

Manejo odontopediátrico de niños ansiosos e histéricos mediante el uso del ansiolítico diazepam y del neuroléptico clorpromazina

Valdemoro, C.; Rojo-Moreno, J.; Zaragoza, A.; Catalá, M.

Resumen

Para conocer la respuesta a psicofármacos para el control de la conducta en niños no cooperadores que acuden a una clínica dental, se utiliza una muestra de 41 niños y se aplica un cuestionario de 20 variables. Se diferencian previamente los niños en dos grupos: "Ansiosos" (GA) e "Histéricos" (GH). El grupo ansioso se trata con Diazepam y el grupo histérico con Clorpromazina (Largactil®). Sobresalen entre los resultados la buena respuesta con estos psicofármacos para el manejo de la conducta. Las siete conductas que fundamentalmente diagnostican al GH son: 1. "No Abre la Boca", 2. "Se tapa la boca con la mano", 3. "Aparta la cabeza cuando se va a intervenir", 4. "Grita", 5. "Realiza movimientos bruscos de apartar la mano del profesional", 6. "Patalea", 7. "Se sienta en el sillón con problemas". El análisis discriminante confirma que con estas siete conductas se diferencian claramente ambos grupos en la primera visita. Una vez los niños premedicados, es más difícil diferenciar los grupos. La conducta en el GH fue peor durante las maniobras de anestesia, apertura cavitaria y poner el dique de goma.

Palabras Clave: Manejo de la conducta. Niños. Odontopediatría. Cuestionarios. Psicofármacos. Diazepam. Neurolépticos. Clorpromazina.

Behaviour management of anxious and hysterical paediatric patients using Diazepam and the neuroleptic Chlorpromazine

Summary

To know the response to psychopharmacological drugs in uncooperative dental patients, a sample of 41 anxious (AG) and hysterical (HG) children is used and a behaviour rating scale of 20 variables is applied. The sample is previously divided into two groups: anxious group and hysterical group. The AG is treated with Diazepam, while the HG is treated with the neuroleptic Chlorpromazine (Largactil®). After premedication, both AG and HG commenced dental treatment without any special problems. The seven behaviours which, basically, characterise the HG are: 1. "Refusing to Open Mouth", 2. "Taking hand to mouth when about to be intervened", 4. "Screaming", 5. "Making violent gestures to move the dentist's hand away", 6. "Kicking", 7. "Sitting on the dentist's chair with problems". The discriminating analysis confirms that with these seven behaviours, both groups are clearly distinguishable on the first visit. Hysterical premedicated children behaved worse during Anaesthesia, Aperture, and to the Rubber Dam, than premedicated children with anxious behaviour.

Key Words: Behaviour management in children. Pediatric dentistry. Questionnaire. Psychoactive drugs. Neuroleptics. Diazepam. Chlorpromazine.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de nuestro trabajo ha sido valorar el uso de los psicofármacos diazepam (Diazepam®) y Clorpromazina (Largactil®) para el control de la conducta en niños que acuden a visitas odontopediátricas. Ya es conocido que, en muchos niños, las técnicas de manejo de la conducta no son suficientemente efectivas como para conseguir, en un tiempo razonable, que niños no cooperadores se transformen en niños cooperadores, por lo que ha sido necesario utilizar métodos complementarios de sedación para conseguir el manejo dental⁽¹⁻⁵⁾. Aunque ansiolíticos (como el diazepam), han sido muy usados en estados de ansiedad en niños no cooperadores, no obstante, desde el punto de vista clínico⁽⁶⁻⁸⁾ como neurobiológico⁽⁹⁾, los neurolépticos tienen mejor resultado en el manejo de la conducta cuando los niños son histéricos y/o la conducta es muy impulsiva. Este grupo denominado Histérico (o Funcional), incluye conductas que fueron ya denominadas por Krestchmer⁽¹⁰⁾ como "Hipobúlicas", esto es, niños que presentan excitación descontrolada, reacción de huida, se agarran a la madre desesperadamente o se retuercen en el sillón. Es frecuente que estas conductas (Histéricas) originen comportamientos desordenados, como huida (fuga histérica), así como agazaparse en el suelo o en un rincón. Las conductas hipobúlicas son modificables, en ocasiones, con recursos repentinos, como "voces de mando" o maniobra de mano sobre boca.

En nuestro trabajo hemos diferenciado dos grupos no cooperativos: "ansioso - histérico" y hemos asignado un psicofármaco (diazepam - clorpromazina) a cada uno de ellos, valorando en un segundo paso si se podía manejar la conducta del niño tras la premedicación.

Hemos utilizado el siguiente Material y Método.

MATERIAL Y MÉTODO

Nuestro trabajo es un doble estudio observacional, en el que el material está constituido por 41 niños que acudieron para tratamiento odontopediátrico. Se realizó un muestreo incidental de casos consecutivos. El grupo ansioso está formado por 25 niños no cooperadores en la primera visita y el grupo histérico por 16 niños. Tras la primera visita decidimos, en todos los casos, que sería beneficioso administrar un psicofármaco para el manejo de la conducta siguiendo las recomendaciones de Ryder⁽⁴⁾ y Musselman⁽¹¹⁾.

En la primera visita se realiza el diagnóstico "grupal". Los niños que presentan al menos las tres conductas siguientes: 1- Estar en tensión, 2- Tener las pier-

nas levantadas o los músculos contraídos, 3- Llorar, los consideramos *a priori* como ansiosos.

Los niños que, al menos, realizan dos de las conductas siguientes: 1- No se sientan en el sillón, 2- Patalean, 3- Bruscamente apartan la mano del profesional, 4- Se tapan la mano con la boca, los consideramos *a priori* histéricos.

En todos los casos pasamos en la primera visita un Cuestionario de Conducta, (Tabla I) que ya hemos utilizado en anteriores trabajos^(12,13). Es un cuestionario en el que la selección de las distintas variables (o items) del cuestionario se realizó, basándonos en el método de "Elección Racional"^(14,15) ("worked out among experts acting as judges"). La selección de los items se realizó, siguiendo este método, por común acuerdo entre tres odontopediatras (uno de ellos también psiquiatra) y un psiquiatra. En este cuestionario valoramos 12 conductas: "Le asustan los instrumentos", "se sienta en el sillón sin problemas", "abre la boca", "se tapa la boca con la mano", "aparta la cabeza", "habla y conversa con el Odontopediatra", "grita", "llora", "aparta la mano del profesional", "patalea", "tiene las piernas levantadas", "está en tensión".

Tal como se indica en la tabla I, este cuestionario se puntúa de 0 a 2, según cuales sean las manifestaciones de la conducta.

En la primera visita, pues, el Odontopediatra realiza los siguientes actos:

1. - Valorar las lesiones dentales que motivan la consulta. (si es posible).
2. - Marcar en la Escala de Conducta una cruz para cada item, valorando, así, el comportamiento del niño en el gabinete dental.
3. - Diagnosticar al niño como "Ansioso" o "Funcional (Histérico)", según su conducta.
4. - Prescribir el psicofármaco, que el niño tomará en la siguiente visita. Los niños considerados ansiosos (n=25) serán tratados con diazepam (5-15 mg) en una sola toma, una hora antes de comenzar el trabajo dental cuando acuden a la segunda visita. Los niños considerados Histéricos, (n=16) serán tratados con el Neuroléptico Clorpromazina (Largactil®) en dosis única de 25 mg dos horas antes del trabajo dental.

En la segunda visita, -ya premedicados-, (en la que ya actuamos terapéuticamente en la boca del niño), se vuelve a pasar la misma escala de conducta y valoramos, además, otras variables como son: 1. - El comportamiento al anestesiarse, 2. - El comportamiento con el dique de goma, 3. - Comportamiento a la apertura

Tabla I. Cuestionario de Conducta que se ha aplicado a todos los casos de la muestra. Una vez en la primera visita cuando se hace el diagnóstico grupal, y una segunda vez en la segunda visita cuando ya se actúa terapéuticamente sobre el niño ya premedicado. Las variables "Respuesta a la Anestesia", "Comportamiento con el Dique de Goma", "Comportamiento en la Apertura Cavitaria", "Comportamiento durante la Obturación", así como la variable "Efecto de la premedicación", sólo se valoran en la segunda visita con los niños ya premedicados.

Conductas:	0 puntos	1 punto	2 puntos
1. Le asustan los instrumentos	NO	Regular	SÍ
2. Se sienta en el sillón con problemas	NO	Regular	SÍ
3. Abre la boca	SÍ	Regular	NO
4. Está en tensión	NO	Regular	SÍ
5. Tiene las piernas levantadas o los músculos contraídos	NO	Regular	SÍ
6. Realiza movimientos bruscos de apartar la mano del profesional	NO	Regular	SÍ
7. Aparta la cabeza cuando se va a intervenir	NO	Regular	SÍ
8. Se tapa la boca con la mano	NO	Regular	SÍ
9. Patalea	NO	Regular	SÍ
10. Lloro	NO	Regular	SÍ
11. Grita	NO	Regular	SÍ
12. Habla y establece comunicación con el %dontopediatra	SÍ	Regular	NO
13. Respuesta a la Anestesia	Buena	Regular	Mala
14. Respuesta al Dique de Goma	Buena	Regular	Mala
15. Respuesta a la apertura cavitaria	Buena	Regular	Mala
16. Respuesta a la obturación	Buena	Regular	Mala
17. EFECTO DE LA PREMEDICACIÓN			
Despierto, pero confuso	<input type="checkbox"/>		
Dormido y desconectado	<input type="checkbox"/>		
Relajado, pero responde a ordenes	<input type="checkbox"/>		

DIAGNÓSTICO	ANSIOSO	<input type="checkbox"/>	HISTÉRICO (Funcional)	<input type="checkbox"/>
-------------	---------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

Tabla II. Comparación estadística en las puntuaciones globales de la escala en la primera vs segunda visita

Primera visita	Puntuación	Segunda visita	Puntuación	t	p(t)
Puntuación Global	13,32	Puntuación Global	3,34	14,00	0,0001
Grupo Ansioso	9,04	Grupo Ansioso	1,60	14,97	0,0001
Grupo Histérico	20,12	Grupo Histérico	5,94	13,73	0,0001

cavitaria, 4. Comportamiento durante la Obturación, y 5. El efecto de la premedicación (Tabla I).

El análisis estadístico de los resultados lo hemos realizado con el paquete estadístico SPSS (Windows, 6.0.1). Fundamentalmente hemos utilizado la t de Student (cuando hemos realizado comparaciones múltiples, ANOVA con la modificación de Bonferroni), y cuando hemos tenido que utilizar pruebas no paramétricas ésta ha sido la Prueba Chi-Cuadrado. Por último, utilizamos un Análisis Discriminante (Fisher), aplicándolo a los 41 niños antes y después de la premedicación.

Hemos considerado el nivel de significación estándar del 0,05.

RESULTADOS

a/ Descriptivos

Los 16 niños histéricos, tenían un rango de edad de 5-13 años (edad media 9 años DE 2,66). La distribución, según sexo fue de 8 casos (50%) para cada sexo.

Los 25 niños ansiosos tenían un rango de edad de 4-12 años (edad media 6,76 años, DE 2,13), siendo 11 varones (44%) y 14 niñas (56%).

En la Escala Global de Conducta, aparece clara diferencia significativa cuando comparamos la puntuación global obtenida por la muestra en la primera visita, con la obtenida en la segunda visita, cuando los niños ya están premedicados. (Tabla II)

Tabla III. Comparación entre grupos. Ansiosos (A) v.s Históricos (H). Conductas que diferencian Ansiosos - Históricos en la primera visita

<i>Conductas</i>	<i>Significado</i>	<i>Observaciones</i>
Abre la boca	p= 0,0001	Los "H" no abren la boca
Se tapa la boca con la mano	p= 0,0001	Los "H" se tapan la boca con la mano
Aparta la cabeza cuando se va a intervenir	p= 0,0001	Los "H" apartan la cabeza
Grita	p= 0,01	Los "H" gritan más
Realiza movimientos bruscos de apartar la mano del profesional	p= 0,0001	Los "H" apartan la mano del profesional
Patalea	p= 0,0001	Los "H" patalean
Se sienta en el sillón con problemas	p= 0,002	Los "H" no se sientan en el sillón

La distribución de la muestra según sexo es bastante homogénea. No hubo diferencias significativas en la mejoría de la conducta, en relación con la variable sexo en la puntuación del cuestionario en la primera visita, ni una vez ya premedicados en la segunda visita. No hay diferencias significativas en relación con la distribución por edad entre ambos sexos.

Con un rango de 4-13 años, valoramos la relación Edad - Efecto de la Premedicación en los niños, teniendo en cuenta 4 posibilidades: 1. - Despierto y tranquilo (16 casos, edad media =8,62 años), 2. - Relajado y responde a ordenes (19 casos, edad media 7,95 años), 3. - Despierto pero confuso (5 casos, edad media = 4,2 años), 4. - Dormido y desconectado (1 caso, cuya edad era de 5 años).

b/ Cuando comparamos los Ansiosos versus Histórico
En la primera visita

Hay diferencias significativas (Tabla III) en siete manifestaciones de conducta: a/ "Abre la Boca" b/ "Se tapa la boca con la mano" c/ "Aparta la cabeza cuando se va a intervenir", d/ "Grita", e/ "Realiza movimientos bruscos de apartar la mano del profesional" f/. Patalea y g/ Se sienta en el sillón dental con problemas. Los niños con conducta histérica puntúan más alto que los ansiosos. Por lo tanto, estas son las 7 conductas que caracterizan a los niños Funcionales (Históricos) en la primera visita. Son comunes a ambos grupos las conductas "miedo a los instrumentos", "estar tenso", "piernas levantadas o los músculos contraídos" "llorar" "no hablan ni establecen comunicación con el Odontopediatra".

En relación con la segunda visita cuando los niños ya están premedicados.

Tanto los Niños con Conducta Ansiosa (NA) como los Históricos (NH) mejoran significativamente en el control conductual tras la premedicación, en la segunda visita (Tabla II). El grupo histérico pasa de tener una puntuación media de 20,12 puntos en la primera visita a 5,94 en la segunda y el grupo ansioso de 9,04 a 1,60. Los niños histéricos lloran mucho en la primera visita, y en la segunda visita, ya premedicados, disminuye significativamente esta mala conducta, aunque sólo es "regular". La única variable que se mantiene "regular", tanto en la primera, como en la segunda visita sin mejorar significativamente es "habla y establece comunicación con el dentista" (p =0,23).

Otro aspecto que valoramos, tras la premedicación, fue cómo se comportaban los niños en relación con la maniobra de Anestesarlos, colocarles el Dique de Goma, y durante la Apertura o la Obturación (Tabla IV). Los niños diagnosticados como NH tienen peor respuesta a la Anestesia, a la Apertura y al Dique de Goma. No hay diferencias significativas en relación con la Obturación al comparar niños Ansiosos con Históricos.

c/ Cuando aplicamos la Función Discriminante a los resultados obtenidos con los 41 niños de nuestro estudio.

En un primer paso se tienen en cuenta los resultados obtenidos con el Cuestionario, en la primera visita. Se discriminan bien ambos grupos obteniéndose un valor de Función en el Grupo Ansioso de -4.16406, y en el Grupo Funcional de + 6.50635. (el signo + o - no tiene valor cuantitativo, sino sólo diferenciador). Esto indica que hay dos Grupos claramente diferenciados.

Si vemos cuales son las conductas que fundamentalmente discriminan a ambos grupos aparecen dos

Tabla IV. Comparación entre Ansiosos (A) v.s Histéricos (H), en la respuesta a la maniobra de Anestesia, Apertura cavitaria, Dique de goma y Obturación cavitaria, en la segunda visita, ya premedicados

Maniobra dental	Significativa p(t)	Observaciones
Anestesia	p= 0,02	Los niños con conductas Histéricas tienen peor respuesta a la maniobra de Anestesarlos,
Apertura Dique de goma	p= 0,04 p= 0,008	a la apertura cavitaria y a la colocación del dique de goma.
Obturación	n.s.	

conductas constantes: 1. - El grupo funcional (histérico) "realiza movimientos bruscos de apartar la mano del profesional". (*Esta variable discrimina absolutamente al grupo funcional*).

2. - Tanto los Ansiosos como los Histéricos marcan máximo en la conducta "Está en tensión". (*Esta variable no discrimina en absoluto*)

El siguiente paso que realizamos fue conocer el valor discriminante de las diez conductas restantes. Estas diez conductas, tienen los coeficientes (Ordenados de mayor a menor "peso") que se muestran en Tabla V.

Fundamentalmente las 6 conductas que discriminan a ambos grupos son: 1^a- "Se tapa la boca con la mano", 2^a- Aparta la cabeza cuando se va a intervenir", 3^a- "Patalea", 4^a- "Grita", 5^a- "Abre la boca" y 6^a- "Se sientan en el sillón con problemas". Debido al signo (+) de estos coeficientes, el Grupo Histérico es el que fundamentalmente, es definido por estas conductas.

Por lo tanto, estas 6 conductas, junto a "Realiza movimientos bruscos de apartar la mano del profesional" definen al grupo histérico, confirmándonos los resultados obtenidos con la t de Student.

El siguiente paso consiste en aplicar esta Función Discriminante a los resultados obtenidos en la segunda visita, tras ser premedicados, el valor de la Función en el Grupo Ansioso es -1,17859 y en el Grupo Funcional +1,84155, siendo, por lo tanto ya muy semejantes. Los niños han mejorado su conducta acercándose a la normalidad y apenas se diferencian ambos grupos.

DISCUSIÓN

Nuestros resultados muestran claramente la eficacia de la medicación ansiolítica en los Niños con Con-

Tabla V. Se muestran las 10 conductas restantes del cuestionario y los coeficientes ("peso") ordenados de mayor a menor. Las seis primeras son las que tienen un peso mayor. En estas seis conductas el peso es siempre superior a 0.0. Junto con la variable "realiza movimientos bruscos de apartar la mano del profesional", el análisis discriminante confirma las 7 conductas que diferencian al grupo Histérico del Ansioso.

Conducta	"Peso"
Se tapa la boca con la mano	0,56668
Aparta la cabeza cuando se va a intervenir	0,39694
Patalea	0,18071
Grita	0,17824
No abre la boca	0,11494
Se sienta en el sillón con problemas	0,11245
No habla ni establece conversación con el Odontopediatra	0,03498
Llora	0,00639
Le asustan los instrumentos	-0,00469
Tiene las piernas levantadas o los músculos contraídos	0,00207

ducta Ansiosa (NA) y la neuroleptica en los Niños con Conducta Histérica (NH). Además, nuestro cuestionario discrimina bien ambos grupos. En todos los casos seguimos la recomendación de Klein⁽¹⁶⁾ de tratar a los niños por la tarde.

Ciertamente el uso de sustancias sedantes se ha realizado con frecuencia^(1,2,5,6,28,29,31) en muchas ocasiones asociando varias de estas sustancias^(3,5,17,18,30). El que eligiéramos estas dos sustancias (Ansiolítico - Neuroleptico) para su comparación, ha sido debido a que es conocida la acción beneficiosa de los ansiolíticos en estados y situaciones de ansiedad y lo mismo ocurre para las conductas incontrolables e impulsivas. Aunque un neuroleptico como la Levopromazina (Sinogan®) se ha usado también en estos últimos casos^(6,19), no obstante tiene más desventajas que la clorpromazina, al ser excesivamente sedativo y poder producir hipotensión, lo que hace su manejo más complejo. Por el contrario, la clorpromazina es muy bien tolerado en niños a partir de los 6 meses de edad⁽²⁰⁾, haciendo su manejo fácil y bastante seguro.

En relación con el Sexo no encontramos diferencias significativas, ni en el comportamiento en la primera visita, ni en la respuesta a las medicaciones sedantes, a diferencia de lo que encuentra Udin,R.D,⁽²¹⁾ al observar que las niñas son más manejables que los varones, aunque otros autores, al igual que nosotros, no encuentran estas diferencias^(22,23).

Aunque los trabajos muestran que el manejo de conducta es más difícil en niños más pequeños^(24,25), en nuestro caso, cuando se administra el psicofármaco, la conducta del niño es ya igual de manejable independientemente de la edad que tenga.

Por otra parte, distintos trabajos han demostrado los buenos resultados del diazepam para el manejo de la conducta en niños no cooperadores, pero no han diferenciado las conductas histéricas de las ansiosas. No podemos contrastar nuestros resultados, ya que nosotros *a priori* realizábamos esta diferencia conductual.

En un trabajo anterior⁽¹³⁾, ya obtuvimos los valores "normales" con esta escala de conducta para una muestra de 40 niños cooperadores y que presentaban, por lo tanto, un buen manejo de la conducta y buen acceso al tratamiento dental, desde la primera visita su puntuación global en la escala fue de 2,50 puntos. Nuestros resultados muestran una normalidad conductual excelente en los niños ansiosos premedicados (1,60 puntos), y en el caso de los niños histéricos premedicados una buena conducta (5,94 puntos).

Llama la atención cómo la premedicación no mejora el ítem "habla y se comunica con el dentista", que permanece regular, tanto en la primera visita, como en la segunda. Posiblemente la empatía y la confianza comunicativa de los niños con el Odonto-estomatólogo necesita de otros requisitos, que no son sólo el conseguir tener acceso a una conducta suficientemente buena, como para poder hacer el tratamiento dental. No obstante, conseguir trabajar con estos niños pensamos que ya es un paso importante para favorecer esa empatía necesaria para la comunicación verbal.

Somos conscientes de la limitación que supone haber realizado dos estudios observacionales, comparando luego los resultados, en vez de haber realizado dos "experimentos controlados" independientes. No obstante como indica C. Ballús⁽²⁶⁾ los objetivos de estos estudios se enmarcan en la "práctica real", y "permiten establecer nuevas hipótesis acerca de los psicofármacos y con las mismas abrir nuevas experiencias "controladas" que conduzcan a su mejor y más completo conocimiento". En este espíritu enmarcamos las siguientes conclusiones.

Como conclusiones resumidas señalaríamos, pues, cómo el resultado de administrar diazepam ha sido muy bueno para el manejo de niños con conductas ansiosas e igualmente la administración de los neurolépticos para los niños con conducta histérica. Son 7 las con-

ductas que identifican a los niños histéricos. Por último, los NH (funcionales) premedicados tienen peor respuesta, en su manejo de la conducta, en la manobra de anestesarlos, en la apertura y al colocar el dique de goma, que los NA (ansiosos) premedicados, pero no manifiestan más dificultades que los ansiosos en el manejo de la conducta cuando se realiza la obturación, y en todos los casos la premedicación permitió el manejo de la conducta de estos niños. Como han señalado Glasrud, P.H.⁽²⁷⁾ y Klingberg, G.⁽²⁵⁾ entre otros muchos autores, es importante evitar experiencias traumáticas dentales en los niños, para, así mismo, evitar el miedo al dentista tan frecuente en los adultos, y el uso de ansiolíticos y neurolépticos puede ayudar en esta importante tarea. Nuestra propuesta es que si diferenciamos "tipos de conducta", los ansiolíticos serán más efectivos para ayudar cuando es necesario en el manejo de la conducta ansiosa y los neurolépticos en el de la conducta impulsiva – histérica que como dice Asan, A⁽⁶⁾ permite evitar métodos de restricción física y en muchos casos tratamientos más agresivos que han de realizarse en condiciones de quirófano.

BIBLIOGRAFÍA

1. KRAIG C, MCKEE, NAZIF MM, JACKSON DL, BARNHART DC, CLOSE J, MOORE PA. Dose-responsive characteristics of Meperidine sedation in preschool children. *Pediatr Dent* 1990;12:222-227.
2. LAMBERT LA, NAZIF MM, MOORE PA, ZULLOTG. Nonlinear dose-response characteristics of alphaprodine sedation in preschool children. *Pediatr Dent* 1988;10:30-33.
3. SHAPIRA J, HOLAN G, GUELMANN M, CAHAN S. Evaluation of the effect of nitrous oxide and hydroxyzine in controlling the behavior of the pediatric dental patient. *Pediatr Dent* 1992;14:167-170.
4. RYDER W, WRIGHT PA. Dental sedation. A review. *Br Dent* 1988;7,165:207-216.
5. HOLST A, SCHRODER U, EK L, HALLONSTEN A, CROSSNER CL. Prediction of behavior management problems in children. *Scand J Dent Res* 1988;96:457-465.
6. ASAN A, KNOBEL G, STENE-LARSEN G. Erfaringer ved bruk av levomepromazin og diazepam som premedikasjon ved tannbehandling av psykisk utviklingshemmede. *Den norske tannlegeforenings tidende* 1986;96:259-261.
7. ESPIEGEL D. Trastornos Disociativos. En "Tratado de Psiquiatría" 2ª Edición, Hales RE, Yudofsky SC and Talbott JA. The American Psychiatric Press, Ancora, S.A. 1996.
8. POPPER CHW, STEINGARD RJ. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. En "Tratado de Psiquiatría", 2ª Edición, Hales R E, Yudofsky SC and Talbott JA. The American Psychiatric Press. Spanish edition, Ancora, S.A 1996.
9. STAHL SM. Essential psychopharmacology. Neuroscientific basis and practical applications. Cambridge University Press. 1996

10. KRESTCHMER E. Psicología Médica. Labor, Ed, 1954.
11. MUSSELMAN RJ. Considerations in behavior management of the pediatric dental patient. Helping children cope with dental treatment. *Pediatric Clin North Am* 1991;38:1309-1324.
12. VALDEMORO-GARCÍA C, ROJO-MORENO J, FAUS LLACER V, PALLARÉS SABATER A. Premedicación y manejo de la conducta en 33 niños (epilépticos, asmáticos y vomitadores) en clínica odontopediátrica. *Archivos de Odontostomatología* 1998;14:238-244.
13. VALDEMORO C, ROJO-MORENO J, ZARAGOZA A, CATALÁ M. Uso del psicofármaco neuroléptico clorpromazina para el manejo dental de niños no cooperadores. *Archivos de Odontostomatología* 1999;15:17-24.
14. SCOTT AW, OSGOOD DW, PETERSON CH. Cognitive Structure: Theory and measurement of individual differences. VH. Winston & Sons, a Division of Scripta Technica, Inc, Publishers. p. 251. 1979.
15. OSGOOD CHE, SUCI GJ, TANNENBAUM PH. The Measurement of Meaning. Univ. Illinois Press, 1957.
16. KLEIN A. Physical restraint, informed consent and the child patient. *J Dent Child* 1987;121-126.
17. DAVIS PJ, MCGOWAN FX, LANDSMAN I, et al. Effect of antiemetic therapy on recovery and hospital discharge time. A double-blind assessment of ondansetron, droperidol, and placebo in pediatric patients undergoing ambulatory surgery. *Anesthesiology* 1995;83:956-960.
18. HASTY MF, VANN WF, DILLEY DC, ANDERSON JA. Conscious sedation of pediatric dental patients: an investigation of chloral hydrate, hydroxyzine pamoate, and meperidine vs chloral hydrate and hydroxyzine pamoate. *Pediatr Dent* 1991;13:10-19.
19. MIDENET M. Interet des faibles posologies des neuroleptiques dans les etats graves d'hospitalisme chez l'enfant arriere mental profond. *Revue de Neuropsychiatrie Infantile* 1971;19:289-294.
20. ARANZA JR. Guía práctica de farmacología del sistema nervioso central. Ed. IMC, Raimundo Fernandez. Madrid. 1997.
21. UDIN RD. Predictors of dental behavior of disbles children. *The J of Dedontics* 1988;12:250-259.
22. JONSON R, BALDWIN D. Relationship of maternal anxiety to the behavior of young children unandergoing dental extraction. *J Dent Res* 1968;47:801-805.
23. JONSON R AND BALDWIN D. Maternal anxiety and child behavior. *J Dent Child* 1969;36:87-92.
24. KLINGBERG G, VANNAS-LOFQVIST L, BJARNASON S, NOREN JG. Dental behavior management problem in swedish children. *Comm Dent-Oral Epid* 1994;22:202-205.
25. KLINGBERG G. Dental fear and behavior management problems in children. A study of measurement, prevalence, concomitant factors and clinical effects. *Swed Dent J, Suppl* 1995;103:1-78.
26. BALLÚS C. Editorial. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona* 1998;25:155.
27. GLASRUD PH. Dentists' characteristics and child behavior management techniques. *J of Dent for child* 1984:337-342.
28. WILSON ST. Chloral hydrate and its effects in multiple physiological paraqmeters in young children: a dose-response study. *Pediatr Dent* 1992;14:171-177.
29. VERERKAMP JS, VAN AMERONGER WE, HOOGSTRATEN J, CROEN HJ. Dental treatment of fearful children, using nitrous oxide: Treatment times. *J Dent Child* 1991;58:453-457.
30. HOUP T, MANETAS C, JOSHI A, DESJARDINS P. Effect of chloral on nitrous oxide sedation of children. *Pediatr Dent* 1989;11:26-29.
31. FLAITZ CM, NOWAK AJ. Evaluation of sedative effects of rectally administered diazepam for the young dental patient. *Pediatr Dent* 1985;7:292-296.

Valdemoro, C.: Odontopediatra, Psiquiatra, Prof^a. Asociada PTD. *Rojo-Moreno, J.*: Profesor Titular de Psiquiatría (Profesor encargado de Psicología para Odontólogos). *Zaragoza, A.*: Prof^a. Asociada Odontopediatría. *Catalá, M.*: Prof^a. Titular de Odontopediatría. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Valencia. España.

Correspondencia: Prof^a. Valdemoro García, C. Avda. Primado Reig 94 - 8º - 21ª. 46010-Valencia.

NIÑOS CON ALIMENTACIÓN POR SONDA

Una revisión crítica de importante literatura, tanto médica, como dental revela la evidencia de que los dentistas deberían estar presentes en el equipo multidisciplinar que asiste a los niños alimentados por sonda. La mayor evidencia procede de la investigación de la relación entre salud oral y salud general en adultos alimentados por sonda. Basándose en la extrapolación de esta evidencia en adultos a la población infantil, las citas dentales cada cuatro meses para una higiene dental consistente en una limpieza, así como un incremento en el énfasis en mantener una correcta higiene dental diaria, son firmemente recomendadas para los niños alimentados por sonda. Esta frecuencia podrá ser modificada dependiendo de las necesidades de cada paciente. Una óptima salud oral puede decrecer la morbilidad y mortalidad asociada a la neumonía por aspiración en niños.

Dyment, H.A. and Casas M.J.: Dental care for children fed by tube: A critical review. Special care in dentistry, 1999;19:220-224.