

EL TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS DIFÍCILES

por el

DR. MIGUEL SÁENZ DE PIPAÓN

D. D. S. (Penna), M. D. (Madrid)

616.314:136.7

El tratamiento de los niños difíciles constituye en los Estados Unidos un problema que preocupa mucho a las autoridades en odontología. Constantemente venimos leyendo en diversas revistas de habla inglesa esta preocupación. En primer lugar convendría determinar qué es lo que se entiende por «niños difíciles», porque si se considera «niño difícil» a la mayor o menor perversidad de la conducta seguimos entendiendo como exageradas todas las dictaminaciones que dichas autoridades nos emiten constantemente.

En una sistematización ultra científica vemos que hay autores que clasifican en diversas categorías las perturbaciones infantiles, como si —como dice Album, aunque luego caiga en la misma falta didáctica— fuera posible dictar reglas para controlar las reacciones de los niños en situaciones determinadas, siendo como son tan dispares y pluvias como los individuos.

Como se ha dicho ya, el tratamiento odontológico de los niños rebeldes implica un mediano instinto o conocimiento de la psicología infantil, lo que unido siempre a una buena dosis de santa paciencia, junto a una imprescindible habilidad manual, supone la solución de casos que para otros colegas pueden resultar insolubles. Y es que, en efecto, los niños difíciles considerados por algunos como tales dejan de serlo para otros, ya que la «dificultad» no estriba en el niño, sino en la incapacidad psicológica o profesional del odontólogo o del médico.

Por lo demás, nos produce cierto sarcasmo el leer a reputados autores en publicaciones internacionales cómo, para afirmar que existen «niños desobedientes y rebeldes», nos incluyen el nombre del autor que tal afirmación hace. Y no se conforman con ello, sino que todavía nos añaden una lista completa de autores y fechas para abundar más en la misma afirmación y sólo con nombres de fonética sajona.

Otra cosa es—como entendemos nosotros—el considerar como «difíciles»—y no precisamente por su *dificultad*, sino por su rareza en la

clínica del odontólogo—aquellos tratamientos que hemos de establecer en niños mental o somáticamente anormales, los cuales exigen el conocimiento de unas técnicas que el odontólogo no frecuenta normalmente.

Si está reconocido que la inspección oral en el niño no debe esperar—y así está organizado en la asistencia escolar—a que su dentición llegue a molestarle por ningún inconveniente, es evidente que esta inspección habría de realizarse con mayor motivo en aquellos casos que nosotros calificamos verdaderamente de «difíciles».

En este punto tampoco alcanza nuestra imaginación a comprender cómo a niños tan difíciles, «rebeldes y beligerantes», puede iniciarse tan simple y gallardamente una anestesia sin ir precedida de una medicación, que habrá de administrarse antes de estar en presencia del odontólogo y en el quirófano o en la clínica dental hospitalaria.

Es fácil que ello sólo bastará para resolver o reducir el problema de la intervención odontológica. En caso contrario habrá de abandonarse el intento para otra ocasión y procedimiento más quirúrgico, contando con la asistencia del adecuado anestesista. Pero es evidente que con todas sus ventajas teóricas son muchas las dificultades que el solo hecho de una narcosis general, sea del tipo que sea, puede irrogar al caso.

Podemos, pues, considerar estos casos de niños verdaderamente difíciles como impropios de ser asistidos casi generalmente en la consulta privada del odontólogo, ya que exigen la organización y personal de una clínica hospitalaria para poder ser atendidos odontológicamente en el quirófano y dispuestos todos los servicios quirúrgicos para su empleo en caso de emergencia.

Pero es el caso, que subrayamos, que todos los niños anormales con grave déficit mental que conocimos, así como los que sufren de parálisis más o menos extensas, todos, decimos, o su mayoría, disponen de un sistema dental fuertemente consistente con una casi absoluta inmunidad a la caries, más señalada o en proporción inversa a su capacidad mental.

Lo que por el contrario se observa es una mayor frecuencia en las dignacias, pero nunca tan marcada—pese a ser tipos la mayoría con respiración bucal—que exija de manera indefectible un tratamiento ortodóncico en el adulto, pero sobre los que estaría ampliamente indicada la observación oportuna que estableciera la cronología de las extracciones seriadas como la más adecuada profilaxis de las malposiciones de mayor grado.

RESUMEN

No podemos comprender cómo en un país como los Estados Unidos —todo sistema— se pueden dar, al extremo que nos hacen suponer los autores sajones, los niños «difíciles».

En nuestra experiencia de las clínicas americanas, el empleo del gas estaba justificado (?) por la premura que los servicios públicos exigen y por disponer de personal auxiliar adecuado. En la práctica privada su empleo era más restringido. En Europa era y es prácticamente casi desconocido. No quisiéramos deducir de ello una mejor educación del niño europeo.

La atención del niño rebelde es un problema de psicología infantil, que sólo se complica cuando el profesional que ha de prodigar la asistencia carece del mínimo sentido psicológico.

Para los niños normalmente rebeldes repudiamos los tratamientos violentos, considerando como tal la narcosis general.

Para los deficientes mentales o paralíticos estarán indicados en cada caso los procedimientos quirúrgicos juntamente con la adecuada asistencia médica en los nosocomios u hospitales.

Dermatitis de contacto por prótesis bucal, por X. Vilanova, C. Romaguera y J. Pujol.

Existían molestias urentes en la boca, que comenzaban al terminar las comidas, durante unas dos horas, y también prurito vulvar; es portadora de un aparato protésico. Las pruebas «standard» son negativas, excepto para los irritantes primarios. Las pruebas con limaduras de la prótesis son también negativas. Pero la prueba con la prótesis completa es positiva, y la enferma se alivia extraordinariamente a los seis días de suprimida la prótesis.

(«Actas Dermo-sifiliográficas», 48, 354-355. Madrid, 1957.)

LA ODONTOLOGIA EN EL ORIENTE

En la sección de Bombay de la All India Dental Association se trató sobre el tema «Como pueden mejorarse las condiciones dentales de la India». En el segundo plan de cinco años se abarca el establecimiento de unas 250 clínicas dentales. Es claro que antes de que se proporcione la atención dental a la población, será necesario asegurar que tenga bastante alimento, ropa y alojamiento.

La Escuela de Odontología en Bombay es pequeña. Los servicios ofrecidos son gratuitos para todos, ricos e indigentes, iguales. A mi ver este sistema es cuestionable, puesto que cada tratamiento facilitado gratuitamente a un paciente que puede pagarlo, impide a otra persona de menos recursos económicos aprovecharse de él. Además, desvía a los pacientes del ejercicio privado. En el interior del país casi no existe atención dental.

El Ministro suplente de Salud del Gobierno de Bombay, doctor N. N. Kailas, dió una reseña magistral de los problemas de la profesión dental en la India. Se refirió a la necesidad de educar al público en higiene dental, el escaso número de cirujanos dentistas (la razón actual, el escaso número de cirujanos dentistas (la razón actual es de un cirujano dentista autorizado por cada 350.000 habitantes) y por consecuencia de crear más escuelas de odontología. Propuso que los médicos prestando servicios en los dispensarios rurales deben adiestrarse a fin de poder facilitar atención dental de urgencia, y que los odontólogos de la categoría B deben seguir cursos adicionales de adiestramiento. Mencionó la necesidad que existía de fabricar más equipos y material dental en la India, de los cuales había una escasez seria ocasionada por las restricciones severas de su importación.

Al llegar en Bangkok visité—dice el doctor Humbert—la Escuela de Odontología de la Universidad de Bangkok y recibí una agradable sorpresa. El decano, doctor See Sirisinha me acompañó en una visita muy detallada de la Escuela, donde aproximadamente un 60 por 100 de los alumnos son mujeres. Las instalaciones son modernas y la enseñanza buena. El plan de estudios abraza todas las ramas de la odontología en sus aspectos teóricos y prácticos.

En Hong Kong, actualmente la sociedad dental pretende se establezca una escuela dental en la Universidad. El problema de atención dental se ha hecho más complicado debido a la gran afluencia de refugiados de China. La población de Hong Kong ha aumentado desde la guerra un millón. En los contornos de la isla y los nuevos territorios se comen grandes cantidades de caña de azúcar, dando por resultado la caries dental abundante. Lo que pasa en Hong Kong es que no hay un número suficiente de odontólogos para atender a la población que aumenta siempre.

En el Japón el cuadro de la odontología difiere de los demás países que he visitado en que existen todos los requisitos. Hay colegios, escuelas y clínicas dentales de alta calidad. La enseñanza pre-profesional y profesional es muy acusada. La Universidad de Nihon tiene instalaciones modernas y está desarrollando un programa vasto de investigaciones abarcando estudios biológicos, farmacológicos, isotópicos, anatómicos, químicos y protésicos. Aparatos suplementarios en la forma de los electromicroscopios y un tomógrafo se utilizan en el programa de investigación. El plan de estudios consiste en dos años de propedéutica y cuatro años de enseñanza técnica. Hay 120 plazas para nuevos alumnos. Todo lo susodicho demuestra que el plan de enseñanza es bueno. El problema se plantea después de recibirse el título en la Universidad. El Japón ha socializado la odontología y la tarifa de honorarios fijada por el Gobierno hace indeseable desde el punto de vista práctico ejercer privadamente. El médico que desee realizar labor de alta calidad experimenta mucha dificultad en encontrar a pacientes dispuestos a pagar este tipo de tratamiento. Resulta que la mayor parte de la odontología visible es muy defectuosa. Un gran número de jóvenes tienen dientes de buena apariencia, pero falta la odontología conservadora, que mantendría este estado cuando sean adultos. Es de esperar que se hallará un modo de hacer uso más efectivo de la excelente enseñanza facilitada en el Japón.

NOTICIAS DE EUROPA Y CANADA

El Sudán tiene solamente 25 cirujanos dentistas para atender a sus 11.000.000 de habitantes, o sea, un cirujano dentista por cada 440.000 habitantes. Seis de ellos prestan servicio al Servicio Dental Público. No existe ninguna escuela de odontología en el país. El Gobierno ha pedido el consejo de la O. M. S., y el doctor Carl Sebelius fué al Sudán y propuso que se establezca una escuela para auxiliares dentales que formará parte de la nueva escuela para auxiliares médicos en Khartoum. Los estudiantes para el curso que durará dos años serán seleccionados entre las enfermeras más aptas, las cuales se perfeccionarán en las técnicas de la extracción, obturación y el raspaje de los dientes.

CINCUENTA AÑOS DE ATENCION DENTAL ESCOLAR EN COLONIA

El 21 de mayo de 1908 la primera clínica se inauguró en Colonia con el objeto principal de facilitar tratamiento dental a los niños escolares. Ya en 1926, por el desarrollo de servicios dentales escolares, fué posible en un barrio de Colonia atender al 94 por 100 de los niños. Al estallar la segunda guerra mundial existían 29 clínicas dentales escola-

res en el municipio de Colonia, la mayoría de las cuales se destruyeron desgraciadamente durante la guerra. Por ahora, 27 clínicas dentales escolares se han establecido en Colonia.

CANADA

El nuevo edificio dental de la Universidad de Toronto proveerá plazas para 725 alumnos en vez de 417, como este año, y el número de estudiantes post-graduadas se aumentará. Esto ayudará a aliviar la escasez seria de odontólogos en el Canadá, que tiene un odontólogo por cada 2.934 habitantes.

REINO UNIDO

Las festividades en ocasión del Centenario del Hospital Dental Real, de Londres, y de su Escuela de Odontología fueron honradas con la visita de su Majestad la Reina Isabel II el 3 de junio, cuando inauguró la nueva extensión a la Escuela.

Con fecha de 1 de enero de 1958 el número de socios de la Asociación fué de 10.984.

La Matrícula Dental de 1958 contiene 16.113 nombres. Es decir, hubo un aumento de 106 en el curso del pasado año. Sin embargo, este aumento resulta de las adiciones de la lista de la Commonwealth, que incluye actualmente 412 nombres. La mayoría de los odontólogos del Commonwealth que vienen al Reino Unido son australianos que se quedan en este país solamente dos años y medio.

Mortalidad profesional.—La mortalidad de los cirujanos dentistas entre los cuarenta y cinco y cincuenta y cuatro años es mucho más alta que la de los miembros de la misma edad de cualquier otra profesión. La mortalidad de los cirujanos dentistas entre los cincuenta y cinco y sesenta y cuatro años de edad iguala a la de otro grupo profesional y vienen en segundo lugar entre todas las profesiones.

Cuando se inició el Servicio Nacional de Sanidad en el mes de julio de 1948 se calculó que un servicio sanitario costaría 170.000.000 de libras. Ahora, después de diez años, la cuenta ha ascendido a 470.000.000 de libras. Unos 500.000.000 de libras son pagadas por la Tesorería Nacional y provienen de la renta obtenida de los impuestos directos e indirectos.

CONGRESO EN COSTA RICA

El Segundo Congreso de la Federación Odontológica Centro-América-Panamá (FOCAP), se verificará en San José (Costa Rica), del 25 al 29 de noviembre de 1958. Para informes, dirigirse al doctor Raymond Pauly, Apartado Postal 698, San José, Costa Rica, C. A.