

2ej 62

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA UNAM

TESIS DONADA POR

D. G. B. - UNAM

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

LA CONDUCTA DEL DENTISTA ANTE EL PACIENTE DISMINUIDO

MENTALMENTE.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTAN

MERY DEL ROSARIO CASTILLEJOS ZURITA

HILDA YOLANDA ESCOTO DELGADO

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO 1980.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PROLOGO	I
CAPITULO I <u>HISTORIA DE LA DEFICIENCIA MENTAL</u>	1
CONCEPTO ACTUAL	2
a) DEFINICION	4
b) FRECUENCIA	4
c) CLASIFICACION	5
CAPITULO II <u>ETIOLOGIA</u>	7
a) FACTORES GENETICOMETABOLICOS	7
b) FACTORES INFECCIOSOS	7
c) FACTORES TOXICOS	8
d) FACTORES TRAUMATICOS	8
<u>PATOGENIA</u>	
a) LESIONES MACROSCOPICAS	9
b) LESIONES MICROSCOPICAS	10
c) DANO CEREBRAL	11
CAPITULO III <u>SINDROME DE DOWN</u>	
a) GENERALIDADES	12
b) ETIOLOGIA	13
c) MANIFESTACIONES FISICAS Y BUCALES	14
CAPITULO IV <u>INVESTIGACION CLINICA</u>	
INTRODUCCION	22
MATERIAL	23
METODO	23
RESULTADOS	35
CAPITULO V <u>CONDUCTA DEL DENTISTA ANTE EL PACIENTE DEFICIENTE -</u> <u>MENTAL.</u>	39
TRATAMIENTOS INTEGRALES EN PACIENTES CON DM	40
DISCUSION	64
CONCLUSIONES	
BIBLIOGRAFIA.	

PROLOGO

Desde la antigüedad los prejuicios han existido y entre ellos el de la Deficiencia Mental, la cual se consideraba como un engendro del mal o algún castigo a los progenitores los cuales sentían repudio hacia la criatura o simplemente la ocultaban.

En nuestro siglo es importante que las personas hagan conciencia de que la Deficiencia Mental no debe ser un signo de rechazo y mucho menos de lástima, por lo contrario hay que darles nuestro apoyo y ofrecerles nuevos campos para hacer del Deficiente Mental un individuo productivo.

Vivir esta realidad no es fácil hay que aprender a comprender a los que padecen este mal así como saber convivir con ellos como seres humanos que son.

Si el concepto de entender al prójimo con algún tipo de deficiencia no es demasiado para nuestra capacidad y esto a la vez se justifica al logro y trato clínico de estos pacientes se habrá llegado a complementar un campo hasta ahora vacío en la Odontología.

El ser más humanitario no quiere decir involucrarse de tal manera que se deprima o provoque un estado conflictivo en el odontólogo pues abriríamos un paréntesis más al problema.

Por lo que es de suma importancia establecer conexiones físicas y afectivas, logrando así un puente de unión entre el Cirujano Dentista y el paciente Deficiente Mental, obteniendo un mejor control en su actitud física y emocional durante el tratamiento odontológico.

" Los deficientes mentales
antes que nada son seres
humanos con derecho a todo "

CAPITULO I.

HISTORIA DE LA DEFICIENCIA MENTAL.

Es obvio que a través de la historia los individuos con retardo mental han sido víctimas de las circunstancias. Muchas sociedades primitivas resolvieron el problema destruyendolo y deformando los bebés anormales durante el nacimiento. Por ejemplo, en Hawai el recién nacido anormal era colocado a la orilla del mar para ser arrastrado por la marea.

En Roma y Grecia practicaban la eutanasia en niños, después de haber examinado que no eran normales, los condenaban a ser despeñados. Tales prácticas bárbaras no fueron limitadas a tiempos antiguos.

En América, la cultura Olmeca parece ser que se interesó por los anormales y cuando menos por curiosidad fueron estudiados y reproducidos en figuras de arcilla.

En una época, fué costumbre en las cortes de Europa guardar enanos con especial cariño, aunque indudablemente algunos eran retrasados mentales, se pensaba que traían buena suerte.

El Corán menciona los cuidados que debían tenerse con los débiles mentales. En América Colonial, muchas personas con retraso mental desempeñaron trabajos de granja o labores en el hogar.

Después de la Guerra Civil de los E. U. A., la tarea de dirigir a los niños retrasados mentales, fué designada a los sirvientes o esclavos.

El primer hospital para enfermos mentales, fué construido en Williamsburg, Virginia en 1773 al igual que en otras partes del mundo. El número de Instituciones aumentó mucho, y se observó que no tenían gran éxito en la habilitación de los niños afectados, porque fueron más prisiones que hospitales, y también por la falta de evaluación multidiscipli-

plinaria y de percepción terapéutica adecuada.

En este siglo, el cociente intelectual (CI) es usado, como medida de la capacidad mental de los individuos. Pero el retraso mental más que un score es un test.

Después de la Segunda Guerra Mundial, fueron ofrecidos cursos a maestros interesados en trabajar con la educación de los individuos incapacitados.

Los padres de los individuos deficientes mentales organizaron asociaciones a nivel Nacional, estatal y de comunidad con el objeto primario de habilitar a estos individuos.

Tanto los padres como los profesionistas dedicados al cuidado de las personas deficientes mentales, pensaron que debían ser habilitados en sus propias comunidades; por lo que se introdujeron a la Legislatura proyectos para el apoyo de este concepto en particular, y se promulgó la ley de la construcción de medios para tratar el retardo mental, y el establecimiento de centros de Salud Mental en la comunidad; de 1963 esto condujo al establecimiento de un número limitado de unidades afiliadas a Universidades, que pudieran formar expertos en las áreas de comportamiento y biomedicina.

CONCEPTO ACTUAL.

CONCEPTO ACTUAL. El nombre de DM lo podemos considerar correctamente castizo (ya que deficiencia significa defecto o imperfección) según el diccionario de la lengua castellana.

La DM clasificada desde el punto de vista médico, es un Síndrome el cual presenta características específicas, condiciones biopsicosociales del sujeto, mecanismos etiopatogénicos, cuadros clínicos y problemas de DM en su familia, escuela y ambiente social en el que vive.

CI - Coeficiente Intelectual.

DM - Deficiencia Mental

Este problema se puede presentar antes de la fecundación, y durante los primeros siete años de vida (o sea antes de haber alcanzado la función maduratoria del SNC), donde se logra su total mielinización la cual permite parcialmente realizar de modo íntegro sus funciones neuronales. A esta edad el niño ya ha adquirido las principales experiencias que determinan su personalidad psíquica y en el resto de sus días no habrá más que repetir, perfeccionar, aplicar y utilizar sus experiencias personales.

El desarrollo es el resultado de la interacción del proceso de maduración con el equipo genético manifiesto en la constitución y factores ambientales que incluyen las influencias físicas y psicosociales.

Cuando algún factor etiológico obra sobre el SNC después de los 7 años, se cataloga su patología en el rango de las demencias y aún más allá en la adolescencia, puede presentarse DM, pues en esta edad no se ha llegado a la maduración total de algunas de las actividades mentales como: actitud social, adaptación ambiental y otros factores que contribuyen al desarrollo total de la inteligencia.

El hipofuncionamiento de la inteligencia debe ser realmente significativo pues si este fuera apenas inferior a lo normal tal vez caería en lo patológico. Tal hipofuncionamiento de la inteligencia en un DM se acompaña de múltiples modificaciones de su personalidad, psicósomáticas sensoriales de la comunicación y aprendizaje de los procesos anímicos y de adaptación, aparte de la inteligencia hay que hablar de la situación social, de su mentalidad global y de su personalidad.

El DM dada su personalidad deformada es prisionero de un ambiente hostil que puede establecer relaciones interpersonales normalmente, y por consiguiente no es capaz de amoldar sus patrones de independencia y de responsabilidad social derivando su condunta hacia la inhibición, la indiferencia o la agresión, convirtiéndose entonces a ser un inadaptado en su familia, en la escuela y en la sociedad.

A) DEFINICION. La American Association of Mental Deficiency (AAMD), afirma que: "El retardo mental se refiere al funcionamiento significativamente subnormal, que se manifiesta durante el período de desarrollo y está caracterizado por una conducta de adaptación".

B) FRECUENCIA. Según las pruebas de CI aproximadamente el 3% de la población total presenta cocientes de inteligencia menores de 70.

En los E.E.U.U. funcionan por debajo del CI de 70, seis millones de individuos; de estos el 85% (5,5 millones) son levemente deficientes (educables), y tienden a encontrarse en los niveles socioeconómicos más bajas; del 11 al 15% lo forman grupos con graves DM que están en todos los grupos socioeconómicos e incluyen la mayor parte de la población, con deficiencias que presentan aberraciones bioquímicas o cromosómicas asociadas.

Las estadísticas afirman que el 3% de la población mundial está involucrada dentro de esta afección, desde los casos más benignas que se encuentran al borde de la normalidad, hasta aquellos seres que viven en las tinieblas de la DM profunda alcanzando hasta un 25% de su totalidad.

En países industrializados el número de niños con deficiencia mental no es alto (3% al 4% en Inglaterra y Suiza). Las estadísticas indican que en Inglaterra la DM grave está disminuyendo. Esta evaluación es normal si consideramos que los factores ambientales tienen un papel importante en las causas de la DM.

Cada año disminuye el número de niños con DM grave, pero aumenta el número de los que llegan a la edad madura. Por ésta reducción en la mortalidad tendremos que enfrentarnos en próximos años a un número mayor de adultos retrasados mentales graves.

No es posible conocer cuantos niños hay con deficiencia en la mayor parte del mundo, ya que los niños que requieren una instrucción especial

lizada en alguna Institución no pasan del 1al 3º y la mayoría al terminar el ciclo de Institución obligatoria ya no necesitan asistencia especial y solo una pequeña parte sigue esta condición durante toda la vida.

C) CLASIFICACION. El grado de DM, puede ser valorizado por pruebas psicométricas y clínicas, variando desde leves hasta severas. El retardo mental se considera existente si el CI es inferior a 70. Dependiendo de el grado de deficiencia del individuo este cumplirá con los patrones de independencia personal y responsabilidad social correspondiente a su edad o grupo cultural.

La AAMD los clasifica en:

DM leve. El prototipo de este grupo, es el individuo con un CI que varía de 60 a 70 y comprenden el desarrollo mental de un niño de 8 a 12 años, al haber alcanzado una edad cronológica de 16 años y pueden alcanzar un 75% de inteligencia normal.

Se les reconoce durante el kínder y el primer año, cuando son enfrentados con cuestiones académicas o cuando se les administran pruebas de Cociente de inteligencia. Necesitan estudios de educación primaria con repetición de una o dos clases o Escuela de Educación Especial. La mayor parte poseen el potencial de ser alfabetizados (comprensión de la lectura de cuarto o quinto grado y el objetivo de leer para obtener información, pero no por gusto). Algunos aprenden a ser autoindependientes y su inteligencia práctica es superior a la teórica.

Con la habilitación adecuada el 80% podrá casarse y suelen hacerlo con personas con cocientes de inteligencia mayores y engendrar hijos normales. El método más adecuado para el control de la natalidad es la colocación del aparato intrauterino y la inyección periódica de un esteroide progesteronico.

DM Media. Este individuo tiene un coeficiente intelectual entre 20 y 50, corresponden en inteligencia a un niño entre los 4 y 8 años al llegar a la edad adulta. Este individuo puede ser identificado fácilmente por el padre y el pediatra durante la infancia y la niñez, debido a un gran retardo en el desarrollo. El lenguaje parece ser la clave para señalar al niño que se desarrolla a este bajo nivel. El individuo es capaz de asimilar los conocimientos más elementales, y pueden aprender cierto grado de autocuidados.

Leen y escriben aunque con muchas faltas, suman y restan en una columna de números y siempre requieren de un supervisor para realizar una actividad cotidiana.

Un número significativo de estos niños, presentan daño cerebral orgánico y desarrollan ciertos gestos indeseables y antisociales como son: girar la cabeza, morder, mecerse y agitarse, jugar con los dedos frente a los ojos y otros métodos de autoestimulación. En este grupo la mayoría no se casa.

DM Profunda. El individuo de este grupo tiene un CI menor de 20, correspondiente en inteligencia al promedio de un niño de 3 años normal. En casos graves el paciente no sabe hablar, comer, ni atender su aseo personal.

Muestran tendencia a los movimientos monótonos Ej.: balanceo de la parte superior del cuerpo. En los casos más leves pueden ser instruidos para ejecutar los trabajos más sencillos y son capaces de hablar en forma telegráfica.

CAPITULO II.

ETIOLOGIA

En la DM las causas que actúan lo pueden hacer solas o en conjunto, por medio de mecanismos etiopatogénicos específicos, desde antes de la concepción y a través de los primeros siete años de vida, siendo la expresión de un daño o lesión cerebral a diversos niveles: macroscópico, microscópico y molecular (bioquímico) y puede dar como resultado un proceso de hipoevolución encefálica.

La etiología de la DM la clasificaremos en:

A) Factores de origen Genetico-metabólicos. Estos toman parte en la etiología de la DM, antes de la concepción y en el momento que esta se realiza, y producen por una parte, defectos y aberraciones cromosómicas, y por otra desórdenes metabólicos de las proteínas, glúcidos y lípidos.

Todas estas modificaciones organofuncionales afectarán importantes grupos enzimáticos que controlan precisamente los procesos metabólicos a nivel del SNC, generando toda la patología de la DM.

En este grupo podemos citar los padecimientos de las glándulas endócrinas, como el cretinismo, la caquexia hipofisaria, algunas formas de obesidad, la carencia alimenticia, también la sífilis y el alcoholismo se señalan como agresores de los genes.

B) Factores de orden Infeccioso y Parasitario. Algunos microorganismos Gram - (neurococos), Gram - (hemófilo), y en particular los virus (Treponema Pallidum), así como algunas parasitosis (Toxoplasmosis), tienen una gran afinidad con el SNC; durante la vida intrauterina producen determinatos padecimientos congénitos y en el recién nacido y el niño di

versas meningoencefalitis, ya sean primitivas o como complicación de una fiebre eruptiva; el sarampión por ejemplo.

Durante la gestación, es bastante frecuente que la madre sufra de alguna de estas infecciones o parasitosis, presentándose a veces en forma sintomática, y, sin embargo, van a lesionar el producto en su Sistema Nervioso.

C) Factores de orden Tóxico. La intoxicación puede ser exógena o endógena; dentro de la primera podemos señalar el tabaco, el alcohol, las drogas enervantes, algunas sales de deshecho industrial como las de mercurio o el óxido de carbono; y entre las segundas tenemos la Diabetes, acetonuria o por una intoxicación alimenticia (botulismo) y cuando se trata de lactantes los productos tóxicos de una cólera infantil o su desequilibrio electrolítico. También podemos citar la intoxicación del ambiente.

D) Factores de orden Traumático. El cerebro humano está expuesto durante toda la vida, a ser traumatizado por agentes externos o de orden psicológico.

Uno de los factores externos es el traumatismo obstétrico, y con respecto a los traumatismos de orden psicológico, la futura madre, sobre todo durante los tres primeros meses de embarazo, puede ser presa de un trauma psíquico intenso, con trastornos psicósomáticos graves, entre ellos una baja en su presión arterial, pudiendo dañar al feto.

Los traumas psicológicos pueden involucrarse en los primeros años de vida y en el niño producen perturbaciones de las relaciones de este con el medio, impidiéndole beneficiarse con las características cognocitivas y afectivas del mismo. Aunque sustentamos el criterio que toda DM obedece a una lesión neuronal, los elementos de orden psicológico frecuentemente se asocian a los factores que producen lesiones orgánicas.

PATOGENIA.

El Sistema Nervioso se desarrolla a partir del ectodermo (placa neural), que aparece durante la tercera semana. El tubo neural se diferencia en SNC, constituido por cerebro y médula espinal. Este se encuentra abierto temporalmente tanto craneal como caudalmente y se cierra durante la cuarta semana. Las paredes del tubo neural se engrosan para formar encéfalo y médula espinal. La mayor parte de las malformaciones congénitas es el resultado de la formación defectuosa durante la tercera o cuarta semana.

Como dijimos anteriormente la LMI puede provocar daño a diversos niveles:

A) Lesiones macroscópicas. Estas abarcan grandes áreas tanto en extensión como en profundidad, a consecuencia de un intenso traumatismo craneano o de una meningoencefalitis.

Los cambios macroscópicos que sufre el cerebro se refieren también a su tamaño y a su peso, el que generalmente es menor en los DM, y sufren cambios muy notables en este sentido y en su desarrollo.

La microcefalia, se presenta en un 12% de los DM de sexo masculino y de un 5 a 20% del femenino; y los de tamaño grande, se caracterizan por la ausencia de las cisuras normales y la presencia en el niño de una arquitectura embrionaria; a veces está limitado a los lóbulos frontales. Es frecuente el aumento de tamaño del Sistema Ventricular con o sin atrofia cortical, y también puede haber falta de formaciones corticales y subcorticales, de los hemisferios cerebrales y supratentoriales que se acompañan por una falta absoluta de la capacidad intelectual.

Aproximadamente la cuarta parte del peso del cerebro del adulto (1200g.) tiene el niño al nacer, (300g.) y las 3/4 partes al año de edad (900g.). El desarrollo del cerebro humano llega a integrarse bioquímicamente a los 4 años de edad y la mielinización neurológica entre los 7 y 8 años.

B) Lesiones Microscópicas y Bioquímicas. Estas lesiones pueden producir una patología discreta o profundos cambios biosomatopsíquicos, en ambas se localizan lesiones cerebrales como son: daños estructurales de formas embrionarias y atroficas, inflamatorias o degenerativas, hipoplasias o aplasias, esclerosis, ausencias neuronales, hipodesarrollo, desgarros vasculares, etc.

Otras lesiones Anatomopatológicas. La patología anatomofuncional no se reduce únicamente en la DM a los daños neuronales, sino que compromete a veces toda la economía, principalmente cuando se trata de una DM profunda de origen geneticometabólico.

Se observa malformaciones somatofuncionales en el sistema óseomuscular, con trastornos morfológicos corporales y del cráneo en particular, como por ej. el SD, con su deformé facie típica y sus trastornos músculo esqueléticos, amén de sus anomalías viscerales acompañadas a veces de cardiópatía; en el Síndrome de Apert con su Acrocefalosindactilia, en la enfermedad de Crouzon con disostosis craneofacial, su asimetría del rostro y sus lesiones oculares; en la hipercalcemia infantil con su clásica cara de duende; en la enfermedad de Faber que produce tumoraciones nódulares en articulaciones y huesos.

Las lesiones oculares y trastornos de la visión son muy frecuentes en la DM, sobre todo en las causas de origen geneticometabólicas.

Las lesiones cutáneas también hacen su presencia en ocasiones, en forma de adenomas sebáceos, y en el Síndrome de Sturge-Weber hay una angiomatosis encefalofacial, que se manifiesta por una placa cutánea de color rojo vivo en la zona del trigémino, acompañada de convulsiones.

Diversas lesiones endocrinas se presentan en algunas formas clínicas de la DM, como el hipotiroidismo congénito o Cretinismo por anomalías estructurales de la glándula tiroidea y con disminución de su funcionamiento hormonal; en el Síndrome de Klinefelter, las lesiones ana-

topatológicas también se localizan en el sistema genital con alteraciones gonadales, dando lugar a anomalías clínicas de los caracteres sexuales secundarios; en el Síndrome de Turner hay un desarrollo en la matriz infantil y de las glándulas mamarias con amenorrea y disfunción ovárica, por consiguiente trastornos sexuales secundarios.

D) Daño Cerebral. Existe en la DM, dice el Dr. Bernaldo Quirós, cambios estructurales y bioquímicos del cerebro, que afectan las interrelaciones neuronales y los modelos estructurales de distintas perturbaciones metabólicas son responsables de muchos cuadros clínicos.

Investigaciones frecuentes mencionan que en determinadas regiones específicas neuronales, se han desarrollado concentraciones de ciertas aminas, y se supone que tienen estrechas relaciones con los estados afectivo-emocionales. Ej. En el Síndrome Down y la Fenilcetonuria, está disminuida la Serotonina, amina que interviene íntimamente en algunos procesos bioquímicos de la patología cerebral.

Según la sintomatología de los problemas emocionales, hiperquirbóticos y conductuales, el daño cerebral se extiende a otras áreas, a la zona mesencefálica a nivel límbico, comprometiendo hipotálamo, hipocampo, amígdala cerebral, etc.

La personalidad deformada del DM tiene su asiento en el daño cerebral, pero las fuertes tensiones hogareñas, las angustias y las insatisfacciones materiales, morales y espirituales, generan en el niño una notable patología conductual, obstaculizando al igual su adaptación e incorporación social. Y los trastornos emocionales y los psiconeuroticosociales que modifican la conducta y se promueve en un ambiente familiar negativo.

CAPITULO III.

SINDROME DOWN

Describir algunas de las características generales y bucales, de este Síndrome nos pareció de interés debido que es muy común y se relaciona con diversos grados de DM, además uno de los centros de educación donde realizamos la investigación clínica, se especializa en este Síndrome.

A) GENERALIDADES. El SD es una enfermedad congénita causada por una anomalía cromosómica, caracterizada por DM y retardo en el crecimiento.

Según en 1884 señaló a este Síndrome como una variedad clínica del cretinismo, en 1886 Down introdujo el término de Mongolismo, debido al parecido con la raza Asiática descubriendo a la enfermedad como una entidad clínica. En 1956 Tjio y Levan determinaron que el número normal de cromosomas en células somáticas es de 46.

En 1959 René Turpin, Leujene y Gautier presentaron a este Síndrome como la primera enfermedad humana de origen cromosómico en su forma de Trisomía 21, las investigaciones posteriores indican que esta depende de un cromosoma acrocéntrico adicional que se identifica como un autosoma 21 produciendo un cariotipo con 47 cromosomas.

Este Síndrome no es específico de ninguna raza, sexo o posición socioeconómica. La frecuencia de este síndrome es de 263 niños afectados por cada 1000 nacimientos y en relación a todas las deficiencias mentales es de un 10%. Se clasifica en: A) DM leve con un CI del 50 al 69% y la edad mental en el adulto es de 8 a 12 años. B) DM moderada con un CI de 20 a 49% y la edad mental para el adulto de 3 a 7 años. C) DM severa con un CI de 0 a 19% y edad mental para el adulto de 0-2 años.

SD- Síndrome Down.

El diagnóstico clínico se basa en la presencia de retardo mental y trastornos de crecimiento del esqueleto, especialmente del cráneo y los huesos largos, facie y patrón físico característico, hipotonía muscular generalizada, alteraciones dermatoglíficas, y el diagnóstico se confirma mediante el análisis cromosómico. La vida de estas personas se acorta debido a los padecimientos cardíacos, leucemia aguda, infecciones respiratorias altas, de lo contrario pueden llegar a la vida adulta incluso a la vejez.

B) ETIOLOGÍA. Entre las causas del mongolismo tenemos:

1- La edad materna asociada a la trisomía 21, con sus variantes citogenéticas. Penrose reveló que la edad de 39 años coincide con la cifra más alta de nacimientos de niños con SD, entre los 30 y 34 años se registraron no menos de 1 por 1000 nacimientos, arriba de 34 esta cifra se eleva al 2 ó 3% y entre los 45 y 49 en el 10%.

11. El SD es de origen genético y se asocia a una aberración cromosómica polisómica. La forma más frecuente se refiere a la trisomía del par 21, haciendo un total de 47 cromosomas en vez de 46.

Existen diversas variantes citogenéticas como son: Traslocaciones mosaiquismo y presencia de 1socromosomas.

Traslocación. Los cromosomas del par 21 sufren una traslocación y se fusionan con alguno de los otros cromosomas del grupo G ó D, otra variante es la fusión céntrica dentro del grupo G por la traslocación de un cromosoma del par 21 sobre los brazos de un cromosoma del par 22.

Mosaiquismo. En este caso se presentan células con 46 cromosomas y otras con 47 en estas el cromosoma adicional se identifica en el par 21

1socromosomas. Su formación representa un fenómeno en el que la disyunción cromatídica consecutiva a la metafase meiótica se produce a nivel del centrómero en sentido transversal y no vertical como ocurre

normalmente. La trisomía se forma con un par cromosómico y el brazo corto o largo del cromosoma adicional.

Hay un conjunto de factores externos que deben tomarse en cuenta como factores predisponentes:

a) Edad de la madre, descrita anteriormente.

b) Las radiaciones e ionizaciones en la época preconcepcional.

c) La formación de anticuerpos tiroideos en la madre durante una autoinmunización retrospectiva, o una disfunción de la glándula tiroidea.

d) Las modificaciones cromosómicas producidas por virus durante la preconcepción, los virus actúan sobre el metabolismo celular influyendo en la síntesis del RNA y DNA.

C) MANIFESTACIONES FÍSICAS Y BUCALES.

FÍSICAS. Desarrollo anómalo del cráneo (aplanamiento anteroposte-
rior) (Foto 1, 2).



1.



2.

Los ojos son oblicuos, órbitas pequeñas, frecuente inflamación crónica de la conjuntiva (foto 3) y los párpados en ocasiones se presenta estrabismo, cataratas manchas de Brushfield que desaparecen a los doce meses, pestañas finas y escasas. La nariz es aplastada (Foto 1) a consecuencia de la falta de desarrollo del hueso nasal. Implantación baja del pabellón auricular, oreja displásica, cuello corto y ancho (foto 4 y 5).

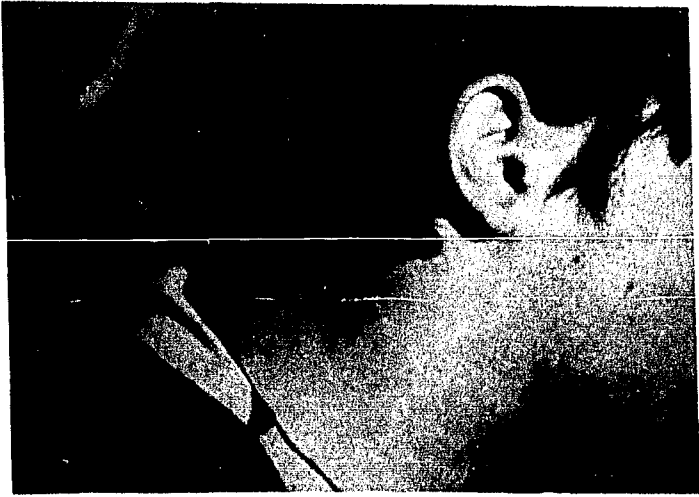
Las extremidades son cortas, manos y pies anchos y cortos; el dedo meñique más corto de lo normal y tiende a encorvarse hacia adentro, en-



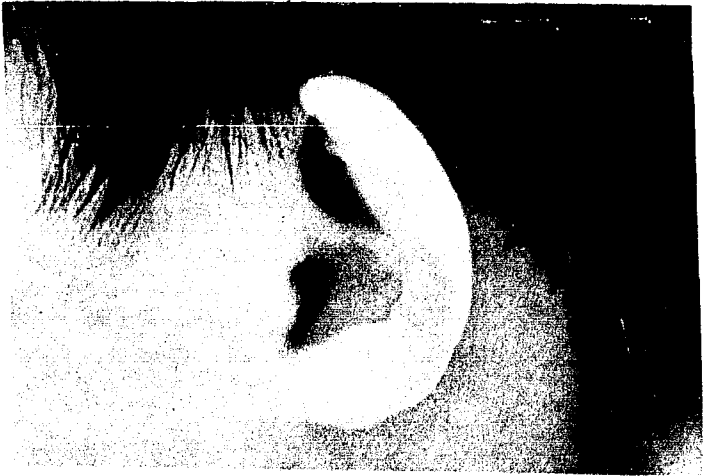
3.

entre el dedo índice y el pulgar se encuentra una amplia separación (foto 6). Sólo existe un pliegue palmar transverso en lugar de dos, en los dermatoglifos de los dedos presenta eje triarrálico y arcos cubitales. En el pie existe separación entre el primero y segundo dedo (foto 7). Las piernas casi siempre están en abducción, los caracteres sexuales secundarios suelen estar poco desarrollados y el pelo pubiano tiende a ser liso y sedoso.

BUCALES. Los labios de estos pacientes son de consistencia flácida

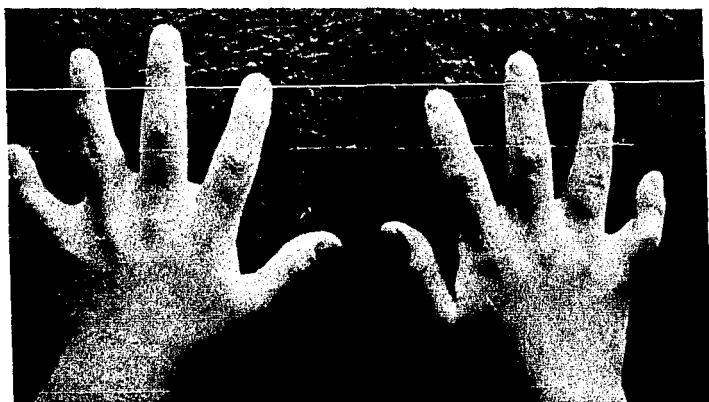


4.



5.

cida, gruesos, agrietados y deshidratados por la constante respiración bucal (foto 8). Hay presencia de retardo en la erupción iniciándose a los 2 años y terminando a los 4 ó 5, en ocasiones la secuencia de erupción no es normal y con frecuencia dientes temporales quedan en la cavidad bucal hasta los 14 o 15 años (foto 9).



6.

El deficiente desarrollo del cráneo se caracteriza también por el reducido tamaño del maxilar provocando una apariencia prógnata. La lengua es protusiva, escrotal y de mayor volumen, la punta es roma, áspera y las papilas están más separadas de lo normal (foto 10), en ocasiones la lengua suele ser normal.

El paladar en vez de estar en la base del cráneo se localiza al mismo nivel de la silla turca dándole a este mayor profundidad y una dimensión estrecha (foto 11).

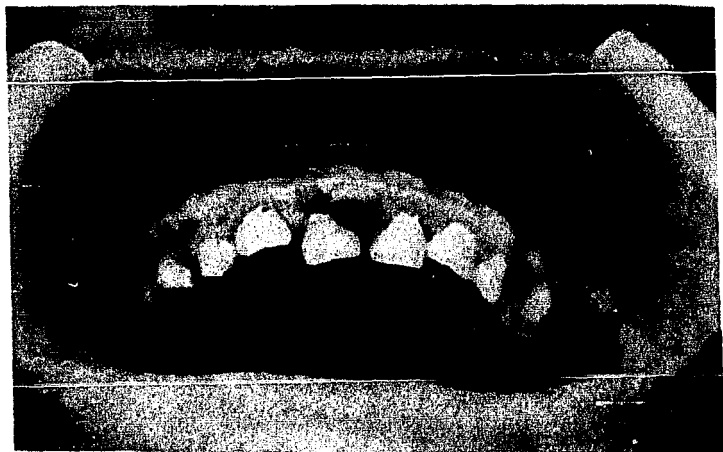
Las influencias que contribuyen a las irregularidades dentales son desde la época prenatal hasta la postnatal ya que el SNC y la corona de los dientes son de origen ectodérmico y comienzan su diferenciación en la quinta o sexta semana in útero.

Los dientes son pequeños en la dentición temporal y permanente, se



8.

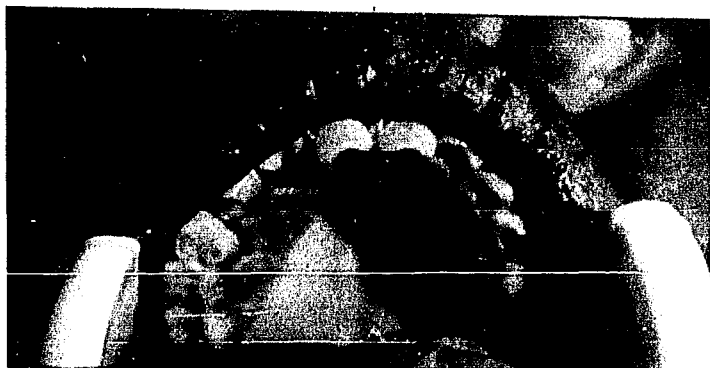
han encontrado dientes con coronas y raíces eranas, los dientes faltantes con mayor frecuencia son los laterales superiores después los inferiores y por último los segundas premolares. Con cierta frecuencia se encuentra fusión del canino y lateral inferior en la dentición temporal.



9.

Existen maloclusiones, sobrenordida horizontal, mordida cruzada posterior y mordida abierta anterior. Se encuentran las clases I y III de Angle siendo más frecuente la apariencia prógnata.

El esmalte en el SD tiene hipocalcificación, la saliva tiene una elevación significativa del pH y concentración de NaCa y bicarbonato con saliva parotídea pura, los niveles de P, K, y cloruro no fueron significativamente diferentes, por lo cual se sugirió que el aumento de la capacidad amortiguadora de la saliva puede ser un factor de la baja frecuencia de caries dental, con respecto a este estudio realizado por Winer y Cohen observaron en un 58% de los pacientes que no mostraban caries, el



10.

*Índice fué notable ya que los pacientes tenían una higiene oral pobre. (Comparar con los índices obtenidos en la investigación, Cap. V). Con respecto a la enfermedad periodontal Cohen encontró 96% de esta enfermedad eran en su estudio gingivitis marginal, pérdida de hueso alveolar, movilidad, exfoliación de los dientes incisivos superiores especialmente *materio albo sarro supra e infragingival.**



11.

CAPITULO IV.

INVESTIGACION CLINICA.

INTRODUCCION. El objeto de este estudio fué observar los índices de higiene oral, caries dental, gingivitis y enfermedad paradontal en pacientes con DM.

Este trabajo presenta información de la eficacia de un programa de prevención dental y tratamientos integrales en pacientes con DM institucionalizados.

Otro de los objetivos fué crear hábitos de higiene oral efectivos en ellos, así como a sus allegados (maestros, padres o tutores), con el fin de obtener una salud oral óptima y un mejoramiento subsecuente de la salud general.

El programa fué elástico en el tiempo, ajustándose al horario en que laboran las Instituciones, este proyecto se extendió por 10 meses de trabajo.

El programa fué elaborado para pacientes con DM entrenables y educables, porque en los pacientes con una DM profunda, la motivación y adiestramiento va dirigida a los padres o tutores pues el individuo no es capaz de comprender el objeto de una buena higiene, ni de llevarla a cabo.

Debido a que hay escasos de información en los textos relacionados al cuidado y tratamiento dental en pacientes con DM nosotros lo realizamos observando cuidadosamente las necesidades dentales y el tipo de deficiencia que presentaba el paciente.

Recordando que estos pacientes tienen problemas de percepción y algunas otros de movimientos involuntarios, hicimos un esfuerzo para que lo enseñado con respecto a la higiene oral fuera integrado como una de sus actividades diarias.

MATERIAL.

Biológico:

Escuela de Educación especial Santa María- 91 individuos de ambos sexos, cuyas edades fluctúan entre los 3 y 31 años de edad. Y en la cual hay individuos deficientes mentales, paralíticos cerebrales y Síndrome Down. Se encuentran divididos en tres grupos en el turno matutino: Maduración, Nivel I, Nivel II. Y en el turno vespertino un grupo único donde se encuentran los individuos más grandes de edad.

Centro de Terapia Educativa A.C. - 48 individuos con Síndrome Down cuyas edades fluctúan entre los dos y los 27 años de edad. Se encuentran divididos en 5 grupos y clasificados según su CI.

No biológico:

Consultorio dental equipado con Rx.

Consultorio ambulante sin Rx.

Cepillos dentales.

Pastas dentales.

Pastillas reveladoras.

Técnicas de cepillado ilustrativas y notafolios.

Diapositivas como material de apoyo en las pláticas de educación higiénica.

Hilo dental.

METODO. Se obtuvo información de dos Centros de Educación Especial (Centro de Terapia Educativa y Escuela de Educación Especial Santa María).

Las características de caries dental en niños y adultos jóvenes se estimaron a través de una encuesta de C.I.X.D) donde pudimos observar el número de personas con caries, el número de dientes que necesitan tratamientos y los dientes que ya estaban tratados; también los indi-

ces de higiene oral, cálculo y materia alba.

En la población estudiada se hizo la separación por edades, hasta los 12 años para dentición temporal y de los 12 en adelante para dentición permanente, separándolos también por sexo ya que estos factores son importantes en la interpretación correcta de los datos.

Los terceros molares no se tomaron en cuenta debido a las variaciones de erupción, frecuentes extracciones, dientes incluidos.

Cuando existió duda entre un diente cariado o sano se clasificó como sano. Entre cariado e indicado para extracción se clasificó como cariado.

Como se procedió al examen de (POD). en el proceso de examen, el examinador inspeccionó visualmente y con auxilio del explorador, las caras vestibular, lingual, oclusal, y proximal de todos los dientes presentes (excepto los terceros molares). El examen se realizó con el auxilio de un espejo plano y un explorador.

La posición del paciente fué de tal manera que el examinador tuviera una visibilidad óptima de los cuadrantes. El examen se condujo de la siguiente manera.

- Se inició el examen en el espacio correspondiente al segundo molar superior derecho y se prosiguió hasta el incisivo central superior derecho.

- Continuamos el examen con el incisivo central superior izquierdo, siguiendo hasta el espacio correspondiente al segundo molar superior izquierdo.

- Reiniciamos el examen por el espacio correspondiente al segundo molar inferior izquierdo, siguiendo hasta el incisivo inferior izquierdo central.

- Finalmente examinamos el último cuadrante, comenzando por el incisivo central inferior derecho y seguimos hasta el espacio correspon-

diente al segundo molar inferior derecho.

Todo esto se realizó en un sillón dental instalado en cada Institución, se pasó persona por persona habiendo un examinador y un apuntador.

Los dientes con caries se marcaron en el odontograma con color rojo, las obturaciones de color azul, dientes ausentes con una línea vertical de color rojo y los dientes indicados para extracción con las siglas IE.

Los Índices de higiene oral (IHO) son un recurso epidemiológico para evaluar el estado de higiene oral en grupos de población, también se consideraron las cantidades de materia alba y cálculo asociándolas a parodontopatías.

El Índice de materia alba se registró en base a los siguientes parámetros:

0 - Ausencia de materia alba en la superficie examinada.

1 - Presencia de materia alba cubriendo no más de un tercio de la superficie del diente.

2 - Presencia de materia alba cubriendo más de un tercio, pero no más de dos tercios de la superficie examinada.

3 - Presencia de materia alba cubriendo más de dos tercios de la superficie examinada.

El Índice de Cálculo se registró en base a los siguientes parámetros:

0 - Ausencia de cálculo supra y subgingival.

1 - Presencia de cálculo supragingival cubriendo mas de un tercio pero no más de dos tercios de la superficie examinada o bien presencia de pequeñas porciones de cálculo supragingival cubriendo la superficie dental.

3 - Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de dos tercios de la superficie examinada o bien, una faja continua de cálculo

subgingival a lo largo de la región cervical del diente.

DIENTES EXAMINADOS	SUPERFICIE
1er. molar superior derecho	vestibular
Incisivo central superior derecho	labial
1er. molar superior izquierdo	vestibular
Incisivo central inferior izquierdo	labial
1er. molar inferior derecho	lingual

Si el diente indicado para el examen no estuviera totalmente erupcionado o se haya encontrado restaurado con corona total o presencia de superficie disminuida en tamaño debida a caries o trauma se debe sustituir por otro diente (el diente contiguo).

El diente revisado primero se hizo en relación a materia alba y después al cálculo.

a) El examen de la presencia de materia alba se realizó deslizando la parte lateral del explorador a lo largo de la superficie dental para estimar la proporción de superficie expuesta con materia alba

b) El examen de la presencia de cálculo es hecho a través de la utilización del explorador, para identificar y estimar el área cubierta por el cálculo o bien para determinar la presencia de cálculo subgingival.

El tipo de odontograma utilizado para este estudio fue el siguiente:

GRUPO _____

Escuela Primaria de Educación Especial "Santa María"

Incorporada a la S.F.P.

Acuerdo No. 004106

Br. Atl No. 133

Col. Sta. Ana la Ribera

México 4, D. F.






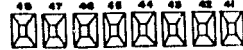
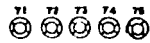

Tel. 547-74-47

ODONTOLOGIA - ESTOMATOLOGICA .

NOMBRE

Osma Chávez

EDAD _____

FACTORES PREVALENTES			
FECHA INICIAL	CEO	OPO	
FECHA TERMINAL	CEO	CPO	

INDICE HIGIENE ORAL - SIMPLIFICADO (IHO - S)

INDICE MATERIA ALTA

INDICE DE CALCULO

IHO - S

--

OBSERVACIONES:

FIRMA



GRUPO _____

CENTRO DE TERAPIA EDUCATIVA, A.C.

TEL. 524-5717
(TARDES)

APARTADO POSTAL 44-066
MEXICO 12, D. F.

DIRECCION _____

NOMBRE _____

EDAD _____



ODONTOGRAMA

FACTORES PREVALENTES													
FECHA INICIAL	<table border="1"> <tr><td>C</td><td>E</td><td>O</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	C	E	O									
C	E	O											
FECHA TERMINAL	<table border="1"> <tr><td>C</td><td>E</td><td>O</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	C	E	O									
C	E	O											

INDICE HIGIENE ORAL - SIMPLIFICADO (IHO - S)

INDICE MATERIA ALBA

INDICE DE CALCULO

IHO - S

--

OBSERVACIONES:

FIRMA

Dentro del programa se realizaron pláticas con los padres de familia. El director de cada una de las Instituciones organizó las pláticas donde se les explicó a los padres lo que es la odontología preventiva, la higiene bucal y se les mostró algunos casos de pacientes con problemas dentales. Se les comentó la importancia del cambio de dieta, sobre todo en los alimentos que toman en el refrigerio.

Se les informó que estaríamos durante unos meses con sus hijos, adiestrándolos en la técnica de cepillado, revisando su boca y observando el tipo de alimento que llevaban a la escuela. Se les dijo que si algún padre tenía interés en el tratamiento de su hijo nos encargaríamos de ello, o que lo llevara con su dentista.

Otro de los puntos del programa fué el adiestramiento en la técnica de cepillado.

Cada tercer día llevábamos individualmente a los niños a los lavabos, enseñándoles a cepillarse los dientes con la siguiente técnica:

• Con el cepillo de frente saludaban a este diciendo "buenos días cepillo". (foto 12)



12.

De esta forma podían cepillar las caras oclusales de los dientes inferiores, 10 veces cada hemiarcada y también podían cepillar las caras vestibulares de todos los dientes. Los niños que no sabían contar se les enseñaba con un tiempo similar (foto 13).



13.

Posteriormente se les indicaba al individuo DM se enjuagara su boca (foto 14) y que tomara el cepillo del lado contrario (no viendo las cerdas), y diciendo "adiós cepillo" (foto 15); de esta manera podían cepillarse las caras oclusales de los dientes superiores y también las palatinas, 10 veces cada hemiarcada.

Es importante conocer el grado de deficiencia que tiene cada individuo para los requerimientos del tratamiento y las funciones para su cuidado.

Los alumnos más grandes o los que tenían una deficiencia mental



14.



31.....

leve, aprendían en una sólo sesión la técnica de cepillado y el premio que se les daba era que enseñaran a sus compañeros la técnica por medio de imitación.

El uso de tabletas reveladoras e hilo dental se les enseñó, asistidos por los padres o los maestros.



15.

Durante el trabajo se les contaba cuentos, con rotafolios y diapositivas alusivas a la higiene oral, las estructuras que forman al diente, los alimentos que debían tomar y las golosinas que perjudican sus dientes, también la importancia de una correcta técnica de cepillado (foto 16).

Se revisaba a cada alumno después de cepillarse los dientes, y si se observaba que el lavado no era suficiente, se regresaba con nosotros para checar los errores de la técnica.

El 95% de los pacientes educables son capaces de aprender a cepillarse su boca y de llegar a comprender la importancia de la higiene oral.

Los individuos que durante su revisión no presentaron lesiones cariosas se les aplicó flúor dentro de la Institución. (foto 17, 18,

191.



16.



17.



18.



19.

RESULTADOS. Los resultados del CPOD, índice de higiene oral, cálculo dentario y materia alba registrados en las dos Instituciones fueron los siguientes:

ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL SANTA MARIA.

MUJERES	C	P	O	IHO	C	MA
Dentición temporal	66.6%	26.6%	6.6%	2	0	.6
Dentición permanente	66.6%	13.3%	20%	2	1.1	7.2
HOMBRES						
Dentición temporal	30%	68%	.14%	1.5	0	.72
Dentición permanente	75%	9%	17%	2,2	.2	1.2

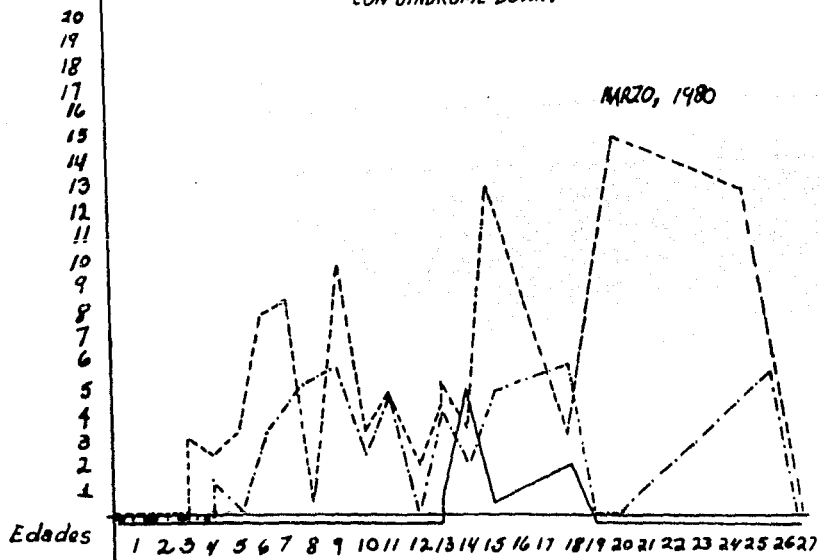
CENTRO DE TERAPIA EDUCATIVA A.C.

MUJERES	C	P	O	IHO	C	MA
Dentición temporal	62.5%	37.5%	0%	1.5	0	.7
Dentición permanente	59.1%	21.2%	19.1%	2.4	.3	.6
HOMBRES						
Dentición temporal	54.5%	45.5%	0%	1	0	1.9
Dentición permanente	72.5%	10%	17.5%	1.9	.3	1.3

En las 3 próximas hojas se pueden comparar los índices de CPOD y CPO promedio graficadas de las dos instituciones.

C - Lesión cariosa IHO - Índice de higiene oral
 P - Dientes perdidas C - Cálculo dentario
 O - Dientes obturados MA - Materia alba

CENTRO DE TERAPIA EDUCATIVA A.C. INDICE CPO EN 48 INDIVIDUOS
CON SINDROME DOWN.



EDAD	No. IND.	C	P	O	CPO	Cp	Pp	Op	CPOp
2	3	0	0	0	0	0	0	0	0
3	3	9	0	0	9	3	0	0	3
4	4	10	7	0	17	2.5	1.7	0	4.2
5	4	13	0	0	13	3.2	0	0	3.2
6	2	16	6	0	22	8	3	0	11
7	3	26	13	0	39	8.6	4.3	0	12.9
8	3	2	16	0	18	.6	5.3	0	5.9
9	3	30	18	0	48	10	6	0	16
10	3	10	7	0	17	3.3	2.3	0	5.6
11	2	10	10	0	20	5	5	0	10
12	2	4	0	0	4	2	0	0	2
13	6	32	25	4	51	5.3	4.1	.6	10
14	2	7	4	10	21	3.5	2	5	10.5
15	3	40	15	1	56	13	5	3	18.3
18	1	3	6	2	11	3	6	2	11
19	2	20	0	0	20	10	0	0	10
20	1	15	0	0	15	15	0	0	15
21	1	13	6	0	19	13	6	0	19
27	1	0	0	16	16	0	0	16	16

EDAD	No. IND	C	P	O	CPO	Cp	Pp	Op	CPOp
3	1	0	0	0	0	0	0	0	0
4	1	0	0	0	0	0	0	0	0
5	1	0	0	0	0	0	0	0	0
6	2	4	8	1	13	2	4	0	0
7	2	10	15	0	25	5	7.5	.5	6.5
8	9	41	68	0	113	4.5	7.5	0	12.5
9	12	85	110	4	199	7	9.1	0	12
10	9	55	96	3	154	6.1	10.6	.3	16.4
11	6	36	68	0	104	6	11.3	.3	17
12	7	53	8	0	61	7.5	1.1	0	17.3
13	3	35	6	0	41	2.6	1.1	0	8.6
14	5	28	8	1	37	5.6	.16	0	3
15	5	62	18	1	81	12.4	1.6	.2	7.4
16	1	10	4	0	14	10	3.6	.2	16.2
17	5	51	0	0	51	10.2	4	0	14
18	2	30	2	0	32	15	0	0	10.2
19	1	0	0	0	0	0	1	0	16
20	1	5	0	9	14	5	0	0	0
21	2	21	1	12	34	10.5	0	9	14
22	1	20	0	0	20	20	.5	6	17
23	1	1	1	17	19	1	0	0	20
24	1	7	0	7	14	7	1	19	21
27	1	0	7	15	12	7	0	17	14
29	1	1	6	7	14	7	0	15	26
34	1	1	5	1	7	1	6	7	14
							5	1	7

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM CAPITULO V.

CONDUCTA DEL DENTISTA ANTE EL PACIENTE DEFICIENTE MENTAL.

La actitud del odontólogo frente a un paciente con alguna deficiencia física o mental, va a variar dependiendo de:

- Si el paciente tiene problemas de coordinación muscular.
- El grado de deficiencia que presenta (edad mental).
- Si es hipercinético.
- La edad mental relacionada a la fuerza y la estatura.
- La edad cronológica.
- Capacidad de aprender, recibir órdenes y realizarlas.
- Introversión o extroversión del paciente.
- Problemas de dislalia.
- Trastornos visuales sordera y mudez.

Algunos de estos indicios son los que nos guiarán para elegir la actitud a tomar en el consultorio, así como para elegir la modalidad terapéutica necesaria para el tratamiento. Ya que la finalidad de los tratamientos integrales es restaurar su aparato estomatognático en forma eficaz y con el menor número de experiencias traumáticas tanto físicas como psíquicas, así como lograr una buena relación entre el odontólogo y el paciente.

Tratando que la mayoría de los pacientes deficientes mentales educables y entrenables puedan ser tratados en forma rápida y eficaz en un ambiente normal, sin el uso y abuso de la premedicación y la anestesia general.

El tratamiento dental y la conducta del odontólogo es variable pues cada uno de los pacientes es diferente y se le debe tratar tomando en cuenta el problema que presenta.

a) *TRATAMIENTOS INTEGRALES EN PACIENTES DEFICIENTES MENTALES.* La primera visita del paciente deficiente mental al consultorio puede ser utilizada para que el paciente conozca la sala de espera (donde comúnmente estará su madre) (foto 20, 21).



20.



21.

También para que conozca el consultorio y los aparatos que se encuentran en este, así como al dentista que lo va atender, en esta misma cita se puede realizar el interrogatorio sobre la Historia Clínica.

Médica la cual la contestará el padre o la madre del paciente y es la siguiente:

FECHA _____
NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____
DIRECCION _____ TEL. _____
POR QUE NOMBRE PREFIERE SU HIJO QUE SE LE LLAME _____

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

¿ Está o ha estado su hijo bajo tratamiento médico? _____

¿ Por qué motivo? _____ ¿ Ha tenido alguna vez una enfermedad u operación grave? _____

¿ Alguna vez ha sido hospitalizado en los últimos 5 años? _____

¿ En que consistió su problema? _____

¿ Padeció o padece de las siguientes enfermedades?

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| - Fiebre reumática o reumatismo cardíaco? | SI | NO |
| - Lesiones cardíacas congénitas | SI | NO |
| - Enfermedad cardiovascular (ataque cardíaco, insuficiencia u oclusión coronaria, presión alta) | SI | NO |
| - ¿ Siente dolor en el pecho al hacer ejercicio? | SI | NO |
| - ¿ Falta el aire con ejercicios leves? | SI | NO |
| - ¿ Se le hinchan los tobillos? | SI | NO |
| - ¿ Necesita varias almohadas para dormir? | SI | NO |
| - ALERGIA | SI | NO |
| - Sinusitis | SI | NO |
| - Fiebre de heno o asma | SI | NO |
| - Urticaria o erupciones cutáneas | SI | NO |
| - Desmayos pasajeros o prolongados | SI | NO |
| - Diabetes | SI | NO |
| - Orina más de 6 veces al día? | SI | NO |

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| - ¿ Siente sed casi siempre? | SI | NO |
| - ¿ Siente la boca seca con frecuencia? | SI | NO |
| - Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática. | SI | NO |
| - Artritis | SI | NO |
| - Reumatismo inflamatorio | SI | NO |
| - Úlcera estomacal | SI | NO |
| - Trastornos renales | SI | NO |
| - Tuberculosis | SI | NO |
| - ¿ Tiene tos persistente o expectora sangre? | SI | NO |
| - Baja presión sanguínea | SI | NO |
| - Enfermedades venéreas | SI | NO |
| - Sarampión () Viruela () Paperas () Rubéola ()
Epilepsia () Tosferina () | | |
| - Otros _____ | | |
| - ¿ alguna vez tuvo su hijo una hemorragia anormal por operaciones
traumatismos o extracciones? | SI | NO |
| - ¿ Se le forman moretones con facilidad? | SI | NO |
| - ¿ Alguna vez necesitó transfusiones de sangre? | SI | NO |
| - ¿ A sufrido alguna vez de anemia? | SI | NO |
| - ¿ A estado en tratamiento con Rx? | SI | NO |

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTOS MEDICOS

- | | | |
|---------------------------------------------------------|----|----|
| - ¿ Está tomando alguno de los siguientes medicamentos? | | |
| - Antibióticos o sulfanidas. | SI | NO |
| - Anticoagulantes | SI | NO |
| - Medicamentos para la hipertensión. | SI | NO |
| - Cortizona | SI | NO |
| - Tranquilizantes | SI | NO |
| - Antihistamínicos | SI | NO |

ALIMENTACION

Desayuno _____

Comida _____

Cena _____

- ¿ Ingiere su hijo alimentos o golosinas entre comidas? SI NO

ESCOLARIDAD: Padre _____

Madre _____

- ¿ Practica usted y su esposa (o) algún deporte? SI NO

- ¿ Ingieren bebidas alcohólicas? SI NO

- ¿ Con que frecuencia y en que cantidad? _____

- Si padece su hijo alguna enfermedad, estado o problema que no figure entre los mencionados y que crea usted que sea importante le rogamos lo explique _____

Nombre del Padre _____ Edad _____

Ocupación _____ Teléfono _____

Nombre de la madre _____ Edad _____

Ocupación _____ Teléfono _____

- Número de hijos y nombres por edades _____

- Observaciones _____

Firma del odontólogo _____

Firma del paciente _____

- | | | |
|----------------------------------------------|----|----|
| - Aspirinas | SI | NO |
| - Insulina, tolbutamias (orinase) | SI | NO |
| - Digital o drogas para trastornos cardíacos | SI | NO |
| - Nitroglicerina | SI | NO |
| - Otros _____ | | |

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTOS DENTALES

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| - ¿ Su hijo es alérgico o ha tenido alguna reacción adversa? | | |
| - Anestésicos locales | SI | NO |
| - Penicilina u otros antibióticos | SI | NO |
| - Sulfamidas | SI | NO |
| - Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir | SI | NO |
| - Aspirina | SI | NO |
| - Yodo | SI | NO |
| - ¿ Ha ido su hijo alguna vez al dentista? | SI | NO |
| - ¿ Qué experiencia tuvo? | SI | NO |
| - ¿ Se cepilla su hijo los dientes? ¿ Cuántas veces? | SI | NO |
| - ¿ Se chupa el dedo, muerde lápices, se chupa el labio, se come las uñas, o algún otro hábito? | SI | NO |

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES (anotar parentesco)

- | | | |
|-------------------------------------------------------|----|----|
| - ¿ Algún familiar de ustedes tiene diabetes? | SI | NO |
| - ¿ Tiene algún pariente obeso? | SI | NO |
| - ¿ Tiene algún pariente enfermo del corazón? | SI | NO |
| - ¿ Algún otro pariente presenta trastornos mentales? | SI | NO |
| - Otros _____ | | |

HIGIENE Baño diario () Cada tercer día () Cada semana ()
 Cepillado dental 1 () 2 () 3 () ninguna ()

En las visitas posteriores como el paciente ya ha adquirido un poco de confianza es mejor que entre solo, pudiendo realizar la exploración clínica intra y extrabucal, así como el examen físico (el cuál será descrito).

Pudiendo elegir con los datos obtenidos el diagnóstico y tratamiento a seguir (el cual puede variar dentro del tratamiento activo).

Lo anterior se realizará cuando llegue al consultorio en buenas condiciones, pues si llega de emergencia o con gran dolor lo principal en ese momento es tratar de aliviar las molestias según el tratamiento que requiera.

Las visitas que este tipo de pacientes requieren deben ser cortas (20 min.) lo cuál no quiere decir que no podamos aprovechar al máximo el tiempo, siendo preferible trabajar por cuadrantes.

Debemos transmitirles confianza y darles a entender que el trabajo que estamos realizando es muy importante para su salud. Para que ellos se sientan en confianza los podemos dejar que inspeccionen el instrumental que estamos utilizando, se les puede dar un espejo para que estén observando lo que se les está haciendo dentro de su boca, también oler y probar la pista dental y algunos otros objetos dependiendo del interés del paciente.

EXAMEN CLINICO.

TECNICA DE EXPLORACION.

La exploración física del paciente comienza con la observación de este cuando entra de la sala de espera y se sienta en el sillón dental observando la forma en que camina, que por lo general en estos individuos es característica, diferenciándose la forma de caminar de los paráliticos cerebrales los cuales tienen incoordinación muscular, en general todos estos pacientes tienen defectos de postura. (Foto 22)



22.

1. EXAMEN EXTRABUCAL.

Se inicia con la inspección ocular de la cabeza, cara y cuello, la cabeza del paciente se debe observar tanto de frente como de perfil (fo to 23, 24)



23.



24.

Lo cual permite descubrir asimetrías craneofaciales. Se palpará toda hinchazón existente porque entre las causas más comunes de inflamación facial están las infecciones dentales.

Se puede apreciar también alteraciones en el desarrollo del maxilar y la mandíbula (micrognacia, prognatismo), labio fisurado, pabellos articulares displásicos, pigmentaciones cutáneas, úlceras, tumores y otras alteraciones funcionales como la dificultad de abrir y cerrar la boca.

La palpación debe hacerse siguiendo la región submentoniana, hasta llegar a la submaxilar (foto 25), la cual se recomienda bimanual.

El área de las glándulas parótidas se palpa para descubrir alguna hinchazón (si se presiona la mandíbula del paciente contra el maxilar



25.

la hinchazón se puede sentir a nivel del músculo masetero). A continuación se palpará el área de la A.T.M., colocando la yema de los dedos índice y medio por delante del conducto auditivo determinando los movimientos mandibulares, pidiéndole a ayudando al paciente para que abra y cierre la boca verificando si hay alguna desviación de la línea media de la cara (foto 26), hay que anotar todo chasquido o dolor que se presente, proseguiremos con el área que se localiza inmediatamente por detrás del pabellón auricular, después seguimos palpando los ganglios cervicales a lo largo de los bordes superficial y profundo del músculo esternocleidomastoideo. (foto 27)

También podemos descubrir trastornos foniátricos, por falta de dientes o prótesis mal ajustadas, o por distalía.



26.



27.

2. EXAMEN BUCAL.

En la práctica en ocasiones se encuentran dificultades ya que los pacientes tienen algún retraso mental o una incoordinación muscular que dificulta la inspección detallada, por lo cual se deberá hacer el estudio lo más rápido posible pero no por esto descuidar la exploración.

Al comenzar el estudio se observan los labios tomando en cuenta la línea labial, tamaño, consistencia, textura, tonía, cualquier anomalía como una cicatriz, úlcera, etc.

A continuación se jala el labio inferior del paciente hacia abajo (foto 28) observando los frenillos, vestibulo bucal de ambos lados, así como la encía.



28.

Se separa la comisura labial para explorar la mucosa vestibular (cavillo), (foto 29) teniendo aquí dos puntos de referencia que son el conducto parolábico y la línea de oclusión. Posteriormente se eleva el labio superior con el fin de observar la totalidad de la superficie mucosa, (foto 30) el frenillo el cual será un punto de referencia normal en la base del labio superior.



29.



30.

Se abre la boca del paciente observando su paladar con un espejo (paladar duro y blando), podemos ver si hay torus, la disposición de sus papilas, al visualizar hacia atrás encontramos la úvula, amígdalas faríngeas, pudiendo ver si han sido extirpadas, cintas anchas blancas de tejido cicatrizal desde las fauces hasta el paladar duro. (foto 31)



31.

A continuación se toma la lengua del paciente con una gasa en forma firme, estirándola para ver toda su superficie, observando si es fisurada o no, las papilas filiformes, fungiformes y caliciformes, también se puede llevar la lengua hacia la izquierda o derecha para observar sus lados. (foto 32)

Para poder observar el piso de la boca, a los pacientes que entienden se les puede indicar que lleven su lengua hacia el paladar, pero a los que no comprenden bien será necesario tomar su lengua y llevarla hacia el paladar, pero a los que comprenden bien será necesario tomar



32.

su lengua y llevarla hacia atrás, sosteniendo la mandíbula (nos apollamos en la encía con el dedo medio, índice y pulgar) de la mano contraria con la que se está sosteniendo la lengua, recargando la cabeza del paciente en el cabezal del sillón. En esta posición se puede observar el frenillo lingual, la vascularización, pliegues linguales, el conducto submaxilar o de Wharton (presionando se puede obtener saliva) (foto 331).

Se proseguirá con el estudio de la encía, tejidos de soporte y lesiones cariosas con la ayuda de un espejo dental, explorador y sonda parodontal.

Todo lo que se observó, palpó, auscultó se le dice al ayudante, anotándolo en una forma como la siguiente:



33.

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA _____

Tipo de perfil _____

Tipo de cabeza y arcada dentaria _____

Tipo de deficiencia _____

EXAMEN EXTRABUCAL.

a) Apreciación generalizada del paciente _____

b) Cara _____

c) Área de ganglios linfáticos, submentonarios y submaxilares _____

d) Área de la A.T.M.

- Movimientos mandibulares

- Dolor

- Chasquido

- Línea media

- Signos asociados

f) Orejas _____

g) Área de cuello y ganglios linfáticos cervicales _____

h) Área de glándula tiroidea _____

EXAMEN BUCAL.

a) Labios y comisuras labiales _____

b) Mucosa labial y vestibular _____

c) Carúncula del conducto parotídeo y encías _____

d) Paladar duro y encía palatina _____

e) Paladar blando _____

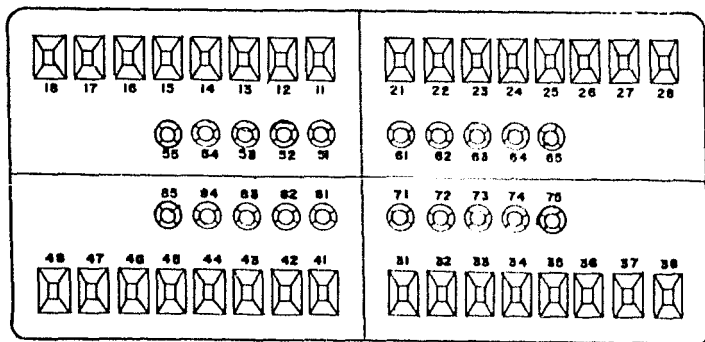
f) Áreas amígdalas y faríngea posterior _____

g) Lengua (dorso y bordes laterales) _____

h) Lengua (superficie inferior) _____

j) Oclusión _____

k) Dientes y lesiones cariosas _____



Índice de Higiene Oral - Simplificado (IHO-S)

Índice materia alba

Índice de cálculo

IHO-S

ESTUDIOS RECOMENDADOS.

Radiográficos ()

Histopatológicos ()

Microbiológicos ()

Modelos de estudio ()

Análisis clínicos ()

OBSERVACIONES _____

EXAMEN FÍSICO.

a) Signos vitales

Pulso _____

Presión sanguínea _____

Respiración _____

Temperatura _____

b) Aspecto general

Estatura _____

Peso _____

Postura _____

Edo. de nutrición _____

c) Piel (color, textura, humedad, pigmentación, lesiones) _____

d) Cabello (forma, tamaño y distribución) _____

e) Ojos (conjuntivas, escleróticas, tamaño y forma de las pupilas, reacción pupilar a la luz y acomodación) _____

f) Nariz (tabique, cornetes y pólipos) _____

g) Boca y garganta (dientes, lengua, amígdalas palatinas, lesiones labiales) _____

h) Cuello (ganglios linfáticos, tiroides y pulsaciones anormales) _____

DIAGNOSTICO _____

TRATAMIENTO _____

Algunos de los puntos básicos para el manejo del paciente deficiente mental son:

- Comprensión, paciencia, firmeza, rapidez y capacidad del odontólogo.
- El odontólogo debe transmitir la idea de que el tratamiento que está realizando es demasiado importante.
- Aunque el paciente se resista se le debe hacer algo relacionado con el tratamiento platicándole constantemente.
- Las visitas deben de ser cortas.
- Siempre se debe obsequiar al paciente algún objeto después de la consulta.
- No debemos permitir demasiada empatía con algún paciente en especial pues podría interferir en la capacidad para realizar los tratamientos en forma eficaz.
- Lograr establecer dentro del medio familiar hábitos de higiene oral que sean transmitidos al paciente, así como la importancia de las visitas cada 6 meses al odontólogo.

Este punto es de suma importancia y es la base del éxito, ya que si no se hace conciencia en los padres sobre la odontología preventiva y de todo lo que encierran los tratamientos dentales, el paciente deficiente mental no acudirá nunca a un consultorio dental.

ANESTESIA LOCAL.

Es indispensable y debe de utilizarse como método de eliminación de la sensibilidad en todos los casos.

El agente anestésico seleccionado en los tratamientos dentales para deficientes mentales fué el Citanest Octapresin debido a que en relación con la Xilocaína, tiene mayor duración y su toxicidad 50% menos, cada ml. contiene Clorhidrato de Citanest (clorhidrato de prilocaína) 20 mg (clipresina 0.03 fl. l. Vehículo c.b.p. 1 ml.

El Citanest es un anestésico local seguro además tiene período de latencia corto, alta frecuencia de anestesia satisfactoria, buen poder de difusión, duración suficiente, es eficaz para todo tipo de pacientes y tiene buena estabilidad.

TECNICA PARA LA APLICACION DE ANESTESIA LOCAL SUPRAPERIOSTICA

El asistente coloca anestésico tópico (spray de preferencia) en la zona por anestésiar, prosigue al libiamiento del líquido anestésico pasando el cartucho por la llama del mechero, esto se hace con la finalidad de que el anestésico esté a la temperatura del cuerpo.

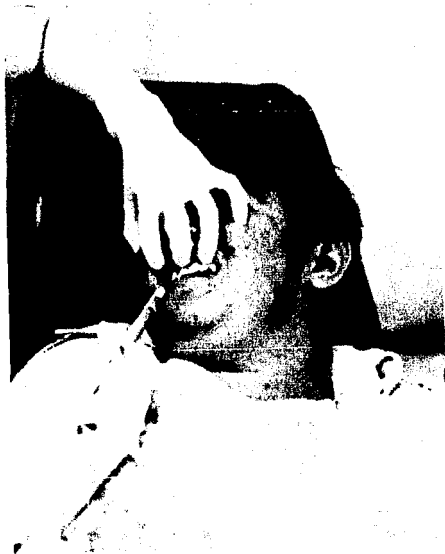
Posteriormente el asistente prepara la jeringa, usando agujas de calibre delgado (27), pasándosela al operador por debajo del respaldo del sillón. (foto 34).



34.

"El paciente nunca debe ver la jeringa pues el procedimiento no tendría éxito".

El operador tapa con la palma de la mano los ojos del paciente y con los dedos índices, medio y anular puede levantar el labio superior con la mano contraria aplicar la solución anestésica. (foto 35)



35.

Si el operador no lo puede realizar en esta forma, el asistente cubrirá entonces con una mano la cara del paciente, pudiendo realizar movimientos suaves en los párpados del paciente para que no abra los ojos y para tranquilizarlo.

En cualquiera de las dos formas el asistente tiene que sostener al paciente en forma suave y debe estar preparado y sujetarlo en caso de que tenga algún movimiento brusco o involuntario para que no se vaya a lastimar.

El líquido anestésico debe penetrar en los tejidos, mientras tanto el operador debe estar platicando constantemente con el paciente para distraerlo.

TECNICA DE ANESTESIA LOCAL DEL NERVI0 DENTARIO INFERIOR.

El procediniento es similar sólo que en esta ocasión siempre el asistente va a cubrir la cara y los ojos del paciente, así como sostener su cuerpo. (foto 36)



36.

De esta forma el paciente nos demuestra que puede tolerar o no un tratamiento sin el auxilio de drogas, pues si tuvo éxito la aplicación del anestésico local comürmente el paciente se deja trabajar al quedar

sin sensibilidad en la zona por tratar.

SEDACION.

El uso indiscriminado de las drogas ofrece gran cantidad de riesgos prescribiendo los medicamentos al azar a todos los deficientes mentales sin saber si lo necesitan o no. El dentista no debe tomar el camino más fácil y premedicar o recurrir a la anestesia general solo porque se trata de una persona con una deficiencia, este camino es un error y debe ser evitado ya que es injusto y a la vez riesgoso.

Es importante conocer el valor de la premedicación así como familiarizarse con la administración de drogas, sus limitaciones y capacidades alérgicas, hay que conocer un pequeño número de fármacos para poder emplearlos en la práctica clínica.

Los sedantes se utilizan con el fin de provocar cambios en el comportamiento o estado de excitabilidad, tensión nerviosa, aprehensión, intranquilidad, ansias.

Sus propiedades son relajantes, anticonvulsivos y potencializa la acción de la anestesia local, también reduce las secreciones del aparato respiratorio. Los sedantes provocan depresión del SNC principalmente de la corteza cerebral.

El uso de sedantes debe ser limitado y usarlo solo en los casos en que realmente creamos que sea lo más recomendable para el paciente. (foto 37). Por ejemplo:

Cuando el paciente deficiente mental no es capaz de dejarse tratar su boca y se presenta al consultorio dental, incapaz de encargarse de la situación o bien, temeroso y sumamente nervioso, desafiante, agresivo, es necesaria la premedicación. Esta en ocasiones es de gran ayuda en los tratamientos que requieren que el paciente con una deficiencia mental tenga que estar un tiempo más largo en el sillón dental, como es el caso



37.

de un tratamiento de conductos, una odontectomía complicada o algún caso de cirugía menor.

Para aplicar los sedantes tenemos que tomar en cuenta el estado general del paciente pues por un descuido podemos provocar un paro respiratorio por una sobre dosis.

También hay que tener cuidado con el manejo de los pacientes con problemas circulatorios, cardiopatas, porque hay trastornos de transportación, absorción y eliminación de los medicamentos tardando su excreción y reabsorbiéndose actuando entonces como tóxico, este problema lo podríamos encontrar en personas nefróticas por la dificultad de elimina-

ción, en pacientes desnutridos, en personas con discrasias sanguíneas, problemas respiratorios.

El odontólogo que decida sealar a su paciente tiene que valorar la dosis que aplicará, por lo que deberá basarse en distintos factores como:

- a) Edad del paciente.- En *gral.* el paciente menor requiere menos medicación.
- b) Peso.- Cuando más pesado, necesita más medicación.
- c) Actitud mental.- El paciente miedoso y desafiante requiere mayor medicación.
- d) Actividad física.- Un paciente hiperactivo de pronta respuesta es candidato para aumentar la dosis.
- e) Contenido estomacal.- Si se prevee la necesidad de medicación el paciente deberá comer un alimento ligero o se medicará con el estómago vacío.
- f) Momento del día.- Es necesaria mayor dosis para el paciente en las horas matutinas, que en las vespertinas, o en cualquier momento que sea considerado de descanso para el paciente.

SEDANTES UTILIZADOS EN PACIENTES DEFICIENTES MENTALES:

DIAZEPAM (valium) Forma: Tabletas 2.5, 10mg.

Dosificación recomendada: 5 a 10 mg. media hora antes de la consulta.

ATARAX (clorhidrato de hidroxicina) Forma: Jarabe 10,25,50,100 mg.

Dosificación recomendada: 25 a 50 mg. media hora antes de la visita.

FENERGAN (clorhidrato de prometacina) Forma: Inyección intramuscular, tabletas, jarabe y supositorios.

Dosificación: 25 mg. / 22.6 Kg. de peso y 50 mg. para mayores de 22.5 Kg. de peso.

DISCUSION.

- En pacientes con disturbios neromusculares, donde hay defectos de función en la coordinación de la musculatura oral, junto con el sistema neuromuscular del organismo, traen consigo una dificultad en la higiene oral provocando con esto una falta de limpieza y un aumento de placa dentobacteriana por falta de cepilleo.
- El empleo de psicofármacos atrae un problema más para las encías, por lo cual debemos esforzarnos para que los deficientes mentales se tornen receptivos al desarrollo y tratamiento, tomando en cuenta su grado de deficiencia o problema, así como los requerimientos del tratamiento y las funciones para su cuidado.
- Debemos ayudar a estos pacientes en su higiene oral ya que tienen grandes problemas gingivales y parodontales debido a que ellos (no todos) no son capaces de encargarse de su higiene dental, y con el uso del hilo dental y las tabletas reveladoras deben estar asistidos por los Padres o maestros, llegando así a una completa rehabilitación bucal.
- Con el fin de mejorar la higiene oral es esencial motivar a los Padres y allegados, proporcionándoles instrucciones en la higiene oral e introducirla en su vida diaria.
- Un paciente que puede cepillarse por sí solo se le debe permitir, pero hay que estar al pendiente de él. Un buen método para enseñarlo es pararse atrás de él, tomar su cabeza hacia atrás y soportar su barba con una mano y con la otra cepillarlo frente al espejo.
- Los pacientes SD tienen una bóveda palatina alta, gingivitis, dentritis y placa frecuentemente acumulada en las fisuras de la lengua por lo que recomendamos lavar el paladar con una compresa húmeda, y la lengua humedeciendo el cepillo dental sólo o con pasta lo cual elimina y arrastra la placa de la superficie de la lengua.

CONCLUSIONES.

- Las condiciones dentales de los pacientes deficientes mentales comparada con los sujetos normales demostró que los índices de lesiones cariosas en los individuos con DM no fueron significativamente diferentes a los normales.
- La falta de higiene oral, gingivitis y enfermedad parodontal fueron las afecciones más frecuentes en la cavidad bucal de este tipo de pacientes. En el SD la enfermedad parodontal ocupa un alto índice.
- Prevalen las maloclusiones sobre todo en pacientes SD y también en los paráliticos cerebrales, lo cual se explica por sus anormalidades locales y esqueléticas.
- Al término de esta investigación se ha diseñado una conclusión que deje ver las necesidades y obstáculos que tiene que afrontar el cirujano dentista para llegar a una relación adecuada con el paciente deficiente mental y que al subsanarse estos, porque de hecho es posible que se resuelva, logren obtener los resultados que el odontólogo no se imagina, eliminando así viejos tratamientos que hoy sólo quedan para los estomatólogos que no han convivido con un paciente de esta clase.
- Los factores que de una u otra manera alteran nuestra relación son: En primer plano eliminar en el odontólogo el temor de prestar atención al individuo con DM ya que de antemano lo está premedicando o se rehusa a tratarlo, por lo que es preciso comunicarnos con nuestro paciente, observar y determinar el grado de deficiencia y si es posible su atención sin necesidad de medicamentos, o como último recurso, que en lo particular no consideramos necesario en los deficientes mentales entreables y educables el llegar a la anestesia general.
Por esto es preciso no apartarlos del consultorio dental sino utilizar de él lo mejor que se pueda, y convertirlo en un buen paciente -

- Es la falta de cooperación de los Padres otro problema importante. Siendo estos el medio por el cual el deficiente mental puede llegar al consultorio y por lo general en un estado bucal deplorable, debido a que los padres llevan al paciente (si es que lo llevan) cuando presentan dolor.

Esto ocurre por falta de información que conciencie a los Padres y sobre todo en estos pacientes; la falta de centros que faciliten un servicio adecuado en el área de la salud bucal hacia el deficiente mental y los problemas económicos que los Padres de estos individuos tienen que afrontar en la consulta privada.

También la necesidad de un área de salud oral dentro de las Instituciones de habilitación, así como lo hay en el área de psicología, Medicina general y área deportiva, etc.

Y una correcta distribución de la odontología preventiva que de al odontólogo desde alumno, un criterio para atender a los pacientes deficientes mentales que como cualquier otro individuo necesita atención.

- En verdad que sería difícil establecer hábitos de higiene oral en el deficiente mental si no se tuviera la cooperación del medio que lo rodea, es por esto que, es necesario dejar establecidas reglas de higiene tanto en el aspecto nutricional, general y bucal en las Instituciones donde el individuo se capacita, además en el núcleo familiar donde se desenvuelve.
- Consideramos necesario aclarar que el término de disminución mental no es usual, y se diferencia de deficiencia mental porque existe un retraso y deterioro del SNC por factores de origen tóxico, traumático y funcional después de que el individuo estuvo en condiciones normales; algunos ejemplos podrían ser por alcoholismo, la demencia senil en los cuales si existe una disminución mental.

BIBLIOGRAFIA.

BROWN J. P.

"Dental treatment for handicapped patients. I The efficacy of preventive program for children. II Economic of dental treatment".

AUST. DENT. J.

Número 20, volumen 5.

Australia, 1975.

316-325 pp.

BURKET, Lester W.

"Medicina Bucal, diagnóstico y tratamiento"

6a. edición Mex. 1973.

Editorial Interamericana S.A.

P.p. 146-148, 240-242, 330-331.

CLINICAS Odontológicas de Norteamérica

"Genética".

Editorial Interamericana S.A.

Enero 1975.

p.p. 87-110.

CLINICAS Odontológicas de Norteamérica

"Odontología para el niño incapacitado"

Editorial Interamericana

Julio 1974, México.

CHUSID Joseph G.

"Neuroanatomía correlativa y neurología funcional"

4a. edición.

Editorial El manual moderno S.A.

Mex. 11 D.F. 1977

p.p. 312-317.

CORONADO Guillermo Dr.

"Tratado sobre clínica de la deficiencia mental".

1a. edición.

Editorial Continental S.A.

México 1978.

GIUNTA John

"Patología bucal"

Editorial Intermexicana

México 1978.

p.p. 3-9.

GRAINGER J. K.

"The dental care and treatment of handicapped"

AUST. J. MENT. RETARD.

Número 4, volumen IV.

Australia 1976.

p.p. 27-28.

McArty, Frank M.

"Emergencias en Odontología"

2a. edición.

Editorial el Ateneo.

Buenos Aires, 1973.

Mental Retardation, An Age-Old problem,

"Understanding the Mentally retard child"

Editorial Random House New York

U.S.A. 1974.

p.p. 3-11.

MERCK, Sharp & Dhome

"El manual Merck"

5a. edición.

p.p. 780-781.

NELSON, Vaughan McKay

"Tratado de Pediatría"

Editorial Salvat, S.A. 1970

6a. edición - Méx.

OSTER J.

"Training of medical and dental students in mental retardation"

ACTA PAEDIAT, scand.

Número 63, volumen sup 236.

Sweden, 1974

p. 37.

RADTKE G.; Rupolph I.

"On complete anaesthesia in stomatological treatment of mentally handicapped children".

PAEDIAT. GRENZGEB

Número 14, volumen V.

Germany East, 1975.

p.p. 155-158.

ROBERTS R.E.; Mc Crary O.F.; Glasser J.H.; Asher C.Jr.

"Dental care for handicapped children reexamined. Dental training and treatment of the handicapped"

J. PUBLIC HEALTH DENT.

Número 30, volumen 1.

U.S.A. 1978

p.p. 22-34.

T.H. Sperry.

"Compendio de Psiquiatría"

2a. edición 1965

Ediciones Toray S.A.

Barcelona

p.p. 12-41

Agradecemos a estas Instituciones el apoyo brindado para la realización de este proyecto.



GRUPO _____
CENTRO DE TERAPIA EDUCATIVA, A.C.

TEL. 524-57-17
(TARDES)

APARTADO POSTAL 44-066
MEXICO 12, D. F.

GRUPO _____

Escuela Primaria de Educación Especial "Santa María"

Incorporada a la S.E.P.

Acuerdo No. 004166

Dr. Atl No. 133

Col. Sta. Ma. la Ribera

México 4, D. F.

Tel. 547-74-47