeños.
2. No debe usarse nunca como reemplazo de las técnicas básicas de la conducta.
3. En niños histéricos tercos ó desafiantes, que mediante las técnicas básicas de la conducta, no admitan colocarse la mascarilla.
4. En pacientes que en el momento de la administración tengan obstrucción nasal ó infección de las vías respiratorias.
5. Como único medio de control del dolor, debe administrarse siempre anestesia local.
6. En pacientes con inestabilidad emocional.
7. En pacientes que estén tomando antidepresivos (IMAO) en el momento del tratamiento.

DOSIS.-

Un adulto requiere de 5 a 7 L/min, mientras que un niño de 3 a 4 años de edad, requiere 3 L/min, mientras se ajustan los controles, el odontólogo debe utilizar la técnica de "decir, mostrar y hacer", con un lenguaje adecuado a la edad del niño. Al colocar la mascarilla nasal, se le pide a éste que respire por la nariz, con una presión ligera del dedo bajo el labio inferior, para producir el cierre bucal.

La mayoría de los odontólogos prefieren aumentar el nivel de óxido nitroso a 50%, durante 3 a 5 minutos para proporcionar una analgesia máxima, para la inyección del anestésico local sin embargo, concentraciones del gas mayores de 50%, están contraindicadas para la sedación en el consultorio dental. Cuando se termina la inyección dental, el nivel de óxido nitroso se reduce de 30 a 35 %, para una dosis de mantenimiento durante el tratamiento odontológico.

B) SEDACION ORAL.-

La vía oral es el método más fácil y popular para la administración de fármacos, en especial en niños, puesto que no ocasiona ningún tipo de malestar. La solución es mezclar el fármaco con líquidos o alimentos, en los niños con reparos se hace uso de una jeringa para introducir la solución en la cavidad oral.

C) SEDACION SUBCUTANEA.-

Se utiliza casi exclusivamente en odontología, consiste en depositar el fármaco por debajo de la mucosa. Aunque los anestésicos locales orales son más eficaces si se emplea la vía subperióstica, la mayoría de las infiltraciones son inyecciones subcutáneas.

D) SEDACION INTRAMUSCULAR.-

Los fármacos que se administran por inyección se consideran parenterales y, como tales, suelen requerir cierto grado de entrenamiento y habilidad.

Por razones obvias, en el paciente pediátrico suele preferirse la inyección a la vía oral, sobre todo en niños más pequeños.

La sedación oral e intramuscular tienen los mismos problemas, transcurre mucho tiempo para alcanzar un efecto máximo.

E) SEDACION INTRAVENOSA.-

Mediante las técnicas I.V se consiguen con facilidad niveles de sedación con el paciente consciente. Después de la sedación por inhalación, en manos de especialistas, este método es el más sencillo, eficaz y seguro.

La utilización de la sedación consciente I.V en odontopediatría, está algo limitada a ciertos tipos y edades de pacientes. En los niños pequeños ó poco cooperadores, es muy difícil de realizar la punción venosa, tanto debido al menor tamaño de sus venas ya que no es fácil encontrarlas, como a la necesidad ocasional de limitar los movimientos del paciente.

TECNICAS PARA LA SEDACION INTRAVENOSA.-

Se distinguen dos fundamentales: por lo general se usa la BENZODIAZEPINA, pero también se utiliza una sofisticada mezcla de varios fármacos (casi siempre un barbitúrico y un opiáceo), probablemente la técnica con un solo fármaco es la que mejor se ajusta a los pacientes pediátricos.

Para la SEDACION CONSCIENTE en Odontopediatría se emplean 3 grupos de fármacos:

- SEDANTES HIPNOTICOS
- ANSIOLITICOS
- ANALGESICOS NARCOTICOS

SEDANTES HIPNOTICOS.-

Son medicamentos cuya acción principal es crear sedación ó somnolencia. Conforme aumenta la dosis de un fármaco de este tipo, el paciente se vuelve cada vez más somnoliento, hasta que presenta sueño (hipnósis).

Además, al aumentar la dosis se produce anestesia general, coma e incluso la muerte.

LOS SEDANTES HIPNOTICOS SE CLASIFICAN EN 2 CATEGORIAS.-

1. BARBITURICOS: PENTOBARBITAL, SECOBARBITAL Y MENTOHEXITAL, E HIPNOTICOS.
2. NO BARBITURICOS: HIDRATO DE CLORAL Y EL PARALDEHIDO.

SEDACION PROFUNDA.-

La sedación profunda es un estado controlado de consciencia deprimida, inconsciencia deprimida ó inconsciencia, de la cuál el paciente no despierta con facilidad. Está se puede acompañar de una pérdida parcial ó total de los reflejos de protección, ó como la capacidad de conservar en forma independiente la permeabilidad respiratoria y de reaccionar de modo intencional a la estimulación física ó a las órdenes verbales.

La sedación segura de niños, requieren una red protectora compuesta de personal habilitado, equipo monitorizado, seleccionando apropiadamente los fármacos y dosis adecuada, para la edad y talla apropiada, manejo equipado de vías aéreas, así como fármacos para mantener la vida.

La diferencia entre SEDACION CONSCIENTE Y SEDACION PROFUNDA, es hecha con el propósito de describir los niveles apropiados de monitoreo médico.

LA SEDACION PROFUNDA Y LA ANESTESIA GENERAL son virtualmente inseparables para propósitos de monitoreo.

La sedación en pacientes infantiles han puesto riesgos serios, asociados con hipoventilación, apnea, obstrucción de vías aéreas debilitándolas.

El manejo apropiado puede incluir ventilación con mascarilla y resucitación cardiopulmonar, lo cuál requiere especial entrenamiento y habilidad.

La sedación es una fase de la anestesia. Es la fase de la anestesia en la que el paciente todavía está consciente pero bajo la influencia de un fármaco depresor del SNC.

BENZODIAZEPINAS DIAZEPAM (VALIUM).-

Luego de la administración intravenosa, el DIAZEPAM se distribuye en 30 a 45 minutos, y el paciente parece no estar sedado sino libre de ansiedad.

VIAS DE ADMINISTRACION :

vía oral, rectal ó intravenosa.

DOSIS.- ORAL Ó RECTAL: 0.2 A 0.5 mg/kg
INTRAVENOSA: 0.25 mg/kg

PRESENTACION:

TABLETAS : 2, 5 y 10 mg
SUSPENSION: 5 mg/ml

MIDAZOLAM (VERSED).-

La forma parenteral de las benzodiazepinas, es similar al diazepam pero tiene el doble de potencia. Después de la sedación I.V la sedación se produce en 3 a 5 minutos.

DOSIS.-

NO SE DISPONE DE DOSIS PEDIATRICA

X TECNICAS DE ANESTESIA GENERAL.-

DEFINICION.

Es la depresión descendente irregular del sistema nervioso, se realiza llevando al encéfalo suficiente cantidad de anestésico por el torrente circulatorio hasta producir pérdida del conocimiento.

También puede definirse como un estado en que ciertos estados fisiológicos orgánicos son llevados a una condición de regulación externa por acción de varios agentes químicos.

La depresión descendente del sistema nervioso central, es irregular porque los centros bulbares escapan temporalmente al efecto del anestésico, cuya acción se ejerce de preferencia sobre la médula espinal.

El orden descendente de depresión es este:

En primer término, centros corticales y psíquicos, en segundo lugar ganglios basales y cerebelo, en tercer término, médula espinal y en cuarto término, centros bulbares.

Los signos de la anestesia suelen presentarse en cierto orden cronológico y dependen de la disminución ó abolición de varios reflejos en los que toman parte las principales divisiones del S.N.C.

Los elementos de la anestesia general incluyen 4 componentes:

1.- BLOQUEO SENSORIAL.- durante la ANESTESIA GENERAL, estímulos aplicados a los órganos terminales son bloqueados centralmente y no llegan al nivel de conciencia ó apreciación cortical.

Pueden alcanzar la corteza y en consecuencia, propagarse en ella.

El grado de este efecto va al plano superficial ó analgesia (plano I), hasta la anestesia total ó falta de todas las sensaciones (plano III).

Cuando hay pérdida completa sensorial, habrá depresión en las siguientes áreas cerebrales:

- a) Corteza hipotálamo, relevos corticales y núcleos asociados.
- b) Núcleos talámicos.
- c) Núcleos sensoriales craneales.
- d) Núcleos motores de la musculatura extrínseca del ojo.

Conviene hacer notar que la anestesia regional, bloquea en la periferia los estímulos aplicados a los órganos terminales, por ello, los impulsos no llegan a la corteza.

2.- BLOQUEO MOTOR.- un anestésico que sea distribuido por la sangre puede deprimir las zonas motoras del cerebro y bloquear los impulsos eferentes.

Ello incluye a la corteza premotora y motora, y puede progresivamente alterar los centros subcorticales y extrapiramidales, que controlan el tono y función musculares.

El aumento del efecto se observa por relajación muscular progresiva de los músculos estriados.

3.- BLOQUEO DE REFLEJOS.- también pueden estar bloqueados los efectos nocivos de carácter reflejo. Entre los reflejos incluidos y que requieren consideración se encuentran:

- a) Reflejo respiratorio, formación de moco, espasmo laríngeo y bronquiolar.
- b) Reflejo circulatorio: homeostásia alterada de los mecanismos vasopresores, cambios en el tono vascular, arritmias.
- c) Reflejos gastrointestinales: salivación, vómito, ileo.

4.-BLOQUEO MENTAL.- la producción final de sueño ó inconsciencia, puede progresar a través de varias etapas ó grados sin solución de continuidad entre ellos, se reconocen:

- a) Estado de calma, ó de ataxia (falta de tensión).
- b) Sedación ó sopor (cesación del estado de alerta).
- c) Sueño ligero ó hipnósis (falta de consciencia, aunque puede despertarse el niño).
- d) Sueño profundo ó narcósis (falta de consciencia, pero el sujeto puede despertar en respuesta a estimulación sensorial primitiva).
- e) Anestesia total.
- f) Depresión bulbar

Se caracteriza por hipnósis, analgesia, relajación muscular y protección vegetativa, por ello debe realizarse siempre en un centro hospitalario y por profesionales especializados.

HISTORIA.-

Desde los albores de la historia, el hombre ha buscado medios para aliviar el dolor.

Los primeros intentos para evitar el dolor humano comenzaron con el empleo de la adormilera, la mandrágora, el beleño, y el alcohol.

Se llamó "esponja soponífera", a una esponja impregnada con una preparación de opio, beleño y mandrágora que emplearon, entre otros, Hipócrates y Galeno.

Fue empleada para producir ANESTESIA POR INHALACION, cuando se analizó se descubrió que en realidad no dormía ni a un cobayo.

Se sabe que los griegos usaban infusiones de hierbas y varios fármacos para provocar sueño, cosa descrita por Homero en la odisea.

EMPLEO DEL OXIDO NITROSO.-

El dentista Horance Wells, fue el primero que introdujo el óxido nitroso.

En 1863 el conferenciante viajero Colton, demostró en connecticut, los efectos del gas hilarante, solo que restringía sus representaciones a demostraciones públicas con fines de diversión.

No obstante El Dentista J.H Smith, quedó impresionado por la historia de Wells, que Colton siempre relataba y por ello determinó hacer una nueva investigación del gas. Descubrió que era eficaz y en casi todos los casos se tenía éxito con él.

Después de 20,000 extracciones dentales sin dolor, el empleo del óxido nitroso en odontología se generalizó en E.U.A y fue aceptado, en cirugía.

ANESTESIA MODERNA.-

En el período de 1920 a 1940, se hicieron grandes adelantos en la anestesia.

Arthur E. Guedel, fue uno de los promotores de la anestesia, y se le conoce especialmente por una descripción nítida de los signos de la misma. Creó una técnica de autoadministración de óxido nitroso y aire en obstetricia.

A consecuencia de su trabajo definió y precisó las etapas de la anestesia, cosa sugerida por John snow.

A mediados de la década de los 40 del siglo XIX, Francis Plomery describió 3 fases en ANESTESIA GENERAL, en 1847 Jonh snow añadió una cuarta, la sobredosis.

Sin embargo, no fue hasta la primera guerra mundial cuando el Dr. Guedel, describió de forma explícita los signos y síntomas de las diferentes fases de la ANESTESIA.

Así como también las 4 fases de la ANESTESIA, que se basan en depresión progresiva del sistema nervioso central:

FASE I: analgesia ó alteración de la conciencia, que corresponde a la acción de fármacos sobre los centros corticales superiores.

FASE II: delirium ó excitación, corresponde a la acción depresora de fármacos sobre los centros motores superiores.

Las fases I y II corresponden a la denominada fase de INDUCCION de la anestesia general.

FASE III: Anestesia quirúrgica, están deprimidos los reflejos espinales, produciendo la relajación de la musculatura esquelética.

FASE IV: parálisis bulbar, corresponde a la depresión de los centros respiratorio y cardiovascular situados en el bulbo raquídeo, que conduce primero al paro respiratorio y después al colapso cardiovascular.

Básicamente en odontología, se pueden definir 3 tipos de servicios de ANESTESIA:

AMBULATORIO, ESTADIA BREVE, Y PACIENTE INTERNO.

Se utiliza la ANESTESIA AMBULATORIA, para los pacientes sanos, que pasan por procedimientos odontológicos breves, bajo anestesia general en un consultorio u otras instalaciones ambulatorias adecuadas.

Se somete al paciente a una anestesia de no más de 30 a 45 minutos, y después de una breve recuperación (usualmente alrededor de 1 hora, se despide al paciente con la custodia de adultos responsables).

Se usa la ANESTESIA DE ESTADIA BREVE, para los pacientes que experimentan procedimientos odontológicos prolongados, y/o aquellos de mínimo compromiso fisiológico.

El servicio de ANESTESIA PARA PACIENTE INTERNO, está destinado a pacientes notoriamente comprometidos, ó los que van a ser sometidos a procedimientos odontológicos muy extensos, no factibles en otras circunstancias ó los que van a pasar por un trabajo odontológico tan extenso que deben ser sometidos a una anestesia prolongada.

Los candidatos apropiados para una anestesia de un paciente internado, suelen ser admitidos en el hospital uno ó más días antes de la anestesia programada.

El tipo de servicio anestésico a proveer deberá ser determinado por factores tales como la salud del paciente, la habilidad del odontólogo operador y del anestesista, las instalaciones y el procedimiento por ejecutar.

ACCION DEL ANESTESICO.-

Los agentes anestésicos tienen acción distinta. Casi todos los agentes producen una lesión química viable, pero reversible (farmacológica), de la formación reticular y deprimen todas las funciones del sistema de activación reticular y producen trazos eléctricos de sueño.

Se ha observado contraste en el sitio de acción entre barbitúricos, tranquilizantes y anestésicos.

La administración de barbitúricos bloquea la influencia excitadora (producción del estado de vigilia), de la estimulación reticular.

La actividad eléctrica del sistema reticular de activación, se deprime cuando se administran pentobarbital, el éter tiene acción depresora notable en este sistema, pero también produce una notable depresión temprana en la corteza. Ha demostrado que el ciclopropano, el etileno y el óxido nitroso deprimen los sistemas lemniscotalámico aferente y la proyección talamocortical.

La atropina y fármacos afines afectan la actividad cortical.

Los agentes anestésicos pueden administrarse por:

1. VIA BUCAL
2. INYECCION SUBCUTANEA
3. INSTALACION RECTAL
4. INYECCION INTRAVENOSA
5. INHALACION

La técnica más común en Odontopediátria es por VIA INHALATORIA.

ANESTESICOS GENERALES POR INHALACION.-

Todos los anestésicos generales inhalatorios, producen anestesia al deprimir zonas específicas del cerebro.

Los anestésicos inhalatorios actuales son muy potentes, y producen una rápida inducción de la anestesia, y el paso por los diferentes estadios es también muy rápido. Las técnicas de la anestesia por inhalación varían según el tipo de equipo utilizado.

Los anestésicos inhalatorios utilizados con mayor frecuencia son el óxido nitroso, el halotano, el enflurano y el isoflurano.

El anestesiólogo es el responsable de iniciar la administración de líquidos por vía I.V, asegurar el equipo de monitorización necesario, llevar a cabo la intubación y estabilizar el tubo una vez introducido.

EFFECTOS PSICOLOGICOS DE LA HOSPITALIZACION EN LOS NIÑOS.

La hospitalización, es una causa frecuente de ansiedad en los niños según King y Nielson, entre el 20% y el 50% de los niños, presentan algún tipo de trastorno de la conducta después de la hospitalización.

Aunque la separación de los padres es un factor importante, también existen otros que hay que tener en cuenta. Para reducir la ansiedad del niño y la de los padres, es útil permitir que estos estén con el niño durante el ingreso, cuando se dirige al quirófano y cuando regresa de él.

El 75% de los niños que recibieron ANESTESIA GENERAL, presentaron algún tipo de alteración de la conducta, (conducta positiva el 40% de los casos, y negativa el 40%).

Las alteraciones positivas, consistieron en demostrar menos problemas con la comida, tener menos rabietas, y un mejor apetito. En cambio, las alteraciones negativas fueron: morderse las uñas, alterarse al quedarse solos, mostrar excesiva precaución ó evitar las cosas nuevas, permanecer más tiempo con los padres, necesitar una mayor atención y el miedo a la oscuridad.

Estás son algunas formas para evitar las alteraciones negativas de la conducta:

1. Que el niño visite el quirófano antes de la intervención.
2. Permitirle llevar una muñeca ó su juguete preferido.
3. Administrarle un sedante antes de la anestesia.
4. Proporcionarle un ambiente agradable.
5. Administrarle sedante después de la intervención, si es necesario.
6. Permitir a los padres que se reúnan con su hijo, lo antes posible en la sala de recuperación.

El uso de la anestesia general, está justificado por la seguridad del paciente y del especialista, así como por la necesidad de realizar el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad. Antes de decidirse por la anestesia general hay que considerar todas las técnicas terapéuticas alternativas, incluso la limitación de la movilidad y la sedación.

Para utilizar la anestesia general, se debe contar con el consentimiento del padre ó tutor del niño.

Las situaciones en las que se utiliza la anestesia general como técnica de elección son las siguientes:

1. Pacientes con ciertos trastornos físicos, mentales ó médicos.
2. Pacientes que necesitan intervenciones odontológicas, y en los que la anestesia local es inefectiva, debido a infecciones agudas, variaciones anatómicas ó alergias.
3. Niños ó adolescentes que no cooperan en absoluto, con miedo, ansiedad ó incomunicación, afectados por trastornos odontológicos lo bastante importantes, para justificar el tratamiento y en los que no es posible retrasarlo.
4. Pacientes con traumatismos odontológicos y orofaciales extensos.
5. Pacientes con trastornos odontológicos, que de otra manera no recibirían una asistencia adecuada.
6. Pacientes que necesitan atención odontológica, para los cuáles la anestesia general puede suponer una protección contra trastornos psicológicos.

Los pacientes en los que la anestesia general está contraindicada, son los que presentan algún problema médico, así como los pacientes sanos, que cooperan y con trastornos odontológicos mínimos.

TECNICAS DE RESTAURACION EN EL QUIRIFANO.-

Los instrumentos utilizados en el quirófano, para las técnicas de restauración son los mismos que se emplean en la consulta odontológica.

Es preferible un dique de hule, para separar el cuadrante tras finalizar el procedimiento en cada uno de los cuadrantes, hay que aplicar un tratamiento de flúor tópico antes de retirar el dique de hule.

Las técnicas de restauración efectuadas bajo anestesia general, permiten por un lado, la cooperación total del paciente, y por otro, obtener una buena información, con lo cuál aumenta la calidad del tratamiento y disminuye la ansiedad del paciente y la preocupación del médico.

Spiro y Burns, comprobaron que podían tratar 7 dientes por hora en niños sometidos a anestesia general, mientras que en la consulta sólo trataban a 3 niños de una edad similar en el mismo tiempo.

Se deben colocar restauraciones que duren el máximo tiempo posible y que requieran un mantenimiento mínimo.

Por ejemplo: (en los dientes posteriores temporales, coronas completas de acero inoxidable en lugar de grandes restauraciones con amalgama).

FINAL DE LA INTERVENCION.-

Hay que avisar al anestesiólogo unos 10 minutos antes del final de la intervención, para que comience a despertar al niño y preparar la entubación, y también avisar al personal de la sala de recuperación.

Al finalizar la operación, se eliminan por completo los restos de la cavidad oral y se retira la intubación faríngea con cuidado, para evitar una eventual aspiración de materiales que pudieran haber quedado alojados en la faríngea.

En este momento, el anestesiólogo se hace cargo del niño. Sin embargo, el odontólogo permanecerá en el quirófano durante la entubación para ayudar al anestesiólogo si fuese necesario.

SALA DE RECUPERACION.-

Cuando el niño llega a la sala de recuperación, el odontólogo informará al personal de enfermería de los procedimientos realizados, y de las posibles instrucciones o peticiones especiales que deban seguirse.

Tras comprobar que las vías respiratorias del paciente están libres, que los signos vitales son estables y que según el anestesiólogo la recuperación del niño es satisfactoria, el odontólogo se reunirá con los padres del niño, para informarles del estado de su hijo y revisar el tratamiento.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS.-

El odontólogo deberá anotar las órdenes postoperatorias, para el personal de la sala y llenar una nota que incluirá en la historia clínica del paciente, mientras éste se encuentra aún en la sala de recuperación.

El informe quirúrgico debe hacerse tan pronto como haya finalizado la intervención.

Cuando hayan pasado algunas horas desde que el niño está en la habitación, durante las cuales se ha monitorizado la estabilidad de los signos vitales, la retención de líquidos y la diuresis, se decide si se da de alta ó si debe permanecer una noche ingresado en observación.

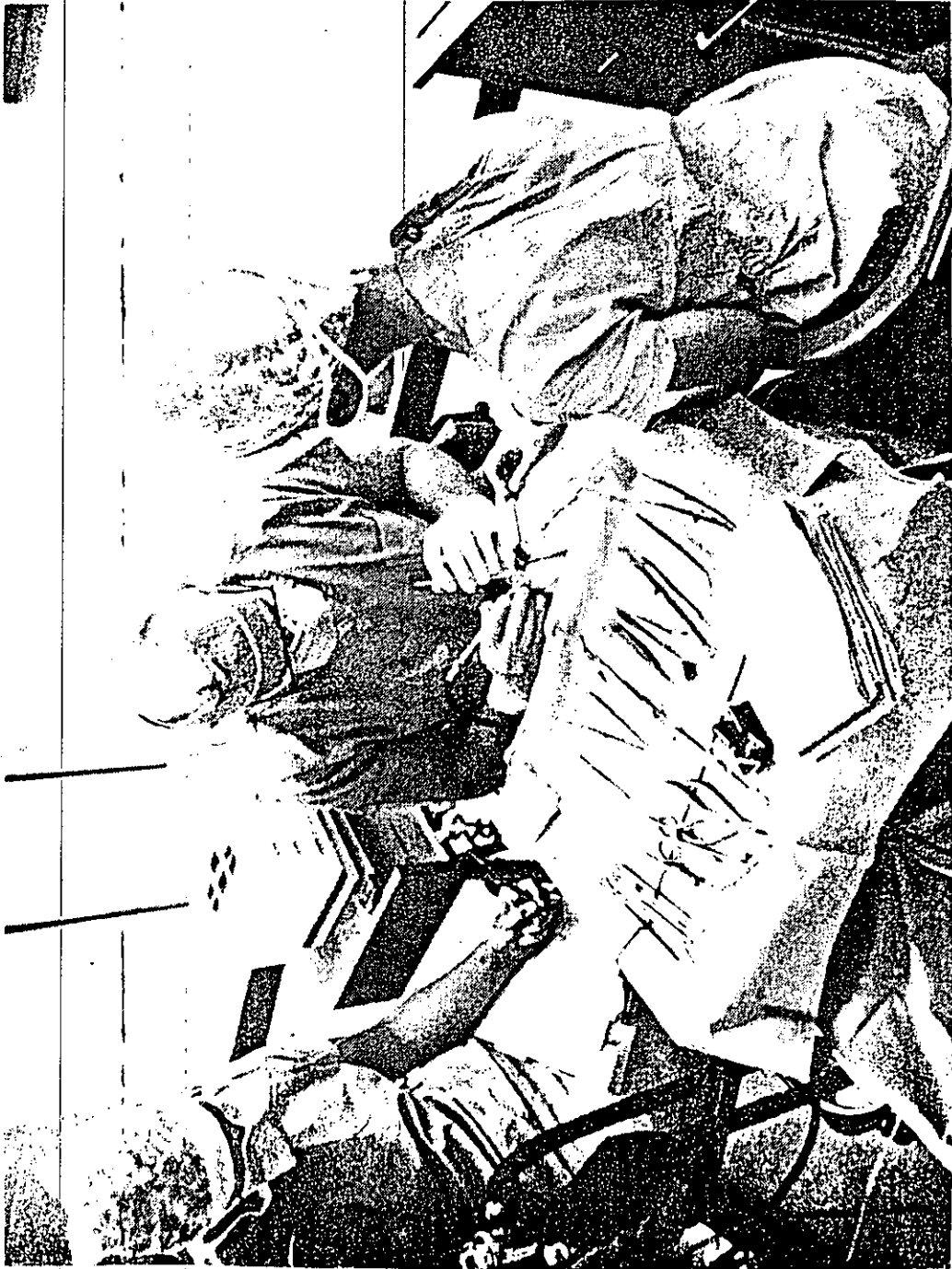
Antes de dar el alta definitiva, se da a los padres las instrucciones postoperatorias y prescripciones necesarias, así como la fecha de la próxima visita.

SELECCIÓN DE LA ANESTESIA.-

La selección de la anestesia, se basará en la índole e individualización de cada caso que se presente para valoración.

La finalidad que persigue la anestesia es la operación sin dolor. Para elegir el agente y la técnica anestésica, hay que considerar 4 fases:

1. Seguridad del paciente
2. Conveniencia del cirujano
3. Comodidad del paciente
4. Capacidad del anestesista.



Typical positioning of equipment and personnel around operating table.

XI CONCLUSIONES

Esté trabajo ha sido realizado, con el fin de exponer algunos temas que nos puedan servir de ayuda en el TRATAMIENTO del NIÑO NO COOPERADOR, en el consultorio dental tales como LA PSICOLOGIA en la conducta de los niños, MANEJO del niño (PERFIL DEL NIÑO COOPERADOR Y NIÑO NO COOPERADOR), ANSIEDAD Y MIEDO, TECNICAS EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA, TECNICAS DE MANEJO DEL NIÑO DISCAPACITADO, TÉCNICAS DE RESTRICCIÓN FÍSICA, TECNICAS DE PREMEDICACION, TECNICAS DE SEDACION ASÍ COMO TECNICAS DE ANESTESIA GENERAL.

A menudo enfocamos nuestra atención únicamente a terminar rápidamente el tratamiento dental, sin detenernos a analizar LA CONDUCTA DEL NIÑO, así como la relación del niño con el mundo que le rodea.

La razón principal de este trabajo, es investigar las causas del porqué el niño tiene una conducta poco favorable dentro y fuera del consultorio dental, tratar de aprender de él, ya que cada niño es único y presenta un patrón de conducta diferente dependiendo de las circunstancias, todo esto para que nuestra práctica odontológica mejore día a día.

Actualmente, los dentistas enfocan su atención a LA PREVENCIÓN. Así el niño desde que tiene un año de vida debe de ir relacionándose con la práctica odontológica, conjuntamente con los padres.

Para prevenir posibles enfermedades en la cavidad oral ó minimizar los efectos, podemos pensar en un tratamiento prenatal y postnatal, para poder empezar con un tratamiento de higiene oral, dieta suplementaria en flúor, nutrición y cuidados orales generales, y así poder anticiparnos a anomalías dentales, además de ahorrar en tiempo y costos.

Es importante estar conscientes del estrés creado a los niños en el consultorio dental, ya que los padres los "obligan" literalmente a asistir al consultorio dental, y el niño va en realidad por obligación, pensando que el dentista es su enemigo, así el niño esta predispuesto a pensar que va a ser molesto el procedimiento odontológico.

Actualmente hay técnicas y métodos para atender y agrandar al niño, comenzando con la vestimenta del dentista y su personal, la decoración del consultorio, el ambiente que percibe el niño, la higiene, así como distracciones para él como música, caricaturas, juegos, libros, etc.

Conjuntando todas estas opciones que tenemos, para mejorar en nuestro trato con niños, tenemos que asegurarnos de ponerlas en práctica, y así tratar de tener un niño feliz en el consultorio dental.

XII BIBLIOGRAFIA

- 1) Tratado de pediatría, Nelson, Richard, E. Behrman, Robert M. Kliegman, 15ª edición, editorial McGraw-hill-Interamericana, 1997, México, D.F
- 2) Manual de Odontopediatría, R.J. Adlaw, W.P. Rock, 3era edición, editorial Interamericana-Mcgraw-hill, 1994, México, D.F.
- 3) Odontología Pediátrica, Sidney B. Finn, 4ª edición, editorial Interamericana, 1976, México, D.F.
- 4) Odontología Pediátrica y del Adolescente, Ralph E. McDonald, David R. Avery, 6ª edición, editorial Mosby, Madrid, España.
- 5) Odontología Pediátrica, J.R. Pinkham. B.S., 2ª edición, editorial Interamericana Mc-Graw-Hill, 1996, México, D.F.
- 6) Odontopediatría, E. Barbería Leache, J.R. Boj, Quezada, editorial Masson, 1995, Barcelona España. Odontología Para El Bebé (desde el nacimiento hasta los 3 años), Luis Reynaldo de figuiredo walter, editorial Amolca, São Paulo-Brasil.
- 7) Trastornos de la Conducta en el Niño, Harvey F. Clarizio, George F. Mc.Coy, editorial El Manual moderno, México, D.F.
- 8) An Atlas Of Pedodontics, W.B. Saunders, Jonh M. Davis, 2ª edición, 1981.
- 9) Odontología Para el Paciente Impedido, Arthur J. Nowak, editorial Mundi, S.A, 1979, Buenos Aires Argentina.
- 10) Manual de Anestesia Pediátrica, Charlotte Bell y Zeev N. Kain, 2ª edición, editorial publicación de harcourt Brace, 1998, Madrid España.
- 11) Sedación guía Práctica, Stanley F. Malamed, Christine L. Quin, 3ª edición, Madrid España.
- 12) Manual de Odontología Pediátrica, Ramón Castillo Mercado, editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana, 1996, Bogotá Colombia.
- 13) Anestesia y Analgesia Dentales, Gerald D. Allen, editorial Noriega Editores, 1989, México, D.F.
- 14) Anestesiología Clínica, G. Edward Morgan, editorial El Manual Moderno, 1998, México, D.F.-Santa Fé de Bogotá.
- 15) Avances en Anestesia Pediátrica, A. Pérez Gallardo, editorial Edika med, Barcelona España.

- 16) Manual de Anestesia Clínica, Paul G. Barash, Bruce F. Cullen, editorial Interamericana, Mc-Graw-hill, 1993, México, D.F.
- 17) Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica, Goodman, Editorial Médica Panamericana, 1991, 8ª edición, México, D.F.
- 18) Cirugía Bucal y Maxilofacial En Niños, L.B.Kaban, Editorial Interamericana Mc. Graw-Hill, 1992, México, D.F.
- 19) Dental communication, David W. Chambers, Editorial Oltana Group, 1992, Sonoma, California.
- 20) Manejo de la Conducta Odontológica Del Niño, Louis W. Ripa, James T. Barenie, Editorial Mundi S.A., 1984, Buenos Aires, Argentina.
- 21) Pediatric Dentistry Total Patient Care, Stephen M.Y. Wei, editorial Lea And Febiger, 1988. U.S.A.

JOURNALS.-

- 22) The effect of children's dental anxiety on the behaviour of a dentist, N. Alwin, J.J. Murray, N. Niven, international Journal Of Paediatric Dentistry, 1994, April (19-24).
- 23) Children's dental anxiety: influence of personality and intelligence factors, M. Toledano, R. osorio, F.S.Aguilera, International Journal Of Paediatric Dentistry, 1995, May (23-28).
- 24) Oral function in the physically handicapped with or without severe mental retardation, Anita Oreland, Jan Heijbel, Journal Of Dentistry for Children, 1989, January- february (17-25)
- 25) Dental management of the child and adolescent with major depression, Arthur H. Friedlander, Ida kreinik-Friedlander, RN, John A. Yagiela, DDS., Journal Of Dentistry For Children, 1993, March-April, (125-131).
- 26) Etiology of oral habits, Ruben E. Bayardo, D.D.S. J. Jesús Mejía, MD, Salvador Orozco, Journal of dentistry for children, 1996, September-October (350-353).
- 27) Assessment of the clinical validity of a simple scale for rating children's dental anxiety, S.F Parkin, journal of dentistry for children, 1989, January-February (40-43).
- 28) A study of the sedative effect of home-administered oral diazepam for the dental treatment of children, Hiroshi Yanase, Raymond L. Braham, Fukuta, International Journal Of Paediatric Dentistry, 1996, June (13-17).

- 29) The use of oral sedatives in dental care, Lena-Hllonsten, D.D.S, The anaesthesiol Scand, 1987, august,(27-30)
- 30) Sedation as an alternative to general anaesthesia, Stefan Lundgren. D.D.S, The anaesthesiol Scand, 1987, Supplemenum 88 (21-23).
- 31) Sedation for the pediatric patient, Charles J. Coté, M.D, Pediatric anesthesia, 1994, February No. 1, Vol.41-(31-57).