

## El uso de psicofármacos para el control conductual en la clínica odontopediátrica

Valdemoro García, C.; Rojo Moreno, J.; Catalá Pizarro, M.; Zaragoza Fernández, A.

### Resumen

Los autores, basándose en un modelo clínico apriorístico (diferenciación entre conductas ansiosas y conductas histéricas) analizan los resultados obtenidos cuando se usan Benzodiacepinas en el control de las conductas ansiosas y Neurolépticos en las conductas histéricas, en la clínica Odontopediátrica. Se realiza el estudio sobre 125 niños, que necesitaron premedicación para el manejo dental. Se usó Diazepan en 50 niños, Flurnitrazepan en 10 casos, Alimemazina en 40 y Clorpromazina en 25 niños. Se concluye en la necesidad de diferenciar grupos clínicos para el uso más racional de psicofármacos en Odontopediatria.

Palabras Clave: Odontopediatria; Psicofármacos; Manejo de la Conducta.

### Summary

Based on an a priori clinical model (differentiation between anxious behaviour and hysterical behaviour), results are analysed when, in the Pediatric - Dentistry clinic, Benzodiazepines are used in the control of anxious behaviour and Neuroleptics in hysterical behaviour. A study of 125 children needing pre-medication for dental treatment was carried out. Diazepan was used with 50 childrens, Flurnitrazepan in 10 cases, Alimemazine in 40 cases and Clorpromazine in 25 cases. It is concluded that there is a need to differentiate clinical groups in order to make rational use of Psychoactive drugs in Pediatric - Dentistry.

Key Words: Pediatric Dentistry; Psychoactive Drugs; Behaviour Managements.

### Introducción

Ciertamente el manejo del niño en la clínica dental es a veces difícil. En muchas ocasiones la habilidad, experiencia y la intuición psicológica permite al Odontopediatra salir airoso ante una situación muy incómoda como puede ser el no conseguir siquiera que el niño se siente en el sillón dental.

Esta situación origina en otros casos tal impotencia en el profesional, que fracasa en el acceso a la confianza del niño y consecuentemente fracasa en su acción terapéutica.

La Psicofarmacología nos ha aportado una fuente de recursos que nos permite en muchas ocasiones resolver la situación y de camino alzaprimar la confianza del propio terapeuta.

Dentro de los términos del Manejo de la Conducta, el uso de Psicofármacos es considerado una técnica restrictiva (ya que produce una alteración de la Conciencia). Nuestra intención con el uso de psicofármacos en Odontopediatria busca en un principio la finalidad restrictiva, pero no se queda en esto. Buscamos que en el caso de estos niños premedicados al mismo tiempo que utiliza-

mos psicofármacos, usando otras técnicas de manejo de conducta, alcanzar una desensibilización del niño ante la operatividad dental de manera que podamos conseguir que éstos puedan terminar sus tratamientos bucales sin premedicación o en otros casos, que se pueda comenzar nuevos tratamientos bucales sin el uso de psicofármacos. Es decir, y utilizando la terminología clásica, convertir a un niño no cooperador en otro, ahora, cooperador.

En este trabajo empírico hemos querido ofrecer nuestra valoración general con el uso de Benzodiacepinas y de Neurolepticos, y presentar datos de nuestra experiencia cuando identificamos el problema conductual.

### Material y Método

Cuatro sustancias han sido utilizadas en este trabajo:

- 1°.- Benzodiazepinas: - Diazepan (Valium)  
- Flurnitrazepan (Rohipnol)
- 2°.- Neurolépticos: - Alimemazina (Varialgil)

- Clorpromazina (Largactil)

Hemos controlado 125 niños en los que fue necesario utilizar apoyo psicofarmacológico.

- En 50 niños hemos usado Diazepan.
- En 10 niños hemos usado Flurnitracépan.
- En 40 niños hemos usado Alimemazina.
- En 25 niños hemos usado Clorpromazina.

La elección de uno u otro psicofármaco se realizó considerando las variables:

- Tipo de Conducta que presentaba el niño.
- Y la Edad.

El uso de Diazepan y Alimemazina (Varialgil) lo hemos realizado siempre en niños con edad igual o menor a 10 años. El uso de Clorpromazina (Largactil) en niños con edad entre 11 y 14 años.

### Diferenciamos dos grandes grupos

**A/.** Grupo con trastornos ansiosos y consecuentemente con conductas expresivas de la ansiedad, como son, **miedo, inhibición, hiperventilación, lloro ansioso...**

**B/.** Grupo que podemos definir como "Funcional", es decir, niños que ante el sillón dental presentan conductas llamadas por Krestchmer "Hipobúlicas" esto es, niños que se comportan en la clínica dental con **excitación descontrolada, lloros histéricos, reacción de huída, se agarran a la madre desesperadamente o se retuercen en el sillón.** Es frecuente ver en estas conductas comportamientos desordenados de huída (Fuga histérica), así como agazaparse en el suelo o en un rincón. Las conductas hipobúlicas son modificables en ocasiones por recursos repentinos como "voces de mando" o maniobra de manos sobre boca.

A los niños que pertenecían al primer grupo (grupo ansioso - 60 casos) administramos Diazepan (5 - 15 mgrs.) en una sola toma 1 hora antes de empezar el trabajo propiamente dental en 50 casos y Flurnitracépan (Rohipnol) en 10 casos (0'5 mgrs. a 1 mgr.).

A los niños que pertenecen al segundo grupo administramos Neurolépticos:

- 40 casos Varialgil en dosis de 1 mgr./Kg. de peso, una hora antes del trabajo dental.

- 25 casos (mayores de 10 años y menores de 15), Clorpromazina en dosis de 25 mgrs. una hora antes de comenzar el trabajo dental.

Consideramos el resultado del manejo de la conducta como "**Muy bueno**" cuando nos permitió un manejo de la conducta perfecto (niño sonriente). Consideramos el resultado "**Bueno**" cuando no fue perfecto pero sí asequible (niño tranquilo

aunque serio). Consideramos el resultado "**Regular**" cuando se hizo necesario el apoyo con Oxido Nitroso u otros métodos ya que el niño estaba inquieto y lloroso. Por último, consideramos el manejo de la conducta como "**Malo**" cuando éste fue imposible.

## Resultados

### Los resultados los presentamos a continuación.

**a/.** En primer lugar los resultados aportados para el manejo de la conducta mediante el uso de Benzodiazepinas. Tras asignar el niño al grupo ansioso, el manejo de la conducta tras la administración de Diazepan, fue muy bueno en la mayoría de los casos, tal como mostramos en la Tabla I.

GRUPO ANSIOSO		
Tratamiento con Diazepan (5 - 15 mgrs.)		
50 casos entre 3 y 11 años		
<u>Permitió un control de la conducta:</u>		
Muy bueno	36 casos	72%
Bueno	7 casos	14%
Regular	6 casos	12%
Malo	1 caso	2%

Tabla I.

### Cuando usamos FLURNITRACEPAN (Rohipnol, 0'5 - 1 mgr.).

Lo utilizamos en 10 niños. Su administración se realiza, sólo cuando el niño es muy pequeño y el uso del diazepan no es suficiente, y además no podemos utilizar técnicas de manejo por el bajo grado de comprensión del niño, siendo también que el tiempo de tratamiento en estos casos en el sillón dental era muy largo. Lo que buscamos fue una restricción sin más ya que no era posible diferenciar en estas edades el tipo de conducta.

El Resultado fue siempre muy bueno con un importante grado de alteración de la Conciencia. Los niños estaban muy confusos tras la administración de este psicofármaco. En los diez casos sólo tuvimos dos fracasos debido a que el sueño era tan profundo que no nos permitió trabajar con abre bocas. En estos niños se usó Diazepan en enemas y se realizaron los tratamientos de forma más continuada, pero más corta.

**b/.** En segundo lugar, mostramos los resultados obtenidos cuando nos apoyamos en los neurolépticos para el manejo de la conducta.

En Cuarenta casos utilizamos Alimemazina (Varialgil, gotas), siendo todos ellos niños menores de 11 años, y predominaban las conductas "Histéricas" o también llamadas "Funciona-

les" (excitación descontrolada, reacción de huída...). Partiendo de esta agrupación, el resultado fue muy bueno en la mayoría (62'5%), tal como se muestra en la Tabla II.

<b>GRUPO "HISTÉRICO" O "FUNCIONAL"</b>			
<b>Tratamiento con el Neuroléptico Alimemazina (Varialgil)</b>			
<b>40 casos menores de 11 años</b>			
<b>(En gotas. Dosis de 1 mg./Kgr. de peso)</b>			
<b>Permitió un control de la conducta:</b>			
Muy bueno	25 casos	62'5%	
Bueno	8 casos	20%	
Regular	7 casos	17'5%	
Malo	0 casos	--	

Tabla II.

Igualmente obtuvimos muy buenos resultados, (76%) en el control de estas conductas cuando los niños eran más mayores (entre 11 y 15 años) y usábamos el Neuroléptico Clorpromazina, tal como podemos observar en la Tabla III.

<b>GRUPO "HISTÉRICO" O "FUNCIONAL"</b>			
<b>Tratamiento con Neuroléptico Clorpromazina (Largactil)</b>			
<b>25 casos entre 11 y 14 años</b>			
<b>(Dosis única de 25 mgrs. por vía oral)</b>			
<b>Permitió un control de la conducta:</b>			
Muy bueno	19 casos	76%	
Bueno	4 casos	16%	
Regular	2 casos	4%	
Malo	1 casos	--	

Tabla III.

### Discusión y Conclusiones

Para concluir, somos conscientes de que esta aportación es preliminar y su fundamento es de carácter empírico. Son los primeros datos obtenidos de la observación clínica, que nos han motivado a continuar, con una metodología más rigurosa, ya en preparación, en nuestro departamento. Aunque conscientes de lo anterior sin embargo, nos apoya nuestra convicción de que mediante la diferenciación clara de los grupos clínicos (el Ansioso y el Funcional), el uso psicofarmacológico ofrece una ayuda excelente en Odontopediatría (Fig. 1).

La elección de benzodiazepinas para tratar al Grupo Ansioso se debe a la acción específica ansiolítica demostrada en estas sustancias desde su descubrimiento en 1957. La fijación de las benzodiazepinas a su receptor determinan una modulación del

Sistema Gaba, aumentando la afinidad del receptor Gaba por su ligando. Como señala J. A. Bueno, desde el punto de vista farmacológico, su acción específicamente ansiolítica, sus buenos márgenes de seguridad y el bajo nivel de efectos adversos, los determina como fármacos de elección en los trastornos de ansiedad, frente a otras sustancias tales como el Meprobamato o barbitúricos que no son ansiolíticos, sino verdaderos sedantes.

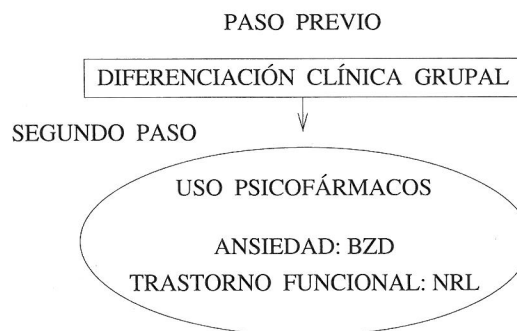


Fig. 1.

En la conducta "histórica", hemos utilizado Neurolépticos (Alimemazina en niños pequeños y Clorpromazina en los mayores). Los neurolépticos fueron llamados "Tranquilizantes Mayores" en contraposición a los "Tranquilizantes Menores" (Benzodiazepinas). Se utilizan en muchos cuadros de Agitación en trastornos Psiquiátricos y especialmente se recomienda en el tratamiento psicofarmacológico de la crisis histérica (Rojo Sierra, 1984). La experiencia psiquiátrica muestra que es más resolutivo en estas crisis funcionales que los ansiolíticos benzodiazepínicos.

En nuestro trabajo partimos "a priori" de la **diferenciación clínica** (Grupo Ansioso - Grupo Funcional), buscando en este campo de investigación (manejo de la Conducta en Odontopediatría) pilares que permitan el uso coherente de los Psicofármacos en esta disciplina. Por diversas razones metodológicas, como el uso de fármacos diferentes a los nuestros o el no realizar la previa diferenciación grupal, no hemos podido comparar nuestros resultados con los de otros autores como J. Shapira o K. R. Doring y, también por otra parte no hemos podido comparar nuestros resultados, debido a las diferencias de edad en las poblaciones de estudio, con escalas de ansiedad y miedo que en su mayoría se utilizan en pacientes adultos como ocurre en el trabajo de A. A. Weiner al usar el "Fear Questionnaire".

En definitiva, los resultados de nuestra observación clínica **en niños** nos muestran la utilidad de estos medicamentos en estos grupos, -previamente diferenciados por la clínica conductual-, en tratamiento dental, con un porcentaje de éxitos muy aceptable para el uso diario en la clínica odontológica.

Valdemoro García, C.: Odontóloga, Psiquiatra, Profesora Asociada de Odontología, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Valencia; Rojo Moreno, J.: Profesor Titular de Psiquiatría, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Valencia; Catalá Pizarro, M.: Profesora Titular de Odontopediatría, Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad de Valencia; Zaragoza Fernández, A.: Profesora Asociada de Odontopediatría, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Valencia.

### **Bibliografía**

- 1.-BUENO, J. A.; SABANÉS, F.; SALVADOR, L.; GASCÓN, J.: Psicofarmacología Clínica. Salvat Editores, S.A. 1988.
- 2.-DORING, K. R.: Evaluation of an alphaprodine - hydroxyzine combination as a sedative agent in the treatment of the pediatric dental patient. J. Am. Dent. Assoc; 111, 1985: 567 - 76.
- 3.- ROJO SIERRA, M.: Lecciones de Psiquiatría. Tomo III. Edita Promolibro. Valencia. 1984.
- 4.- SHAPIRA, J.; HOLAN, G.; GUELMANN, M. CAHAN, S.: Evaluation of the effect of nitrous oxide and hydroxyzine in controlling the behaviour of the pediatric dental patient. Pediatric Dentistry; 14(3), 1992: 167 - 170.
- 5.- WEINER, A. A.; SHEEHAN, D. V.; JONES, J.: Dental anxiety - the development of a measurement model. Acta Psychiatr. scand. 1986; 73: 559 - 565.