

J.R. Boj
A. Jiménez
C. Lischeid
E. Espasa

Técnicas de enfoque físico en odontología infantil

Facultad de Odontología
Universidad de Barcelona.

Correspondencia:

Dr. J. R. Boj Quesada
Prats de Molló, 10
08021 Barcelona

RESUMEN

Las técnicas de enfoque físico son un grupo de técnicas útiles en odontología infantil. Hay que conocerlas y saber aplicarlas adecuadamente. No se trata de un castigo. El principal objetivo es la seguridad del paciente y del personal asistencial para poder llevar finalmente el tratamiento a cabo. Consideraremos abre bocas, bloques de mordida, la técnica «M.S.B.», el control físico por parte del profesional y los dispositivos específicos para inmovilización.

PALABRAS CLAVE

Limitación física; Odontopediatría; M.S.B.; Abre bocas.

ABSTRACT

The use of restraint is very helpful in Pediatric Dentistry. These kind of techniques have to be known by the dentist. They should not be used as a punishment. The main purpose is to avoid injuries to the child and the dental team while providing adequate dental treatment. We will consider mouth props, bite blocks, H.O.M.E., physical control by the dental team and commercial restraining devices.

KEY WORDS

Restraint; H.O.M.E.; H.O.M.A.R.; Mouth props.

INTRODUCCIÓN

Las técnicas denominadas de enfoque físico no son técnicas que se utilizan como castigo sino como procedimientos clínicos con base científica para poder llevar a cabo ciertos tratamientos dentales en situaciones clínicas perfectamente tipificadas y específicas. La mayoría de las indicaciones para su utilización son los niños muy pequeños y los niños con retrasos mentales y problemas neurológicos severos⁽¹⁻⁷⁾.

Podríamos definir las técnicas de enfoque físico como aquéllas que controlan o limitan los movimientos de los niños para su protección al realizar los tratamientos dentales. No existe un gran número de publicaciones científicas al respecto, probablemente debido a que el tema levanta ciertos sentimientos controvertidos y discrepancias entre los profesionales de la odontoestomatología en general, aunque no tanto entre los especialistas en odontología infantil. Son una serie de técnicas que en muchas ocasiones muchos profesionales rechazan, generalmente por falta de documentación científica y conocimiento del modo de aplicación, alegando que se trata de métodos crueles, castigos y de que dañan psicológicamente a los niños. En realidad como todo tipo de métodos tienen unas indicaciones, una concreta forma de aplicación y también unas limitaciones y contraindicaciones.

CONSIDERACIONES

- Estas técnicas sólo deben utilizarse después de haber agotado las posibilidades de tratamiento con técnicas convencionales.
- Siempre deben ser consideradas antes de planificar el tratamiento bajo anestesia general.
- Se emplean como parte de un tratamiento, no como un castigo^(2,4,6,7).
- La primera finalidad es la protección del paciente, después la protección del profesional y ayudantes, y la última llevar a cabo el tratamiento necesario.
- Deben explicarse de una forma cariñosa los motivos y la manera en que se llevarán a cabo a los niños a los que se les aplica. En función de la capacidad de cada niño se variará el modo de explicación con el «lenguaje pediátrico» adecuado.

- Se empleará todo el tiempo necesario para explicar a los padres el porqué y cómo se utilizan.
- Debe obtenerse el consentimiento de los padres.

La ansiedad que experimentan los niños ante los tratamientos dentales puede considerarse una reacción normal. La función del profesional estará en educar al niño a regular su ansiedad y ajustarla al nivel adecuado que requiere cada situación. Debido a refuerzos inadecuados en casa, en el colegio o en ámbitos médicos y dentales, algunos niños han aprendido a canalizar de forma inadecuada la ansiedad normal que generan ciertas situaciones. La utilización de técnicas de enfoque físico en algunos de estos casos no tan sólo protege al personal sanitario y al niño de lesiones, si no que también ayuda a hacer consciente al niño del hecho de que sus estrategias para la canalización de su ansiedad no son útiles ni beneficiosas para él.

Las técnicas deben aplicarse en una atmósfera relajada, con tranquilidad, siempre como parte de un tratamiento, sin mezclar sentimientos personales, y nunca jamás con connotaciones de castigo. Hay que ser tremendamente consciente de lo que se realiza al aplicarlas y tratar de que el niño tenga sentimientos positivos respecto a sí mismo. Se le debe explicar que él puede y debe cooperar con nosotros, pero que al parecer va a necesitar un poco de ayuda para que podamos trabajar estando él protegido y no sufrir lesiones que podrían producirse por movimientos que él no puede controlar. Es muy curioso observar la sensación de seguridad que experimenta un gran número de niños al utilizar estas técnicas. La casi totalidad de autores considera que cuando se aplican estos métodos correctamente, en los casos indicados y de una forma profesional, no se producen daños psicológicos en los pacientes⁽⁷⁻¹⁰⁾.

INDICACIONES

- Niños con limitaciones físicas tales como pacientes *afectos de parálisis cerebral*, donde no pueden controlar sus movimientos.
- Niños con limitaciones mentales, tales como retrasos mentales severos que les incapacita para cooperar y actuar normalmente, y que generalmente producen conductas incontrolables.
- Niños muy pequeños sin capacidad para comprender



Figura 1. El dispositivo de uso más extendido como limitante físico: el Papoose Board®.

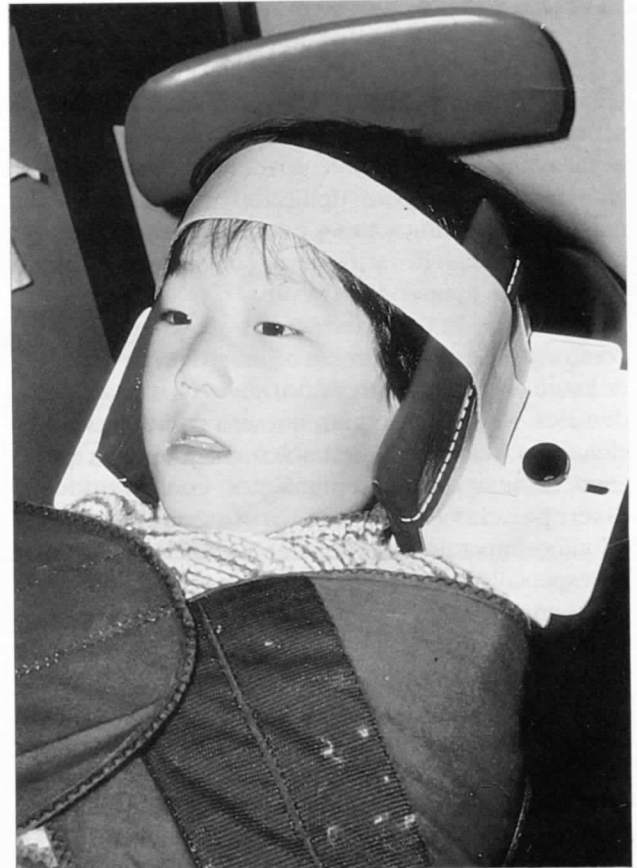


Figura 2. Niño afecto de parálisis cerebral, premedicado y limitado mediante Papoose Board® para controlar sus movimientos espásticos.

las explicaciones e instrucciones del profesional.

- Algunos niños premedicados, que al no disponer de un nivel completo de consciencia, pueden reaccionar bruscamente ante algunos procedimientos como la aplicación de anestesia local o dique de goma y deben, por tanto, ser protegidos.
- Los niños que experimentan rabieta muy violentas. Normalmente se trata de niños normales, potencialmente cooperativos, muy mimados por los padres, que exhiben estas conductas descontroladas y que pueden poner bruscamente en peligro su integridad física durante los tratamientos. Generalmente en estos casos la aplicación de técnicas físicas tiene carácter temporal.

- En los casos de emergencia. Se trata de situaciones tales como traumatismos que requieren atención inmediata y que no se puedan aplicar por razones de tiempo otras técnicas de manejo de conducta o sedación.

TIPOS

a. Bloques de mordida, abre bocas

Se emplean para el control de la boca. Algunos necesitan el recordatorio de que deben permanecer con la boca abierta durante los tratamientos, mientras que

otros presentan más problemas ya que incluso se niegan a abrir la boca. Se pueden utilizar depresores linguales o bien dispositivos comercializados tales como los abre bocas tipo Molt (Hu -Friedy Co.) o el bloque de mordida Mc Kesson (Mc Kesson Co.). Existen distintos tamaños que se seleccionan en función de la edad de los niños, y en caso de utilizar bloques de mordida se les atará hilo de seda como dispositivo de seguridad por si lo hemos de sacar súbitamente de la boca.

b. «M.S.B.»

A la técnica que clásicamente la literatura anglosajona llama «hand over mouth», la técnica de la «mano sobre la boca», a nosotros nos ha gustado denominarla por la abreviación «M.S.B.»⁽¹¹⁾.

La finalidad de esta técnica es el restablecimiento de la comunicación con un niño que tiene capacidad para comunicarse. Por ello está prohibida su utilización en niños menores de seis años y en pacientes con coeficientes intelectuales bajos porque no tienen dicha capacidad^(2,6,8,10). En pleno ataque de histeria o rabieta con gritos, el profesional coloca firmemente su mano sobre la boca del niño. La asistente controla las manos y las piernas para frenar la agitación de brazos y evitar patadas. En voz baja y suave se le dice al oído que está actuando de una forma inadecuada y que sacaremos la mano en el momento en que esté dispuesto a cooperar. Generalmente a través de la comunicación paraverbal (gestos, miradas, expresiones faciales) el niño indica que está dispuesto a ayudar. Entonces el clínico retira la mano y elogia inmediatamente su conducta. Si el paciente se descontrola de nuevo y grita se volverá a aplicar la técnica.

Hace años se utilizaba una variedad de esta técnica que era la técnica de la mano sobre la boca con restricción de las vías nasales⁽¹⁰⁾. Consideramos totalmente inaceptable su utilización a pesar de su tremenda efectividad⁽¹¹⁾. Cabe recordar, que la finalidad de la técnica «M.S.B.» es ganar la atención del paciente para comunicarse con él, y en el caso de la restricción de las vías nasales se va bastante más allá, porque el paciente reacciona a causa del miedo físico que experimenta, lo cual es inaceptable⁽¹¹⁾. Queremos volver a recordar que la técnica «M.S.B.» debe ser utilizada en pacientes mayores de tres años con coeficientes de inteligencia normal.

c. Control físico por parte del profesional

En este apartado incluiremos la actuación del profesional y sus ayudantes para el control de la cabeza y de los movimientos de los brazos y piernas. Hay ciertos procedimientos, como puede ser la aplicación de anestesia local, que requieren que el profesional posicione su brazo alrededor de la cabeza del niño mientras trabaja para evitar movimientos de la misma y, mientras tanto, las asistentes controlan los brazos por si el niño quiere dirigirlos hacia la jeringa de anestesia para evitar el procedimiento.

Evidentemente, en función de cada niño existe un grado cualitativo y cuantitativo en cuanto a la aplicación de estas técnicas. Para muchos niños, el hecho de que una asistente apoye su mano sobre la de ellos es suficiente para frenarles las reacciones bruscas y además se sienten protegidos y se les trata con cariño. Sin embargo, otros niños presentan conductas más descontroladas que requieren que el personal tenga que actuar de una forma más activa. No obstante, en muchas ocasiones estas técnicas sólo deben aplicarse temporalmente puesto que el niño se vuelve colaborador y entonces pueden eliminarse.

d. Control físico mediante dispositivos específicos

Cuando el personal sanitario ya no puede controlar los movimientos de los niños, hay que recurrir a dispositivos de limitación física específicos, para el control de todo el cuerpo. Aquí incluiríamos toallas, sábanas, cinturones, y dispositivos comerciales tales como el Pedi-Wrap® (dispositivo de nylon con cierres de velcro) o el Pappoose Board® (tabla rígida con envoltorio de tela) para citar los más clásicos^(1,2,4,6,7).

DISCUSIÓN

Las técnicas de enfoque físico, a pesar de sus fundamentos científicos y su conocimiento por parte de los odontopediatras, pueden crear cierta confusión en los padres de los pacientes debido a su desconocimiento de las mismas. Los padres pueden demostrar desconfianza y sobre todo ello ocurrirá en aquellas familias cuyos hijos ya hayan tenido experiencias negativas^(12,13).

14 Hay técnicas que los padres prefieren más que otras. Entre las más aceptadas están la imitación, la desensibilización y la técnica de la triple E. Las que producen mayor desagrado son la limitación física, la sedación y la anestesia general⁽¹³⁾.

Es evidente que ante la aplicación de técnicas de enfoque físico hay que obtener consentimiento por parte de los padres. Existe el consentimiento implícito que conlleva la autorización para realizar todas aquellas técnicas necesarias para el bien del paciente y poder realizar los tratamientos. Este tipo de consentimiento estaría justificado en casos de emergencias en que debiésemos limitar a un paciente en estado de agitación. Pero ante técnicas de enfoque físico hay que obtener siempre, salvo en la excepción expuesta, un consentimiento verbal o escrito. Las leyes no son del todo definitivas al respecto, pero el profesional debe cubrirse ante problemas legales que puedan derivar de malos entendidos y por ello el consentimiento escrito es preferible⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Se debe emplear todo el tiempo necesario para exponer a los padres el porqué de la necesidad de utilizar estas técnicas y el modo de empleo de las mismas. Los padres informados tienen un nivel de aceptación mucho mayor de las técnicas y un nivel de stress menor durante los tratamientos. No se debe escatimar tiempo en informar a los padres puesto que el apoyo moral que para ellos representan las explicaciones que les damos, hace que no tan sólo su nivel de ansiedad disminuya, sino que también perciban que el nivel de stress de sus hijos durante los tratamientos dentales es menor^(17,18). Hay que hacer énfasis en describir que las técnicas se utilizan para seguridad del niño y como necesidad del tratamiento, y no para herir la imagen ni la autoestima del mismo. Los padres adquieren un nivel de información mejor cuando son informados individualmente que en grupo. Cuando están en un colectivo junto a otros padres, debido a la presión y la

influencia social, tienden a evaluar las técnicas de manejo de la conducta como menos aceptables⁽¹⁹⁾.

Las técnicas de enfoque físico siguen siendo vigentes en los programas de formación postgraduada en los Estados Unidos⁽²⁰⁾. Sólo un 11% de los programas no enseña la técnica «M.S.B.»⁽²⁰⁾. Se ha incrementado en los últimos años la utilización de las técnicas de limitación física en general; sobre todo el uso del Pappoose Board R, aunque la utilización de la técnica «M.S.B.» haya disminuido ligeramente^(20,21). Ha disminuido globalmente la utilización de la sedación, a expensas de un gran descenso en sedación intramuscular y endovenosa y un ligero ascenso de la premedicación oral. Sin embargo ha aumentado la utilización de anestesia general^(20,21). A medida que se producen cambios sociales, la opinión y aceptación de los métodos para tratar a los niños se va modificando. Si todo cambia en el transcurso del tiempo, la valoración de las técnicas de manejo de los pacientes también va alterándose^(13,22).

La introducción de nuevas técnicas tales como la distracción, relajación e imitación a través de películas de vídeo se ve frenada por la dificultad que supone la compensación monetaria por parte de los profesionales al poner en práctica dichas técnicas⁽²²⁾. La aplicación de nuevas técnicas es lenta y va adquiriendo una aceptación paulatina. La falta de tiempo que los padres tienen actualmente para sus hijos hace que muchas veces quieran estar presentes durante los tratamientos de los mismos, ya que ello les proporciona la sensación de que les dedican tiempo y están controlando los problemas de sus hijos⁽²³⁾. En el caso de las técnicas de enfoque físico los padres podrían ayudar, en caso de conductas violentas, al control físico de los niños.

Ante la utilización de estas técnicas, el personal sanitario debe controlar la conducta del niño y su propia conducta, siendo para ello necesario que esté familiarizado y preparado para su aplicación.

BIBLIOGRAFÍA

1 Pinkham JR. *Pediatric dentistry: infancy through adolescence*. Saunders Company. Philadelphia, 1988.

2 Ripa LW, Barenie JT. *Management of dental behavior in children*. P.S.G. Inc. Bristol, 1982.

- 3 Mathewson RJ, Primosch RE, Sanger RG, Robertson D. *Fundamentals of dentistry for children*. Quintessence Publishing Company. Chicago, 1982.
- 4 Snawder KD. *Manual de odontopediatría clínica*. Editorial Labor, 1989.
- 5 Croxton WL. Child behavior and the dental experience. *J Dent Child* 1967;**34**:212-218.
- 6 Wright GZ. *Behavior management in dentistry for children*. Saunders Company. Philadelphia, 1975.
- 7 Kelly JR. The use of restraints in pedodontics. *J Pedod* 1976;**1**:57-68.
- 8 Levitas TC. H.O.M.E., hand-over-mouth exercise. *J Dent Child* 1974;**41**:178-182.
- 9 Craig W. Hand-over-mouth technique. *J Dent Child* 1971;**38**:387-389.
- 10 Bowers LT. The legality of using hand-over-mouth exercise for management of child behavior. *J Dent Child* 1982;**49**:257-264.
- 11 Boj JR. *Apuntes de clase, 1992*.
- 12 Boj JR, Azanza N. La presencia de los padres durante el tratamiento dental de los niños: un tema realmente controvertido. *Avances en Odontoestomatología* 1990;**6**:265-269.
- 13 Murphy MG, Fields HW, Machen JB. Parental acceptance of pediatric dentistry behavior management techniques. *Pediatr Dent* 1984;**6**:193-198.
- 14 Hagan P. The legal status of informed consent for behavior management techniques in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 1984;**6**:204-208.
- 15 Choate BB, Sue Seale N, Parker WA, Wilson CFG. Current trends in behavior management techniques as they relate to new standards concerning informed consent. *Pediatr Dent* 1990;**12**:83-86.
- 16 Klein A. Physical restraint, informed consent and the child patient. *J Dent Child* 1987;**55**:121-122.
- 17 Lawrence SM, Mc Tighe DJ, Wilson S, Odom JG, Waggoner W F, Fields HW. Parental attitudes toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent*. 1991; **13**:151-155.
- 18 Baron RS, Snydersmith BS, Logan H, Kao CF, Fitzpatrick MA. The effects of short-term social support from dentists on the stress level experienced by parents of pediatric dental patients. *Pediatr Dent* 1991;**13**:339-343.
- 19 Wilson S, Antalis D, Mc Tighe DJ. Group effect on parental rating of acceptability of behavioral management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 1991;**13**:200-203.
- 20 Acs G, Burke MJ, Musson CAW. An updated survey on the utilization of hand over mouth (H.O.M.) and restraint in postdoctoral pediatric dental education. *Pediatr Dent* 1990; **12**:298-302.
- 21 Acs G, Musson CAW, Burke MJ. Current teaching of restraint and sedation in pediatric dentistry: a survey of program directors. *Pediatr Dent* 1990;**12**:364-367.
- 22 Allen KD, Stanley RT, McPherson K. Evaluation of behavior management technology dissemination in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 1990; **12** :79-82.
- 23 Pinkham JR. An analysis of the phenomenon of increased parental participation during the child's dental experience. *J Dent Child* 1991;**58**:458-463.