

42
2e/ern



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TERAPEUTICA DEL CONTROL DE LA ANSIEDAD
Y EL DOLOR EN EL PACIENTE PEDIATRICO
DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

LUIS BUTRON ACOSTA



MEXICO, D. F.

1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

INDICE

INTRODUCCION.

CAPITULO I

DOLOR.	2
-------------	---

CAPITULO II

MANEJO DE LA CONDUCTA DEL NIÑO.

Introducción.	12
Consejos a los padres.	13
El miedo.	17
Valor del miedo.	18
Temores Objetivos.	19
Temores Subjetivos.	20
El miedo en relacion con el crecimiento.	25
Interferencias interpersonales que alteran el patron de conduc <u>ta</u> ta del niño que visita al Dentista.	32
La protección extremista.	34
Rechazo.	35
Preocupación paterna excesiva.	36
Padre dominante.	36
Instrucciones del Cirujano Dentista a los padres.	37
Técnicas del manejo en paciente pediátrico dental.	39
Apredizaje de reacondicionamiento.	40

INDICE

La visita.....	45
La conversación.....	46
Las atenciones.....	47
Palabras que inspiran miedo.....	47
Las recompensas.....	48
Sobornos.....	49
Ordenes y sugerencias.....	49
El control.....	49

CAPITULO III

PREMEDICACION

Premedicación.....	52
Métodos de premedicación.....	53
Clasificación.....	53
a) Psicológicos.....	53
b) Farmacológicos.....	53
- Bucal.....	55
- Rectal.....	56
- Parenteral.....	56
- Inhalación.....	57
HIDROXINA.	
Farmacología.....	59
Propiedades.....	59
Dosis.....	60
Valoración y recomendaciones.....	60

PROMETACINA

Farmacología	63
Dosis	63
Valoración y recomendaciones	64

MEPERIDINA.

Farmacología	64
Dosis	65
Valoración y recomendaciones	66
Ventajas	66

ALFAPRODINA.

Farmacología	67
Dosis	67
Valoración y recomendaciones	68

MIDAZOLAM.

Farmacología	70
Dosis	71
Ventajas	71

CAPITULO IV

SEDACION CON OXIDO NITROSO

Introducción	73
Nivel I	74
Nivel II	74
Nivel III	75
Aparatos	76
Procedimiento terapéutico	77

Ventajas	78
Desventajas	78
Sedación con Oxido Nitroso en el niño impedido	80
Aparatos de restricción	81

CAPITULO V

ANALGESIA

Introducción	83
Analgésicos no narcóticos	83
ASPIRINA.	
Dosis	85
ACETOMINOFEN .	
Dosis	85
Agentes antiinflamatorios no esteroides (NSAIA)	86
IBUPROFENO.	
Analgésicos narcóticos y Opiáceos	87
CODEINA .	
Dosificación	88.
CONCLUSIONES.	90
BIBLIOGRAFIA.	

INTRODUCCION

El dolor es irónicamente el padecimiento que por lo general, obliga al individuo a buscar la atención odontológica y al mismo tiempo es la razón por la que mucha gente teme acudir en busca de tratamiento dental.

En el paciente pediátrico ocurre un desconocimiento total en la mayoría de las veces, de la actividad del dentista. Es por eso que es muy importante lograr la confianza del niño, convencerlo de que su tratamiento es por hacerle un bien y no un castigo. Por lo mismo el manejo de la conducta del infante es el primer paso de su tratamiento.

En el caso de pacientes aprehensivos, donde el manejo psicológico no fue suficiente para reducir su ansiedad, la previa administración de medicamentos ansilífticos auxilia de manera efectiva sin ser sedación profunda.

Sin embargo, ambos métodos pueden ser insuficientes y es entonces cuando la última alternativa dentro del consultorio dental, es la sedación con óxido nitroso.

Esta permite que el paciente continúe en un estado parcial de consciencia y en posibilidades de cooperar con el dentista. Cabe mencionar que el uso de esta técnica requiere de equipo y personal especializados. La sedación con óxido nitroso es recomendable solo en los casos que a criterio del odontólogo sea necesaria.

En el tratamiento de padecimientos dolorosos, es recomendable la utilización de medicamentos analgésicos preoperatorios. Estos agentes alivian el dolor sin afectar la conciencia considerablemente, se dividen en analgésicos narcóticos y no narcóticos. En el caso del paciente pediátrico los más utilizados son los analgésicos no narcóticos, por su efectividad en menor toxicidad así como de efectos secundarios.

La reunión de todos estos conocimientos, da al odontólogo general, una firme base para iniciar una intervención a nivel pediátrico dentro de su mismo consultorio dental.

CAPITULO I

DOLOR

DOLOR

El dolor es sin duda un padecimiento de primera importancia para el odontólogo, ya que el dolor es el síntoma que con mayor frecuencia lleva al paciente al consultorio dental por lo tanto la meta de todo clínico debe ser el tratamiento satisfactorio; no lograrlo conduce al paciente al escepticismo y al miedo a regresar para la evaluación o para continuar su tratamiento.

El dolor se valora principalmente por los síntomas que manifiesta el paciente, y se divide en dolor agudo, y dolor crónico, es importante diferenciar el dolor agudo del crónico para obtener un buen diagnóstico y establecer un plan de tratamiento.

El dolor agudo sirve como mecanismo corporal defensivo, que estimula al sistema nervioso simpático. Con el tiempo dicha estimulación puede fatigar el sistema mencionado y hacer que sistemas más vegetativos sobrecompensen o se hagan cargo de la situación. Es la fatiga del sistema nervioso simpático lo que causa los dos principales síntomas del dolor crónico: la depresión y la hipcondriasis.

El dolor agudo que puede ser un mecanismo de protección del cuerpo, se manifiesta por ciertas reacciones fisiológicas que abarcan: 1) reacción de alarma, 2) el reflejo de flexión, 3) el reajuste postural, 4) la vocalización, 5) la reorientación de la cabeza y de los ojos para examinar la región dañada, 6) los reflejos autónomos

que producen cambios en los signos vitales, 7) la evocación de una experiencia previa y la evaluación de las consecuencias de la estimulación y 8) otros patrones de conducta que comprenden la frotación del sitio lesionado y la acción de evitación.

El dolor agudo puede durar algún tiempo e incluye ansiedad a sea amenaza interna en contraposición al miedo, que puede verse como una amenaza externa. Los pacientes muy ansiosos reaccionan como si sus cuerpos tuvieran que prepararse para enfrentar algún peligro físico externo, mediante la manifestación de un pulso cardíaco rápido, la dilatación pupilar y al respiración profunda. El resultado final puede conducir a cambios orgánicos y funcionales, tal vez en los sistemas cardiovascular y digestivo.

El dolor se puede tornar crónico al cabo de unos días o meses. El dolor crónico benigno de más de seis meses de duración sin etiología médica o patológica evidente se clasifica como un trastorno de susceptibilidad al dolor.

Los mecanismos fundamentales que respaldan los conceptos fisiológicos del dolor crónico se basan en las teorías periférica y la central. Quienes favorecen la primera creen que el dolor crónico puede considerarse básicamente una continuación del impulso nociocectivo como en el modelo del dolor agudo cuando por algún motivo la causa original del dolor que comenzó el impulso nociocectivo continuará "más tiempo del esperado", "más tiempo de lo usual" o inclusive "más de lo que pareciera razonable". En

consecuencia, existe la creencia, por parte de las personas que apoyan la teoría periférica de que hay un supuesto impulso periférico continuo para explicar síndromes como neuritis, la neuropatía y aún la neuralgia.

Los centralistas creen que con cualquier cambio histórico concomitante con el dolor agudo se establece algún tipo de memoria central del dolor, que puede organizar un circuito de reverberación, un reservatorio interneuronal o disparos repetitivos epileptiformes en los plexos neurosensoriales del sistema nervioso central (SNC).

En circunstancias adecuadas el cerebro puede generar y continuar señalando el dolor y tarde o temprano, llevar un síndrome de dolor intratable, en consecuencia luego que se recupera el estado fisiopatológico periférico no hay necesidad de la estimulación nociocéptica. Quienes apoyan la teoría central podrían suponer que la neuralgia se convierte en dolor central que se "refiere" a la periferia, a la parte de la imagen corporal donde nació el impulso nociocéptico etiológico inicial.

Áreas de la anatomía como los dientes que sufren extensa convergencia neuronal en el SNC, podrían brindar apoyo a ambas teorías tanto periférica, como central.

El stress puede afectar la acción farmacológica, por ejemplo las benzodiazepinas ansiolíticas sedan a seres humanos y animales sin stress, muchas veces con una marcada disminución en la actividad. El stress y la actividad

ansiedad se alivian eficazmente y el desempeño mejora bastante en los individuos que reciben tales medicamentos. El diacepam y los ansiolíticos afines sólo muestran pocos o nulos efectos, las catecolaminas cerebrales o plasmáticas en los animales sin stress; no obstante, en aquellos con stress esos fármacos antagonizan vigorosamente y disminuyen en forma notable los incrementos inducidos por el stress, las catecolaminas plasmáticas o el metabolismo central de la noradrenalina.

Los antidepresores como la imipramina carecen por lo regular de efectos en individuos sanos e incluso pueden originar sedación y disforia. En cambio antagonizan la depresión en los enfermos deprimidos.

Se describe al dolor crónico como una reacción aprendida por tanto, este tipo de dolor, en particular cuando no existen trastornos subyacentes o antecedentes de alguna lesión, puede considerarse con un síndrome complejo que provoca una serie de cambios fisiológicos manifestándose una serie de síntomas aumentados que pasan al "sistema corporal" creando una situación que no puede tener final.

La habilidad para valorar al paciente con dolor crónico radica en romper dicho ciclo positivo de síntomas incrementados para tratar la causa subyacente que según la experiencia, es muy difícil de determinar y origina una serie de cuestionarios y pruebas psicométricas para determinar el dolor.

En consecuencia, actualmente rara vez se habla de curar a un enfermo con dolor crónico, para la mayoría, lo mejor que puede conseguirse es un programa adecuado de control individual. Esta idea sobre el tratamiento del paciente a través de un período prolongado no coincide con la preparación de los dentistas. Como resultado, el dolor crónico, al igual que la hipertensión, ha originado su propia disciplina, y en la actualidad se reconoce su naturaleza compleja.

"Algología" es un término propuesto para describir la ciencia y la evaluación del dolor.

Se considera que el dolor es una experiencia multidimensional con componentes motivacionales, cognoscitivos, afectivos y discriminativos. El motivacional se ocupa del mecanismo de escape como retirar la mano de una estufa caliente. El cognoscitivo es la memoria previa de la experiencia dolorosa, o sea, saber que la estufa está caliente. El afectivo trata la ansiedad y el stress vinculados con la experiencia de dolor, y el componente de discriminación abarca el inicio, la duración, la intensidad y el sitio del dolor. La relativa importancia del componente afectivo obstaculiza la comprensión del dolor clínico y la creación de métodos óptimos para su control, haciendolo una experiencia particular.

La persona que inicialmente tiene una buena experiencia en el consultorio dental tendrá un componente motivacional muy bajo; o sea, no desearía dejar el consultorio. Dicho individuo mostraría un componente afectivo con disminución

de la ansiedad y de la aprensión. Además, presentaría un componente cognoscitivo muy reducido de experiencias negativas en visitas dentales anteriores y podría, en consecuencia, describir el dolor en forma más objetiva. Lo anterior le permitiría al doctor formarse una idea más clara para valorar el problema del enfermo. A la inversa, la persona con experiencias negativas en el consultorio dental estaría presto a dejarlo y tendría un elevado componente motivacional, sería muy aprensiva y mostraría un componente afectivo alto; recordaría una mala experiencia y tendría un componente cognoscitivo elevado, estos factores podrían ensombrecer la presentación objetiva del componente discriminativo, creando un problema para el doctor en la valoración, el tratamiento y el control del paciente.

En muchas ocasiones, el dolor es un síntoma coexistente con la depresión. En una investigación realizada por el Dr. Von Knorring entrevistó a personas deprimidas y encontró que el 60% padecía una queja subjetiva de dolor. A la inversa, con frecuencia hay depresión en sujetos que acuden para tratamiento de un trastorno crónico doloroso. Sin embargo, la mayoría de los sujetos con dolor crónico no presentan los síntomas vegetativos fulminantes observados en la depresión mayor, pero en cambio se notan rasgos más sutiles. Es por esto que muchos individuos no tratan clínicamente con un método la depresión en pacientes con dolor crónico. Como consecuencia, es muy posible subestimar la incidencia y magnitud de la depresión en ese grupo.

Los resultados de laboratorio sugieren que incluso un caso de depresión leve, al sobreponerse a un problema doloroso preexistente, disminuye la tolerancia individual al dolor, aumenta los requerimientos analgésicos y exacerba los efectos debilitantes del dolor.

Asimismo una vez establecido el ciclo dolor-depresión, se vuelve mucho más complicado si el dolor o la depresión fueron el trastorno inicial. La dinámica del problema es tal que este ciclo se refuerza a sí mismo; al final se convierte en una situación auto perpetuada.

En 1976, tres laboratorios comunicaron en forma independiente un fenómeno que desde entonces se conoce como analgesia inducida por stress (SIA). Hace poco el término "supresión adaptativa del dolor" describió mejor la capacidad del organismo para adaptarse a las circunstancias ambientales cambiantes al invocar una serie de sistemas neurofisiológicos. Dichos sistemas dependen desde neurotransmisiones como la serotonina, dopamina, noradrenalina, acetilcolina y ácido aminobutírico (GABA). Dichas sustancias también intervienen en la analgesia o la carencia del dolor así como en su presencias.

De los neurotransmisores citados; la serotonina parece ser única porque desempeña una función doble en la regulación de la nociocepción y el estado de ánimo. Se le encuentra en las uniones neuronales de varias vías del dolor en el cerebro y la médula espinal.

La ablación neuroquirúrgica de las áreas cerebrales ricas en serotonina disminuye la neurotransmisión serotoninérgica y, a su vez, produce un aumento en la reacción conductual inducida por el estímulo nocivo. A la inversa la estimulación de las neuronas serotoninérgicas en la materia gris disminuye la respuesta conductual al estímulo nocivo. Se sabe que la manipulación farmacológica de las neuronas serotoninérgicas origina alteraciones similares en la nociocepción. La depleción de noradrenalina y dopamina también puede inducir un estado depresivo. En consecuencia, no es del todo sorprendente que neurotransmisores como la serotonina, afecten la receptividad dolorosa. No obstante la información acerca de la noradrenalina y la dopamina es inconclusa y los efectos sobre la nociocepción y la analgesia opiácea son mucho menos pronunciados que con la serotonina.

Conforme aumenta el interés científico y clínico por el dolor se observó un reconocimiento más intenso en la complejidad de los síntomas del enfermo. Dicha observación nutrió el concepto de contar con una coordinación de las distintas disciplinas comprendidas en el tratamiento del dolor.

Surgieron los centros para el control del dolor en medios académicos y profesionales, interesados por estandarizar las reacciones y el tratamiento individual para comparar, valorar y llevar a cabo una revisión.

Se enseñan estrategias de enfrentamiento a fin de reducir las necesidades del paciente en cuanto a la adicción a medicamentos y para que puedan llevar vidas útiles. El tratamiento del dolor crónico puede tener un costo excesivo, principalmente por el tiempo empleados en cada sujeto y la frustración por parte del mismo en relación con las expectativas terapéuticas y la duración del tratamiento.

La atención no quirúrgica que ofrecen los centros del dolor incluye: 1) fisioterapia, 2) tratamiento de relajación, 3) acondicionamiento, 4) terapéutica de grupo, 5) regulación de analgésicos, 6) entrenamiento en bio retroacción, 7) estimulación neuronal eléctrica (TENS), 8) rehabilitación.

CAPITULO II

MANEJO DE LA CONDUCTA

DEL NIÑO

MANEJO DE LA CONDUCTA DEL NIÑO

Cuando el dentista asume la responsabilidad de trabajar con niños, debe prever que la tarea, le resultara algo difícil, ya que practicar una odontología modelo para niños no es fácil.

Requiere la adquisición y utilización de amplios conocimientos odontológicos, de los cuales gran parte es común a los que se utilizan para adultos, pero otra parte es única y pertinente solo para niños.

Si el odontólogo conciente en hacer el esfuerzo adicional que se requiere para dominar el tema, se dará cuenta que trabajar con niños es una de las experiencias más satisfactorias de la odontología.

Debe asignarse un espacio en la oficina dental en donde el niño y sus padres puedan recibir instrucción adecuada sobre procedimientos preventivos. Aunque esta información se puede presentar en cualquier parte del consultorio odontológico, es muy conveniente tener una habitación aparte separada de áreas que puedan causar tensión al paciente. La instrucción de higiene bucal deberá ser totalmente, explicada y los padres deberán procurar que el niño participe totalmente hasta cepillarse los dientes y usar hilo dental, que se vuelvan rutinarios en él. Esto puede necesitar que se observe al paciente realizando esta labor cierto número de veces.

Nunca se recalca lo suficiente la importancia de obtener información completa sobre las características de la identidad del paciente y su historial clínico durante la primera visita.

La primera visita al consultorio la hace generalmente el niño en compañía de sus padres. Es posible que las siguientes visitas las haga el niño solo y por lo tanto no podrá facilitar la información requerida. Debe haber formularios disponibles ya impresos para registrar estos datos, que deberán incluir: nombre completo del paciente y su apodo, nombre el padre y de la madre, sus respectivas direcciones y numeros de teléfono, ocupación y la identidad para la que se trabaja.

También se debe pedir y registrar el nombre de la persona que recomendó su consultorio al paciente o a los padres de este. Este en un gesto amable enviar a esta persona una nota de agradecimiento.

CONSEJOS A LOS PADRES

En cualquier situación, el modelo de comportamiento de un niño está regido pr su herencia, y a la medida que se desarrolla por el acondicionamiento que se recibe al entrar en contacto con el medio. La herencia no se puede alterar, excepto dentro de límites estrechos; no puede evitarse.

El comportamiento consecuencia del medio sí puede alterarse; se puede controlar y desarrollar de manera que el niño crezca y llegue a tener una personalidad bien encajada,

adecuado para la sociedad en que se encuentra. Uno de los ajustes que tienen que hacer todos los niños es desarrollar un modelo de comportamiento que sea aceptable socialmente y que satisfaga sus necesidades emocionales y físicas. Cuidados dentales puede ser una de sus necesidades físicas.

El que los niños acepten el tratamiento dental de buen agrado o lo rechacen totalmente dependerá de la manera en que han sido condicionados. El condicionamiento emocional de los niños hacia la odontología, al igual que hacia las otras experiencias que forman la niñez, se forma primordialmente en casa y bajo guía paterna.

Si el dentista va a realizar trabajos dentales satisfactorios en sus paciente infantiles debe contar con su total cooperación si comprende el tipo emocional de los niños y de sus padres. Si no comprende esto le resultara difícil manejar niños.

El dentista tiene que reconocer que esta vinculado emocionalmente a sus padres, y para manejarlos con éxito debe estar conciente de los factores psicológicos y sociológicos que han formado sus actitudes y modelos de comportamiento hacia la odontología. El estudio de la ciencia que ayuda a comprender el desarrollo de medos, ansiedades y furia cuando se aplica al niño en una situación dental es "odontopediatria de la conducta".

El manejo adecuado de los niños en el consultorio dental es responsabilidad del dentista, y la debe asumir sin dudar si quiere cumplir con la obligación hacia sus padres y su profesión. También esta claro que condicionar a los niños hacia el dentista y servicios dentales es responsabilidad de los padres. Deberán aceptar esta obligación como un deber paternal. Si los niños llegan al consultorio por primera vez con exceso de miedo y espíritu no cooperativo, se puede suponer que la falla esta en el condicionamiento paternal.

Aunque es responsabilidad de los padres inculcar en sus hijos actitudes convenientes hacia la odontología, el dentista puede ayudar asegurandose que los padres esten totalmente informados y educados sobre los fundamentos más necesarios de la psicología infantil.

Antes que el dentista en posición de aconsejar a los padres sobre la preparación psicológica adecuada de sus hijos, debe comprender la naturaleza del miedo y estar conciente de como las actitudes de los padres pueden modificar tipos de comportamiento. Debe estar enterado de la formación de la personalidad y como se desarrollan ansiedades.

Debe también tener diplomacia y tacto para transmitir esta información a los padres de manera profesional y adecuada, si el dentista puede aconsejar a los padres clara e inteligentemente, en la mayoría de los caos será aceptado de buena gana.

Si el dentista va a ser un miembro respetado de la profesión ocupada de la salud es necesario que sea competente para discutir problemas relacionado con su campo. Los padres siempre quieren dar a sus hijos todas las ventajas esenciales porque puede decidir que tenga éxito o no.

El dentista que es tan competente como el médico al ofrecer consejos sobre el comportamiento del niño.

Se ve claramente que los problemas de manejo son mucho más importantes para el dentista que puede ver niños bajo tensiones emocionales muy fuertes, sin embargo los dentistas rara veces dan consejos a los padres sobre comportamientos infantiles.

Los padres, a su vez aplicarán estos conocimientos a sus hijos, quienes miraran al dentista favorablemente en vez de con miedo irracional. Estos conocimientos ayudaran tanto al niño como al dentista.

Las ansiedades que experimentamos en la madurez se originaron en la infancia. En los adultos, los miedos y las ansiedades tienen mayor duración y se encuentran generalmente latentes y escondidos; sin embargo existen fobias marcadas de los adultos hacia los tratamientos dentales, y son responsables de que un sector de la población evite tratamientos odontológicos.

EL MIEDO

La responsabilidad de los padres en la preparación psicológica del niño para tratamientos dentales reside principalmente en el problema emocional del miedo.

El miedo representa para el dentista el principal problema de manejo, y es una de las razones por las que la gente descuida el tratamiento dental. Por esta razón es bueno, discutir esta emoción.

El miedo es una de las primeras emociones que se experimentan después del nacimiento, aunque la respuesta al sobresalto este presente al nacer y se pueden demostrar antes del nacimiento reacciones reflejas a estímulos.

El lactante no esta consciente de la naturaleza del estímulo que produce miedo.

A medida que el niño crece y aumenta su capacidad mental toma conciencia de los estímulos que le producen miedo y puede identificarlos individualmente. El niño trata de ajustarse a estas experiencias aisladas por miedo de la huida si no puede resolver el problema de otra manera; si el niño se siente incapaz de hacer frente a la situación y le es físicamente imposible huir se intensificará el miedo.

El miedo y la ira sin respuestas primitivas que se desarrollan para proteger al individuo contra daños y la destrucción propia; la estimulación emocional se descarga por medio del sistema nervioso autónomo a través del hipotálamo puede ser que necesite muy poca integración cortical.

En muchos aspectos el niño se comporta de manera primitiva al tratar de luchar con la situación o huir de ella; cuando no puede llevar a cabo esta aumenta su miedo y entonces la comunicación del dentista con el niño puede ser muy difícil. Incluso con los niños de más edad puede ocurrir una situación en la que el miedo sea tan pronunciado que el niño no pueda razonar claramente. Generalmente a medida que aumenta la edad mental del niño estas respuestas pueden ser cada vez mas controladas por la corteza a través de funciones psíquicas más elevadas.

VALOR DEL MIEDO

Contrariamente a lo que generalmente se cree dirigido y controlado adecuadamente el miedo puede ser muy valioso; puesto que los estímulos que lo producen pueden realmente dañar al niño, el miedo es un mecanismo de protección de preservación.

La naturaleza misma de esta emoción puede utilizarse para mantener al niño alejado de situaciones peligrosas, ya sea de tipo social o físico; si el niño no, teme a castigos o desaprobación de sus padres su comportamiento puede volverse una amenaza para la sociedad; por lo tanto el enfoque del entrenamiento dado por los padres no debiera tender a eliminar el miedo, sino a canalizarlo hacia los peligros que realmente existen, y evitarlo en situaciones donde no exista peligro, de esta manera servirá de mecanismo protector contra peligros reales y evitara comportamientos antisociales.

Debe enseñarsele al niño que el consultorio dental no debe inspirarle miedo, "los padres jamás deberán tomar la odontología como amenaza" llevar al niño al dentista "no deberá nunca implicar castigo" ya que emplearlo así crea indudablemente miedo al odontólogo.

Por otro lado si el niño aprecia al dentista, el miedo a perder su aprobación puede motivarlo a aceptar la disciplina del consultorio.

TEMORES OBJETIVOS

Los temores objetivos son los producidos por estimulación física directa de los organos sensoriales y generalmente no son de origen paterno. Los temores objetivos son reacciones a estímulos que se sienten, ven, oyen, huelen o saborean y son de naturaleza desagradable.

Un niño que anteriormente contactó con un dentista y fue tratado tan deficientemente que se le ha infringido dolor innecesario, por fuerza desarrollara miedo a tratamientos dentales futuros. Es muy difícil que un niño que ha sido dañado de esta manera acuda al dentista por voluntad propia. Cuando le hacen volver al odontólogo debe comprender su estado emocional y proceder con lentitud para volver a establecer la confianza del niño en el dentista y en tratamientos dentales.

Los miedos objetivos pueden ser de naturaleza asociativa; temores dentales pueden asociarse a experiencias no relacionadas.

Un niño manejado deficientemente en un hospital o que ha sufrido en él intensos dolores infringidos por personas con uniformes blancos, puede desarrollar un miedo intenso ha los uniformes similares de los dentistas incluso el olor característico de ciertas soluciones o compuestos químicos asociados anteriormente con situaciones desagradables puede causar temores injustificados.

Un diente doloroso puede asociar dolor con odontología y puede causar aprenhión hacia la visita dental.

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

TEMORES SUBJETIVOS

Los temores subjetivos están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño por personas que lo rodean, sin que el niño haya experimentado personalmente.

Un niño de corta edad y sin experiencia, al oír de alguna situación desagradable, o que produjo dolor sufrido por sus padres u otras personas, desarrollará miedo a esa experiencia. La imagen mental que origina el miedo permanece en la mente del niño, y con la vivida imaginación de la infancia se agranda y se vuelve impotente.

Un niño que oye hablar a sus padres o a un compañero de juegos sobre los supuestos terrores del consultorio dental, tratará de evitarlos lo más posible.

En niños como en adultos lo que más infunde temor es oír a padres o amigos hablar de experiencias desagradables en el consultorio dental.

Los niños tienen miedo a lo desconocido; cualquier experiencia que sea nueva les producirá miedo hasta que obtengan pruebas de que su bienestar no se ve amenazado.

Su miedo es un intento de ajustarse a una situación que temen sea dolorosa. Hasta que el niño esté convencido que no existe razón para asustarse, persistirá el miedo.

La influencia de los padres es de importancia vital en la actitud del niño hacia el dentista.

Es importante que los padres informen a sus hijos sobre lo que pueden esperar del consultorio dental.

El niño deberá conocerle manera general, los procedimientos que le podrían ser aplicados y el aspecto y descripción del equipo del laboratorio antes de la primera visita dental. En la odontología actual no se debe infringir dolor innecesario.

Ningún padre deberá decir a su hijo que va a experimentar dolores intensos.

Pero tampoco debe minimizar las molestias de la odontología. Debe emplearse honestidad sin exageraciones emocionales.

Los temores sugestivos también pueden experimentarse por imitación; un niño observa miedo en otros, puede adquirir temores hacia el mismo objeto o hecho tan genuinos como el que está observando en otros.

Frecuentemente los niños se identifican con sus padres, si el padre esta triste el niño se siente igual, si el padre muestra miedo el niño está temeroso.

La ansiedad del niño y su comportamiento claramente negativo están íntimamente relacionados con ansiedades de los padres.

Los temores por imitación pueden transmitirse sutilmente, y el padre puede hacer muestra de ello y el niño adquirirlo, sin que ninguno de los dos se dé cuenta; son temores que ocurren regularmente y por lo tanto difíciles de eliminar.

Una emoción como la ansiedad que se observa en el rostro del padre, puede impresionar más que una sugerencia verbal, una madre que teme ir al dentista y que siempre va presa de gran tensión emocional, transmite inconscientemente ese miedo a su hijo que la observa.

Es fácil darse cuenta de que incluso como apretar fuertemente la mano del niño en el consultorio dental es un gesto de aliento, lo que puede ser suficiente para que el niño sospeche y comience a sentir miedo.

Generalmente entre más tiempo subsistan temores subjetivos en la mente, más se irán agrandando. En consecuencia, estos temores pueden ser más intensos y no guardan proporción con el miedo objetivo que hubiera producido la experiencia en sí.

Los temores más difíciles de superar son los que vienen de tiempo atrás, generalmente subjetivos.

El miedo a los estímulos objetivos, como el dolor que utiliza una inyección, puede ser superado sin demasiada dificultad para el niño si se utiliza lógica y comprensión siempre que el dolor haya sido experimentado anteriormente.

El niño sabe que la intensidad y la duración del dolor pueden ser soportados y que esta situación a ocurrido anteriormente sin producir mayor daño.

En la mayoría de los casos el miedo en los niños es subjetivo, no consecuencia de tratamientos dentales anteriores.

Aunque las influencias de los padres las más profundas en cuanto a la sugestión, los niños pueden adquirir miedos sugeridos por amigos o compañeros de juegos, o bien de libros o periódico, caricaturas, radio, televisión o teatro, etc.

La eficacia de estas influencias dependerá de la fuerza y repetición de los estímulos y de la sugestibilidad del niño. Por lo general un niño miedoso, temerá a todas las personas y cosas.

Los miedos sugeridos pueden aumentarse a tal grado que llegan a la irracionalidad.

A medida que se desarrollan las capacidades imaginativas del niño, los miedos imaginarios se vuelven más

intensos; los temores imaginarios por lo tanto aumentan con la edad y el desarrollo mental, hasta cierta edad en que la razón prueba que no tiene fundamento.

Los temores pueden ser irracionales en el momento de que el niño no sabe si esta atemorizado de algo, es decir que no sabe porque esta atemorizado.

Puede que recuerdos de experiencias pasadas se borren totalmente de su memoria consciente, pero las emociones asociadas con la experiencia olvidada determinan en gran parte su reacción a acontecimientos similares en el futuro.

La intensidad del miedo en los niños varia, estas diferencias pueden explicarse por hechos tan sencillos como la necesidad de dormir, un niño adormilado tiende a mostrar más miedo que uno despierto porque se le ha reducido la capacidad de razonar y controlar sus temores y tiene una tolerancia menor a reducir sus temores y hacia situaciones desagradables.

El patron de miedo puede ser impredecible ya que no todos los temores de los niños son genuinos.

Frecuentemente utilizan el miedo para otros propósitos; tal vez si utiliza el miedo al dentista para cuando esté en casa no se le pedira al niño que haga su visita dental, son los padres y el dentista los que deben determinar si el miedo es real o simulado.

Cada niño es un individuo y reacciona de manera individual, gran parte de la reacción dependerá de las capacidades innatas físicas y mentales del individuo, un niño que está físicamente sano, con funciones endocrinas normales, responderá de manera más activa que un niño con hipofunción glandular. El niño mentalmente alerta responderá más inteligente y rápidamente que individuos retrasados mentalmente.

Estas diferencias humanas deberán ser comprendidas por los padres cuando enseñan a los niños individualmente para que acepten procedimientos dentales y para que los tomen como una experiencia normal relacionada con la salud.

EL MIEDO EN RELACION CON EL CRECIMIENTO

Se puede enseñar a los padres que la edad es un factor determinante, importante del miedo y modifica la eficacia del condicionamiento.

Los temores pueden ser distintos según cambie la edad del niño. El comportamiento emocional, como cualquier otro sufre un proceso de maduración que depende del crecimiento total del individuo.

La impresión es una forma rígida de aprendizaje, ocurre incluso antes de que se presente el miedo y tiene efectos duraderos.

Las experiencias dolorosas aumentan su eficacia, el aprendizaje por asociación normal se desarrolla posteriormente en la vida.

Una impresión se le llama a la reacción de un individuo a un objeto o situación determinada con la que tuvo relación o contacto anteriormente ya que aparece cuando se presenta un objeto o situación similar o igual.

Es bien conocido el papel de la madre en la superposición de temores tempranos.

La posible relación que existe entre los mismos cuidados y la atención maternal en la personalidad del niño y su reacción al miedo posteriormente en la vida puede tener más importancia que la que se le concedió anteriormente.

Un niño que precede a la amenaza de su seguridad al ser llevado a una situación fuera de su patrón rutinario de vida, responderá con miedo, si es demasiado para comprender la razón del cambio. A medida que el niño crece se desarrolla su capacidad de razonar, uno por uno va descartando estos miedos adquiridos, a medida que la experiencia y la inteligencia le enseñan que hay poca cosa que temer.

Lo que asusta a un niño a los dos años de edad puede no hacerlo cuando tenga seis; por lo tanto la edad es un factor determinante, importantes de lo que produce o no miedo al niño.

El padre y el dentista deberán estar conscientes de estas variaciones con la edad, e interpretar todas las reacciones a estímulos considerando la edad emocional y cronológica del niño.

Los primeros temores que el niño asocia con la odontología son los producidos por lo inesperado y la desconocido.

Cualquier estimulación precipitada o intensa de los órganos, produce miedo en el niño porque es inesperada, el ruido y la vibración de la fresa y la presión que se ejerce al usar instrumentos de mano al preparar cavidades, produce miedo en un niño de corta edad, a menos que el dolor sea intenso, teme más al ruido de procedimientos dentales que al dolor que lo acompaña.

Como el niño de corta edad también teme caerse o movimientos súbditos e inesperados, sentir que sin avisarle lo están bajando o inclinando en la silla dental puede causarle miedo. Movimientos de la mano rápidos y enérgicos también atemorizan, las luces muy fuertes, especialmente la luz intensa de la unidad dental, produce miedo si se deja que brille en los ojos del niño.

Los niños que todavía no van al colegio pueden temer el separarse de sus padres. Si el niño se ve empujado a una situación nueva, en la que debe separarse de sus padres de quienes a aprendido ha depender para obtener seguridad, siente que se le ha abandonado, que lo han dejado solo.

Siente temor de no haber satisfecho a sus padres, cree que esto puede ser la razón de su abandono, puede creer que la odontología es su castigo.

Como hay niños que temen separarse de sus padres, si el niño es muy joven puede ser preferible que el padre lo acompañe a la sala de operaciones durante la primera visita, la madre tendrá que entrar a la sala de operaciones.

Ver la silla o la unidad dental tan poco familiares, con sus extrañas proyecciones puede inspirar miedo a los muy jóvenes.

Se ha observado que los niños inteligentes muestran más miedo que los demás, tal vez por ser más conscientes, del peligro y mostrarse más reacios a mostrar seguridad expresarse verbalmente, sin presencia de pruebas. A esta edad, los niños suelen tener espíritu agresivo y aventurero y actitudes amistosas. Las niñas por el contrario tienden a ser reservadas.

El temor al daño físico puede volverse general. A veces un niño quedara hechos pedazos a causa de un daño menor, incluso el pinchazo de una aguja hipodérmica y la vista de su propia sangre después de una extracción puede producir reacciones completamente desproporcionadas con el grado de dolor. El miedo al daño se asocia a menudo con la odontología por que el niño ha aprendido que el dentista puede dañarlo. Muy a menudo, en la mente del niño se asocia el miedo al dolor con el ser malo, ya que en alguna ocasión,

cuando hizo algo mal, fue perjudicado con algún tipo de castigo. Puesto que el dentista puede hacerle daño, el niño puede interpretar la visita al consultorio por haber hecho algo malo.

A esta edad, el niño esta desarrollando miedo a su propia consciencia, que se está formando con la disciplina correctiva de los padres. Los si y los no devuelven parte de el y pueden llevarle a estados de ansiedad si la disciplina ha sido defectuosa, o pueden conducirle a un buen comportamiento si la disciplina ha sido moderada y justa.

De los cuatro a los siete años de edad el niño entra a una serie de conflictos muy marcados de inestabilidad emocional.

El niño esta en inquietud constante entre su yo en evolución y su deseo de hacer lo que se le pide.

Ha medida que su ego se desarrolla, se vuelve suficientemente fuerte para tolerar muchas tensiones internas desagradables, y suprimirlas hasta que pueda lograr satisfacción. La fantasía en este período tiene un papel muy importante, por ser, tal vez, mecanismo de protección. Sirve como amortiguador de problemas emocionales. Los niños combaten las cosas que temen en la realidad a niveles imaginativos. Al hacer esto el niño, no solo gana bienestar, sino que también desarrolla el valor y la calma necesarios para enfrentarse a la situación real. En la fantasía, los niños harán con placer lo que les disgusta hacer en la realidad; la situación puede llevarse al reino de los juegos.

Puesto que se puede vencer al miedo sometiendo al individuo a la situación que le produce este miedo, hacer esto por juego imaginando y por medio de la fantasía puede ayudar a vencer temores indebidos. En casa, donde el niño experimenta temores subjetivos intensos a la odontología, hacer un teatro de como se va al dentista y como se realizan trabajos en sus dientes puede ser muy eficaz para desvanecer el miedo indebido. A esta edad la valvula de seguridad que es la fantasía es importante, y el dentista puede usarla como instrumento para manejar al niño de corta edad. Incluso en estas edades el niño no esta seguro de su capacidad para hacer frente a peligrosos potenciales y tiende a ser algo tímido aunque los niños de esta edad obedecen ordenes con más prontitud que los que tienen tres años.

Cuando el niño llega a la edad escolar la mayoría de los miedos a la odontología, se han vuelto faciles de manejar solo unos niños conservan fobias definidas.

El niños de esta edad demanda menos y se somete más. Esta desarrollando una curiosidad marcada hacia el medio que lo rodea. El ego del niño alcanza su senit cuando llega a la edad escolar.

A los siete años el niño ha mejorado su capacidad para resolver temores, aunque puede reaccionar de manera que parezca alternadamente cobarde o valiente.

Esta en la edad de preocupaciones pero esta resolviendo los miedos reales. El apoyo familiar es de enorme importancia para comprender y superar sus temores.

El niño de esta edad puede superar el miedo a los procedimientos dentales, porque el dentista puede razonar con el y explicarle lo que esta pasando.

Si se produce dolor, se le puede instruir para que muestre su inconformidad ya sea levantando la mano o con cualquier otro gesto. A medida que los niños crecen, sus temores se vuelven más variables e individuales.

De ocho a catorce años el niño ha aprendido a tolerar situaciones desagradables y muestra marcados deseos de ser obediente. Maneja bien sus frustraciones, no tiene grandes problemas y se ajusta fácilmente a las situaciones con las que se encuentre, desarrolla considerable control emocional Sin embargo, presenta objeciones a que a la gente tome a la ligera su sufrimiento. No le gusta que lo fuercen, que se hagan injusticias o que lo mimen ya sean sus amigos o el dentista en su consultorio.

Los adolescentes especialmente las mujeres, empiezan a preocuparse por su aspecto. A todas les gustaría ser más atractivas. Este interés por lo efectos cosméticos puede usarlo el dentista como motivación para buscar atención odontológica estan dispuestas a cooperar para satisfacer su ego, los problemas de manejo ocurren tan solo en las personas que estan considerablemente más mal ajustadas de lo normal.

INTERFERENCIAS INTERPERSONALES QUE ALTERAN EL PATRON DE CONDUCTA DEL NIÑO QUE VISITA AL DENTISTA.

Existe una gran cantidad de interferencias interpersonales que alteran el patrón de comportamiento de todo niño que visita al dentista. Cada niño reaccionara de manera diferente basándose en la influencias del medio y su herencia, puesto que en la formación de personalidad básica intervienen factores hereditarios.

Las relaciones entre padres e hijos se cuentan entre las principales relaciones interpersonales, las relaciones entre padre e hijo suelen ser las más íntimas y por lo tanto las más potentes para determinar el comportamiento emocional del niño.

Cuando se consideran el número y la variedad de factores emocionales que se manifiestan en actitudes de los padres, tales como afecto, indiferencia, hostilidad, rivalidad, dependencia, dominación, sumisión, si las actitudes de los padres de defectuosas, el comportamiento del niño puede alterarse, hasta el punto de convertirlo en un paciente dental difícil, por otro lado si los padres muestran actitudes saludables hacia sus hijos, los niños se comportan satisfactoriamente.

Las actitudes de los padres por lo tanto, pueden determinar que un niño sea amigable u hostil, cooperador o rebelde.

En la mayoría de los casos, el comportamiento del niño en el consultorio dental es un excelente indicador de las actitudes que tienen sus padres hacia él.

Frecuentemente los padres adoptan una actitud hacia sí mismos y otra hacia sus hijos, esta falsedad no es eficaz. Los niños tienen una gran observación aguda que hace que no se les pueda engañar mucho tiempo.

No hace falta ser perfecto para ser bueno como padre, si ambos padres muestran una perfección irreprochable, el niño no le quedara oportunidad de observar equivocaciones y como remediarlas.

Si ambos padres son perfectos, el hijo no tendrá experiencia para enfrentarse a sus propias equivocaciones y le será difícil integrarse a la sociedad.

Todos los seres humanos pero sobre todo los niños tienen las necesidades de amor, protección, aceptación, autoestima, independencia, autoridad, limitaciones, consuelo y apoyo. Estas necesidades deberán satisfacerse para que el niño pueda llegar a la madurez.

Es necesario amor para que el niño sienta que es querido y aceptado lo que le da confianza en sí mismo y capacidad para hacerle frente al miedo que lo rodea, la disciplina por otro lado indica al niño sus limitaciones lo que lo hace comprender su libertad de acción, sabrá cuando sus actos pueden ocasionarle problemas.

CONSECUENCIAS DEL TRATO EXTREMISTA DE LOS PADRES
PARA CON SUS HIJOS.

LA PROTECCION EXTREMISTA.

Cuando el impulso protector de los padres raya en la exageración interfiere en el desarrollo psicosocial del niño, el niño que esta excesivamente protegido, no puede utilizar iniciativa propia o tomar decisiones por sí mismo.

Cuando los padres realizan sus actividades sociales más elementales como será el vestirlo, ayudarlo a alimentarse o se le reprime para el trabajo y el juego por miedo de que se lastime, se enferme, provocan en el niño un miedo e incapacidad para salir adelante de situaciones que aún cuando serán cotidianas para un niño normal para él representan enormes dificultades que sin el apoyo de su "mamá" son imposibles de resolver.

Los padres sobre protectores crean niños tímidos, delicados, sumisos y temerosos. Tienen un marcado sentido de inferioridad.

Sin embargo estos niños suelen ser buenos pacientes ya que resultan obedientes y conocen muy bien lo que significa "disciplina", pero lo más conveniente es que el dentista trate de romper con la timidez para crear en el niño una confianza en sí mismo de su capacidad para ser buen paciente.

Asimismo existen los padres que colman a sus hijos de regalos, juguetes y en general cumplen cualquier capricho que el niño tenga. A estos niños como se les hace creer que son superiores y dignos de gran atención y servicio, por lo tanto se vuelven individuos sumamente egocéntricos y egoistas si no se les da lo que piden hacen berrinches e incluso tratan de golpear a aquel que no cumple sus deseos.

Son niños muy mimados y muy difíciles de tratar en el consultorio dental.

Rechazo

El niño rechazado se le considera no solo aquel que no es deseado por sus padres, sino también a aquel que sufre de la indiferencia de los mismos. Esta indiferencia no siempre es emocional, sino también puede ser circunstancial como en el caso de padres que su trabajo les impide dedicarse a sus hijos.

Es posible que a estos niños se les moleste e insulte constantemente o esten simplemente descuidados. Estos niños tienen muy poca autoestima y sufren ansiedades muy profundas.

Es un niño que no puede confiar en nadie por lo tanto es agresivo, vengativo y muy nervioso; estos niños en varios casos se pueden convertir en delincuentes.

Dentro del consultorio dental, son difíciles de manejar pero nunca se debe tratar a este niño con rechazo sino en la medida de lo posible cumplir con sus demandas ya que está habido de tener algo de atención, de hecho algunas veces se portan mal para llamar la atención.

Pero hay que adiestrarlo para que cuando se porte bien se le trate bien y cuando se porte mal no tan bien.

PREOCUPACION PATERNA EXCESIVA

Cuando por alguna razón el niño padeció en el pasado de alguna enfermedad o sufrió algún accidente, los padres tienden a sobreprotegerlo, a no permitirle que juegue solo, a exagerar pequeñas enfermedades.

El niño se vuelve tímido e incapaz de valerse por sí mismo, puede ser muy buen paciente pero también difícil, si no se logra vencer sus temores. En este caso lo difícil es principalmente el manejo de los padres, pues están sobreexaltados casi todo el tiempo por la salud de su hijo.

PADRE DOMINANTE

Este tipo de padre exige al niño responsabilidades que están más allá de las que son propias de su edad, lo critican y son duros con él lo que ocasiona que el niño sea negativo, la mayor amabilidad será suficiente para que el niño acepte el tratamiento pero debe de tratarse de nunca ridiculizarlo frente a su padre.

INSTRUCCIONES DEL DENTISTA A LOS PADRES.

Se debe de dar a los padres una serie de consejos a manera de guía para que esto facilite la interacción y cooperación del niño con el dentista.

1.- Pedir a los padres que no hagan ninguna referencia de sus miedos personales delante del niño, ya que la causa principal del miedo en el niño es el escuchar sobre experiencias desagradables de sus padres o de cualquier otra persona.

Tampoco debe exagerar sobre el buen trato y la amabilidad del odontólogo y sus servicios.

2.- Jamás los padres deberán utilizar al dentista como una amenaza o un castigo dado que el niño generalmente asocia el castigo con el sufrimiento.

3.- Aconseje a los padres para que la visita al dentista le resulte un acto familiar para lo cuál el odontólogo saludara al niño cordialmente y contestando con demostraciones (si es posible) cualquier duda que el niño tenga con respecto del funcionamiento del equipo, será conveniente que el dentista haga un pequeño regalo al final de la cita para que el niño sienta que tiene un amigo nuevo.

4.- Los padres deberán mostrar confianza ante los servicios odontológicos ya que esto dará el valor necesario al niño para enfrentarlos, porque existe una relación íntima entre los temores de sus padres y los de él.

5.- Instruya a los padres sobre que el ambiente que impera en su casa y las actitudes de ellos, son de gran importancia para el comportamiento del niño en cualquier otro lado.

6.- Aconseje a los padres para que recalquen en el niño el valor de los servicios dentales, no sólo para curar sus dientes, sino para conservarlos sanos (odontología preventiva).

Se dice que el peor momento para que el niño tenga su primera experiencia con el dentista, es cuando sufre dolor.

7.- Aconseje a los padres para que traten de no sobornar al niño para que acuda al dentista, porque el niño puede imaginarse que se trata de algún peligro, por lo que lo premian para que vaya, no por haber ido.

8.- Se debe decir a los padres que jamás intenten quitarle el miedo a sus hijos por medio de burlas o haciendo parecer que los servicios dentales como algo simple y ridículo, porque esto sólo crea un gran resentimiento hacia el dentista.

9.- Los padres deberán tener conciencia de que existe la necesidad de evitar cualquier impresión negativa sobre los servicios dentales que puedan llegar de fuera.

10.- El padre no deberá jamás protemer o jurar al niño sobre lo que va o no a hacerle porque, un dentista nunca efectúa un tratamiento bajo situación comprometida y esto sólo ocasionara en el niño desconfianza y una profunda decepción.

11.- Se debe procurar que algunos días antes de que el niño tenga su primera cita los padres le digan al niño que va a visitar al dentista, esto debe hacerse de manera natural sin mostrar exceso de simpatía o denotar ansiedad.

12.- Los padres deberán entender que ellos acuden con el niño en calidad de acompañantes o invitados, deberán estar conscientes que al llegar al consultorio, deberán ceder los cuidados del niño al dentista, el niño entrará solo a la sala de tratamiento y si se dá el caso de que los padres entren con él, lo harán unicamente como espectadores.

TECNICAS DE MANEJO DEL PACIENTE

Es cierto que la mayoría de los niños llegan al consultorio dental con aprensión y miedo, sin embargo la mayoría de ellos se adecuan a las rutinas de trabajo del dentista si se manejan adecuadamente.

Hay que tomar en cuenta que no es lo mismo atender a niños pequeños que a niños más grandes, y además que el mismo niño está en constante crecimiento, y puede que el mismo paciente halla cambiado totalmente su comportamiento con el paso del tiempo.

Cuando el niño es poco cooperativo hay que pensar que generalmente se debe a que tiene miedo al dolor, aunque existan pocas razones para que lo tenga, él estara con un comportamiento desagradable, como mecanismo preventivo de cualquier atentado contra su bienestar.

Si el tratamiento que se le va a efectuar si le puede llegar a ocasionar dolor es mejor que el niño los sepa, ya que es preferible esto ha perder la confianza del niño.

El intentar convencerlo con ideas inespecificas del porque; resulta inútil, ya que en situaciones de extremo temor la razón es dominada por el deseo de huir y cualquier apoyo verbal de seguridad pasara como si nunca hubiera sido dicho.

APRENDIZAJE DE REACONDICIONAMIENTO

El dentista debe guiar a su paciente para que pierda el temor y acepte los tratamiento odontológicos y que estos no representan ningún atentado contra su seguridad.

El tacto y la simpatía deberán ser la base para iniciar la relación del dentista con el niño, lo primero para reacondicionar al paciente es saber si teme a la odontología, para lo cual es conveniente interrogar a los padres sobre experiencias anteriores, o de su actitud hacia la visita.

Si se sabe la causa del miedo se sabrá como controlarlo o evitarlo.

Lo siguiente es que el niño se familiarice con el consultorio dental y con el equipo, de esta manera se comenzará a ganar la confianza del niño y saciara su curiosidad y disminuira su miedo.

A todos los niños en general les encantan los aparatos con botones y que hacen algún ruido o tienen formas extrañas.

Se le puede permitir al niño que pruebe algo del equipo, el dentista hará funcionar cada pieza o explicara su funcionamiento, así el niño esta familiarizandose con cada acción y sonido de equipo.

Se hará una demostración de la pieza de alta velocidad en la uña del niño, y se le indicara el pedal con el cual es controlada para que el niño sepa "que puede ser detenida en cualquier momento".

Una vez que el paciente se ha familizado con el equipo, el siguiente paso sera tratar de ganar su confianza totalmente, se eligen las palabras y las ideas cuidadosamente, si se utilizan las palabras e ideas adecuadas se lograra la confianza sin perder mucho tiempo lo primero es que el niño sienta que el dentista simpatiza con sus problemas y los conoce.

Deberá usarse un lenguaje de acuerdo al niño y hablarle sobre temas que a él se interesen (la escuela, amigos, etc.), si por ejemplo el niño le dice que tiene problemas con las matematicas o la ortografía usted debe decir que cuando estaba en la escuela esas asignatura también se le dificultaban.

Es siempre conveniente que el dentista conozca la caricatura de moda o el superhéroe más popular si el

paciente llega al consultorio arreglado o con zapatos nuevos estos serán detalles que el dentista no deberá pasar por alto, pero sin exagerar.

En la primera visita deberá de ser posible efectuar tratamientos menores e indoloros, se hace su historia clínica se instruye en el cepillado dental, se toman las radiografías requeridas, siempre si se trata de ir de operaciones más sencillas a las complejas, siempre y cuando no se trate de una urgencia.

Generalmente los padres acompañan al niño en la sala de tratamientos en su primera visita, para que entiendan la importancia de la higiene y el cuidado de la boca de su hijo.

Por desgracia esto casi nunca es posible en la primera cita ya que generalmente el niño llega al consultorio con dolor y con necesidad de un tratamiento extenso, pero aún en estos casos la honestidad y la franqueza son lo más adecuado. se debe hablar con naturalidad sobre el tratamiento y sus consecuencias, de igual manera se dira que si se le esta produciendo dolor insoportables el dentista se entendra o lo arreglara para que sea menos que el dolor.

La sinceridad nunca debe perderse en visitas posteriores y sera repetida para cada diferente operación dental.

Cuando se manejan niños demasiado pequeños las explicaciones se dificultaran un poco por lo que siempre una actitud natural y comprensiva.

Sin embargo es posible que tenga que trabajar con el niño llorando.

Cuando el niño no deja de gritar, el sacar a sus padres de la sala de tratamiento suele ser suficiente, o dejarlo llorar un rato hasta que se desahogue.

Pero si la actitud de sus padres no ha sido la adecuada el niño estara en histeria y no se va a callar mas que por medio físicos.

Lo primero que debe intentarse es colocar la mano suavemente sobre su boca, pero solo se dira que es para que el pueda escucharnos; nunca trate de impedir su respiración porque esto aumentara su stress, solo hay que hablarle con voz suave indicandole que si deja de llorar usted quitara su mano, si en este momento el paciente deja de llorar quite su mano y hablele de otra cosa que no tenga que ver con la odontología.

Es extraño, pero generalmente esto basta para que el niño se vuelva un paciente cooperador e ideal.

Sin embargo, cuando el odontólogo no posee el tiempo necesario para reacondicionar a su paciente las cosas no resultan tan bien, siempre es mejor sacrificar una hora en adiestrarlo que perder al paciente.

Otra parte que es importante tomar en cuenta es el tratar de que el niño sienta que el consultorio es un lugar

donde acuden los niños a "curar sus dientes", para esto es importante el aspecto del consultorio dental.

Se pueden colocar sillas y mesas de tamaño pequeño con libros de interés para niños de varias edades, o también puede haber algunos juguetes sencillos y resistentes, se pueden también dar recordatorios llamativos, que el niño sienta que son directamente para él.

En la sala de operaciones puede haber dibujos de niños jugando o sonriendo alegres con una dentadura sana.

Debe evitarse que el niño vea algodones con sangre o escuche gritos, o que vea pacientes con dolor o hinchados, trate de que estos pacientes tengan su cita a otra hora distinta.

Cuando se enfrente por primera vez a un niño debe de llamarlo por su nombre, si no lo conoce preguntelo no lo llame " mijito" o de otra manera que no le sea familiar, o en el mejor de los casos utilice el diminutivo que usa su mamá.

Trate de dirigirse en la plática al niño, durante la elaboración de la historia clínica hagale al niño tantas preguntas como pueda contestar, evite excluirlo de la platica ya que esto lo hara pensar que lo que le va a ocurrir no será tan agradable.

No demuestre entusiasmo, no lo salude agresivamente, tratelo de manera natural y cálida. Tome en cuenta que los niños le temen a los "desconocidos" pero solo si nos les inspiran confianza en su manera de tratarlos.

Cuando el niño es muy pequeño no se querra soltar del brazo de su madre, por lo cual usted debera acercarse y abrazarlo de los brazos y tomar el control sobre él pero sin lastimarlo, que sienta que usted tiene la suficiente fuerza para llevarlo a donde usted desee pero que no lo va a lastimar.

Si el odontólogo no siente suficiente confianza en si mismo el niño lo notara y cambiara su actitud.

No existe ninguna "magia secreta" para establecer un correcto contacto entre el dentista y el niño mas que los conocimientos, el sentido común y la experiencia.

LA VISITA

Hay que procurar que un niño no permanezca en el sillón dental más de media hora, cuando se atienden niños la duración y el horario de la visita son factores que pueden afectar el comportamiento del niño.

Ya que aún los niños que son muy cooperativos se cansan con visitas largas y al final de estas tienden a ya no cooperar.

La hora también es un factor muy importante que afecta el comportamiento del niño, por ejemplo si el niño acostumbra dormir a una hora específica una siesta, se debe tratar que no coincida con la hora de la visita porque un paciente irritado y adormilado es de difícil manejo, lloran muy facilmente son muy irritables para aguantar la más mínima molestia.

Pero si el mismo niño es citado a otra hora distinta puede que su comportamiento cambie radicalmente.

El niño no debe ser traído al dentista después de una experiencia emocional fuerte, como la muerte de un pariente cercano, o el nacimientos de un hermano, porque la visita solo aumentaria su ansiedad y le crearia conflictos emocionales.

En estos momentos de tensión emocional es muy difícil lograr en el niño confianza y cooperación.

LA CONVERSACION

La mayoría de los adultos prefieren silencio mientras se les esta atendiendo, pero con los niños pasa al revés si escuchan una conversación casi constante se sentiran manos olvidados e ignorados.

Se debe utilizar un lenguaje adecuado a la edad del niño, no trate de chiquear a niños de 4 o 5 años, porque los niños halagados cuando se les habla como si fueran mayores, si se trata de un niño más pequeño agregue algo de fantasía a la platica, esto la hara más interesante, aleje sus mentes de los tratamientos dentales, no haga preguntar que el niño tenga que contestar mientras tenga la boca abierta, porque es posible que él lo utilice de pretexto para interrumpir el tratamiento dental.

LAS ATENCIONES

Trate siempre de prestar la mayor atención posible al niño, imagine que es su único paciente, si el niño es demasiado pequeño no lo abandone en la unidad dental si le es inevitable dejar la sala de operaciones por un momento asegúrese de que el niño no se quede solo porque sus temores aumentarían terriblemente.

También es conveniente no moverlo sin avisarle a otro sitio desconocido para él porque le causara ansiedad de ser posible realice todo el tratamiento en la misma sala, esto facilitara las cosas y evitara aumentar la ansiedad del niño.

PALABRAS QUE INSPIRAN MIEDO

Gran parte de los temores subjetivos se deben más a las palabras que se utilizan que al procedimiento en sí.

Los odontólogos deben evitar las palabras que puedan inspirar miedo, como "aguja", "sangre", "inyección" etc.

En cambio si utilizamos alternativas como por ejemplo: "te vamos a dormir tu diente", "te va a picar un mosquito" a todos los niños los ha picado un mosquito, pero saben que aunque es molesto, no es insoportable.

Se debe substituir la palabra "dolor" por la palabra "molestia", de esta manera el niño cooperara mejor y el dentista le habra informado lo que le va a hacer sin inspirarle miedo.

LAS RECOMPENSAS

Las recompensas y los castigos han sido siempre la base de cualquier proceso de aprendizaje, por ejemplo los animales amaestrados, que se les da comida cuando efectúan la suerte que se les enseña de manera correcta o aún los incentivos económicos que dan a los empleados de una empresa por puntualidad o ventas, etc.

De igual manera es totalmente válido e incluso recomendable dar recompensas a los pacientes que se portan bien.

Al niño le es muy importante que si él considera que si esta manteniendo un buen comportamiento el dentista lo note, y además lo premie esto será una meta para las proximas visitas.

si se logra esto el niño tratara de mantener ese nivel que el mismo estableció, siempre que el niño lo logre digaselo, alabe más a el comportamiento que a él, es decir no diga que es un buen niño, sino que que bueno que hoy se portó bien, de esta manera intentará siempre lograr la aprobación del dentista.

Los regalos son buenas recompensas pueden ser desde globos, modelos de yeso, hasta estrellas doradas, o pequeños juguetes, aunque sera más importante el regalo que lo representa: "hoy otra vez me porte bien".

SOBORNOS

Estos vienen ha ser la contraparte de las recompensas, muy rara vez funcionan y pueden ocasionar que el niño se porte más mal aún para recibir más sobornos.

Un niño muy perceptivo pensara que el dentista es incapaz de manejar la situación.

La misma recompensa por si sola, sera un soborno para que el niño regrese en visitas posteriores.

ORDENES Y SUGERENCIAS

Si el odontólogo le pide al niño que haga algo se esta cometiendo un error ya que si usted le sugiere que obedezca su petición le esta dando la posibilidad de elegir el hacerlo o no, y por lo tanto usted no tendrá argumentos para decirle que se ha portado mal, pero tampoco ordene de manera energica porque entonces la respuesta sera totalmente negativa, no de opciones pero nunca dude en sonreir, sea firme si el caso lo requiere.

EL CONTROL

Si el niño esta asustado trate de ponerse un poco en su lugar, sea razonable con el, hagalo participar de los tratamientos, si puede ayudarlo a sostener algo sera excelente para él, será parte del servicio.

Trátelo como un individuo que tiene sentimientos, razonamientos y emociones, no como un objeto en la unidad dental.

El dentista deberá de intentar nunca perder la serenidad y el dominio sobre sí mismo.

Eso es señal de que usted esta derrotado frente al niño, además la ira lo coloca en una situación de desventaja y en incapaz de razonar adecuadamente respecto de los procedimientos efectuados.

Si el dentista le grita al niño dificultara aún mas su cooperación.

Si esto sucede es mejor despedir al niño y citarlo para otro día.

Si nunca se logra establecer la cooperación adecuada del niño es mejor cederlo a otro dentista a crear en el niño un sentimiento negativo para los tratamientos dentales que puede durar toda la vida.

Los movimientos deben ser suaves, nunca rápidos o bruscos, cuando mueva el sillón o lo baje de el hagalo suavemente no lo deje caer de golpe, porque sentira que se cae, el niño se sentira agredido si usted es muy brusco y se sentira protegido si no lo es.

CAPITULO III PREMEDICACION

PREMEDICACION

Para la mayoría de los niños, la inyección del anestésico local es el procedimiento más desagradable que encuentran dentro del consultorio dental.

Muchos niños se tornan aprensivos antes y durante la inyección dificultando el control de sus movimientos.

Estos mismos, que constituyen un serio problema durante la inyección, con frecuencia se calman y se tornan dóciles durante el resto del tratamiento. Los niños rápidamente adoptan un estado mental agitado, creado por visiones deformadas de la aguja o la inyección, y pueden desquiciarse bajo el miedo que produce la inyección.

Una vez realizada la inyección, el tratamiento dental generalmente se lleva a cabo con poca o ninguna dificultad.

Con frecuencia, la inyección del anestésico local, para el niño aprensivo, se lleva a cabo utilizando la fuerza. Este método requiere que el ayudante sostenga las manos y los pies mientras que el dentista sujeta la cabeza, todo esto se trata de mantener abierta la boca y llevar la aguja al sitio correcto.

Esta experiencia es desconcertante para todos los participantes. El dentista se cansa y se altera y el niño aún más reacio. El asistente dental cansado de sujetar un niño es un sillón dental, duda mentalmente acerca del "profesionalismo" del consultorio.

METODOS DE PREMEDICACION

Para eliminar el miedo del niño a el tratamiento dental y especialmente a la inyección, pueden emplearse diversos métodos de premedicación.

Estos pueden ser clasificados como sigue:

I.- Psicológicos.

II. Farmacológicos.

- a) Bucal
- b) Rectal
- c) Parenteral
- d) Inhalación

El método de premedicación psicológica es importante para el manejo de cualquier paciente, niño o adulto. Es relativamente fácil, no requiere equipo especial y puede ajustarse a las necesidades individuales del paciente y cuando es empleado correctamente, carece de efectos secundarios indeseables o efectos posteriores. Su uso en casos debidamente seleccionados da por resultado la aceptación de la inyección y del tratamiento.

Aunque se clasificó esto como un método de premedicación no se trata más que de un buen manejo del paciente. El manejo inteligente del niño requiere una apreciación de su estado mental.

Debemos conocer las manifestaciones más sutiles del miedo y la ansiedad, así como los cambios en el comportamiento más obvios.

Las alteraciones en el habla, la expresión facial, el ritmo cardiaco, el ritmo respiratorio, la sudación y la respuesta vascular periférica deberán provocar nuestro interés.

El buen facultativo deberá adquirir la habilidad para conocer estos cambios y otros, así como el grado de miedo o ansiedad que representan. Empleará entonces los conocimientos psicológicos que posee para establecer comunicación y eliminar el temor del niño. En muchos casos el hábil uso de esta modalidad bastará. La inyección podrá realizarse y el tratamiento concluirá. "Aliviar el temor del niño" mediante la palabra, posee una larga y honorable tradición. En los casos en que el buen manejo del paciente lleve a cabo este objetivo, estará contraindicado el uso de fármacos.

Hay casos sin embargo, que la interacción psicológica por sí sola no es capaz de alcanzar este objetivo. Aún llevando procedimientos adecuados el niño reacciona negativamente a la experiencia y hasta al pensamiento de la inyección y al tratamiento dental.

Existen muchos fármacos para premedicar al niño aprensivo; sedantes, agentes gaseosos, tranquilizantes o antihistamínicos con efectos sedantes representan varios tipos de drogas útiles a este respecto. Cualquier libro de farmacología informara al dentista de estas drogas y su utilización.

Observemos las vías de penetración del fármaco en la sangre:

BUCAL

De las posibles vías de entrada de un fármaco a la sangre la vía bucal es la más frecuentemente empleada. La absorción del fármaco a través de las membranas del conducto gastrointestinal puede ocurrir teóricamente en toda su extensión. Sin embargo, el nivel de absorción real es afectado por diversos factores, incluyendo la naturaleza del contenido gástrico e intestinal, así como las secreciones, tiempo de vaciado del estómago y motilidad del conducto. Otras variantes son los factores químicos relativos a la solubilidad del fármaco, magnitud de la partícula.

En el niño atemorizado, muchos de estos factores hacen que la administración por vía bucal sea poco eficaz. El niño puede rechazar en forma líquida por su sabor, o puede negarse a tragar pastillas o cápsulas. El padre puede resistirse, o puede administrarlo sin fijarse la dosis y el tiempo. El miedo y las emociones con intensidad disminuyen la motilidad gástrica y aumentan el tiempo de vaciado gástrico, retrasando así la entrada del fármaco al intestino. Por la variación en el ritmo de absorción, el tiempo en que el fármaco ejerce su máxima acción farmacológica fluctúa.

La absorción variable puede conducir a un efecto prolongado, eliminación y recuperación lentas. Es muy frustrante en el momento del tratamiento que exista poca o ninguna sedación, seguido por el informe de la madre de que el niño se mostraba soñoliento horas después.

RECTAL

Los sedantes también pueden administrarse por vía rectal. Los mecanismos de absorción por esta vía son similares a los de otras porciones del conducto gastrointestinal; sin embargo, la absorción generalmente es más lenta que por la vía bucal. Aunque el recto posee importante riego sanguíneo, su área superficial para la absorción es limitada.

Además las propiedades físicas y químicas del fármaco o su vehículo desempeñan un papel importante en la absorción de este sitio. Una vez más la absorción lenta y el efecto imprevisible, así como la variación en el tiempo máximo de acción farmacológica, hacen que esta vía de administración sea poco útil para uso sistemático en odontología.

PARENTERAL

La administración endovenosa del fármaco supera muchos problemas que presentan otras vías. El efecto es rápido, la dosificación puede controlarse con precisión, los niveles sanguíneos son conocidos y los efectos del sedante pueden ser "titulados" para corresponder a las necesidades precisas del niño. Sin embargo, existen ciertos problemas que anulan las ventajas de esta vía para administrar sedante sistemáticamente a los niños.

No existe una forma de enmascarar el hecho de que esta ocurriendo la punsión de una vena. En un niño atemorizado y

agitado puede ser necesario usar fuerza física para controlarlo; aún en el niño dócil, las maniobras preliminares para la administración endovenosa pueden elevar su temor a alturas intolerables. Otros problemas que debemos considerar son inyección intrarterial inadvertida, filtración de la solución hacia los tejidos circundantes, inyecciones demasiado rápidas y reacciones alérgicas a las drogas. Debemos poner especial cuidado en la dosificación.

Una vez inyectada una droga no puede ser "sacada"; por lo tanto una sobredosis se convierte en un complicación molesta y frecuentemente peligrosa.

Los fármacos también pueden administrarse por vías intramuscular y subcútanea. Aunque la absorción es generalmente más rápida y previsible que por vía bucal, la absorción variable aún constituye un problema. La solubilidad de las sales de diversas drogas afecta marcadamente a la absorción además el fármaco indicado puede ser irritante para los tejidos, provocando dolor en el sitio de la inyección, y en casos graves, necrosis tisular.

INHALACION

La sedación por inhalación de agentes gaseosos puede ser considerada como variante de la administración intravascular.

Las membranas alveolares pulmonares una gran área superficial para la difusión de las moléculas de gas hacia los capilares pulmonares.

El óxido nitroso, es el fármaco más frecuentemente empleado como agente por inhalación, generalmente aplicado por intubación, aunque también es posible su aplicación por medio de una máscara aunque la aplicación de esta manera reduce la exposición del dentista. al N_2O pero el nivel tiempo-peso recomendado por el "National Institute for Occupational Safety and Health" se mantuvo significativamente alto.

El óxido nitroso se difunde rápidamente en la sangre, como no es metabolizado por los tejidos y es eliminado sin cambio, principalmente por los pulmones; la eliminación es rápida. Por lo tanto el nivel de óxido nitroso en el cuerpo y su efecto sedante pueden ser controlados con precisión.

El tiempo de recuperación es mínimo comparado con otros métodos de premedicación. Esta forma de sedación es aceptada por el niño mucho más fácilmente que cualquier tipo de inyección.

También se eliminan los factores de tiempo y dosificación precisa respecto al paciente (o sus padres).

El método por inhalación presenta algunos problemas que debemos considerar. El costo del equipo es alto, para ser eficaz, el sistema por inhalación requiere un sistema respiratorio completo y funcional, sin embargo las ventajas de esta técnica son superiores a las desventajas.

A continuación se mencionan algunos de los medicamentos de utilización más frecuente y dosis adecuada en el paciente pediátrico:

HIDROXINA

Medicamento de uso frecuente en el paciente pediátrico. No es derivado de benzodiazepina o fenotiacina, puede clasificarse como un antihistamínico con propiedades sedantes.

FARMACOLOGIA

Se suministra en forma de hidrócloruro, atarax o sal de pamoato, vistaril. Actúa suprimiendo el núcleo hipotalámico y en consecuencia la porción simpática del sistema nervioso. Su metabolismo tiene lugar en el hígado y su excreción se produce a través de la orina.

PROPIEDADES

Sedación, acciones antihistamínicas y antieméticas, relajación de los músculos esqueléticos y efectos antisecretorios, se ha informado de la existencia de efectos analgésicos ligeros.

No se ha demostrado que produzca depresión respiratoria a la dosis recomendada.

La hidroxilina HCL (atarax) se puede obtener en tabletas de 10, 25, 50 o 100 mg. y en una suspensión oral de 25 mg. por ml. Solamente la forma de sal hidrocioruro se utiliza parenteralmente en concentraciones de 25 a 50 mg. por ml. suministrados en una solución intramuscular de vitaril.

También puede disponerse de productos genéricos.

DOSIS

Administración oral es de 1 a 2 mg./kg. de 30 minutos y una hora antes de la cita dental. Para la inyección intramuscular se recomienda un miligramo por kg. de peso.

La hidroxina no se recomienda para la administración subcutánea o intravenosa.

VALORACION Y RECOMENDACIONES

La hidroxina es segura. No existe ningún efecto colateral. Es absorbida rápidamente por el intestino y pueden apreciarse sus efectos clínicos a los 30 minutos o menos. En niños ligeramente aprensivos, se utiliza sola. Carece de propiedades eufóricas; es ideal sin embargo para utilizarla en combinación con un narcótico. No solo potencia la sedación sino que elimina efectos eméticos del narcótico. La dosis del narcótico debe reducirse en un 25 o 50 % cuando se utiliza combinado con hidroxina.

DIAZEPAN

Recetado para el control de la ansiedad en el adulto. Su uso en la sedación preoperatoria de los niños ha ganado popularidad. Se le clasifica como un agente ansiolítico benzodiazepánico. La premedicación oral quirúrgica con benzodiazepina acarrea varias ventajas; a menudo reduce la ansiedad del paciente y permite un procedimiento quirúrgico "más calmado", provee analgesia, facilita la lavetiputura, limita la náusea y vómito posoperatorio y provee también distintos grados de amnesia retrógrada.

Muchos cirujanos pediátricos prefieren el uso de los sedativos ansiolíticos orales junto con la anestesia local, porque son fáciles de usar en las cirugías dentro del consultorio. Los pacientes prefieren este método, lo capacita con un sentido de control y se evitan el miedo de ser puestos a dormir.

FARMACOLOGIA

Es absorbido rápidamente por vía oral, pero su absorción es errática cuando se administra intramuscularmente.

Las dosis sencillas se distribuyen ampliamente por el tejido adiposo.

Tiene dos medias, una que es corta (de una a dos horas) y otra que dura alrededor de 46 a 72 horas. Determinadas partes del sistema límbico, el tálamo el hipotálamo, parecen verse afectadas por el diazepam.

PROPIEDADES

Sedación, relajación muscular y amnesia.

El diazepam (valium) existe para la utilización oral en forma de tabletas de 2, 5 y 10 mg y para la utilización parenteral es una concentración de 5 mg por ml.

DOSIS

Como premedicante oral único es de 0.3 a 0.5 mg por kg de peso. Intravenosamente se recomienda 0.2 mg por kg de peso. Las vías submucosa o intramuscular no son recomendadas.

La inyección lenta a un ritmo de un mg por minuto, es lo idóneo para la vía intravenosa; evitar la utilización de las pequeñas venas de la mano para reducir la incidencia de tromboflebitis.

VALORACION Y RECOMENDACIONES

Magnífico agente para la sedación preoperatoria del paciente pediátrico. Para conseguir una sedación óptima es necesaria una dosis la noche previa al día de la cita dental.

Existe una rápida captación por vía oral, lo que parece contraindicar esta técnica.

Con una única dosis oral se ha demostrado que el máximo efecto se alcanza en 1 o 2 horas, lo que resulta ideal para los agentes premedicantes orales. El diazepam es eficaz para la sedación preoperatoria dental como un narcótico.

En virtud de su actividad anticonvulsivante, es el agente idóneo para aquellos pacientes que presentan trastornos comiciales.

PROMETAZINA

La prometazina (fenegan) utilizada en medicina y en odontología como una premedicación para los agentes narcóticos. Derivado de las fenotiacinas antipsicóticas, no presenta actividad antipsicótica y se le clasifica como un antihistamínico y como un sedante.

FARMACOLOGIA

Es bien absorbida por vía oral, especialmente en forma líquida. Es metabolizada por el hígado y excretada en las heces y en la orina.

Todos los niveles del sistema nervioso se ven afectados en alguna medida. Los efectos sobre el sistema cardiovascular son mucho menores que con otras fenotiacinas.

A pesar de proporcionar sedación, también muestra propiedades antieméticas. Reacciones adversas, sequedad de boca, visión borrosa y ocasionalmente ligera hipotensión.

DOSIS

En la parenteral puede producir taquicardia y efectos extrapiramidales. Se puede disponer de prometacina por vía oral en tabletas de 12.5, 25 y 50 mg y como un jarabe de 6.25 mg por 5 ml. Las formas inyectables se distribuyen como ampollitas de 25 a 50 mg por ml. También se puede disponer de formas genéricas, la dosis habitual es de un mg por libra, para la sedación oral, la dosis intramuscular recomendada es de 0.5 mg por libra. La inyección submucosa no se recomienda debido a la posible toxicidad tisular.

VALORACION Y RECOMENDACIONES

La prometacina es una droga muy útil para controlar los efectos histáminicos y eméticos de los narcóticos. También potencia los efectos sedantes y depresores de los narcóticos y barbitúricos.

La dosis de estos agentes debe reducirse cuando se utilizan en combinación con la prometacina.

A niveles de dosis terapéuticas pueden producirse reacciones paradójicas, que se caracterizan por movimientos erráticos y ligera disforia.

La prometacina es bastante imprevisible y cuando se utiliza como única medicación debe utilizarse únicamente para la aprensión ligera.

MEPERIDINA

Se le clasifica como un analgésico narcótico sintético, se utiliza para el alivio del dolor agudo, en técnicas anestésicas equilibradas, y para la sedación preoperatoria.

FARMACOLOGIA

Tiene una acción similar a la de otros narcóticos, actúa sobre el sistema nervioso central (SNC), especialmente sobre el cerebro y la medula, creando una sensación de euforia, elevando el umbral del dolor puede elevarse al rededor del 60 o 65%. Una dosis parenteral de 100 mg. de meperidina tiene aproximadamente los mismos analgésicos de la morfina.

Las dosis terapéuticas de meperidina tienen efectos sobre el sistema cardiovascular. La depresión respiratoria se considera que es similar a la que se observa con la morfina.

La meperidina tiene efectos sobre el sistema cardiovascular y se absorbe bien por todas las vías, pero es menos eficaz cuando se suministra oralmente. No se conoce bien su eficacia entre la administración oral y la parenteral.

su biotransformación tiene lugar en el hígado y su excreción a través de los riñones.

DOSIS

La meperidina HCL existe en el mercado en forma genérica como Demerol. Las formas orales incluyen tabletas de 50 a 100 mg y un jarabe de 50 mg por ml. los viales de dosis única se presentan en ampollitas de 25, 50, 75 y 100 mg. La inyección de meperidina y prometacina (MEPERGAN) combinadas contiene 25 mg de meperidina 25 mg de prometacina.

Dosis para la premedicación oral es de 1 mg por libra de Meperidina combinada con 0.5 mg de Prometacina por libra, para la meperidina combinada con 0.5 por libra de prometacina suministrándose de 45 minutos a una hora antes de la cita dental. Es conveniente la utilización de un jarabe compuesto de meperidina (50 mg por 5 ml) y prometacina (25 mg por ml).

Cada 5 cm³ se suministran 25 mg de demerol y 12.5 mg de fenergan. Para la inyección subcutánea o intravenosa, la dosis recomendada es de 0.5 a 1 mg por libra.

VALORACION Y RECOMENDACIONES

Cuando se utiliza la meperidina únicamente se observa una incidencia relativamente alta de nauseas y vomitos.

su combinación con un antihistaminico, tal como la prometacina o la hidroxina, no solo retarda sus efectos emeticos sino que potencia sus efectos sedantes y depresores respiratorios.

VENTAJAS

En combinaciones narcotico-antihistaminico incluyen los efectos antisialogogos y la mayor incidencia del picor de la nariz y otras respuestas histaminicas.

La vía oral utilizada para la sedación dental preoperatoria en niños; la actividad maxima de una dosis oral se alcanza de 1 a 2 horas después de su ingestión y la depresión respiratoria máxima ocurre a los 90 minutos.

Se recomienda el naloxone (narcán) si fuera necesario invertir un efecto depresor respiratorio importante.

La meperidina esta contraindicada en pacientes que toman anhibidores de MAO y en los que padecen transtornos asmáticos agudos. Debe ser utilizada con precaución en pacientes con transtornos epilépticos debido a que pueden precipitar una convulsión.

Un estudio con pacientes odontológicos llevado a cabo en el Sloankttering Cáncer Center demostró que la actividad de la convulsiones aumentaba cuando se utilizaba meperidina como analgésico.

Es prudente minimizar la dosis de analgésico local en pacientes premedicados con meperidina, ya que se ha demostrado que existe una relación lineal entre la cantidad de anestésico y la incidencia de las convulsiones.

ALFAPRODINA

La alfaprodina (nicentil) es un potente narcótico sintético congénere de la meperidina su uso se ha visto limitado en medicina y odontología con la excepción de la obstetricia y la odontología pediátrica.

En 1980 fue retirada del mercado por los laboratorios Roche debido a que se informó sobre supuestas reacciones adversas. La academia norteamericana de odontología pediátrica Hoffman la Roche y el FDA aprobaron su recomercialización en 1982.

FARMACOLOGIA

Tiene los mismos efectos farmacológicos que otros narcóticos. La depresión respiratoria es el peligro fundamental que se deriva de su utilización.

Esta contraindicada en pacientes con asmabronquial o que tengan alguna otra afección del sistema respiratorio.

DOSIS

tras la inyección submucosa, la alfaprodina habitualmente tarda menos de 10 minutos en producir su efecto, que dura hasta dos horas. Se dice que eleva el umbral del dolor del 75 al 100%.

su vida media es alrededor de 2 horas. Su metabolización y excreción son paralelas a las de otros narcóticos.

La alfaprodina existe en el mercado para la utilización parenteral en concentraciones de 40 a 60 mg por ml.

Las dosis utilizadas se han reducido desde que al alfaprodina fue readmitida al mercado. La dosis previa estaba alrededor de 0.5. mg por libra. Las recomendaciones actuales son de 0.1. a 0.3 mg por libra.

La utilización intramuscular se desaconseja totalmente debido a su inaprevisible absorción.

La naloxona debe estar inmediatamente disponible cuando se esta utilizando alfaprodina.

VALORACION Y RECOMENDACIONES

Se ha recomendado solo para su utilización en niños pequeños, también en niños mayores pueden beneficiarse substancialmente, especialmente cuando esta se combina con un sedante antihistamínico o con diazepam.

Es aconsejable la medicina combinada debido al potente efecto emético de la alfaprodina (alfaprodina/prometacina), aún cuando sus reacciones adversas potenciales son mayores que cuando se le combina con hidrocina.

La inclusión de un antihistaminico en la misma jeringa que contiene alfaprodina; se ha informado de la presencia de toxicidad y destrucción tisular con las fenotiacinas y sus compuestos afines. Es preferible la administración oral de un antihistaminico de 15 a 30 minutos antes de la inyección de alfaprodina.

Como agente premedicante, la alfaprodina es tan segura o mas segura que la meperidina, cuando se indica en las dosis recomendadas. Aunque se ha observado un mayor número de reacciones adversas con la alfapromedina que con la meperidina las reacciones son menos graves.

Para la utilización de alfaprodina se recomiendan la mismas precauciones y observaciones detenidas que son imperativos para todos los sedantes narcóticos. Debido a que su utilización es estrictamente parenteral, solamente el dentista con experiencia en la sedación narcotica puede recurrir a ella.

Las consideraciones farmacológicas son:

- 1.- La eficacia de la actividad analgésica debe bastar para suprimir el dolor; el efecto total necesita durar el tiempo suficiente para permitir periodos prolongados sin dolor, a fin de tener intervalos prácticos regulares de dosificación.
- 2.- Es necesario analizar tanto el efecto maximo como el total para evaluar la suficiencia del tratamiento.
- 3.- La capacidad del enfermo para dormir normalmente, comer bien y continuar sus actividades normales también es útil como parametro de valoración.
- 4.- La selección de un agente analgésico o antipiretico simple rara vez es un problema.
- 5.- Es indispensable considerar la extensa variación de reacciones de los individuos a diferentes medicamentos antiinflamatorios no esteroides, incluso de fármacos con una composición química similar.

6.- Es necesario prestar atención a la semidesintegración plasmática y al porcentaje de fijación proteínica del medicamento para lograr la dosificación adecuada y conseguir la máxima eficacia.

7.- Se debe evaluar el medicamento y la dosis administrados por la acción analgésica o antiinflamatoria.

8.- En cuanto a la selección y dosis del medicamento es preciso considerar el sitio de acción; por ejemplo la proporción entre el líquido sinovial y la concentración plasmática en el dolor articular.

MIDAZOLAM

Es un excelente fármaco en la premedicación de niños que serán sometidos a anestesia general ya que reduce enormemente los efectos de recuperación de la misma sin embargo, también reporto algunos casos de hipoxia por lo que esta combinación premedicación/sedación deberán ser tratados por cirujanos con la experiencia clínica suficiente para prever situaciones de emergencia. ()

FARMACOLOGIA

Por vía oral se absorbe eficazmente, de 15 a 30 minutos después de su aplicación la presión sistólica la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno en la sangre se mantienen estables a pesar del efecto de sedación, este fármaco es útil en combinación con anestésicos locales. ()

DOSIS

La dosis recomendada es .5 mg/kg-1 una hora antes de la intervención.

VENTAJAS

Los niños que reciben midazolam olvidan los momentos desagradables antes de la operación y así les es más fácil enfrentar las consecuencias posoperatorias.

CAPITULO IV SEDACION CON OXIDO NITROSO

SEDACION CON OXIDO NITROSO

En Dinamarca se practica desde 1955 el control del dolor en odontología mediante sedación con óxido nitroso.

La técnica y el tratamiento produce la sedación y es aplicada principalmente por los odontopediatras, para poder realizar estudios controlados a fin de conseguir una aceptación general de la técnica.

La sedación con óxido nitroso tiene como objetivo la consecución de una analgesia parcial.

El paciente se encuentra totalmente consciente y es capaz de cooperar, pero experimenta un adormecimientos y euforia moderados y es fácilmente influenciable. El tratamiento provoca además, una amnesia parcial con respecto a las molestias sufridas y al periodo transcurrido.

La anestesia general atraviesa 4 estadios:

Analgesia, excitación, anestesia quirúrgica y parálisis respiratoria. En la anestesia por eter para cirugía general los estadios I y II se pasan rápidamente por alto a fin de conseguir una analgesia y amnesia completas. Durante la sedación con óxido nitroso, el paciente permanece en el estadio uno todo el tiempo.

Este estadio ofrece tres niveles: los dos primeros condicionan una analgesia relativa y el tercero una analgesia casi total.

El dentista debe tratar de mantener al paciente en el estadio I nivel 2 que corresponde al plano de analgesia retenida. El nivel 3 sólo puede mantenerse durante un corto período de tiempo, ya que rápidamente conduce al paciente al estadio de excitación. Por ello la sedación con óxido nitroso se mantiene en el nivel 2 y se suplementa con anestesia local para procedimientos dolorosos, tales como extracciones y tratamientos pulpares.

CARACTERISTICAS DEL ESTADIO I EN LA SEDACION CON OXIDO NITROSO.

NIVEL I

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

NIVEL II

Aumenta el umbral del dolor, se acentúa la sensación de relajación, y con frecuencia se produce una sensación que se describe como una onda de calor agradable que recorre todo el cuerpo.

La mente esta en suspenso y el paciente se encuentra tranquilo, sonriendo y riendo con facilidad. La voz es gutural y algunos reflejos son lentos. El paciente contesta con dudas pero todavía es totalmente capaz de cooperar. sus ojos tienen un aspecto vídrioso y muchas veces lagrimean. Los reflejos corneales están deprimidos, pero sus pupilas son normales.

NIVEL III

Los músculos mandibulares se encuentran tensos, lo que dificulta el trabajo en la cavidad oral. Hay una mirada fija con pupilas dilatadas, también puede haber un nistagmo lento.

Como signo de la inminencia del estado de excitación, los sueños pueden adquirir un carácter amenazante y terrorífico.

La analgesia adquirida en el plano 2 es suficiente para la práctica de drenajes, incisiones e inyecciones sin dolor. La analgesia dentinaria conseguida permite la realización de preparaciones menores pero tanto los tratamientos pulpares como las extracciones y la preparación de cavidades en dientes permanentes jóvenes exigen la administración de anestesia local suplementaria.

En los niños normales sanos, la principal contraindicación de la sedación con óxido nitroso es la afectación general del aparato respiratorio, por ejemplo por obstrucción nasal debida a un simple resfriado.

En caso de existir trastornos pulmonares, cardiopatías congénitas, arritmias, hipertensión o medicación con fármacos B-bloqueantes, es obligado consultar con el pediatra del niño o un anestesista.

Hay que evitar la sedación con óxido nitroso en todo niño con trastornos psiquiátricos, sobre todo de naturaleza psicótica, anemia o alteraciones hepáticas o renales.

La sedación con óxido nitroso "esta inindicada" en niños con los que es difícil establecer contacto por presentar ansiedad, inmadurez o trastornos de conducta. Esta técnica puede ser también de gran utilidad en el tratamiento dental en niños con minusvalías físicas o mentales, siempre que sean capaces de cooperar.

Otra indicación es la cirugía oral menor.

APARATOS

Los aparatos utilizados para la sedación con óxido nitrosos deben cumplir las normas establecidas por las autoridades sanitarias, entre las que destacan las siguientes:

1.- El aparato debe aportar una porción de oxígeno en la mezcla gaseosa inferior al 20% (Suecia 40%).

2.- Si el recipiente del oxígeno se vacía, el paso del óxido nitrosos debe interrumpirse inmediatamente.

3.- El recipiente del oxígeno no debe encajar en el recipiente del óxido nitrosos ni viceversa.

4.- El aparato debe tener calibradores de flujo independientes para el oxígeno y el óxido nitroso, y no debe permitir un reciclaje respiratorio significativo.

5.- El aparato debe estar equipado con un sistema de desecho para eliminación de los gases anestésicos exhalados.

PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO

El paciente no debe haber tomado ningún alimento sólido durante al menos 4 horas antes del tratamiento.

Para sedar a un niño con óxido nitroso hay que presentarle cuidadosamente el aparato y especialmente la mascarilla nasal, enseñándole a respirar profundamente por la nariz, primero sujetando la mascarilla por delante de su cara y posteriormente colocándosela sobre la nariz.

Es preferible que los dos últimos minutos de este entrenamientos se realicen con oxígeno al 100%.

A continuación es recomendable comenzar con una mezcla de óxido nitroso al 20% y oxígeno al 80%, a fin de acostumar al niño al olor del gas. Seguidamente se va aumentando el porcentaje e óxido nitroso hasta obtener el nivel de analgesia deseada.

en la mayoría de los casos se necesita menos de un 50% de óxido nitroso. Los factores que guían al operador son la conducta del paciente, su expresión facial y sus ojos.

Después del tratamiento se hace respirar al niño oxígeno al 100% durante 2 o 3 minutos y, tras un período de reposo de unos 5 o 10 minutos, puede marcharse a casa.

La sedación con óxido nitroso no debe nunca sustituir al tratamiento psicológico individualizado del paciente.

VENTAJAS

Inicio y periodo de recuperación rápidos: como el óxido nitroso presenta solubilidad plásmica muy baja, alcanza muy pronto una concentración sanguínea terapéutica y, a la inversa, los valores sanguíneos disminuyen en forma rápida al interrumpirlo.

Facilidad para controlar la dosis (dosificación). Ausencia de efectos secundarios graves: en esencia, se considera que el óxido nitroso es inerte y no tóxico al administrarlo con las concentraciones adecuadas de oxígeno.

La náusea es el efecto secundario que se encuentra más a menudo; es muy rara, a menos que se empleen concentraciones altas de óxido nitroso.

La técnica deficiente con concentraciones elevadas de óxido nitroso puede causar una fase de excitación, en la cual el paciente puede sentirse incomodo, no cooperar y delirar. El empleo del óxido nitroso en la odontología pediátrica también posee varios inconvenientes.

DESVENTAJAS

Equipo: Es preciso comprarlo, instalarlo y darle mantenimiento.

Agente débil: Los intentos por elevar la concentración de óxido nitroso, a fin de controlar a los pacientes moderada o intensamente ansiosos redundan en casos que fracasan y no son agradables para el operador o el paciente.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Falta de aceptación por el paciente: Existen algunas personas (niños y adultos) que no consideran agradables los efectos del óxido nitroso. Tales pacientes pueden volverse abiertamente desobedientes, quitándose la mascarilla nasal o dejando de cooperar de otro modo.

Inconveniencia: En ciertas áreas como los dientes anteriores superiores, el uso de la mascarilla nasal para el óxido nitroso puede obstaculizar la exposición de la zona. Esto puede ser muy problemático con los niños pequeños.

Toxicidad crónica potencial: Estudios retrospectivos que se efectuaron con personal de consultorios dentales expuestos a concentraciones mínimas de óxido nitroso, sugieren la posible relación con una incidencia mayor de abortos espontáneos, malformaciones congénitas, ciertos tipos de cánceres, enfermedad hepática, renal y neurológica. Estos resultados encaminan a los profesionales de la odontología hacia la necesidad de depurar (eliminar), en forma adecuada, los gases de desecho del cubículo. Sin embargo, puede ser muy difícil eliminar de manera conveniente el óxido nitroso en el niño no cooperador, pues no es posible depurar con eficacia los gases exhalados por la boca.

Potenciación: Aunque el óxido nitroso es un agente débil y muy seguro cuando se usa solo (con oxígeno), al agregarlo a los efectos de los diferentes sedantes administrados por otra vía, puede ser fácil provocar la sedación profunda o la anestesia general.

La combinación de óxido nitroso con cualquier otra técnica de sedación consciente debe efectuarla, con suma precaución, un individuo con entrenamiento apropiado y experiencia.

SEDACION CON OXIDO NITROSO EN EL NIÑO IMPEDIDO

Al igual que muchos otros trucos, el óxido nitroso rápidamente se esta convirtiendo en otra muleta para la odontología, ya sea para el niño lisiado o para el niño normal aunque posee un lugar definido dentro del sistema empleados para el tratamiento del niño, el óxido nitroso también deberá ser empleado con discriminación, por lo tanto es indispensable que consideremos uno de los requisitos principales para la utilización de óxido nitroso, o sea que observemos siempre cierto grado de comunicación con el paciente en todo momento.

Al tratar esto es importante observar que hablemos de analgesia a base de óxido nitroso en su forma verdadera, y no anestésica como suele usarse.

Por esto si nos adherimos a las normas de mantener comunicación constante para determinar y vigilar sistemáticamente los síntomas del efecto analgésico, evitaremos a la vez su utilización de todos los niños incapacitados.

Aunque su efecto es limitado, el óxido nitroso es auxiliar valioso donde esta indicado y lo podemos agregar a nuestra lista de elementos para el tratamiento del niño incapacitado.

Resultaría casi imposible enumerar todas aquellas afecciones en las que el óxido nitroso estaría indicado ya que resulta difícil generalizar y catalogar los diferentes tipos de afecciones y deficiencias. Por ejemplo, existen niños con el síndrome de Down (mongolismo) que son capaces intelectualmente de comunicarse con el operador, mientras existen aquellos que no pueden hacer esto.

Así cada niño deberá ser considerado como una entidad separada en el momento de la valoración dental.

APARATOS DE RESTRICCIÓN

Los aparatos de restricción que incluyen ligaduras envoltorios y otros aparatos similares, han sido considerados desde hace mucho tiempo como punitivos y en ocasiones resulta justificado, sin embargo cuando se emplean correctamente y cuando están indicados estos mismos aparatos pueden constituir un auxiliar indispensable en la sedación del niño incapacitado.

CAPITULO V

ANALGESIA

A N A L G E S I A

En ocasiones se puede necesitar el alivio farmacológico del dolor antes de que sea posible tratar los estados dentales, y a veces, se puede ampliar hacia el periodo posoperatorio.

Los agentes usados para estos fines reciben el nombre de "analgésicos"; deben aliviar el dolor sin alterar de modo importante la conciencia.

Los analgésicos actúan en la periferia al dolor o de manera central en el cerebro y la médula espinal.

Se estima que los analgésicos narcóticos funcionan en el SNC mismo, y que los narcóticos como la aspirina, lo hacen en la periferia, en las terminaciones nerviosas.

Casi todo el dolor dental pediátrico puede tratarse con agentes no narcóticos de potencia relativamente baja.

ANALGESICOS NO NARCOTICOS

Por lo regular son útiles para el dolor leve o moderados que comprende el 90% del dolor de origen dentario. Difieren de los de tipo narcótico en su sitio de acción, grado menor de toxicidad en sus efectos secundarios, y no provocan dependencia farmacológica.

Estos medicamentos ejercen sus efectos sobre las terminaciones nerviosas periféricas, la aspirina y el acetaminofén son prototipos de esta clase de fármacos.

ASPIRINA

Desde su introducción en 1889, este salicilato (ácido acetilsalicílico) es muy usado por sus propiedades, antipiréticas y antiinflamatorias. A pesar de la síntesis de muchos medicamentos más recientes, la aspirina sigue siendo el fármaco que más se indica.

Sus efectos secundarios más importantes incluyen: alteraciones en la coagulación por inhibición de la agregación plaquetaria; malestar gástrico y dipepsia; hemorragia oculta, y muy rara vez reacciones de sensibilidad como urticaria, edema angioneurótico, asma o anafilaxia.

En niños, las propiedades anticoagulantes de la aspirina pocas veces causan problemas, sin embargo, como una dosis simple de aspirina puede aumentar el tiempo de hemorragia tal vez no sea recomendable usarla antes de cualquier procedimiento quirúrgico.

Es preciso evitar la aspirina en pacientes con alteraciones hemorrágicas o plaquetarias y en aquellos que reciben medicamento tipo warfarina (cumadín).

Los problemas digestivos se encuentran más a menudo y es posible disminuirlos mediante la administración con alimentos o al usarse una preparación amortiguada con capa entérica, aunque eso puede afectar su absorción.

Se sabe que las reacciones alérgicas más graves ocurren sobre todo en personas con asma preexistente, atopina o pólipos nasales, y es probable que sea necesario evitarla en sujetos con tales antecedentes.

La posible reacción entre ciertos padecimientos vitales, el empleo de dicho medicamento y la producción del síndrome de Reye hace que muchos terapeutas opten por el acetaminofén como sustituto de la aspirina. Sin embargo no existe fundamento claro de este vínculo.

DOSIFICACION

En niños, la dosificación sugerida para fines de analgesia y, antipirético es de 10 a 15 mg por kg dosis administradas en intervalos de 4 horas hasta un total de 60 a 80 mg/kg/día, con un límite máximo de 3.6 grs/día.

ACETAMINOFEN

El acetaminofén (por ejemplo Tylenol, Tempra o datril) es un analgésico y antipirético que presenta la misma potencia que la aspirina. A diferencia de ésta, no inhibe la función plaquetaria, causa alteración gástrica menor y no se relaciona con el síndrome de Reye. por estas ventajas, en años recientes aumento de manera constante el uso de tal medicamento como sustituto de la aspirina. La desventaja principal del acetaminofén es que no presenta propiedades antiinflamatorias clínicamente importantes.

La toxicidad que ocurre por la sobredosis puede motivar disfunción aguda del hígado con necrosis hepática y puede ser mortal. Se calcula que en un adulto se requieren 15 grs. del fármaco para producir daño hepático o mas de 3 grs. para un niño menor de 2 años de edad. Las reacciones alérgicas son muy raras; es una opción analgesica conveniente en personas que no requieren de un efecto antiinflamatorio.

DOSIFICACION

La dosificación sugerida para el acetaminofén es:

Adulto: 300 a 650 mg cada 4 horas.

Niños: 5 a 10 mg/kg dosis cada 4 a 6 horas.

Dosis máxima un gramo cada 6 horas.

AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES (NSAIA)

De manera mas reciente, se produjo una serie de medicamentos denominados agentes antiinflamatorios no esteroides, que de modo principal son derivados del ácido fanilalcanoico.

Poseen propiedades analgésicas y antiinflamatorias superiores a la aspirina (en particular para la artritis) y no se vinculan con efectos secundarios mayores (Dionne 1980) Se prueban miles de estos compuestos y varios están disponibles para uso clínico. Solo se estudian unos cuantos en relación con el dolor dental.

IBUPROFENO

Causa alteración digestiva y problemas hemorrágicos poco menores que la aspirina (cintyre y cols. 1978). Se sabe que es casi 350% más potente que ésta para aliviar el dolor luego de la cirugía oral. Como la aspirina, el ibuprofeno afecta la agregación plaquetaria, pero no altera de manera importante los tiempos de hemorragia. Los efectos secundarios que se informan abarcan: alteración digestiva, exantema, cefala, mareo, problemas oculares, disfunción hepática y renal; puede mostrar sensibilidad cruzada con la aspirina.

Aunque en un principio se comercializó el ibuprofen como Motrin, y solo estaba disponible sin receta, en la actualidad, en Estados Unidos, se puede adquirir sin ella, como Motrin y con otros nombres comerciales. Hoy en día la FDA no aprueba su empleo pediátrico.

ANALGESICOS NARCOTICOS Y OPIACEOS.

Se sabe que los narcóticos, u opiáceos, interactúan en el sistema nervioso central con los receptores opiáceos.

Tales interacciones motivan los efectos farmacológicos de los narcóticos, incluyendo analgesia y sedación y supresión del reflejo túrsígeno. De manera notable, los narcóticos, son mas eficaces contra el dolor intenso y agudo que los analgésicos no narcóticos, sin embargo, conllevan las grandes desventajas de una incidencia mucho mas alta de efectos adversos, como: Sedación, depresión respiratoria dependencia y riesgo de abuso. Existen muchos analgésicos narcóticos disponibles: Morfina Meperidina (Demerol) Fantanil (Sublimaze) Alfa prodina (Nisentil) Codeína y Oxycodona (Percodan).

Es preciso administrar casi todos por vía parenteral; la Meperidina, la Oxycodona y la codeína están disponibles para la administración oral.

CODEINA

Es el parámetro comparativo de los narcóticos orales:

Se absorbe bien al administrarse por vía oral y se puede emplear para el dolor mas intenso que no reacciona a la aspirina o al acetaminofen.

La codeína es mucho menos potente que la morfina y presenta un potencial de adicción mucho menor, pues no altera de modo importante el estado de ánimo.

Es usual que los efectos secundarios abarquen náuseas, sedación, mareo, constipación y calambres.

Si se administra en dosis altas o durante periodos largos, la codeína puede producir efectos colaterales más graves como la depresión respiratoria y la dependencia vistas con los otros narcóticos más potentes. Se puede administrar sola o combinada con otros analgésicos. Como los narcóticos funcionan en un sitio central y los analgésicos no narcóticos funcionan en un lugar periférico aparte, desde un punto de vista farmacológico es sensato mezclar las dos clases de analgésicos para obtener una actividad mayor; en Estados Unidos abundan tales combinaciones medicamentosas. Un ejemplo es el acetaminofen con codeína (Tylenol #3).

DOSIFICACION

Se sugiere administrarla combinada con acetaminofen, cuando se usa la vía oral para la analgesia pediátrica. La dosificación aconsejada es: Niños 0.5. 1 Mg/kg dosis administradas en intervalos de 4 a 6 horas conforme sea preciso. Adultos: 30 a 60 mg dosis administrada en lapsos de 4 a 6 horas conforme se requiera.

En la odontología pediátrica es raro que se necesiten analgésicos. cuando se requiere alguno resulta extraño que la aspirina o el acetaminofen no controlen el dolor dental en la dosis sugerida.

Si ocurriera esta situación, la codeína mezclada con acetaminofen provee a menudo el alivio necesario.

En ocasión muy rara, en la cual el dolor dental sea refractario tales modalidades, pudiera emplearse un agente más potente como la meperidina. Esta situación siempre debe ser de muy corta duración e implementada con mucha precaución.

La terapéutica dental definitiva debe proporcionarse de manera expedita.

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

El tratamiento del paciente pediátrico requiere del conocimiento de técnicas específicas, el manejo del niño en el consultorio dependiera de nuestro conocimiento de las mismas.

El controlar el dolor es una tarea básica para el dentista, y en el caso del paciente pediátrico es un procedimiento que se dificulta un poco, por lo difícil que resulta en un momento dado la comunicación con el niño.

Es por eso que en esta reunión de conocimientos se le da un mayor enfoque a este punto, ya que considero que se deben agotar primero todas las posibilidades que existan para "convencer" al paciente pediátrico antes de utilizar cualquier tipo de analgésico o sedante.

Aunque estoy consciente que son muchos los casos donde su utilización es correcta.

Para lo cual es indispensable conocer el manejo de los principales analgésicos así como el uso de las técnicas de sedación, en este caso expongo la que a mi criterio es la más popular, la sedación con óxido nitroso, aunque para su aplicación requiera de personal y equipo especializados.

Por último nunca hay que olvidar que un niño no es un diente, sino un individuo con emociones, inteligencia y sentimientos.

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

1. AMERICAN DENTAL ASSOCIATION
Accepted dental therapeutics
Ed. 39
Chicago 1992.
2. CURRO, Frederick A.
Clínicas Odontológicas de norteamérica.
Volumen III
Estados Unidos 1984.
3. DICK W. Lorenz W. Heintz
Histamine release during induction of combination
anesthesia using Nalbuphine or fentanyl.
Amaesthesist; 1991 41 (5) p. 239-47
Alemania 1992.
4. FIEDLER F. Laurer G. Otten E.
Peripheral oxygen saturation during dental surgery with
and without premedication.
Dtsch Zahnarztl 1991 Dec. 46 (12) p. 837-9
Alemania 1991.
5. FINW, C., B.,
Odontología Pediátrica
Interamericana, 4a. edición
México 1987.
6. FUSE A. Hosokawa I., Kume T., Hayashi K., Toujo H.
Masul 1992 Jul 4 (2) p 1109-12
Japón 1992.

7. GIACALONE V.F.

antianxiety sedative Drugs.
The benzo dicepines.
Clini-Pediatr-Méd-Surg; 9 (2)
p. 465-79
Estados Unidos 1992.

8. HENRY R.J., Primosch R.E., Courts F.J.

The effects of various dentl procedures and patient
behaviors uponnitrous oxide scavenger effectiveness.
Pediatr-Dent Jan-Feb 14 (1)
p. 19-25
Estados Unidos 1992.

9. HOLLOWAY, P.J.

Salud Dental Infantil.
Una introducción práctica.
Mondi.
argentina 1979.

10. JUST J. Bodart E., Bode M., Grimfeld A., Tournier G.

Value of accelerated hyposensitization with mixed
allergens in severe chilhood asthma.
Ann-Pediatr- (paris) 39 (4)
p. 236-40
Francia 1992.

11. LEYT, Samuel

El niño en la Odontología
Mondi
Argentina 1986.

12. McDonald, Avery
Odontología Pediátrica y del adolescente.
Panamericana, 4a. edición.
México, 1987.
13. McMILLAN Co. Sphr-Schopfer A., Sikich N., Hartley J.
Premedication of children with oral midazolam (see comerts)
Can-J-Anaesth- 39 (6) p.345-50
Estados Unidos 1992.
14. MAGNUSON, O. Bengt.
Odontopediatria. Enfoque sistemático.
Salvat.
Barcelona 1985.
15. PARNIS S.J. Faate J.A.
Oral midazolam is an effective premedication for children having day-stay anaesthesia.
Anaesth Intensive Care, 1992 Fe. 20 (1) p. 9-14.
Estados Unidos 1992.
16. PINKHAM, J.R.
Odontología Pediátrica
Mc. Graw Hill
México 1991.
17. SANDLER E; Wayman C.
Midazolam versus ferantyl as premedication for painful procedures in children with cancer.
Pediatrics 89 (4) p 631-4
Estados Unidos 1992.

18. TAYLOR E., GHOURI A.F.

Midazolam in combination with propofol for sedation
during local anesthesia.

Clin-Anesth 4 (3), p. 213-6

Estados Unidos 1992.

19. TRAPP L.D.

Sedation of children for dental treatment.

Special Use

Estados Unidos 1985.