

Adaptación del comportamiento del paciente pediátrico

Capítulo 6

Denise Ascensão Klatchoian
Júlio Carlos Noronha
Orlando Ayrton de Toledo

Objetivo

La Asociación Latinoamericana de Odontopediatría (A.L.O.P.) reconoce que los profesionales de odontopediatría, para proporcionar salud oral a los pacientes pediátricos, ya sean niños, adolescentes, o aquellos con necesidades especiales, necesitan recurrir a un proceso continuo de técnicas no farmacológicas (comportamiento) y farmacológicas, para adaptar el comportamiento del paciente. Las diferentes técnicas de orientación del comportamiento utilizadas deben ser adaptadas de manera individual para cada paciente por el profesional. Promover una actitud positiva, segura y proporcionar una atención de calidad son de máxima importancia para el ejercicio de la Odontopediatría. Esta guía tiene por objetivo orientar a los profesionales, los padres, y demás partes interesadas en las variadas técnicas para la adaptación del comportamiento utilizadas en la odontopediatría actual. Este manual no va a repetir las informaciones encontradas con mayor detalle en el Manual Clínico de American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) sobre: uso apropiado de óxido nítrico¹; manejo y monitoreo del paciente durante y después de la sedación y procedimientos diagnósticos y terapéuticos² y

actualización y manual clínico en el uso de la anestesia/sedación profunda y anestesia general para el paciente pediátrico.³

Método

Estas directrices fueron desarrolladas con base en las presentadas por la AAPD sobre la adaptación del comportamiento del paciente odontopediátrico. En 2003, la AAPD realizó un nuevo simposio sobre la orientación del comportamiento, con las orientaciones publicadas en el periódico *Pediatric Dentistry* (v.26, n° 2/2004). Estas directrices se basan también en una revisión, en la que se unió la literatura odontológica con la médica relacionada con el comportamiento del paciente pediátrico, y otras fuentes consultadas como profesionales con experiencia reconocida, incluyendo comunidades académicas de odontopediatría y los padrones de comisión de especialización.⁴ Las búsquedas en Medline fueron efectuadas con palabras clave tales como: “manejo del comportamiento en niños”, “manejo del comportamiento en odontología”, “comportamiento de niños y odontología”, “niños y ansiedad odontológica”, “niños preescolares y ansiedad odontológica”, “niños preescolares”, “personalidad y prueba”, “cooperación

del paciente”, “dentista y personalidad”, “relación dentista-paciente”, “evaluación del paciente”, “indicación de tratamiento” y “restricción”.

Introducción

Se espera que los odontólogos puedan reconocer y tratar de forma eficaz las enfermedades bucales de la infancia dentro del ámbito de conocimiento y de las habilidades adquiridas durante los años de formación académica. El tratamiento seguro y eficaz de estas enfermedades frecuentemente resulta de la interacción del dentista con el equipo odontológico, los pacientes, y los padres. El objetivo es disminuir el miedo y la ansiedad del niño y promover la comprensión de la necesidad de salud oral y el proceso para obtenerla.

Un odontólogo que trata a los niños debe conocer una variedad de técnicas de adaptación del comportamiento y, en la mayoría de las situaciones, debe estar apto para evaluar exactamente el nivel de desarrollo del niño, sus actitudes, su temperamento, y predecir su reacción frente al tratamiento. El niño que presenta una patología bucal, y que no se deja tratar, prueba las habilidades del profesional odontólogo. En virtud de las diferencias en el entrenamiento, experiencia y personalidad de cada clínico, el tipo de acercamiento y manejo del comportamiento del niño puede variar de un profesional a otro. La actitud del odontopediatra y los miembros de su equipo ejercen un papel importante en la orientación del comportamiento del paciente pediátrico. Con una comunicación eficaz, el equipo odontológico puede aliviar el miedo y la ansiedad, así como enseñar mecanismos apropiados para que el niño pueda lidiar con sus

sentimientos, con el fin de guiarlo para que pueda cooperar, estar relajado, y confiado en el consultorio odontológico. La orientación exitosa del comportamiento permite al equipo de salud ejecutar con seguridad y de forma eficiente un tratamiento de calidad, además de fomentar una actitud odontológica positiva en el niño.

Algunas de las técnicas de adaptación de comportamiento en estas directrices pretenden mantener la comunicación, en tanto otras, pretenden poner fin al comportamiento inadecuado y establecer la comunicación. Por lo tanto, estas técnicas no pueden ser evaluadas de manera individual, sino que deben ser evaluadas dentro del contexto de la experiencia odontológica de cada niño. Cada técnica debe ser integrada a un abordaje con enfoque general, pero individualizadas para cada niño. En consecuencia, la orientación del comportamiento es tanto un arte como una ciencia. No es una aplicación de técnicas creadas para “lidiar” con los niños, es más un método continuo, detallado, que significa desarrollar y nutrir el relacionamiento entre el paciente y el profesional, que finalmente construirá la confianza y aliviará el miedo y la ansiedad.

Estas directrices contienen definiciones, objetivos, indicaciones y contraindicaciones de las técnicas de adaptación del comportamiento generalmente enseñadas y usadas en odontopediatría.⁵⁻⁷ Este documento es un reflejo del papel de la abo- Odontopediatría, como un defensor de la mejora de la salud de los niños. Los dentistas son incentivados a utilizar las técnicas de adaptación de la conducta compatible con su nivel de instrucción profesional y experiencia clínica. En los

casos de alteración del comportamiento que van más allá de la formación, experiencia y habilidad del práctico general, los pacientes de manera individual deben ser encaminados a especialistas en Odontopediatría que puedan brindar un cuidado más apropiado.

Comportamiento del equipo odontológico.

El equipo de odontopediatría puede tener un papel importante en la orientación del comportamiento. El coordinador (a) o la recepcionista que hará el primer contacto con el padre/ madre o responsable del niño generalmente lo hace por medio de una conversación telefónica. La información proporcionada a los padres ayudará a aclarar expectativas con relación a la visita inicial. Tanto internet como los sitios web específicos son maneras de introducir a los padres y pacientes en la práctica odontopediátrica. Esos encuentros podrán servir como herramientas educativas que ayudan a padres y niños a estar más preparados para la primera consulta, capacitándolos a responder las preguntas que ayudarán a aliviar los temores. Además, la recepcionista es generalmente el primer miembro del equipo que se encuentra con el niño. La manera como es bienvenido el niño en la práctica puede influir en el comportamiento futuro del paciente.

El equipo de funcionarios de la clínica es una extensión del dentista en el uso de técnicas de comunicación para la orientación del comportamiento. Consecuentemente, las habilidades comunicativas son muy importantes. El equipo odontológico debe trabajar junto en comunicación con

los padres y pacientes. Una actitud futura del niño hacia el odontopediatra puede ser determinada por una serie de experiencias exitosas en un ambiente odontológico agradable. Todos los miembros del equipo son incentivados a expandir sus habilidades y conocimientos en técnicas de adaptación del comportamiento leyendo literatura odontológica, observando las presentaciones en video, o participando en cursos de educación continuada.

El comportamiento del odontólogo.

El profesional de la salud puede estar desatento al estilo de comunicación, pero los pacientes y padres están siempre muy atentos⁸. El comportamiento de la comunicación de los dentistas es un factor importante en la satisfacción del paciente.^{9,10} El dentista debe reconocer que no todos los padres expresan su deseo de participación en el tratamiento.¹¹ Algunos comportamientos del dentista están correlacionados a baja satisfacción de los padres, tales como: apuro en las consultas, no dedicar tiempo en la explicación del procedimiento, impedir la presencia de los padres en la consulta y demostrar impaciencia.¹² Los problemas de relacionamiento y comunicación ejercen un papel predominante en el inicio de demandas judiciales sobre negligencia profesional. Aún donde no haya ocurrido ningún error, la percepción de falta de atención y/o colaboración puede ser asociada a litigio.^{13,14} Estudios de eficiencia de diversos tipos de comportamiento de dentistas en el manejo de pacientes no cooperadores son ambigüos. Comportamientos del dentista como vocalización, dirección, empatía,

persuasión, dar al paciente un sentimiento de control y condicionamiento operante fueron relatados como eficaces ante pacientes no cooperadores.^{15,17}

Comunicación

La comunicación (es decir, hacer un intercambio de pensamientos, opiniones o informaciones) puede ser realizada por muchos medios. En el consultorio odontológico ella es realizada principalmente por el diálogo, tono de voz, expresión facial y por el lenguaje corporal. Los cuatro componentes esenciales de la comunicación son:

1. El emisor
2. El mensaje, incluyendo la expresión facial y el lenguaje corporal del emisor
3. El contexto o entorno en el cual el mensaje es emitido
4. El receptor¹⁸

Para que una buena comunicación exista, los cuatro elementos deben ser verdaderos y consistentes. Sin consistencia puede haber una pobre “adecuación” entre el mensaje que se pretende dar y el que se entiende.

Comunicarse con los niños impone desafíos especiales para el dentista y su equipo. El nivel de desarrollo cognitivo del niño determinará el nivel y la cantidad de intercambio de información que pueda ocurrir. Es imposible para un niño percibir una idea para la cual no tiene una estructura conceptual y sería irreal esperar de un paciente infantil que pueda siempre encajar en las referencias del dentista. El profesional (emisor) debe, consecuentemente, tener una comprensión básica del desarrollo cognitivo del niño, así como hacer uso de vocabulario apropiado, envian-

do mensajes que sean compatibles con el nivel de desarrollo intelectual del niño (receptor).

La comunicación puede verse obstaculizada cuando la expresión facial del emisor y el lenguaje corporal no son coincidentes con el mensaje que se pretende dar. Cuando el lenguaje corporal lleva a la incertidumbre, ansiedad o urgencia, el dentista no consigue transmitir confianza en habilidades clínicas de manera eficaz.

Es posible comunicarse instantáneamente con el niño en el inicio de la consulta, con el fin de establecer afinidad (rapport) y la confianza. Sin embargo, una vez iniciado el procedimiento, la habilidad del dentista en controlar y moldear el comportamiento infantil se torna de suma importancia, y compartir la información se torna secundario. El intercambio de información hecho de dos maneras da chance de manipular el comportamiento en una vía por medio de órdenes. Este tipo de interacción es llamado “pedido y promesas”.¹⁹ Cuando la acción es realizada para alcanzar un objetivo (por ejemplo, conclusión de procedimiento odontológico), el dentista tiene el papel de solicitante. Las peticiones para obtener promesas del paciente que, a su vez, establece un compromiso de cooperar. El dentista puede tener que moldear su pedido en un cierto número de maneras, con el fin de hacerla efectiva. Por ejemplo, formular una orden previa con voz firme, y con expresión facial y lenguaje corporal apropiados, es la base para la técnica de control de voz. Aunque el control de voz sea clasificado como uno de los medios de orientación comunicativa, este puede ser considerado de naturaleza agresiva por algunos padres.²⁰

Los tres fundamentos esenciales de la comunicación no verbal con el paciente niño son:

1. “yo te veo como un individuo y atenderé tus necesidades como tal”
2. “yo estoy completamente preparado y estoy altamente calificado”
3. “yo soy capaz de ayudarte y no hacer nada para hacerte daño innecesariamente”.²¹

La importancia del contexto en que los mensajes son enviados no puede ser exagerada. El consultorio odontológico puede ser montado de una manera amigable para el niño, por medio de uso de temas de decoración, juguetes y juegos apropiados a la edad del niño en el área de recepción, sala de tratamiento con muebles en menor escala. El consultorio en sí mismo, puede contener elementos que provoquen ansiedad al paciente (por ejemplo, otro niño que grita) e interferir con la comunicación. Los odontólogos y otros miembros del equipo odontológico pueden considerar ventajoso proporcionar cierta información al niño (por ejemplo, instrucciones pre y pos operatorias, consejos sobre prevención) como posibles formas de anular la mala impresión.

Evaluación del paciente

La respuesta de un paciente infantil a las demandas del tratamiento odontológico es compleja y está determinada por varios factores.

Múltiples estudios demostraron que una minoría de los niños con comportamiento no cooperativo tiene miedos odontológicos y que no todos los niños temerosos presentan problemas de comportamiento en la situación.^{22,24} Las

reacciones de los niños a un tratamiento odontológico pueden ser influenciadas por diferentes factores como: edad del niño y su nivel cognitivo^{24,28}; características de temperamento; personalidad^{22,23,29-31}; ansiedad y miedo^{23,24,32}; reacción a lo desconocido³³; experiencias previas^{24,26,34} y ansiedad materna.³⁴⁻³⁶

El dentista debe incluir una evaluación del potencial cooperativo del niño como parte del plan de tratamiento. La información puede ser recogida mediante la observación, interacción con el niño y anamnesis. Los métodos de evaluación son válidos, tanto en niños con limitaciones cognitivas o de lenguaje, y son fáciles de usar en un ambiente clínico. Las herramientas de evaluación que demostraron alguna eficacia en el consultorio odontopediátrico, junto con una breve descripción de su finalidad, se enumeran en el apéndice 1^{24,27,29,30,36}. Ningún método o herramienta de evaluación es completamente exacto para predecir el comportamiento del paciente infantil durante el tratamiento, pero el conocimiento de las múltiples influencias sobre el comportamiento de los niños puede ayudar con la planificación.

Desde que los niños exhiben un nivel avanzado de desarrollo físico, intelectual, emocional y social, y una diversidad de actitudes y temperamento, es importante que los odontólogos cuenten con múltiples técnicas de orientación de comportamiento para ir al encuentro de las necesidades individuales de cada niño.

Barreras

Por desgracia, diversas barreras pueden impedir el alcance de un resultado exito-

so. Retrasos en el desarrollo, incapacidad física o mental y la enfermedad aguda o crónica son razones potenciales para la no colaboración. En niños saludables estas razones son frecuentemente más sutiles y difíciles de diagnosticar. Los principales factores que contribuyen a la falta de cooperación pueden ser los miedos transmitidos por los padres, una experiencia previa odontológica o médica desagradable, preparación inadecuada para el primer encuentro en el ambiente odontológico o prácticas familiares disfuncionales.²⁴⁻²⁶

Para aliviar esas barreras, el odontólogo debe transformarse en un profesor. Los métodos del odontólogo deben incluir: evaluación del nivel de desarrollo del niño; sus capacidades físicas y motoras; su nivel de comprensión, con la finalidad de que el niño pueda prestar atención y recibir el mensaje que se está queriendo transmitir (es decir, establecer una buena comunicación). Para que se realice una atención odontológica de calidad y con seguridad, se debe establecer y mantener una relación de tipo “profesor-alumno”, para contar con un paciente entrenado.

Tratamiento postergado

Las enfermedades odontológicas generalmente no causan una amenaza a la vida, y el tipo y duración del tratamiento pueden ser pospuestos en determinadas circunstancias. Cuando la conducta del niño impide el cuidado de la salud bucal de rutina, por medio del uso de técnicas de comunicación para la adaptación del comportamiento, el dentista debe considerar la urgencia de la necesidad para elaborar un plan de tratamiento. La enfermedad, trauma, dolor, o la infección de avance rápido, generalmente necesitan

un tratamiento rápido. Se podrá aplazar parte o todo el tratamiento, o emplear intervenciones terapéuticas alternativas (por ejemplo, técnica restauradora atraumática (ART)^{45,46}, utilización de barniz fluorado, antibióticos -para el control de la infección) hasta que el niño pueda colaborar y pueda tener una conducta apropiada. Esto deberá estar basado en una evaluación individualizada de los riesgos y los beneficios de tratamientos claramente retrasados o alternativos, y para ello, debe obtener consentimiento del padre o responsable mediante consentimiento informado.

Se debe considerar posponer o retrasar el tratamiento en casos en que el comportamiento del paciente se torna histérico o incontrolable. En esos casos, el dentista debe detener el procedimiento tan pronto como sea posible, discutir la situación con el paciente y los padres, con el fin de seleccionar otra táctica similar o retrasar el tratamiento basándose en las necesidades odontológicas del paciente. En caso que se decida atrasar el tratamiento, el profesional debe inmediatamente terminar las etapas necesarias para concluir el procedimiento de forma segura.

Se debe re-evaluar el riesgo o actividad de caries cuando las opciones de tratamiento estuviesen comprometidas debido al comportamiento del niño. La AAPD ha desarrollado una herramienta de evaluación de riesgo de caries (CAT)⁴⁷ que proporciona medios de clasificar el riesgo actual de caries y la posibilidad de poder ser aplicada periódicamente para evaluar cambios en los estados de riesgo de un individuo. Se recomienda un programa preventivo individualizado, que incluya instrucción apropiada a los padres y una

programación de consultas periódicas, después de evaluar el riesgo de caries del paciente y las necesidades orales de salud. Los fluoruros tópicos (por ejemplo: gel fluorado, barniz fluorado, aplicación profesional durante la profilaxis) pueden ser indicados⁴⁸ y la ART puede ser útil como método de abordaje preventivo y terapéutico.^{45,46}

Consentimiento Informado

A pesar de las técnicas de adaptación del comportamiento utilizadas por el profesional, todas las decisiones de orientación deben ser basadas en una evaluación subjetiva que mida los riesgos y beneficios para el niño. La necesidad de tratamiento, las consecuencias del tratamiento retrasado y el potencial trauma físico y emocional deben ser considerados.

Las decisiones con respecto al uso de técnicas de adaptación del comportamiento, a excepción del abordaje lingüístico o comunicativo, no pueden ser hechas únicamente por el odontólogo.

Deben involucrar a los padres y, de ser apropiado, al niño. El odontopediatra tiene conocimiento sobre los cuidados odontológicos (es decir, la duración y las técnicas de tratamientos); los padres compartirán con el profesional la decisión de tratar o no tratar y se debe consultar respecto a las estrategias de tratamiento y los riesgos potenciales. En consecuencia, la finalización satisfactoria de los servicios diagnósticos y acciones terapéuticas es vista como una asociación entre el dentista, los padres y el niño.

Para obtener el consentimiento in-

formado es fundamental explicar a los padres sobre la naturaleza, los riesgos y los beneficios de la técnica a usar, y de todas las técnicas alternativas profesionalmente conocidas o basadas en evidencia.⁴⁹ Se debe responder a todas las preguntas de acuerdo a la comprensión de los padres.

El abordaje lingüístico, en virtud de ser un elemento básico de comunicación, no requiere ningún consentimiento específico.

Todas las otras técnicas de orientación de comportamiento requieren consentimiento informado consistente con el Manual Clínico de AAPD⁴⁹ y las leyes vigente del país. En caso de una reacción repentina durante el tratamiento odontológico, el profesional tiene la responsabilidad de proteger al paciente y al personal de posibles daños. Después de la intervención inmediata, las técnicas deben ser cambiadas para continuar el tratamiento, y el odontólogo tiene que tener el consentimiento informado para métodos alternativos, como medida de seguridad.

Resumen

1. La orientación del comportamiento se basa en principios científicos. La ejecución apropiada de la orientación del comportamiento requiere una comprensión de los principios. La adaptación del comportamiento, sin embargo, es más que ciencia pura y requiere de habilidades en comunicación, formación y escucha atenta. Asimismo, la orientación del comportamiento es una forma de arte clínico y una habilidad construida dentro de fundamentos científicos.

2. Los objetivos de la adaptación del comportamiento son: establecer una buena comunicación, aliviar el miedo y la ansiedad, realizar una atención odontológica de calidad, construir una relación de confianza entre el dentista y el niño y promover una actitud positiva con su salud bucal.
3. La urgencia de las necesidades odontológicas de los niños deben ser consideradas en la planificación del tratamiento. Puede ser apropiado retrasar o modificar el tratamiento hasta que los cuidados de rutina puedan ser realizados utilizando técnicas apropiadas de adaptación del comportamiento.
4. Todas las decisiones al respecto del uso de técnicas de adaptación del comportamiento deben ser basadas en la evaluación del beneficio contra la evaluación del riesgo. Como parte del proceso de obtener el consentimiento informado, las recomendaciones del dentista con respecto al uso de estas técnicas (excepto abordaje lingüístico o comunicativo) deben ser sometidas a comprensión y aceptación de los padres. Los padres compartirán el proceso de toma de decisión con respecto al tratamiento de sus niños.
5. El personal debe ser capacitado con cuidado para dar respaldo a los esfuerzos del odontopediatra y para dar la bienvenida correcta a los pacientes y a los padres en un ambiente amigable para los niños, lo que facilita la adaptación del comportamiento y hacer la visita odontológica positiva.

Recomendaciones para adaptación del comportamiento: Recursos básicos.

Comunicación y Abordaje lingüístico.

El abordaje lingüístico está representado por los comandos usados universalmente en Odontopediatría, tanto en los niños cooperadores como en los que no cooperan. Además de establecer una relación con el niño y permitir la finalización exitosa de los procedimientos odontológicos, estas técnicas pueden ayudar al niño en el desarrollo de una actitud positiva respecto a su salud bucal. El abordaje lingüístico comprende un arsenal de técnicas, que una vez integradas, mejoran el desarrollo de un paciente cooperador. Más que una colección de técnicas nuevas, el abordaje lingüístico o comunicativo es un proceso subjetivo continuo que se transforma en una extensión de la personalidad del dentista. Son asociadas a este proceso las técnicas específicas de “decir-mostrar-hacer”, control de voz, comunicación no verbal, el refuerzo positivo y la distracción. El dentista debe considerar el desarrollo cognitivo del paciente, así como la presencia de otros defectos de comunicación (por ejemplo, defectos en la audición), para elegir técnicas específicas.

Decir-Mostrar-Hacer

Descripción: “Decir-Mostrar-Hacer” es una técnica de comportamiento usada por muchos profesionales de odontopediatría para moldear el comportamiento del niño. La técnica consiste en explicaciones verbales de los procedimientos con frases apropiadas acorde al desarrollo del paciente (decir), demostraciones para

el paciente con aspectos visuales, auditivos, olfativos y táctiles del procedimiento que se va a realizar, de manera cuidadosa y no amenazante (mostrar), y luego sin desviarse de la explicación y de la demostración se debe concluir el procedimiento (hacer).

El “Decir-Mostrar-Hacer” es una técnica utilizada junto con las habilidades de comunicación verbal y no verbal y de refuerzo positivo.

Objetivos: Los objetivos del “Decir-Mostrar-Hacer” son:

1. Enseñar los aspectos importantes de la visita odontológica y familiarizar al paciente con los elementos del consultorio;
2. Modelar la respuesta del paciente frente a los tratamientos a través de la desensibilización, con expectativas claramente definidas.

Indicaciones: Se puede utilizar en todos los pacientes.

Contraindicaciones: Ninguna.

Control de voz

Descripción: El control de la voz es una alteración controlada del volumen, el tono o el ritmo de la voz para influenciar y dirigir el comportamiento del paciente. Los padres no familiarizados con esta técnica se pueden beneficiar con una explicación antes de su uso con la finalidad de prevenir un malentendido.

Objetivos: los objetivos del control de la voz son:

1. Ganar la atención y colaboración del paciente;
2. Prevenir el comportamiento negativo o el rechazo del niño;

3. Establecer roles adecuados en la relación “adulto-niño”.

Indicaciones: Puede ser usado en todos los pacientes.

Contraindicaciones: Pacientes con problema de audición.

Comunicación no verbal

Descripción: La comunicación no verbal se establece a través de la postura, expresión facial y el comportamiento apropiado del niño.

Objetivos: Los objetivos de la comunicación no verbal son:

1. Aumentar la eficacia de otras técnicas de abordaje comunicativo;
2. Ganar o mantener la atención y la cooperación del paciente.

Indicaciones: Puede ser usado en todos los pacientes

Contraindicaciones: Ninguna

Refuerzo Positivo

Descripción: En el proceso de establecer el comportamiento deseable del paciente es esencial ofrecer una retroalimentación apropiada. El refuerzo positivo es una técnica eficaz en recompensar comportamientos deseados y así, fortalecer el retorno de estos comportamientos. Tenemos refuerzos sociales como la modulación positiva de la voz, la expresión facial, el elogio verbal y las demostraciones físicas apropiadas de afecto por todos los miembros del equipo odontológico. Se pueden usar reforzadores no sociales tales como juguetes y recuerdos.

Objetivo: Reforzar el comportamiento deseado

Indicaciones: Puede ser usado en todos los pacientes

Contraindicaciones: Ninguna.

Distracción

Descripción: Distracción es una técnica que desvía la atención del paciente ante lo que puede ser percibido como un procedimiento desagradable. Dar al paciente una pausa corta durante un procedimiento estresante puede ser un uso eficaz de distracción antes de considerar la aplicación de técnicas más avanzadas de orientación del comportamiento.

Objetivos: Los objetivos de la distracción son:

1. Disminuir la percepción de los estímulos desagradables;
2. Evitar conductas negativas o de rechazo.

Indicaciones: Puede ser usado en todos los pacientes.

Contraindicaciones: Ninguna.

Presencia/Ausencia Materna

Descripción: La presencia o ausencia materna puede, a veces, ser usada para ganar la cooperación durante el tratamiento.

Existe una gran diversidad de opiniones de profesionales respecto a la presencia o ausencia materna durante los procedimientos odontopediátricos.

El modo de criar a los hijos ha cambiado mucho en las últimas décadas en EUA⁵⁰. Los profesionales enfrentan desafíos con un número creciente de niños que muchas veces son mal orientados en el establecimiento de límites por los padres y carecen de la autodisciplina necesaria para enfrentar la experiencia odontológica. Frecuentemente las expectativas de los padres para con el comportamiento del niño está fuera de la realidad, mien-

tras que las expectativas en relación al dentista que guía su comportamiento son muy grandes.⁵¹

Sabemos que es importante establecer una buena comunicación entre el dentista, el paciente y la madre (padres). Eso requiere que el dentista concentre su foco tanto en el niño como en su madre, pero especialmente en el niño. Por lo tanto, la presencia o ausencia materna puede ser muy beneficiosa o muy perjudicial. Cada profesional tiene la responsabilidad de adecuar la comunicación y utilizar los métodos que optimicen el tratamiento ajustándose a sus propias habilidades, la capacidad del niño en particular y a los deseos de los padres (mamá) específicamente implicados.

Objetivos: Los objetivos de la presencia o ausencia materna son:

1. Ganar la atención del paciente y mejorar la colaboración;
2. Evitar el comportamiento negativo o rechazo;
3. Establecer roles adecuados en la relación dentista-niño;
4. Mejorar la comunicación eficaz entre el dentista, el niño y los padres;
5. Minimizar la ansiedad y conseguir una experiencia dental positiva.

Indicaciones: Puede ser usado en todos los pacientes.

Contraindicaciones: Padres que no tienen deseo o capacidad de dar apoyo afectivo (cuando sea necesario) o que eventualmente no acceden a retirarse del consultorio.

Inhalación de óxido Nitroso/ Oxígeno.

Descripción: La inhalación de óxido nitroso/oxígeno es una técnica segura y eficaz

en la reducción de la ansiedad y posibilita una atención de manera adecuada. Su inicio de acción es rápido, los efectos son fácilmente titulados y reversibles, y la recuperación es rápida y completa.

Adicionalmente, la inhalación con óxido nitroso/oxígeno proporciona un grado variable de analgesia, de amnesia y reducción del reflejo faríngeo.

La necesidad de diagnóstico y tratamiento, así como la seguridad del paciente y del profesional, deben ser considerados antes del uso de analgesia y ansiólisis con el óxido nitroso/oxígeno.

Técnicas avanzadas para adaptación del comportamiento.

La mayoría de los niños pueden ser controlados de manera eficaz con el uso de técnicas básicas de adaptación del comportamiento.

Éstas forman la base fundamental para todas las técnicas de manejo realizadas por el dentista. Sin embargo, algunos niños se presentan ocasionalmente con problemas de comportamiento que requieren el uso de técnicas más avanzadas. Las técnicas avanzadas de adaptación del comportamiento son generalmente usadas y enseñadas en programas de entrenamiento avanzado en odontopediatría e incluyen la estabilización protectora (inmovilización), la sedación y la anestesia general⁶. Son extensiones de la adaptación del comportamiento con la intención de facilitar los objetivos de comunicación, cooperación y realización de un tratamiento de calidad en el paciente difícil. El diagnóstico apropiado del comportamiento y la ejecución segura y eficaz de las técnicas demandan conocimiento y

experiencia, que generalmente van más allá de los estudios de pregrado.

Los dentistas que deseen conocer el uso de estas técnicas avanzadas deben buscar entrenamiento adicional en un programa de residencia y/o un curso extensivo de educación continua que implique una formación didáctica y experiencia en el tema.

Estabilización Protectora/Contención.

Descripción: el uso de cualquier tipo de contención protectora en el tratamiento de niños, adolescentes o personas con necesidades especiales es un tema que preocupa tanto a los profesionales de la salud como al público.⁵²⁻⁶⁰ La estabilización protectora es la limitación de la libertad de movimientos del paciente, con o sin su permiso, a fin de disminuir el riesgo de lesión para permitir la finalización segura del tratamiento.

La limitación puede involucrar a otra persona, un dispositivo para inmovilizar al paciente o una combinación de ambos. El uso de contención protectora tiene el potencial de producir serias consecuencias, tales como daño físico o psicológico, pérdida de la dignidad, la violación de los derechos del paciente e incluso la muerte. Debido a los riesgos asociados y a las consecuencias posibles de su uso, el dentista es incentivado a evaluar completamente cada paciente involucrado en su uso y juzgar cada alternativa posible.⁶¹

La estabilización parcial o completa del paciente, a veces es necesaria para proteger al paciente, al dentista, al equipo y al responsable, en relación a accidentes durante los procedimientos de cuidados odontológicos. La contención protectora

puede ser realizada por el dentista, por el equipo de funcionarios, o por el responsable con o sin el dispositivo restrictivo. El odontopediatra debe usar siempre la estabilización menos restrictiva posible, siendo segura, eficaz y protectora. El uso de un abrebocas en un niño cooperador no es considerado contención protectora.

La decisión para utilizar estabilización protectora debe tener en cuenta:

1. Modalidades alternativas de orientación del comportamiento.
2. Necesidades odontológicas del paciente.
3. El efecto en la calidad del tratamiento odontológico.
4. El desarrollo emocional del paciente.
5. El examen del paciente.

La estabilización protectora efectuada por el equipo odontológico, con o sin un dispositivo restrictivo, requiere consentimiento informado de los padres. Debido a la naturaleza aversiva de la técnica, es importante obtener el consentimiento informado y documentado en el registro del paciente antes del uso de la estabilización protectora. Además de eso, debe ocurrir, de manera apropiada, una explicación al paciente con respecto a la necesidad de restricción, con una oportunidad para que él responda.⁶²

En el caso de una reacción súbita en el tratamiento, el profesional está encargado de proteger al paciente y al equipo de cualquier daño. Después de la intervención inmediata para garantizar la seguridad, las técnicas deben ser cambiadas para continuar el tratamiento. El odontólogo debe tener el consentimiento informado para técnicas alternativas.

La historia clínica del paciente debe incluir:

- Consentimiento informado para contención
- Indicación de contención
- Tipo de estabilización
- Período de duración de la restricción
- Frecuencia de ajustes y la evaluación de seguridad de la contención
- Evaluación del comportamiento durante la contención

Objetivos: Los objetivos de la contención del paciente son:

- Reducir o eliminar el movimiento inesperado
- Proteger al paciente, equipo de funcionarios, al dentista y a los padres de cualquier lesión
- Facilitar la realización de un tratamiento odontológico de calidad

Indicaciones: La contención del paciente está indicada cuando:

- Los pacientes requieren un diagnóstico inmediato y/o tratamiento limitado y no pueden cooperar debido a falta de madurez
- Los pacientes requieren un diagnóstico inmediato y/o tratamiento limitado y no pueden cooperar debido a una discapacidad física o mental
- La seguridad del paciente, el equipo de funcionarios, del dentista, o de los padres está en riesgo sin el uso de estabilización protectora
- Los pacientes sedados requieren estabilización limitada para reducir los movimientos inesperados

Contraindicaciones. La estabilización del paciente está contraindicada en:

- Pacientes cooperadores no sedados

- Pacientes que no pueden ser inmovilizados con seguridad debido a condiciones médicas asociadas
- Pacientes que tuvieron experiencias traumáticas previas, sean físicas o psicológicas, con la estabilización protectora (a menos que ninguna alternativa esté disponible)
- Pacientes no sedados y que el tratamiento no sea de emergencia, y requiera consultas largas

Precauciones. Se deben tomar en cuenta las siguientes precauciones en el examen del paciente antes de la estabilización:

- La tensión y la duración de la estabilización deben ser monitoreadas y evaluadas en intervalos regulares.
- La contención alrededor de las extremidades o del tórax no debe restringir activamente la circulación o la respiración.
- Se debe terminar la contención tan pronto como sea posible en un paciente que esté muy estresado o severamente histérico, para impedir un posible trauma físico o psicológico.

Sedación

Descripción: La sedación puede ser usada con seguridad y eficacia en pacientes incapaces de recibir el cuidado odontológico por razones de su edad o condición mental, física o médica.

La necesidad de diagnosticar y tratar, así como la seguridad del paciente, del profesional, y del equipo de funcionarios deben ser considerados para el uso de la sedación. Para la decisión del uso de sedación se debe tomar en cuenta:

1. Modalidades alternativas de adapta-

ción del comportamiento.

2. Necesidades odontológicas del paciente.
3. El efecto sobre la calidad de la atención odontológica.
4. El desarrollo emocional del paciente.
5. Los resultados del examen del paciente.

La documentación debe incluir²:

1. Consentimiento informado. Se debe obtener y documentar el consentimiento informado del responsable antes del uso de la sedación.
2. Instrucciones e información proporcionadas a los padres.
3. Evaluación de salud.
4. Un registro con fecha que incluya el nombre, la vía, la ubicación, la duración, la dosis y el efecto de las drogas administradas.
5. El nivel de conciencia y respuesta del paciente, la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno durante el tratamiento y hasta qué criterios pre determinados de alta sean alcanzados.
6. Eventos adversos (si llegan a ocurrir) y su tratamiento.
7. Fecha y condición del paciente al alta.

Objetivos. Los objetivos de la sedación son:

1. Mantener la seguridad y el bienestar del paciente.
2. Minimizar el dolor y el malestar.
3. Controlar la ansiedad, minimizar el trauma psicológico y maximizar el potencial para la amnesia.
4. Controlar el comportamiento y/o el movimiento para permitir la finalización del tratamiento de manera segura.
5. Retorno del paciente a un estado de alta seguro, bajo supervisión médica,

como es determinado por los criterios conocidos.

Indicaciones. La sedación está indicada para:

1. Pacientes miedosos, ansiosos, para los cuales las técnicas básicas de orientación del comportamiento no tuvieron éxito.
2. Pacientes que no pueden cooperar debido a falta de madurez psicológica o emocional y/o incapacidad mental, física o médica.
3. Pacientes que el uso de sedación puede proteger de trastornos psíquicos y/o reducir el riesgo médico.

Contraindicaciones. El uso de la sedación está contraindicada en:

1. Pacientes cooperadores con necesidades odontológicas mínimas
2. Condiciones médicas predisponentes que hacen desaconsejable la sedación

Anestesia general

Descripción: La anestesia general es un estado controlado de inconsciencia acompañado por una pérdida de reflejos protectores, como la capacidad de mantener la vía aérea independiente y de responder a la estimulación física o verbal intencionalmente.

El uso de la anestesia general es a veces necesario para brindar un cuidado odontológico de calidad para el niño. Dependiendo del paciente y del medio en que se encuentre, puede ser hecho en un hospital o ambulatorio. Aquel profesional que desee realizar este procedimiento debe informarse en manuales y cursos sobre:

1. Modalidades alternativas de adaptación del comportamiento.
2. Necesidades odontológicas del pa-

ciente.

3. El efecto sobre la calidad de atención odontológica.
4. El desarrollo emocional del paciente.
5. Las condiciones médicas del paciente.

Antes de la administración de la anestesia general, la documentación apropiada deberá ser preparada, conteniendo datos como: uso racional de la anestesia general, consentimiento informado, las instrucciones dadas a los padres, las precauciones alimenticias y la evaluación preoperatoria de salud. Las exigencias mínimas para un registro de anestesia deben incluir:

1. Ritmo cardíaco del paciente, presión arterial, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno en intervalos específicos durante todo el procedimiento hasta que se cumplan los criterios de alta pre establecidos.
2. El nombre, vía de administración, localización, duración, la dosis y el efecto sobre el paciente de drogas administradas, inclusive la anestesia local.
3. Efectos adversos (si llegan a ocurrir) y su tratamiento.
4. Los criterios de alta, duración y la condición del paciente al alta, y el nombre del profesional responsable por el alta del paciente.

Objetivos. Los objetivos de la anestesia general son:

1. Proporcionar seguridad, eficiencia y cuidado odontológico eficaz.
2. Eliminar la ansiedad.
3. Reducir movimientos inesperados y reacciones durante el tratamiento odontológico.
4. Ayudar al tratamiento del paciente física o mentalmente comprometido.

5. Eliminar la respuesta de dolor del paciente.

Indicaciones. La anestesia general está indicada en:

1. Pacientes que no pueden cooperar debido a una falta de madurez psicológica o emocional y/o incapacidad mental, física o médica.
2. Pacientes en los que la anestesia local es ineficaz debido a infección aguda, variaciones anatómicas o debido a la presencia de alergia.
3. Niños o adolescentes extremadamente no cooperadores, miedosos, ansiosos y no comunicativos.

4. Pacientes que requieren procedimientos quirúrgicos significativos.
5. Pacientes para los cuales el uso de la anestesia general podría protegerlos de disturbios psicológicos, reduciendo el riesgo médico.
6. Pacientes que requieren cuidados odontológicos inmediatos y complejos.

Contraindicaciones: El uso de anestesia general está contraindicado en:

1. Pacientes saludables, cooperador y con necesidades dentales mínimas.
2. Condiciones médicas predisponentes que tornen la anestesia general desaconsejable.

Apéndice 1. Herramientas de Evaluación de los Pacientes.

| Herramienta | Formato | Aplicación | Referencia |
|--|---|--|------------|
| Toddler Temperament Scale | Cuestionario dirigido a los padres | El comportamiento del niño de 12-36 meses de edad | 30, 37 |
| Behavioral Style Questionnaire (BSQ) | Cuestionario dirigido a los padres | Temperamento del niño de 3-7 años | 29, 38 |
| Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) | Cuestionario dirigido a los padres | Frecuencia e intensidad de 36 problemas comunes de comportamientos | 39 |
| Facial Image Scale (FIS) | Visual de Caras (en niños escolares) | Indicador de ansiedad para niños pre-alfabetizados | 40 |
| Children's Dental Fear Picture test (CDFP) | 3 sub-tests con retratos (en niños escolares) | Evaluación de miedo odontológico en niños > 5 años | 41 |
| Child Fear Survey Schedule-Dental Subscale (CFSS-DS) | Cuestionario dirigido a los padres | Evaluación de miedo odontológico | 24, 41, 42 |
| Parent-Child Relationship Inventory (PCRI) | Cuestionario dirigido a los padres | Actitudes y comportamiento de los padres que pueden resultar en problemas de comportamiento del niño | 27, 43 |
| Corah's Dental Anxiety Scale (DAS) | Cuestionario dirigido a los padres | Ansiedad dental materno-paterna | 24, 36, 44 |

Referencias bibliográficas

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on appropriate use of nitrous oxide for pediatric dental patients. *Pediatr Dent* 2006;28(suppl): XX.
2. American Academy of Pediatrics, American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostic and therapeutic procedures: An update. *Pediatr Dent* 2006;28(suppl): XX.
3. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on use of anesthesia care providers in the administration of in-office deep sedation/general anesthesia to the pediatric dental patient. *Pediatr Dent* 2006; 28(suppl):XX.
4. American Dental Association Commission on Dental Accreditation. Accreditation Standards for Advanced Specialty Education Programs in Pediatric Dentistry. American Dental Assoc. Chicago, Ill. 1998.

5. Adair SM, Schafer TE, Rockman RA, Waller JL. Survey of behavior management teaching in predoctoral pediatric dentistry programs. *Pediatr Dent* 2004;26:143-150.
6. Adair SM, Rockman RA, Schafer TE, Waller JL. Survey of behavior management teaching in pediatric dentistry advanced education programs. *Pediatr Dent* 2004;26:151-158.
7. Adair SM, Waller JL, Schafer TE, Rockman RA. A survey of members of the American Academy of Pediatric Dentistry on their use of behavior management techniques. *Pediatr Dent* 2004;26:159-166.
8. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Task versus socioemotional behaviors in physicians. *Med Care* 1987;25:399-412.
9. Gale EN, Carlsson SG, Eriksson A, Jonnell M. Effects of dentists' behavior on patients' attitudes. *J Am Dent Assoc* 1984;109:444-446.
10. Schouten BD, Eijkman MAJ, Hoogstraten J. Dentists' and patients' communicative behavior and their satisfaction with the dental encounter. *Commun Dent Health* 2003;20:11-15.
11. Lepper HS, Martin LR, DiMatteo MR. A model of nonverbal exchange in physician-patient expectations for patient involvement. *J Nonverb Behav* 1995;19:207-222.
12. Reichard A, Turnbull HR, Turnbull AP. Perspectives of dentists, families, and case managers on dental care for individuals with development disabilities in Kansas. *Ment Retard* 2001;39:268-285.
13. Lester GW, Smith SG. Listening and talking to patients: A remedy for malpractice suits. *West J Med* 1993; 158:268-272.
14. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Arch Inter Med* 1944;154:1365-1370.
15. Weinstein P, Getz T, Raetener P, Domoto P. The effect of dentists' behavior on fear-related behaviors in children. *J Am Dent Assoc* 1982;104:32-38.
16. ten Berge M, Veerkamp J, Hoogstraten J. Dentists' behavior in response to child dental fear. *J Dent Child* 1999;66:36-40.
17. Sarnat H, Arad P, Hanauer D, Shohami E. Communication strategies used during pediatric dental treatment: A pilot study. *Pediatr Dent* 2001;23:337-342.
18. Chambers DW. Communicating with the young dental patient. *J Am Dent Assoc* 1976; 93:793-799.
19. Pinkham JR. The roles of requests and promises in child patient management. *J Dent Child* 1993;60:169-174.
20. Abushal MS, Adenubi JO. Attitudes of Saudi parents toward behavior management techniques in pediatric dentistry. *J Dent Child* 2003;70:104-110.
21. Chamber DW. Behavior management techniques for pediatric dentists: An embarrassment of riches. *J Dent Child* 1977; 44:30-34.
22. Klingberg G, Broberg AG. Temperament and child dental fear. *Pediatr Dent* 1998;20:237-243.
23. Arnup K, Broberg AG, Berggren U, Bodin L. Lack of cooperation in pediatric dentistry: The role of child personality characteristics. *Pediatr Dent* 2002;24:119-128.
24. Baier K, Milgrom P, Russell S, Mancl L, Yoshida T. Children's fear and behavior in private pediatric dentistry practices. *Pediatr Dent* 2004;26:316-321.
25. Rud B, Kislign E. The influence of mental development on children's acceptance of dental treatment. *Scand J Dent Res* 1973;81:343-352.
26. Brill WA. The effect of restorative treatment on children's behavior at the first recall visit in a private pediatric dental practice. *J Clin Pediatr Dent* 2002;26:389-394.

27. Allen KD, Hutfless S, Larzelere R. Evaluation of two predictors of child disruptive behavior during restorative dental treatment. *J Dent Child* 2003;70:221-225.
28. Cunha RF, Delbem ACB, Percinoto C, Melhado FL. Behavioral evaluation during dental care in children ages 0 to 3 years. *J Dent Child* 2003;70:100-103.
29. Radis FG, Wilson S, Griffen AL, Coury DL. Temperament as a predictor of behavior during initial dental examination in children. *Pediatr Dent* 1994;16:121-127.
30. Lochary ME, Wilson S, Griffen AL, Coury DL. Temperament as a predictor of behavior for conscious sedation in dentistry. *Pediatr Dent* 1993;15:348-352.
31. Jensen B, Stjernqvist K. Temperament and acceptance of dental treatment under sedation in preschool children. *Acta Odontol Scand* 2002;60:231-236.
32. Arnup K, Broberg AG, Berggren U, Bolin L. Treatment outcome in subgroups of uncooperative child dental patients: An exploratory study. *Int J Paediatr Dent* 2003;13:304-319.
33. Holst A, Hallonsten AL, Schröder U, Ek L, Edlund K. Prediction of behavior-management problems in 3-year-old children. *Scand J Dent Res* 1993;101:110-114.
34. Klingberg G, Berggren U, Carlsson SG, Noren JG. Child dental fear: Cause related factors and clinical effects. *Eur J Oral Sci* 1995;103:405-412.
35. Johnson R, Baldwin DC. Maternal anxiety and child behavior. *J Dent Child* 1969;36:87-92.
36. Peretz B, Nazarian Y, Bimstein E. Dental anxiety in a students' pediatric dental clinic: Children, parents and students. *Int J Paediatr Dent* 2004;14:192-198.
37. Fullard W, McDevitt SC, Carey WB. Assessing temperament in one- to three-year-old children. *J Pediatr Psychol* 1984;9:205-217.
38. McDevitt SC, Carey WB. The measurement of temperament in 3-to 7-year-old children. *J Child Psychol Psychiatry* 1978;19:245-253.
39. Eyberg S, Pincus D. *Child Behavior Inventory*. Odessa, Fla: Professional Manual Psychological Assessment Resources, Inc; 1999.
40. Buchanan H, Niven N. Validation of a facial image scale to assess child dental anxiety. *Int J Paediatr Dent* 2002; 12:47-52.
41. Klingberg G, Vannas Löfqvist L, Hwang CP. Validity of the children's dental fear picture test (CDFP). *Eur J Oral Sci* 1995;103:55-60.
42. Cuthbert MI, Melamed BG. A screening device: Children at risk for dental fears and management problems. *J Dent Child* 1982;49:432-436.
43. Gerald AB. *Parent-Child Relationship Inventory (PCRI) Manual*. Los Angeles, Calif: Western Psychological Services; 1994.
44. Corah NL. Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res* 1969;48:596.
45. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on pediatric restorative dentistry. *Pediatr Dent* 2006;28(suppl): XX.
46. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on alternative restorative treatment (ART). *Pediatr Dent* 200; 28(suppl):XX.
47. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on use of a caries-risk assessment tool (CAT) for infants, children and adolescents. *Pediatr Dent* 2006;28(suppl): XXX.
48. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on fluoride therapy. *Pediatr Dent* 2006;28(suppl):XX.
49. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on informed consent. *Pediatr Dent* 2006;28(suppl):XX.
50. Long N. The changing nature of parenting in America. *Pediatr Dent* 2004;26:121-124.

51. Sheller B. Challenges of managing child behavior in the 21st century dental setting. *Pediatr Dent* 2004;26:111-113.
52. Connick C, Palat M, Puagliese S. The appropriate use of physical restraint: Considerations. *J Dent Child* 2000;67:231,256-262.
53. Crossley ML, Joshi G. An investigation of pediatric dentists' attitudes towards parent accompaniment and behavioral management techniques in the UK. *Br Dent J* 2002;192:517-521.
54. Peretz B, Zadik D. Parents' attitudes toward behavior management techniques during dental treatment. *Pediatr Dent* 1999;2:201-204.
55. Peretz B, Gluck GM. The use of restraint in the treatment of pediatric dental patients: Old and new insights. *Int J Paediatr Dent* 2002;12:932-397.
56. Brill WA. Parents' assessment and children's reactions to a passive restraint device used for behavior control in a private pediatric dental practice. *J Dent Child* 2002;69:236,310-313.
57. Law CS, Blain S. Approaching the pediatric dental patient: A review of nonpharmacologic behavior management strategies. *J Calif Dent Assoc* 2003;31:703-713.
58. Kupietzky A. Strap him down or knock him out: Is conscious sedation with restraint an alternative to general anesthesia? *Br Dent J* 2004;196:133-138.
59. Manley MCG. A UK perspective. *Br Dent J* 2004;196:138-139.
60. Morris CDN. A commentary on the legal issues. *Br. Dent J* 2004;196:139-140.
61. Joint Commission on Accreditations of Healthcare Organizations (JCAHO). Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals 2004-2004. Oakbrook Terrace, Ill: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 2004:pc25-pc40.
62. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine. The use of physical restraint interventions for children and adolescents in the acute care setting. *Pediatrics* 1997;99:497-498.