

870122
91
2ej

Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MANEJO DEL NIÑO INVALIDO EN EL CONSULTORIO ODONTOLOGICO

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

Myriam Fernanda Tanaka Guzmán

Asesor: Dr. Guillermo Hernández Ortiz

GUADALAJARA, JALISCO. 1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

" MANEJO DEL NINO INVALIDO EN EL CONSULTORIO ODONTOLOGICO"

I N D I C E.

	PAG.
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS...	
a) DEFINICION DEL NINO INVALIDO.....	3
CAPITULO II CARACTERISTICAS SOCIOLOGICAS Y PSICOLOGICAS DEL PACIENTE INV <u>A</u> LIDO.....	13
CAPITULO III PROBLEMAS ODONTOLOGICOS MAS -- COMUNES EN PACIENTES INVALIDOS.	24
CAPITULO IV ADAPTACION DEL GABINETE ODONTOLOGICO DEL PROFESIONAL Y DE LA ASISTENTE.....	38
CASUISTICA.....	60
CONCLUSIONES.....	69
BIBLIOGRAFIA.....	72

INTRODUCCION.

Es importante conocer como va hacer tratado un niño - inválido, hablando de lo positivo y de lo negativo en el - desarrollo de su tratamiento odontopediátrico o con un - - Odontólogo general con la suficiente experiencia y conocimientos para elaborar y desarrollar un óptimo tratamiento - dental, con el fin de poder ofrecer un buen trabajo garantizado.

Se comprende por lo tanto, la importancia que tiene - para conocer en sí lo que es un Niño inválido, sus características sociológicas y psicológicas, sus problemas odontológicos más comunes y como vamos a realizar una buena adaptación en nuestro consultorio para así permitir resolver - los diferentes problemas y situaciones en favor del paciente y de uno mismo como profesional de esta rama.

Los estudios odontológicos deben encausarse en su mayor atención al niño inválido, estableciendo en su edad -- más temprana posible, las medidas preventivas y de educación más efectivas tanto para el niño como para sus padres siendo un factor de gran importancia, por ser el conductomás inmediato, así los procedimientos clínicos más recomensables se le explicarán.

Deduciendo que la mayor parte del esfuerzo de la profesión odontológica debe concentrarse en la Odontopediatría.

De tal manera espero, que la labor a continuación desarrollada fructifique y despierte interés.

CAPITULO I

ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS.

CAPITULO I

DEFINICION DEL NINO INVALIDO.

Un inválido o minusválido es cualquier individuo que presenta transtornos, de dos tipos y estos pueden ser: físicos o mentales.

Que limita en forma importante una o más de las actividades principales de la vida como: cuidarse así mismo o realizar tareas normales de la vida diaria como: caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar. Por lo cual las labores mencionadas son muy importantes para todo ser humano. (1)

Un inválido es un ser humano que funciona a un nivel de transtornos físicos o mentales. Existen millones de habitantes se calcula que aproximadamente el 35% funcionan con inválidez.

Numerosos informes publicados en la literatura han observado los problemas a que se enfrentan varios individuos impedidos al buscar una atención dental adecuada. Un autor tituló al tratamiento dental como "La necesidad más grande de salud no lograda por el inválido".

Un reporte del departamento de salud no lograda por estudiantes, sino por especialistas en esta rama de la sa-

lud, educación y bienestar de EE.UU., establecio que es -- probable que exista una mayor proporción de niños inválidos con pésima salud dental que de individuos no inválidos.

El cuidado dental para el inválido son la causa de considerable interés de los profesionales de la odontología -- respecto a la disponibilidad para el inválido.

Históricamente la responsabilidad para el tratamiento de este grupo de personas en este caso primordialmente el niño ha sido asumido fundamentalmente por los odontopediatras y unos cuantos cirujanos dentistas generales. Sin embargo las técnicas médicas bastantes mejoradas han aumentado en forma significativa la duración de la vida de numerosos individuos inválidos.

Por lo tanto estan requiriendo cada vez mayor atención dental. Aunque los odontopediatras estan tratando a niños inválidos en una proporción mucho mayor de como lo hacían en el pasado, no son capaces de proporcionar cuidado para el siempre crecimiento númeroico de adultos de este tipo.

Es necesario que más cirujanos generales comiencen a proporcionar las atenciones dentales necesarias para los inválidos, sabiendo que este tipo de niños son aun mucho más difícil en su trato.

Una invalidez es un impedimento demasiado severo y -- difícil de tratar en un consultorio odontológico.

Numerosas son las razones que se esgrimen para no tratar a los niños inválidos en la práctica privada:

- 1).- Requiere demasiado tiempo para realizar los procedi-- mientos.
- 2).- El paciente puede tener una urgencia médica que ponga en peligro su vida.
- 3).- Los fondos para el tratamiento difíciles de obtener.
- 4).- Los procedimientos son bastantes difíciles.
- 5).- El cirujano no tiene equipo especial necesario.
- 6).- Al cirujano le atemoriza enfrentarse con una persona - inválida y más enfrentarse a un niño en este caso.
- 7).- Teme que otros pacientes se ofendan.
- 8).- Por lo general los pacientes requieren hospitalización.

Aunque los problemas enumerados, puede ocurrir en al-- gún momento, rara vez se encuentran en combinaciones que - conduzcan a las dificultades a menudo asociadas con el cui- dado del inválido sólo un pequeño porcentaje de pacientes - requieren equipo especializado, hospitalización o el uso de técnicas no familiares para recurrir al tratamiento la in-- mensa mayoría de niños pueden tratarlos especialistas.

Es primordial que sean tratados por especialistas por- la eficacia para el manejo de este tipo de niños. O por --

cirujanos generales en la práctica privada con escasas consideraciones adicionales.

El especialista en su desarrollo profesional tiene -- excelentes bases para desarrollarse en un tratamiento eficaz y complejo de este tipo de pacientes: NINOS INVALIDOS.

Un inválido es aquel individuo que ha perdido parcial o completamente su capacidad orgánica. Siendo aquel enfermo débil, que posee una incapacidad producto de determinado choque o lesión ejecutando en cualquier parte del cuerpo humano, siendo de mayor importancia los órganos de las extremidades tanto inferiores como superiores del cuerpo humano, lo cual lleva a determinar imposibilidad al cuerpo humano que es de suma importancia.

Al atender este tipo de pacientes, niños inválidos es muy importante el plan de tratamiento adecuado para desarrollar así su atención.

El estudio del niño inválido como paciente es esencial para el manejo en el cual es importante también la colaboración de los padres en desarrollar con éxito así su tratamiento. (4)

Un niño físicamente inválido tiene uno o más defectos estructurales que hacen muy difícil y a veces imposible, - realizar o ejecutar tareas normales.

El departamento de salud, educación y bienestar de los EE.UU. de Norteamérica ha calculado que más de 21 millones de personas incluyendo niños, tienen algún problema de invalidez que restringe sus actividades.

Esta elevada incidencia de condiciones incapacitantes en la población de ese país determinan que es muy probable que el odontólogo general en sus consultorios privados o ambientes institucionales. En consecuencia, el odontólogo general debe entender y familiarizarse con los problemas médicos de esos pacientes para tratarlos lo más -- atraumatizante posible. (2)

Un inválido es aquel que no puede valerse. Nulo, sin valor. Los odontólogos generales deben aprender a flexibilizar sus métodos de tratamiento y equipo, a fin de atender inválidos. Además de estar familiarizado con las manifestaciones médicas de la condición específica incapacitante que afecta al paciente individual, sea niño o adulto.

El tratamiento odontológico es de mayor necesidad de salud no resulta de la persona inválida. Es el único problema de salud que afecta a todos los ciudadanos incluyendo niños inválidos, es tal medida que ha sido considerado catastrófico por muchos de los que actúan en la profesión que planifica la sanidad i es así porque el niño inválido

es más susceptible?

En este tiempo de mayor toma de conciencia y de programas para el cuidado del niño inválido, parece irónico que éste no haya sido incluido en forma rutinaria en programas odontológicos completos. Para los niños y personas inválidas aprovechando el máximo su capacidad, es importante que esten sanas.

La salud incluye estar en condiciones de comer, sonreír, hablar y sentirse bien, todo lo cual se origina en la boca. "La cavidad bucal es el portal de la salud". Aparte del oxígeno necesario para la supervivencia, todos los nutrientes deben pasar por la boca antes de ser utilizados por el cuerpo transformados en energía crecimiento, reparación y mantenimiento.

Por lo tanto, la necesidad de un aparato bucal sano, en buen estado de funcionamiento, es fundamental para una salud óptima. El cuidado de la salud, la educación y empleo, son derechos relativamente recientes exigidos ahora por la persona inválida en este caso para los niños inválidos, la educación y en determinada edad el empleo.

Aunque ha habido una larga historia de programas privados y gubernamentales para grupos seleccionados de inválidos principalmente en el área de educación y cuidado re-

sidencial, la ausencia de una atención odontológica completa ha sido evidente, pues son pocos los odontólogos que saben y desean atender a este tipo de pacientes y más niños.

MILLER ofrece las siguientes razones para esta situación:

- 1).- Los Odontólogos son renuentes a tratar al paciente -- inválido en su consultorio privado.
- 2).- Los Odontólogos no están equipados para manejar los - problemas especiales para el cual el paciente puede - presentar.
- 3).- Los programas de estudio de Odontología no incluyen - experiencias educativas en el manejo del paciente in- válido.
- 4).- Hay falta de información fáctica sobre las necesida- des odontológicas del paciente inválido, que tanto ne- cesita de este servicio en la vida diaria.
- 5).- Como los Odontólogos no han formado parte del equipo- que planifica en asuntos de salud, los servicios odon- tológicos han sido omitidos de muchos programas.
- 6).- Como las necesidades de los inválidos educacionales - médicas y de terapia física son tan grandes, los pa- dres y/o cuidadores, son apáticos respecto a necesida- des odontológicas.

A estas razones para la falta de atención odontológi- ca, quisiera agregar las siguientes:

- 7).- Hay falta de toma de conciencia aceptar la filosofía de odontología preventiva total en la escuela, el hogar y el consultorio profesional.
- 8).- No se ha concretado hasta ahora un esfuerzo coordinado entre las profesiones médicas y odontológicas para la atención de la salud total de nuestros pacientes.

MILLER concluyo diciendo: "Debe ser responsabilidad de los Odontólogos en la práctica privada y en la salud pública lograr que la atención odontológica sea asequible a todas las personas incluyendo niños".

Es importante que se crean foros en el que el profesional pueda intercambiar ideas sobre el manejo de estos niños. (5)

Una persona incapacitada son aquellas personas con limitaciones físicas causadas por herencia, enfermedades, daño traumático o proceso de envejecimiento.

La planificación sanitaria para el paciente inválido ha sido obstáculo por la falta de confiabilidad e inconsistencia de los datos de sobre incidencia y prevalencia de las diversas condiciones. Las comparaciones entre estu-dios son dudosas, debido a las pocas definiciones del inválido.

Todo paciente así sea inválido requiere ser tratado como un individuo, con personalidad, sentimientos y características físicas únicas. En realidad las modificaciones en el tratamiento dental para aquellos pacientes inválidos se hacen regularmente.

En general, el equipo profesional trata con estos pacientes modificando la comunicación, elaborando un plan de visitas, haciendo consideraciones en cuanto a la silla, y equipo, dando instrucción individualizada para la atención en casa. (1)

Un niño inválido o impedido (gente) si no pueden dentro de los límites jugar, aprender, trabajar o hacer cosas que estén dentro de su edad, o si están trabados para alcanzar sus potenciales completos físicos, mentales y sociales.

Los inválidos (niños) que, debido a una incapacidad física, están en desventaja para realizar una o más actividades principales de la vida como: movimientos socialización y autocuidado.

Finalmente, la información de los estudios epidemiológicos por investigaciones en los campos de la educación, salud y salud pública, proporcionan cálculos sobre la incidencia y prevalencia de condiciones incapacitantes, sean -

el objetivo primario, secundario del estudio. Decíd a -- que debe recordarse que muchos de esos estudios están basados en poblaciones específicas dentro de una cierta área geográfica, a menudo con características demográficas específicas.

Aunque es poco el interés de la mayoría de los odontólogos para tratar a niños inválidos o inválido adultos, - la causa debería de ser de considerable interés de los profesionales de la odontología, respecto a la disponibilidad del tratamiento para el inválido y la forma como va a ser tratado psicológicamente en el consultorio dental.

Los problemas odontológicos más comunes la adaptación del gabinete odontológico del profesional y la asistente para así lograr todo un éxito en el tratamiento. (3)

CAPITULO II

**" CARACTERISTICAS SOCIOLOGICAS Y PISCOLOGICAS
DEL PACIENTE INVALIDO "**

CAPITULO II

CARACTERISTICAS SOCIOLOGICAS Y PSICOLOGICASDEL PACIENTE INVALIDO.A) CONSIDERACIONES EMOCIONALES DEL PACIENTE (NINO) INVALIDO:

Cada dentista debe fijar sus prioridades personales y-- profesionales según sus necesidades individuales y su personalidad organiza su práctica para fines por lo que cada facultativo dental atiende a las personas que realmente desea tener como paciente e inconscientemente elimina de su práctica a los indeseables.

Existen diversas formas de organizar este proceso selectivo. Algunos mecanismos empleados para alejar a los pacientes directos otros son sutiles, unos tienen un motivo otros no se han planeado conscientemente. El paciente indeseable puede ser enviado a otra parte podrá encontrar gran retraso para obtener la cita en algún consultorio, quizá sea necesario que acepte citas en momentos inconvenientes; podrá encontrar que su atención sea exageradamente costosa.

El paciente pensará que el dentista es desagradable y - falta de interés; podrá encontrar que los procedimientos mismos del tratamiento son especialmente dolorosos.

El dentista como facultativo provado tiene el derecho - de controlar a estos pacientes como el mejor deseo horario y

también tiene mucho que ver su temperamento, dependiendo de este el éxito en su tratamiento.

El paciente inválido (niño) en virtud de sus afecciones que lo incapacitan presenta un nivel de resistencia -- que suele ser bajo. Son propensos a la diseminación de infecciones y enfermedades: debido a las malas condiciones bucales y a su atención bucal inadecuada. Porque solo un porcentaje pequeño de estos pacientes reciben tratamiento dental adecuado.

Este hecho se correlaciona con el gran número de dentistas reacios a aceptar los pacientes inválidos.

Muchos dentistas no comprenden porque reaccionan en forma negativa al ingreso de cierto tipo de personas a su población de pacientes. Esto es especialmente válido para los dentistas que deciden que no desean tratar pacientes -- (niños) inválidos. Las serias consecuencias que implican la atención dental limitada para pacientes dentales inválidos deberán incitar de dentistas a comprender los motivos que lo alejan y le impiden proporcionar este servicio dental tan necesario.

Los pacientes (niños) son rechazados porque el dentista es un ser producto de su cultura ha sido influido y socializado por la sociedad, por la comunidad y por la fami-

lia de la que es parte integrante sin estar totalmente consciente de lo mismo, los dentistas presentan fuertes obstáculos emocionales estos bloqueos pueden ser que se resista a estar con pacientes de este tipo.

La eliminación de estos pacientes de su práctica es -- una manera de evitar estos sentimientos de reprimido algunos dentistas que aceptan a pacientes inválidos suelen identificarse emocionalmente con ellos hasta el grado de tornarse ineficaces en su capacidad profesional para proporcionar servicios dentales. Otros dentistas se transforman con los pacientes inválidos hasta el punto de ser demasiados cuidadosos y temerosos.

Frecuentemente, trabajarán lentamente con poca eficacia, haciendo que el tratamiento del paciente sea demasiado prolongado, algunos dentistas tratan de negar estos sentimientos de molestia e inconscientemente emplean mecanismos de defensa psicológicos que los tornan más insensibles, retraídos y con poca simpatía hacia el paciente y su familia, si el dentista reconoce sus reacciones y se hace sensible no podrá atenderlos.

Necesitando excluir de su práctica a estos pacientes. Sin embargo cuando el dentista decide que no tratará a un paciente inválido, como miembro de las profesiones encargadas de cuidar de la salud tiene la responsabilidad de remi-

tir al paciente con otro dentista o medio profesional, también tiene la obligación profesional de seguir el proceso de remisión hasta que se asegure de que el paciente posea un medio de obtener atención dental, ya que no a de ser -- esto significado abdicar una responsabilidad profesional. -
(6)

B) CONSIDERACIONES ECONOMICAS DEL PACIENTE INVALIDO:

Hay otras consideraciones que son parte de la decisión del dentista de tratar a pacientes inválidos. El dentista es un ser emocionalmente capaz y se encuentra positivamente motivado para trabajar con estos pacientes deberá pensar en la justificación tomada respecto a los honorarios por sus servicios dentales. Cada dentista manejará esto a su satisfacción. Algunos descuentan o discuten que el paciente inválido deberá ser tratado como la mayor parte de los otros pacientes.

Esto hace que los honorarios deberán ser también iguales, otros piensan que trabajar con pacientes inválidos requiere de más tiempo y deberán aumentarse los honorarios. Esta filosofía se basa en el esfuerzo del paciente y el tiempo del dentista.

En muchas situaciones especialmente durante las primeras visitas algunos pacientes inválidos (niños), las visi-

tas podrán ser de mayor duración.

Muchos pacientes inválidos son educados y enseñados - a que como están acostumbrados a tratamientos son pacientes dentales especialmente buenos.

Hay una observación clínica sin fundamento científico es que muchos pacientes poseen un umbral más alto al dolor que el de otros pacientes en condiciones educacionales, algunos son capaces de tolerar visitas dentales largas y son con frecuencia pacientes ideales. Debemos recordar que paciente inválido se aplica a persona que fluctúan desde la más leve hasta la más grave parálisis.

Los ponentes de esta teoría debido a su altruismo y - compasión piensan que tales presiones económicas extremas - sobre el paciente y su familia deberán ser considerados -- y seriamente por el dentista para tomar una decisión res--pecto a sus honorarios por servicios dentales. Alegan que los honorarios dentales deberán ser lo más bajo que sea posible.

Existen tres orientaciones fundamentales respecto a - fijación de honorarios dentales.

Cada dentista tomará esta importante decisión basada - en: su actitud profesional e individualidad y en sus necesidades y escogerá finalmente la que le parezca más correc

ta a seguir para cada paciente con problemas de este tipo. El cobro sobre el tratamiento a pacientes (niños) inválidos depende del tratamiento que realice el dentista mismo.

(7)

C) CONSIDERACIONES PRAGMATICAS DEL PACIENTE INVALIDO:

La atención a pacientes inválidos en la proporción -- de la preocupación del dentista por la impresión que estos pacientes puedan causar a los otros pacientes dentro de la sala de recepción. También están inseguros respecto al -- programa de visitas.

Estos pacientes pueden requerir poco o ningún trato -- especial. Sin embargo, hay niños inválidos con daño cerebral o trastornos neurológicos y coordinación motora incon- trolada, no se comportan igual y tienen aspecto diferente. El dentista teme que sus pacientes normales puedan moles-- tarse por estos pacientes inválidos y se marchen a otro -- consultorio. Existen muchos métodos pragmáticos para el -- manejo de este problema un potencial y uno de ellos es que el dentista fije una mañana o una tarde especial para la -- atención exclusiva de pacientes inválidos. Al hacer el -- programa de visitas, el dentista deberá saber si el pacien-- te reserva algún período especial para descanso o si exis-- ten algunas horas del día en que encuentra en mejores con-- diciones.

Si el dentista aprovecha esta información y elabora el programa de visitas de acuerdo con la misma; la situación dentro del consultorio dental seguramente progresará con mayor fluidez, es muy valioso que el dentista haga amistad con el paciente utilizando su psicología aplicando en estos pacientes. (8)

D) CONSIDERACIONES SOBRE LA COMUNICACION EN PACIENTES INVA

LIDOS:

Los dentistas se preocupan por algunos pacientes inválidos por diferentes incapacidades físicas, aspectos mentales y factores emocionales. Si el dentista puede identificarse en la etiología de los problemas de la comunicación del paciente. Podrá utilizar técnicas de comunicación más eficaces.

Los dentistas que tratan a pacientes inválidos y con problemas de audición o de comunicación deben de emplear una gran variedad de técnicas para la comunicación a un -- más siendo en niños, por ejemplo: emplear palabras sencillas y evitar la utilización de instrucciones dobles tales como: "Inclina la cabeza hacia atrás y abre la boca". La técnica de "decir", "enseñar" y "hacer" es valioso para el proceso de comunicación.

Aprender y utilizar el nombre que más le guste al paciente o el contacto profesional sea más personal.

Adaptar la visita dental al ánimo del paciente y al tiempo disponible es fructífero. Es prudente que el dentista otorgue al paciente su atención total durante el tiempo que se encuentren juntos.

Esto ayudará al paciente a saber que el dentista encuentra realmente interesado por él como individuo y ser humano que vale la pena como paciente.

El paciente que no responde a ningún otro tipo de comunicación, podrá enterarse de la preocupación del dentista al sentir una mano tranquilizadora sobre el hombro o un movimiento repetido de la mano tranquilizadora sobre la cabeza. Este tipo de contacto permite al paciente que comprenda que el dentista está interesado en él.

Su percepción del dentista y de su personal puede hacer que las visitas sean fructíferas o desagradables. Hay momentos, durante el proceso terapéutico en los que el dentista inadvertido puede provocar dolor al paciente. Algunos pacientes inválidos (niños) no pueden expresar el dolor verbalmente ni explicar la localización del mismo.

Por lo tanto es indispensable para el dentista que desea evitar provocar un episodio doloroso para el paciente, conocer la forma mediante la cual el paciente le indique que se encuentre molesto la observación de estas seña-

les tales como apretamiento de los puños, rigidez del cuerpo, llanto y sudación, indicará al dentista las reacciones del paciente al tratamiento. Por esta forma es importante conocer todas estas características. (9)

E) CONSIDERACIONES SOBRE LA PERSONA QUE ES EL PACIENTE INVÁLIDO.

Además de presentar reacciones específicas a sus problemas dentales al dentista y al ambiente dental, cada paciente se presenta con sentimientos indefinidos respecto a sí mismo como una persona. La imagen propia del paciente presenta ramificaciones dentales significativas.

Es ventajoso para el dentista conocer los factores -- que forman las personalidades y los comportamientos de sus pacientes así como algunas tensiones que afectan específicamente al paciente inválido.

Va se ha indicado que una persona es el producto de sus experiencias acumuladas y su medio social. Numerosos estudios apoyan el hecho de que las incapacitan suelen ser vistas en forma negativa por las demás personas. La forma en que una persona se considere a sí misma se encuentra -- muy relacionada con la forma en que las otras consideran a ella y se relacionan con ella. El nivel con estimulación para el paciente inválido se encuentra ligado con es-

te tipo de factores variables.

Un paciente cuyas experiencias hayan sido predominantemente positivas, podrá adquirir un sentido adecuado de valor seguridad y confianza. Estas características afectarán su capacidad de enfrentarse bien a las situaciones encontradas; como por ejemplo: la situación dental por lo contrario el paciente cuyas experiencias hayan sido fundamentalmente desagradables y negativas tendrá un concepto muy bajo de si mismo. Este paciente es menos capaz de enfrentarse a todos los elementos de la experiencia dental.

Las exposiciones circunscritas a los estímulos normales aunadas a los efectos de experiencias que los individuos perciben como rechazos (de las personas significativas de su medio) impiden que muchos pacientes inválidos desarrollen su máximo potencial como ser humano. Se les niega la oportunidad de participar completamente hasta el límite de su capacidad en la vida misma. (10)

F) CONSIDERACIONES SOBRE LA FAMILIA QUE ES DEL PACIENTE -- INVALIDO:

La familia de estos pacientes inválidos (niños) desempeñan un papel especial en la situación dental. El grado de su participación varía desde marginal hasta indispensablemente, pero su contribución, su impacto y sus problemas

mercen ser examinados.

Muchos pacientes inválidos presentan afecciones que exigen gran dependencia de los padres y otros miembros de la familia.

Con frecuencia la familia del paciente (niño) inválido deberá controlar las disposiciones prácticas implícitas en fijar y observar las visitas dentales. Las disposiciones para el transporte al consultorio dental pueden ser -- complicadas y en ocasiones un miembro de la familia deberá perder tiempo de su trabajo y llevar al paciente al consultorio. También es la familia la que condiciona al paciente al consultorio a la experiencia dental.

Las actitudes que fomentan en el paciente conscientemente, afectarán al nivel de aceptación o rechazo de la experiencia por el paciente. También con frecuencia la familia es la que proporciona al dentista los antecedentes -- sociales y médicos para la historia clínica. El dentista puede emplear a un miembro de la familia como un participante activo en el manejo de algunos aspectos de la atención del paciente durante el proceso terapéutico. (11)

CAPITULO III

" PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS MAS COMUNES EN PACIENTES INVALIDOS "

CAPITULO III

PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS MAS COMUNES EN PACIENTES
INVALIDOS.A) TRATAMIENTO DENTAL PREVENTIVO:

En el tratamiento dental preventivo, aunque los informes respecto a la caries en la población inválida son contradictorios, la mayoría de los investigadores concuerdan en que incidencia de los problemas periodontales es notablemente más alto en los inválidos o con algún otro impedimento, que en la población normalmente, esto establece la necesidad para un programa integral de higiene bucal. La mejor forma de realizar este programa es proporcionar la instrucción tanto al paciente como a los responsables en su cuidado primario.

Solo a responsables de su cuidado, a través de la educación de todas las personas que intervienen en el cuidado del paciente inválido puede esperarse cierto grado de éxito.

La mayoría de los pacientes inválidos, no serán capaces de obtener una eficacia en cuidado oral propio comparable a la del paciente normal es posible que sean incapaces de conceptualizar el proceso de cepillado y el uso del hilo dental; pueden no ser capaces de establecer su importancia-

para el bienestar propio. Es posible que no logren realizar las manipulaciones necesarias debido a los trastornos en su habilidad física.

El cirujano dentista y la higienista dental deberán valorar el nivel intelectual, la potencia muscular la coordinación y las percepciones sensoriales del paciente para establecer niveles reales del logro o metas para él establecidas en la vida del paciente inválido en el cual paralel es demasiado difícil desarrollarse en cualquier campo.

Esta evaluación también debe cubrir cualquier problema motor que indique la necesidad de las modificaciones de los dispositivos higiénicos en el hogar.

Una vez que se ha establecido un plan de tratamiento, todas las personas que intervienen en el cuidado de paciente inválido, deberán estar consciente del nivel esperado del cumplimiento. Si el paciente no puede asumir la responsabilidad del cuidado en casa, los padres, guardianes o celadores deberán demostrar al cirujano dentista y a la higienista su capacidad para demostrar los procedimientos.

Las siguientes consultas por lo general se programan a intervalos que varían de 2-4 meses dependiendo la condición bucal, la edad y el impedimento particular del paciente. En cada nueva consulta, se evaluarán y reforzarán to-

dos los aspectos del programa de cuidado casero. Si es necesario, se harán modificaciones del programa del cuidado de higiene bucal para corregir cualquier problema. Cuando los niveles esperados de cumplimiento se han demostrado en forma consistente, el paciente puede ser colocado en un programa normal de consultas. (12)

B) TRATAMIENTO DENTAL EN NIÑOS INVALIDOS:

A excepción del mayor grado de caries dental y enfermedades periodontales, la mayoría de los niños con invalidez, no presentan problemas específicos. La principal preocupación del odontólogo responsable de su salud dental es lograr ajustar sus procedimientos a las condiciones físicas y mentales del paciente individual. El odontólogo podrá lograr éxito siempre que obtenga una historia personal minuciosa del niño antes de su primera visita de este consultorio dental.

No obstante, ciertos tipos de condiciones son más comunes en este grupo que en la población no inválida. La caries y la enfermedad periodontal tienen un mayor grado de incidencia en el inválido. Esto está relacionado, sin embargo, con el grado de incapacidad física o mental y la capacidad del individuo para efectuar los procedimientos de higiene bucal, más que con la condición incapacitante misma.

Algunos estados no muestran problemas dentales característicos, y unos pocos serán tratados así. (15)

C) ATENCION ODONTOLOGICA PARA PACIENTES INVALIDOS:

En este capítulo se intentará definir la población -- que estamos considerando y proporcionar los datos de incidencia sobre las cantidades de personas inválidas y sobre la prevalencia de caries y enfermedad periodontal en las poblaciones inválidas.

Los conceptos de normalización y desinternación serán descritos y la forma en que el éxito de esos conceptos -- brindará una nueva población de pacientes para el odontólogo.

En la enfermedad dental en un niño inválido, muchos estudios han informado sobre las pobres condiciones bucales de la persona inválida. Hay evidencia discutible. En la bibliografía respecto de la prevalencia e incidencia de la caries, pero suele haber acuerdo sobre la prevalencia de la enfermedad periodontal. SWALLOW, MASSLER Y PERLSTEIN FISMAN, SIEGEL, KROLL, BUDNICK Y KOBREN Y MAGNUSSON Y DEVAL, todos informaron que no hay diferencias en las tasas de caries entre poblaciones inválidas y no inválidas.

E ISSHIKI, informaron sobre un aumento de la incidencia de caries en la población inválida comparada con el grupo de control. En oposición a esos estudios, SMITH, WILLIAMS, Y LLOYD, BUTTS, SNYDER, KNOP Y JORDAN, informaron una tasa de caries en el grupo de inválidos comparado con un grupo de control. En todos esos estudios hubo un acuerdo casi unánime respecto de la prevalencia.

La prevalencia universal de la enfermedad periodontal y una higiene bucal significativamente más pobre en la población impedida comparada con los grupos de control. La alta incidencia de dientes cariados no tratados y la mayor incidencia de dientes ausentes fue una observación frecuente.

Esto puede interpretarse como que a la persona inválida que busca tratamiento dental u odontológico se le extraen los dientes más a menudo, ya sea porque los dientes no son restaurables o porque el odontólogo elige la extracción en lugar del tratamiento, debido a la dificultad en el manejo del paciente.

La caries y la enfermedad periodontal aumentan en prevalencia y gravedad con la edad. Con sólo el 47.3% de la población que visita el odontólogo anualmente a un promedio de 1.5 visitas por persona. (No es de extrañar)

a. - ENFERMEDAD DENTAL EN NIÑOS:

No es de extrañar que muchas personas inválidas nunca reciban algún tratamiento dental, o ni siquiera buscan a un odontólogo para que le desarrolle un tratamiento. Se han informado también que cuanto más bajo el ingreso de la familia, menos probable es que busque tratamiento dental.

Con la mayor incidencia de condiciones incapacitantes señalada en las familias de menores recursos, tampoco es de extrañar que como grupo, la población inválida reciba poco tratamiento odontológico preventivo o restaurador, sí es que lo recibió.

b. - NORMALIZACION:

En las áreas de la salud, planificación comunitaria y educación, se ha promovido una teoría desarrollada en Escandinavia, referida a la normalización. Junto con esta teoría de los conceptos de flujo principal y desinternación.

Siendo así la normalización de la salud como resultado de estas prácticas probablemente crearán una "nueva" población de pacientes para el profesional privado de la odontología, es importante que estos conceptos se entiendan. Aunque esos términos fueron asociados en un princi--

pio principalmente con personas mentalmente retardadas, -- más recientemente han sido utilizados en el sentido global. Para incluir todas las condiciones que causan impedimentos en este caso los niños inválidos.

La normalización tal como lo explico NIRJE significa "hacer posible o asequible, la invalidez, retardo mental, patrones y condiciones de vida cotidiana que se acercan lo más posible a normas y patrones corrientes en la sociedad. Esto implicará un ritmo normal de vida cada día; una rutina normal cada día es una oportunidad que por pequeña que este individuo este va a experimentar los episodios del -- desarrollo de su niñez. (13)

- CARIÉS, ETIOLOGIA Y ENFOQUE PARA SU PREVENCIÓN:

La caries dental es una enfermedad infecciosa caracterizada por una serie de reacciones químicas complejas que resultan en primer lugar, de la destrucción del esmalte -- dentario y posteriormente sino se detiene, en todo el diente la destrucción va hacer la consecuencia de la acción de agentes químicos que se originan en el ambiente inmediato a las piezas dentarias.

Los agentes destructivos iniciadores de la caries son ácidos los cuales disuelven inicialmente los componentes -- inorgánicos del esmalte. La disolución de la matriz orgá-

nica tiene lugar después del comienzo de la descalcificación y obedece a factores mecánicos o enzimáticos. Los ácidos que originan la caries son productos o producidos -- por ciertos microorganismos bucales que metabolizan hidratos de carbono fermentado para satisfacer sus necesidades de energía, los productos finales de ésta fermentación son ácidos en especial láctico y en menor escala acético, propiónico, pirúvico y quizá fumárico.

Por esta razón podemos analizar que las fuentes de -- desarrollo de la caries es difícil de evacuar en niños inválidos.

COLONIZACION BACTERIANA:

En sentido fisiopatológico, el primer paso en el proceso carioso es la formación de la placa por bacterias capaces de colonizar en la superficie de los dientes.

La placa es una colección de bacterias adheridas firmemente a la superficie de los dientes y enclas. Para que se puedan mantener en contacto los gérmenes entre sí a las superficies dentarias, es necesario la presencia de un adhesivo; esta función es desempeñada por varios polisacáridos. Estos polisacáridos son sumamente viscosos, son productos o producidos por diferentes tipos de microorganismos bucales. Los más comunes entre estos polisacáridos --

son los dextranos y levanos, que son sintetizados por microorganismos a partir de hidratos de carbono, en partículas de sacarosa (azúcar común). Con esta breve explicación explicamos el porque es importante el cuidado de un niño inválido en nuestro caso su boca, desglosando de esta forma una de las enfermedades más importantes que padece un niño inválido.

La mejor manera de prevenirla es llevar al niño periódicamente con un dentista hacerle aplicación de fluor y la higiene bucal diaria después de cada comida y muy importante antes de acostarse de esta forma su boca estará en óptimas condiciones para cuando llegue a ser adulto. (14)

-ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL:

Los factores etiológicos que originan la enfermedad periodontal forman parte de un intrincado complejo, influyéndose mutuamente. Desde un punto de vista amplio las causas principales son la higiene oral descuidada que permite la proliferación de microorganismos en la materia alba, placas bacterianas y cálculos, más irritantes mecánicos, aberraciones de la morfología del periodonto posición de los dientes y factores modificantes generales. El progreso de la lesión a menudo se acelera cuando combinan varios factores etiológicos.

El traumatismo periodontal causa movilidad anormal -- que cuando se superpone a la periodontitis modifica la evolución de la inflamación a medida que penetra en la estructura más profunda del periodonto. El traumatismo no causa formación de bolsas. El cuadro clínico y microscópico del traumatismo periodontal es parecido al de la primera fase de lo que se designa como periodontitis.

La periodontitis y el traumatismo periodontal combinados originan el complejo morbo que se considera como el resultado o estadio final de la periodontitis.

La enfermedad periodontal no resulta solamente de la irritación producida por factores irritantes del medio -- ambiente. Algunos pacientes tienen una gran resistencia -- frente a las lesiones periodontales o del periodonto y sufren escasa destrucción, incluso en el acumulo abundante y en cantidad de residuos irritantes.

En el caso de otros pacientes, la irritación local -- ligera causa una enfermedad periodontal grave. La distinta respuesta obedece a la resistencia hística regida principalmente por factores generales. Elementos protectores -- y antibacterianos contenidos en la saliva pueden constituir un factor importante en la inmunidad de la enfermedad periodontal, la química salival tiene una importancia primordial en la limpieza de la boca.

Algunos factores de los pacientes que segregan la saliva capaz de eliminar o disolver todas las partículas de la vecindad del diente. Estos elementos están gobernados ampliamente por acciones metabólicas y endócrinas.

Es tentadora que existe una fase prodrómica o subclínica de la enfermedad periodontal causada por la mala nutrición, pero las lesiones conocidas debido a este afectan el epitelio de la lengua y de la mucosa oral más bien que a las formaciones profundas de sostén del periodonto.

Además las modificaciones de la dieta y los suplementos nutritivos no alteran el curso de la enfermedad periodontal. No hay una base razonable para ordenar una dieta especial al paciente afectado con enfermedad periodontal.

Las prescripciones dietéticas han de estar a cargo -- del médico general que cuida del estado físico general del paciente, no porque tenga mayores conocimientos sobre nutrición pues sus conocimientos sobre nutrición pues sus conocimientos en esta aspecto incluso pueden ser inferiores, sino porque la dirección ha de estar centralizada.

Solo el responsable del bienestar físico general del paciente. El alergista puede recomendar la supresión de ciertas sustancias de la dieta porque exista una hipersensibilidad y el odontólogo probablemente recomendará la dis

disminución de carbohidratos refinados para controlar la caries, pero el internista, el pediatra o el médico general encargado del paciente, en determinado momento tiene la responsabilidad de ordenar la dieta indicada en cada caso. No son raros los resultados graves cuando no se sigue la pauta.

Los factores orgánicos reducen la resistencia del tejido local y modifican el curso de la enfermedad periodontal, pero a medida que se conocen mejor los factores locales que disminuyen la importancia de los factores generales desconocidos en la etiología de la enfermedad periodontal no recidiva cuando el área gingivocervical se mantiene limpia, dando por supuesto que se han eliminado las bolsas periodontales mediante un tratamiento eficaz.

-TRATAMIENTO:

El tratamiento de las lesiones periodontales, en los niños y adultos jóvenes es el mismo que en pacientes mayores, pero hay algunos factores adicionales importantes.

Porque probablemente su vida es mayor. La enfermedad periodontal progresa con mayor rigidez en las personas jóvenes y entre más joven es más progresa que los adultos, por lo cual, el pronóstico puede ser menos favorable. Esto no significa que la etiología o el proceso morboso sean

diferentes. Por fortuna, el proceso de reparación opera -
mucho más favorablemente en pacientes jóvenes.

La causa etiológica son los factores generales con --
la desintegración periodontal avanzada en niños que han si-
do citados a menudo, como ejemplo de la etiología general-
u orgánica de la enfermedad periodontal, pero desde el - -
punto de vista histológico y clínico, la enfermedad es i--
déntica en los niños y los adultos. Los estudios realiza-
dos acerca de las reacciones periodontales a los trastor--
nos metabólicos y a los estados de carencia demuestran que
los factores orgánicos modifican la capacidad de repara- -
ción normal de estos tejidos, pero que las causas reales -
de la enfermedad periodontal son probablemente de origen -
local. Los casos expuestos en este capítulo proceden de -
la práctica privada del autor. Son ejemplos de enfermedad
periodontal, no ejemplos de síntomas orales concomitantes-
con enfermedades generales raras. No obstante, la altera-
ción del periodonto de origen orgánico específico es mucho
más probable en el niño que en el adulto. La velocidad, -
las modificaciones celulares es más rápida en las células-
y el colágeno de unas personas jóvenes y su proceso morbo-
so se desarrollan con mayor velocidad que en el adulto. -
No es de suponer que el periodonto del niño salga indeme -
de enfermedades generales graves y la diabetes.

-TRAUMATISMO PERIODONTAL:

El traumatismo periodontal con frecuencia, alcanza -- gran intensidad durante el periodo cargado de tensiones de la adolescencia. Puede agravar la enfermedad periodontal-existente, pero como ocurre con las enfermedades generales nunca se ha demostrado que sea capaz de producir los rasgos característicos de la enfermedad periodontal a saber, - la formación de bolsas.

El niño inválido llega con frecuencia a padecer de -- este tipo de enfermedad o lesiones en la boca en un gran - porcentaje.

Al planear el tratamiento periodontal debe tenerse -- muy en cuenta el estado de salud del paciente. Puede ocurrir que las condiciones orgánicas de éste impongan un tratamiento determinado, pues en algunas afecciones sólo es - posible un tratamiento periodontal paliativo. Las relaciones entre las enfermedades generales y el tratamiento pe--riodontal se estudiarán en tres categorías generales:

- 1).- Enfermedades que pueden limitar el tratamiento de la-afección periodontal debido al estado físico del pa-ciente.
- 2).- Enfermedades generales.
- 3).- Enfermedades contagiosas. (16)

CAPITULO IV

" ADAPTACION DEL GABINETE ODONTOLÓGICO DEL PROFESIONAL Y DE LA ASISTENTE "

CAPITULO IV

ADAPTACION DEL GABINETE ODONTOLÓGICO DEL PROFESIONAL Y LA ASISTENTE.

EQUIPO ESPECIALIZADO:

Muchos odontólogos que desean tratar a los niños inválidos o con impedimentos están interesados en el costo del equipo especializado para proporcionar el cuidado dental.

Esto proporciona el cuidado dental y puede representar el empleo de una buena suma para equipar el consultorio con aparatos elaborados capaces de mejorar el tratamiento. Por otra parte, también puede mejorarse el tratamiento con una inversión menor en equipo que es útil para la gran mayoría de los pacientes inválidos. El dentista debe hacer una decisión individual.

SILLA DE RUEDAS CON DESCANSACABEZA:

El descansacabeza de la silla de ruedas es ajustable y se coloca en los manubrios del respaldo de la silla de ruedas. Se colocan acomodando a la mayoría de las sillas de ruedas y proporciona un apoyo seguro y cómodo para la cabeza de los pacientes que no pueden ser transferidos al sillón dental.

Cuando el trabajo se hace en los dientes inferiores, es más sencillo acercarse al paciente desde el frente. Para procedimientos sobre los dientes superiores, el banqui-

llo deberá elevarse y el cirujano dentista se aproximará al paciente desde la posición de las 11 o la de la 1 del reloj.

Aunque es posible que el uso del descansacabeza no permita a los operadores trabajar en las posiciones acostumbradas de tratamiento, facilita que el odontólogo trabaje sentado con ayudante en posición adecuada.

La ausencia de un descansacabeza en la silla de ruedas no excluye necesariamente al paciente confiado a una silla de ruedas de recibir tratamiento.

Puede utilizarse un sillón dental modelo antiguo con un descansacabeza ajustable en forma semejante colocando la silla de ruedas y el sillón dental, respaldo con respaldo e invirtiendo el descansacabeza del sillón dental. De esta manera ayudan a que el paciente se sienta más cómodo.

-ABREBOCAS:

El abreboca es una pieza de las más utilizadas en el equipo dental en el consultorio. Es común utilizarlo en los casos de anestesia general para impedir que la boca se cierre debido a la relajación muscular del niño inválido. De igual manera se puede utilizar con eficacia en un paciente consciente que tiene problemas con la poten--

cia muscular, lo cual hace difícil que mantenga la boca abierta por períodos largos.

También es apropiado para el paciente que tiene un control muscular deficiente y no puede mantener la boca abierta sin considerar el movimiento incontrolable. (17)

El abre bocas se ha utilizado con éxito en pacientes con parálisis cerebral, distrofia muscular, miastemia gravis, esclerosis múltiple y enfermedad de Parkinson. El abre bocas esta disponible en tamaños diferentes tanto infantil como para adulto.

Es necesario tener cuidado cuando se utilice, debido a la posibilidad de dislocar la articulación temporomandibular si la boca es forzada más allá de una posición aceptable. Además, es necesario retirar el soporte y permitir al paciente que descanse cada diez a quince minutos.

De esta forma hemos visto como actua de bien el abre bocas.

SUJETADORES PARA PACIENTES INVALIDOS:

El propósito de un sujetador no es eliminar totalmente el movimiento sino más bien restringirlo, de modo que no interfiera con el tratamiento o que no cause una posible lesión a algún miembro del equipo o al propio paciente. Cualquier consultorio que trate a personas inválidas

deberá tener diversas ataduras suaves para ayudar a controlar esos movimientos. Deben fabricarse algún material suave, como algodón estar disponibles en diferentes longitudes y anchuras para acomodarse a diversas áreas del cuerpo. Los sujetadores no deben interferir en las funciones del organismo.

Por lo general, es mejor seleccionar un tamaño que sea suficientemente ancho para distribuir la fuerza normal, en un tamaño que sea suficientemente ancho para distribuir la fuerza normal, en un área grande minimizando por lo tanto la incomodidad del paciente, los sujetadores pueden ser asegurados con un simple nudo o equipados con tiras de velcro -- para una sujetación y liberación rápida. En el pasado, -- los sujetadores físicos se habían asociado con castigo o la disciplina, en especial entre los individuos con retraso -- mental. Para evitar cualquier interpretación errónea, es elemental explicar el valor de los sujetadores como auxiliar del tratamiento.

SOPORTES PARA EL CUERPO:

En el tratamiento de niños y personas con impedimentos físicos, a menudo son necesarios los soportes para el cuerpo. Estos individuos con frecuencia tienen defectos óseos que limitan o impiden las posiciones y movimientos normales. En estos casos, será necesario valorar cuidadosamente el -

problema particular del paciente y determinar si se requieren soportes corporales. Los cirujanos dentistas utilizan también los cojines, almohadas y almohadillas de espuma -- son ideales, ya que aseguran cierto grado de comodidad al paciente en una posición adecuada para el tratamiento, si el paciente ya dispone de soportes para el cuerpo utilizamos en el tratamiento.

-CORREAS PARA LAS EXTREMIDADES INFERIORES Y TABLA PAPOOSE:

En ocasiones es necesario sujetar todo el cuerpo para ayudar al control del movimiento muscular indeseable. En estos casos, es mejor utilizar correas para las piernas o una tabla Papoose más que ataduras suaves individuales. -- Se encuentran disponibles en tamaños para adultos y niños -- y proporcionan un control excelente del movimiento, en tanto que permitan cierto grado de comodidad al paciente. El sujetador se adapta al sillón dental reclinado el paciente. El sujetador se adapta al sillón dental reclinado, al paciente se coloca en el centro del sujetador y las extensiones son aseguradas al rededor de los brazos o las piernas. (13)

DESCANSACABEZA PARA PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL:

Es un dispositivo especial que se adapta a la porción superior del sillón dental. El diseño proporciona un apoyo lateral a los pacientes con problemas de los músculos -

del cuello además, ayuda a reducir los movimientos de la cabeza en los pacientes que tienen trastornos musculares-espásticos o atetoides.

Aunque este soporte fue fabricado específicamente para los pacientes con parálisis cerebral, también puede utilizarse con éxito en personas que tienen un trastorno neuromuscular que conduce a debilidad extrema.

EQUIPO: TECNICAS RADIOGRAFICAS DEL ODONTOLOGO EN ESTOS PACIENTES:

Una valoración adecuada radiográfica minuciosa es básica para un tratamiento dental completo. Su significado se amplifica en el paciente impedido cuando se considera que la incidencia de la caries dental y la enfermedad periodontal es más elevada en ellos, además de la escasa -- frecuencia de tratamiento dental. Para la mayoría de los individuos inválidos, es posible usar técnicas radiográficas intraorales comunes. No obstante, para ciertas condiciones de la invalidez, como trastorno neuromuscular retardado mental y lesiones de la columna, es posible que se requiera modificaciones de las técnicas.

Las técnicas especiales, por lo general están indicadas cuando existe por lo menos una de las siguientes condiciones:

- 1.- *Macroglosia.*
- 2.- *Acceso oral limitado.*
- 3.- *Reflejo hiperactivo de náusea.*
- 4.- *Problemas de manejo.*
- 5.- *Control muscular deficiente, o*
- 6.- *Potencias musculares inadecuadas.*

Se han desarrollado varias técnicas para tomar radiografías intraorales. Estas técnicas radiográficas de suma importancia en estos casos.

DISEÑO DEL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO:

Para todo individuo inválido que diariamente debe superar un ambiente con barreras arquitectónicas infinitas, la batalla para que el público tome conciencia de sus problemas ha sido larga. De hecho numerosas cuestiones críticas-concernientes a la disponibilidad de facilidades para el inválido, comenzaron a recibir atención seria en nuestra sociedad sólo en años recientes el resultado de este conocimiento del público ha sido cierto número de modificaciones arquitectónicas e ingenieriles que limitan algunas de las barreras físicas para los individuos inválidos.

UBICACION DEL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO:

Dado que el odontólogo también debe ser sensible a las necesidades del inválido. Deberá estar preparado para agu-

dar en el diseño o modificaciones en las áreas de tratamiento con el objetivo de acomodar a los pacientes inválidos que deseen terapéutica dental. Adelante se describen varias sugerencias que ayudarán a eliminar barreras al cuidado dental.

En la ubicación del consultorio se debe ubicar o localizar en la planta baja, facilitará el tratamiento de los individuos (niños) inválidos de otra forma, los pacientes necesitan superar el problema de utilizar escaleras o elevadores.

La selección del consultorio, también debe incluir una valoración debe incluir unas valoraciones del área circundante, es decir, la presencia o la ausencia de banquetas bajas, rampas para caminar al interior del edificio, aceras anchas con pendientes suaves, puertas presurizadas o pesadas, pisos antiderrapantes y barandales.

Para así desarrollar al niño inválido y a sus padres un mejor desarrollo de un tratamiento dental y atención que individuos como estos requiere, siendo así mejor el trabajo o tratamiento que va a poder efectuar el odontólogo y su asistente. (18)

ESTACIONAMIENTO:

A menudo el estacionamiento presenta un problema para

el inválido. Los espacios reservados, deberán quedar cerca de la entrada del consultorio o de las áreas como rampa. Estos espacios deben ser suficientemente anchos para permitir la presencia de camionetas con montacargas automáticas con individuos inválidos para descargar. Por ejemplo en algunos estados los automóviles con individuos inválidos se estacionan en lugares prohibidos para permitir un acceso más próximo, los espacios para el estacionamiento - deben seleccionarse para facilitar un carga y descarga de la silla de ruedas.

ACCESOS:

Las puertas deberán tener una abertura mínima de 80 cm. con umbrales que no excedan de 3.7 cms. de altura, además las áreas adyacentes a uno y otro lado de la puerta -- deberán proporcionar suficiente espacio para dar vuelta -- a la silla de ruedas. También debe prestarse considerable atención al mecanismo por lo cual la puerta es operada. -- Por ejemplo: las puertas operadas con resortes, a menudo -- requieren mucha fuerza y maniobrabilidad de la que algunos individuos inválidos tienen, todos los tapetes deberán retirarse puesto que pueden ser peligrosos para los pacientes que caminan con muletas o tirantes o en sillas.

SUPERFICIE DE PISOS Y SIGNOS:

Las superficies de pisos antiderrapantes, ya han sido mencionados en la evolución de las vías de acceso. Los pisos del interior en el consultorio también deben estar cubiertos con materiales antiderrapantes, que permitan la ambulación más segura para todas las personas en el consultorio. Deberán evitarse el uso de tapetes y alfombras gruesas.

Los signos vitales con letras en relieve y las señales audíbles pueden ser utilizadas en la forma apropiada por personas ciegas o sordas si es necesario para proporcionar direcciones, identificaciones o señales de advertencia.

SANITARIOS:

Una de las consideraciones más importantes en el consultorio odontológico es la accesibilidad al sanitario. Los excusados deberán estar aproximadamente de la misma altura que una silla de ruedas normal para permitir la transferencia. Existen asientos bajos que pueden levantarse una rueda con aparejos.

Los barandales deben ser fuertes y estar colocados en forma apropiada. Debe proporcionarse suficiente espacio para mayor facilidad en el acceso, la maniobra de la silla

de ruedas y la transferencia a los depósitos de agua no --
deberán estar elevados de 85 cm desde el piso, el acceso --
deberá de ser fácil.

Las llaves de agua serán de tipo de palanca para ele-
var, lo cual permita su operación por pacientes con tras--
tornos neuromusculares. Al paciente en silla de ruedas --
se le debe proporcionar un porta toallas y espejos más ba-
jos o inclinados. Una copia de un código de construcción-
de locales o la consulta con un arquitecto pueden propor--
cionar información específicas para el diseño o modifica--
ciones en los servicios sanitarios y de esta manera el pa-
ciente inválido en nuestro caso niño se sienta con más co-
modidad.

BEBEDEROS Y TELEFONOS:

Si el consultorio tiene bebederos, deberá ubicarse no
más alto de 85 cms. sobre el piso. Como se mencionó las --
llaves del tipo de levas o palanca son más fáciles de ope-
rar.

El teléfono en el consultorio será accesible al invá-
lido. Idealmente deberá ser del tipo de empujar botones --
estará ubicado a una altura no mayor de 85 cms sobre el pi-
so. Estos puntos tratados son de suma importancia para es-
te tipo de pacientes.

CUARTO DE RECEPCION:

Es importante proporcionar espacio adecuado en el - - cuarto de recepción para los pacientes confinados en silla de ruedas.

Además, es necesario disponer de sillas de diversas - alturas para pacientes con problemas de fuerza física en - las extremidades inferiores, quienes a menudo tienen dificultad para levantarse de la silla baja. Si un mostrador - o pequeñas puertas corredizas de vidrio separan el cuarto - de recepción del escritorio principal deberán estar ubicados a una altura que permitan al paciente en silla de ruedas comunicarse fácilmente con la recepcionista.

HABITACIONES PARA EL TRATAMIENTO:

LA PALABRA CLAVE EN EL DISEÑO Y EQUIPO DE UNA HABITACION PARA EL TRATAMIENTO DE UNA PERSONA CON FLEXIBILIDAD. - El ancho de las puertas, los umbrales y la superficie de - los pisos, ya se han discutido y aquí también se aplica -- las pautas mencionadas. La mayoría de los sillones dentales de construcción reciente son extremadamente maniobrables. Permiten la transferencia fácil de pacientes desde una silla de ruedas con los modelos más antiguos, las bases aerodinámicas sobre el sillón dental, encrementan notablemente la utilización del espacio y las posibilidades de

tratamiento.

Pueden ajustarse con facilidad para la transferencia y tratamiento del paciente en el sillón dental o colocarse de modo que permitan en su uso máximo del espacio si el tratamiento se hace en las sillas de ruedas.

También debe considerarse el tipo de sistema para trabajar. Las unidades con mangueras en contacto con el paciente pueden causar problemas. De igual manera, los sistemas de trabajo a través del pacientes son a menudo peligrosos cuando la persona a quien se trata tiene problemas neuromusculares, con espasmos musculares frecuentes o incontrolables o trastornos.

TRANSFERENCIA DE SILLA DE RUEDAS:

Las estadísticas recientes muestran que E.U.A. hay aproximadamente 425.000 personas confinadas en silla de ruedas. Esto representa aproximadamente dos por cada 1.000 en una población dada. Estos individuos, junto a las esperadas dificultades de transporte, acceso al consultorio y el hallazgo de sanitarios equipados apropiadamente también tienen dificultad para encontrar cirujanos dentistas que sean capaz de proporcionar tratamiento en su consultorio.

Aunque estos pacientes pueden tener otros problemas de manejo, el hecho de utilizar silla de ruedas no debe en sí mismo, excluirlos del tratamiento dental. En la mayoría de los casos, pueden ser tratados con seguridad y eficiencia en un consultorio dental.

Antes de que pueda realizar cualquier tipo de transferencia los que intentan hacerla, deben comprender las partes funcionales de una silla de ruedas. Esto sirve para tres propósitos: primero, ayuda a asegurar que la transferencia se realizará libre de los estorbos de la construcción mecánica de la silla de ruedas.

Finalmente, si el odontólogo está familiarizado con los tipos y las diversas partes de una silla de ruedas, facilita la valoración de la capacidad del paciente y la selección del tipo de transferencia que se va a usar como el traslado de su casa al consultorio eso depende totalmente de su familia o colaborador, pero hablando del traslado en el consultorio y en si del manejo de este paciente en todo el consultorio. También le ayuda a establecer una armonía con el paciente.

Partes de una silla de ruedas:

Hay dos tipos de sillas de ruedas la motorizada y de auto propulsión. Aunque existen varios diseños en ambos tipos, la verdad la variedad no es muy amplia en la cate-

gorla motorizada. Estas sillas operan con baterias y por lo general son utilizadas por pacientes con invalidez mucho más grave.

No obstante, las partes de la silla de ruedas que -- son importantes para reconocerla y operarla son básicas -- en ambos tipos. Las cuales vamos a enumerar antes de hacer un breve estudio de ellas: frenos, descansabrazos, -- apoyo para los pies, cinturones de seguridad y el menu- -- brios.

CLASIFICACION DE UNA SILLA DE RUEDAS, PARTES:

FRENOS: Todas las sillas de ruedas excepto aquellas que -- tienen motor constan de frenos separados para trabar cada rueda en su movimiento. Los frenos manuales están locali- zados a cada lado de la silla de ruedas en frente de la -- rueda. En la mayoría de las sillas la palanca del freno -- es jalada hacia adelante para engranar al freno.

Con sillas motorizadas después de apagar la fuente -- de poder el cinturón del conductor funcionará como una -- traba para la rueda. Después de colocar la silla de rue- das en forma apropiada, se localiza el contacto de encen- dido-apagado y se mueve a la posición de apagado.

DESCANSABRAZOS: De la mayoría de las sillas de ruedas son removibles. Se utilizan diversos mecanismos para liberar

los barandales, pero la mayoría trabajan bajo el principio de liberación de un pasador o un botón. El mecanismo de liberación por lo general está colocado cerca del freno de la rueda.

Una vez que se ha presionado el pasador de liberación el barandal para el brazo se desliza con igual fuerza hacia el frente para impedir que se atore. El descansabrazo es muy útil como parte de la silla de ruedas.

APOYO PARA LOS PIES: Existen varios tipos de apoyo para -- los pies en la silla de ruedas dependiendo de las necesidades particulares del paciente. Estos descansapies pueden girar hacia los lados para conveniencia y que quita con facilidad presionando los sistemas de liberación de pasador o botón. El pasador de liberación por lo general se localiza cerca del freno sobre el bastón principalmente en el soporte principal cerca del descansa pies. Estos descansa- - pies son de suma importancia para el paciente inválido.

CINTURONES DE SEGURIDAD: Numerosos pacientes, en especial -- aquellos con distrofia muscular, esclerosis múltiple, parálisis cerebral y lesiones en la columna, requieren cinturones de seguridad para estabilizarse en la silla de ruedas. Estos pueden ser modificaciones para incluir a los hombros o a las extremidades superiores. Todos los cinturones de-

seguridad deben ser desabrochados antes de la transferencia.

MANUBRIOS: La mayoría de las sillas de ruedas tienen manubrios a uno y a otro lado del respaldo de la silla. Debe tenerse cuidado de evitar que la ropa se atore en ellos.-

(19)

TIPOS DE TRANSFERENCIA:

Pueden utilizarse varias técnicas para trasladar a los pacientes desde su silla. La transferencia usada depende de la fuerza física y la coordinación del paciente, la habilidad de las personas que realizan el cambio y del área donde se va mover al paciente. Cada uno de estos -- factores debe evaluarse cuidadosamente antes de decidir. Debe permitirse al paciente ayudar tanto como le sea posible.

Es aconsejable inquirir al paciente o a sus padres acerca del tipo que utilizan comunmente. No obstante, a menudo los padres utilizan técnicas de ruedas que son difíciles e inseguras.

Este factor combinado con una actitud sobreprotectora que se observa con frecuencia de los padres de familia puede crear una situación tensa, por lo tanto, es impor--

tante establecer una sensación de confianza con el paciente y sus familiares respecto a la habilidad del personal del consultorio para efectuar un traslado seguro.

Muchos pacientes confinados en sillas de ruedas tienen catéteres urinarios. Para ellos es necesario tomar precauciones para prevenir el reflujo de la orina hacia la vejiga. Tal vez el problema más difícil es determinar si el paciente tiene catéter.

Con frecuencia es difícil superar la aprensión de preguntas al paciente acerca del problema. Si el paciente está cateterizado, debe terminar la ubicación de la bolsa recolectora. Usualmente está adherida al muslo del paciente o esta colgado bajo la silla. Si la bolsa no es visible no se asumirá que el paciente no tiene catéter, cuando se transfiera al paciente debe cuidarse de no oprimir o exprimir la bolsa. Durante el tratamiento se evitará reclinar al paciente a una posición donde la bolsa quede por encima del abdomen, permitiendo el reflujo urinario. Y de esta forma no ir a afectar al paciente y siendo niño con mayor razón.

TRANSFERENCIA POR DESLIZAMIENTO:

Algunos pacientes tienen almohadillas en sus sillas de ruedas que deben utilizar en el sillón dental para pre

venir la incomodidad. Esto tiene un significado especial para los cuadrapléjicos o para los individuos que tienen dificultad en el ajuste de sus posiciones corporales. Los sillones recubiertos de vinil acumulan calor con rapidez y pueden acelerar la incomodidad por la posición.

La transferencia por deslizamiento es utilizada con pacientes que tienen buena potencia corporal en la porción inferior.

- 1.- Retirar los descansapiés hacia los costados de la silla.
- 2.- Remover el descansabrazo de la silla de ruedas del lado próximo al sillón dental.
- 3.- Elevar el brazo del sillón dental.
- 4.- Colocar la silla de ruedas y el sillón dental tan cerca como sea posible si el paciente es hemipléjico, el sillón dental se coloca del lado conservado.
- 5.- Frenar la silla.
- 6.- Ajustar la altura de la silla dental para que corresponda a la altura de la silla de ruedas.
- 7.- Desabrochar los cinturones de seguridad del paciente.
- 8.- Colocar el deslizamiento debajo del paciente colocando el punto medio de la tabla de la unión de la silla de ruedas y el sillón dental.

- 9.- Cuidar la silla de ruedas para que no se incline mientras el paciente se traslada por sí solo.
- 10.- Colocar las piernas del paciente en una posición adecuada en el sillón dental, ya que haya terminado completamente la transferencia.

TRANSFERENCIA POR MEDIO DEL PROFESIONAL:

Este tipo de transferencias son utilizadas en pacientes que tienen fuerza moderada o control del cuerpo, pero que pueden encontrar la técnica por deslazamiento muy forzada. Estos con frecuencia son parapléjicos o con parálisis cerebral, con estados tempranos de distrofia muscular o esclerosis múltiple.

- 1.- Retirar los descansapiés de la silla de ruedas.
- 2.- Retirar el descansabrazos de la silla de ruedas hacia el lado próximo al sillón dental.
- 3.- Levantar el brazo del sillón dental.
- 4.- Colocar a la silla de ruedas con un ángulo de 30 grados aproximadamente del sillón dental para facilitar un movimiento tipo pivote durante su transferencia.
- 5.- Colocar los frenos de la silla de ruedas.
- 6.- Ajustar la altura del sillón dental para que corresponda a la altura de la silla de ruedas.

- 7.- Desabrochar los cinturones de seguridad del paciente.
- 8.- Bloquear el pie y la rodilla del paciente cercano al sillón dental con una rodilla y su pie cercanos al sillón dental.
- 9.- El paciente deberá colocar sus manos alrededor del cuello del profesional, mientras que otro sujeta al paciente por la cintura.
- 10.- A la señal precisa ayudará al paciente a levantarse - utilizando su rodilla y su pie, los cuales están bloqueados como un pivote.
- 11.- Suavemente girar en torno a la dirección del sillón dental y dejar al paciente que descienda en un sillón.
- 12.- Colocar las piernas y el cuerpo del paciente en una posición adecuada en el sillón.

TRANSFERENCIA POR MEDIO PROFESIONAL Y CON LA ASISTENTE:

Se utiliza en pacientes con función motora limitada - intensa en sus extremidades.

- 1.- Siga las instrucciones del punto 1 al 7 correspondiente a la transferencia por deslizamiento.
- 8.- Retirar el descansacabezas del sillón dental.
- 9.- Una persona se acerca al paciente por detrás haciendo que el paciente cruce sus brazos si es posible colocan

do los brazos por debajo de las axilas del paciente y sujetando la muñeca del lado contrario con cada mano.

10.-La segunda persona es la responsable de levantar y -- llevar los miembros inferiores y deberá doblar las -- piernas, de manera que se levanta con las piernas no -- con la espalda.

11.-Con un pañal precisa se pide al paciente que lleve -- sus codos contra su cuerpo y ambas personas realizan -- la transferencia, levantan al paciente recto, pararlo un segundo antes de moverse lateralmente al sillón -- dental para aumentar al máximo la posición del pacien -- te y su balance.

12.-Moverse lateralmente al sillón dental asegurando quitar cualquier obtáculo y bajar al paciente.

13.-Mantener el soporte de la cabeza del paciente hasta - que el descansacabeza del sillón dental es colocado - nuevamente. De esta forma poder levantar exitosamen -- te al paciente. (11)

CASUÍSTICA.

CASO CLINICO NO. 1

NOMBRE: P.A.H.B.

EDAD: 8 ANOS

SEXO: MASCULINO

LUGAR DE ORIGEN: TUXPAN, NAVARIT

NIVEL INTELECTUAL: BAJO (RETRASO APROXIMADO A 4 ANOS)

GRADO DE ESCOLARIDAD: NINGUNO

NIVEL SOCIO/CULTURAL: MEDIO/ALTO

DESCRIPCION DEL PROBLEMA GENERAL:

El paciente es portador del Síndrome de Down y tiene una malformación ósea congénita en las extremidades inferiores, que le impiden caminar normalmente; por lo que usa aparatos ortopédicos y los dos bastones para desplazarse. Su coeficiente intelectual está catalogado como el de un niño de 4 años. Aún no está recibiendo educación "especial", pero ya está inscrito en el Instituto Down. Su comunicación es muy limitada, pero atiende perfectamente a las órdenes elementales.

El estado general de salud además de sus problemas es buena, y el cuidado que muestran sus padres para con el chico es excelente; exceptuando en el aspecto dental, que se descuidó por la mala información que se les había dado.

PROBLEMA DENTAL:

Abscesos dentoalveolares con dolor en ambos seis inferiores, agrandamiento gingival e inflamación generalizada. Caries de II grado en los seis superiores y cinco temporarios superiores, también en los cinco temporarios inferiores.

MANEJO ODONTOLÓGICO:

Se programó una cita para atenderse en el consultorio pero debido al dolor y la falta de cooperación del niño: - se programó para anestesia general.

Prevía autorización del anestesiólogo y del médico general, el niño se intervino a nivel hospitalario bajo anestesia general. El tiempo de la intervención fue de 40 min. y se realizaron las extracciones de los seis inferiores de ambos lados suturando con catgut y colocando celulosa oxidada en los alvéolos; coronas de acero en los cinco temporarios tanto superiores como inferiores y obturaciones en los seis superiores.

POST-OPERATORIO:

Fue muy favorable. Sin complicaciones.

TRATAMIENTO PREVENTIVO:

Luego del tratamiento de rehabilitación se inició un programa preventivo en conjunción con los padres. Consiste en técnica de cepillado por imitación que rindió excelente resultado.

CONCLUSION:

El paciente se atendió con anestesia general debido al dolor y la falta de cooperación, a pesar del cuidado excelente por parte de sus padres y a la cooperación para este tratamiento. Su tratamiento fue excelente y el tratamiento preventivo dio muy buenos resultados.

CASO CLINICO NO. 2

NOMBRE: M.M.O.

EDAD: 12 AÑOS

SEXO: FEMENINO

LUGAR DE ORIGEN: GUADALAJARA, JALISCO

NIVEL INTELECTUAL: BUENO

GRADO DE ESCOLARIDAD: 4 GRADO DE EDUCACION ESPECIAL

NIVEL SOCIO/CULTURAL: MEDIO/BAJO

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

La paciente tiene lesión cerebral (ATAXIA). Con in--
coordinación motora, parálisis parcial de cara izquierda -
(hemiplegia), pero sin manifestar signos severos de retra--
so mental. Ha recibido educación especial y su madre ha -
complementado dicha educación; al grado que la niña es au--
tosuficiente en los aspectos elementales de su vida: come,
viste, asiste a clases, avisa para desechar sus necesida--
des fisiológicas y es capaz de bañarse sola. No habla, pe--
ro entiende todo; lo cual afirma con su cabeza con un "si"
o "no".

PROBLEMA DENTAL:

Su higiene es "excelente" tanto oral como general; ya
que su madre se encarga personalmente de eso.

Presenta caries de I y II grado en los seis superiores y en un cuatro superior derecho, en los inferiores en los dos seis y en los dos cuatro y también presenta apiñamiento anterior inferior. No hay dolor.

MANEJO ODONTOLÓGICO:

Se mostró a la niña un libro de grabados (dibujos) de lo que se haría en su boca y se mostró el consultorio y cada uno de los instrumentos. Asimilando ella el tratamiento; que se realizó en cinco citas, una por cada cuadrante; donde se colocaron amalgamas convencionales y una profilaxis y aplicación de fluor.

Se sujetó su brazo izquierdo en cada cita con tela adhesiva al descansabrazo del sillón, en virtud de los movimientos involuntarios que presentaba; así mismo se utilizó en cada cita un abre bocas, del tipo de block (makensson) todo ello con la completa aceptación de la paciente.

POST-OPERATORIO:

No hubo ningún problema, y el comportamiento de la niña fue excelente, no se administró ningún medicamento.

TRATAMIENTO PREVENTIVO:

Se adaptó un cepillado de dientes a una pelota de te-

nis para que la niña pudiera sujetarse y así cepillarse -- utilizando su mano derecha. El complemento del cepillado -- continuó a cargo de la mamá.

CONCLUSION:

La paciente coopero muy satisfactoriamente, igualmente su madre y el tratamiento dio muy buenos resultados. El tratamiento preventivo con su adaptación de la pelota de tenis al cepillo fue de maravilla para ayudar de esta manera al cepillado de la niña.

CASO CLINICO NO. 3

NOMBRE: R.V.G.R.

EDAD: 13 AÑOS

SEXO: MASCULINO

LUGAR DE ORIGEN: GUADALAJARA, JALISCO

NIVEL INTELECTUAL: ALTO

GRADO DE ESCOLARIDAD: 2 SECUNDARIA (NORMAL)

NIVEL SOCIO/CULTURAL: MEDIO/ALTO

DESCRIPCION DEL PROBLEMA GENERAL:

El paciente sufre de parálisis de sus extremidades inferiores causada por un traumatismo durante los primeros días de su vida. Así mismo debido a la posición (sentado) que normalmente adopta y la inmovilidad tiene alteraciones renales frecuentemente sufre infecciones.

Su nivel escolar es el de un chico de su edad, pero su habilidad manual y su poder de observación y captación está muy por arriba de lo normal. Su caracter es fuerte, pero es despreocupado con su aseo personal al cual considera secundario.

PROBLEMA DENTAL:

El paciente se presentó con severa inflamación gingival en la zona 1, 2, 3, de ambos lados, tanto superior como

inferior y dolor en el seis superior derecho, asimismo - - presentaba caries de distinto grado en: 4 y 5 superior del lado derecho y en los 4, 5, 6 superior del lado izquierdo y en los 4, 5, 6, inferior tanto del lado derecho como izquierdo.

MANEJO ODONTOLÓGICO:

En la primera cita Trepanación y limado del seis superior derecho, en la segunda cita se terminó la endodoncia en el seis superior derecho, en la tercera, cuarta y quinta cita se dió técnicas de cepillado; sin lograr ningún avance notable, por consiguiente en la sexta cita se hizo curetaje profundo en los 1, 2, 3 tanto superior como inferior de ambos lados y se colocó cemento Kirkland. Las citas subsiguientes fueron para obturar los cuatro cuadrantes. Se empleo siempre anestesia Xilocaina al 2% con epinefrina y no se prescribió medicamento alguno.

POST-OPERATORIO:

El aspecto dental no tuvo problema alguno. Pero el problema periodontal disminuyó sin poder controlarlo por completo, debido principalmente a la falta de cooperación del paciente. Quien se mantenía reacio a cepillarse adecuadamente. Por lo que se decidió hacer profilaxis periódicas en lapsos de 45 días y se recomendó a los papás ad-

quisieran un aparato de agua a presión (Water Pig) para --
facilitar el aseo.

CONCLUSION:

El paciente mostró un comportamiento excelente durante los tratamientos de rehabilitación, pero en el aspecto preventivo siempre se mostró rebelde por lo cual se habló con los papás para hacerle profilaxis periódicas en lapsos de 45 días y se les recomendo comprar un aparato de agua a presión (Water Pig) para así facilitar el aseo.

CONCLUSIONES.

CONCLUSIONES.

Todos sabemos lo importante que es tener cuenta a los pacientes que presentan trastornos físicos, que limitan en forma importante una o más actividades principales de la vida. Como por ejemplo: caminar y desarrollarse en su medio pues en ocasiones van a ir acompañados de este impedimento físico con deficiencia mental.

El Odontólogo debe tener conocimientos sobre el manejo sociológico y psicológico considerando como esta el paciente emocionalmente, pues la atención al paciente (niño) inválido es la proporción de la preocupación del dentista por la impresión de los otros pacientes, de tal manera tendrá que desarrollar un horario diferente.

Analizando también las consideraciones económicas, la manera de comunicarse idealmente con el paciente y su familia que juega un papel de su importancia en estos tratamientos.

Los problemas odontológicos más comunes que se presentan por falta de higiene bucal y como producto la incidencia de caries como foco infeccioso y los problemas periodontales en una incidencia muy alta.

La adaptación del Gabinete Odontológico del profesional y la Asistente es muy importante para poder realizar -

un tratamiento eficaz, pues muchos odontólogos desean tratar a los niños inválidos o con impedimentos, por tal motivo están interesados por el equipo apropiado y su costo, - pues así podrá proporcionar el cuidado dental ideal.

Observando así desde como há hacer su silla de ruedas los abrebocas, los sujetadores, los soportes para el cuerpo, de sus defectos óseos que limitan e impiden las posiciones y movimientos normales, las correas para las extremidades inferiores y la tabla de papoose. Para así ayudar a controlar el movimiento muscular, los descansacabezas para pacientes con parálisis cerebral, las técnicas radiográficas para este tipo de paciente. El buen diseño del consultorio odontológico, la ubicación del consultorio, los estacionamientos, accesos, superficies de pisos y signos, sanitarios, bebederos y teléfonos, también el cuarto de recepción, habitaciones para el tratamiento y así poder ofrecer un excelente servicio.

De tal manera que tanto el Odontólogo como su Asistente tendrán que conocer los tres tipos de transferencia y en el momento de aplicarla de tal manera conocer también las partes de una silla de ruedas.

Entre los tres tipos de transferencia en silla de ruedas están:

La transferencia por deslizamiento que se utiliza en pacientes que tienen buen potencial corporal en la porción inferior.

La transferencia por medio profesional que se utiliza en pacientes con fuerza moderada o control del cuerpo que puede encontrar la técnica por deslizamiento forzado.

La transferencia por medio profesional y de la asistente se utiliza en pacientes con funcionamiento motor limitado intensamente en sus extremidades.

BIBLIOGRAFIA.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- DICCIONARIO ODONTOLOGICO
Durante, Avellanal Ciro
Editorial Mundi - 4ta. Edición - 1984
- 2.- DICCIONARIO ODONTOLOGICO
Friedenthal, Marcelo
Editorial Médica Panamericana - 2da. Edición - 1984
- 3.- DICCIONARIO TERMINOLOGICO DE CIENCIAS MEDICAS
Mercuró y Porcar José María
Editorial Salvat Mexicana - Undécima Edición - 1982
- 4.- TRASTORNOS Y LESIONES DEL SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO
Salter, Robert Bruce
Editores Salvat - Reimpresión - 1984
- 5.- EXPLORACION DE LA COLUMNA VERTEBRAL Y EXTREMIDADES.
Hoppenfeld, Stohley
Editorial El Manual Moderno - Reimpresión - 1985
- 6.- CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA
De Ksoble, Rosalyn
Editorial Interamericana - 3ra. Edición - 1981
- 7.- MEDICINA HUMANISTICA
Muñoz Galván, Agustín
Editorial U.A.G. - 2da. - 1980

- 8.- PSICOLOGIA MEDICA.
De la Fuente, Muñoz Galván
Editorial Fondo de Cultura Económico - Vigésima reimpresión - 1981
- 9.- PSICOLOGIA CLINICA
L., Garfield, Sol
Editorial El Manual Moderno - Reimpresión - 1983
- 10.- CLINICAS ODONTOLÓGICAS DE NORTEAMERICA
Dr. Lawrence, A., Fox
Editorial Interamericana - 3ra. Edición - 1980
- 11.- PSICOLOGIA DEL NIÑO INVALIDO
R., Mendez, Otto
Vol. 7 - Ceron - Diciembre 1982
- 12.- ODONTOLOGIA PEDIATRICA
Sidney, B., Finn
Editorial Interamericana - 4ta. Edición - 1982
- 13.- ODONTOLOGIA PARA EL PACIENTE IMPEDIDO
J., Nowak, Arthur
Editorial Mundi - 2da. Edición - 1982
- 14.- ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE.
McDonald, I., Ralph
Editorial Mundi - 4ta. Edición - 1983
- 15.- PERIODONTOLOGIA CLINICA
Carranza, Fermin A
Editorial Interamericana - 5ta. Edición - 1982

16.- ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA

Prichard, F., John

Editorial Labor - 3ra. Edición - 1983

17.- ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Thomas, K., Barber y Larry, Sluke

Editorial El Manual Moderno - 1ra. Edición - 1985

18.- EL NINO INVALIDO

Martínez Herrera, J.M.

Vol. XXXVII No. 3 - Mayo, Junio - 1980

19.- ADAPTACION DEL GABINETE ODONTOLOGICO

Escobar, Alfonso

Vol. 7 No. 2 - Ceron - Agosto - 1982