

870122

12

24'

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



**MANEJO Y ATENCION DEL NIÑO CON PARALISIS
CEREBRAL EN EL CONSULTORIO DENTAL**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

MARIA ISABEL BATRIZ LOPEZ

ASESOR: DRA. YOLANDA E. BASUALDO SAENZ

GUADALAJARA, JALISCO, 1987



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 Y ATENCIÓN DEL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL -
B. CONSULTORIO DENTAL. "

	<u>INDICE.</u>	Págs.
CAPITULO I:	EL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL	1
	A) Etiología.....	1
	B) Etiología.....	2
CAPITULO II:	RESPONSABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL...	13
CAPITULO III:	ASISTENCIA DEL SERVICIO DENTARIO ANTE:	31
	A) El paciente.....	31
	B) Los padres.....	45
CAPITULO IV:	PLANIFICACION DEL CONSULTORIO -- DENTAL ADECUADO A NIÑOS CON - PARALISIS CEREBRAL.....	52
CONCLUSIONES		73
BIBLIOGRAFIA		82

CAPITULO I

" INTRODUCCION Y ETIOLOGIA DE LA PARALISIS JEREMAL. "

CAPÍTULO I" INTRODUCCION Y ETIOLOGIA DE LA PARALISIS --
CEREBRAL. "

El término parálisis cerebral se refiere a una variedad de situaciones en las que existe un déficit motor resultante de un déficit o lesión -- a los centros o vías motoras del sistema nervioso central. No se suelen considerar como parálisis cerebral los trastornos progresivos o la fase activa de una enfermedad aguda. Generalmente, el -- término se aplica a enfermedades que produjeron -- una incapacidad durante la infancia. (9)

La enfermedad no es progresiva ni degenerativa. Con ejercicios y un entrenamiento adecuado, es posible conseguir una mejoría considerable. Cuando se producen cambios mentales, el tratamiento curativo tiene poco valor; es posible controlar la hiperactividad o la conducta molesta por medio de una medicación tranquilizante adecuada.(9)

Las lesiones cerebrales del nacimiento -- tienen manifestaciones inmediatas, o bien remotas,

cuando el paciente sobrevive. Además de los síntomas de hipertensión intracraneana pueden existir alteraciones focales dependientes de la topografía de las lesiones. Monoplejía y hemiplejía son las secuelas más frecuentes de estos traumatismos. (21)

- Hemiplejía: afectación de la mitad del cuerpo.
- Cuadriplejía: afectación de las 4 extremidades.
- Paraplejía: Afectación de las piernas únicamente.
- Monoplejía: Afectación de una extremidad. (2)

La epilepsia, la parálisis cerebral infantil y la oligofrenia, son manifestaciones tardías. El paciente que no muere de la lesión cerebral, dentro del primer mes de edad puede sobrevivir en condiciones aparentemente normales, pero al llegar a la segunda o tercera infancia presenta cuadros de epilepsia en otras ocasiones la oligofrenia (deficiencia o labilidad mental), las parálisis cerebrales esporádicas o Síndrome de Lettle, se manifiestan ostensiblemente desde temprana edad. (21)

El término "parálisis cerebral" se emplea con frecuencia, pero en forma imprecisa, para diagnóstico de niños que tienen dificultades de control muscular voluntario. Implica erróneamente que tales niños sufran enfermedad específica de etiología sintomatología, pronóstico o terapéutica relativamente uniformes. En realidad no es así. Por otra parte, el empleo de este diagnóstico amplio puede significar un estigma innecesaria para el niño que sufre un pequeño trastorno de buen pronóstico; además pueden fomentar que los padres de un niño con trastorno irreparable abriguen la esperanza de recuperación al saber que otros niños con el mismo diagnóstico han mejorado por el tratamiento o se han adaptado bien a la sociedad. (2)

La parálisis cerebral es el problema de impedimento más grave que afecta a recién nacidos. Aproximadamente el 50 por ciento de los niños que sufren esta enfermedad mueren en la infancia o sufren lesiones tan graves que hacen necesario su internamiento en una institución como cada caso representa un reto. (3)

Algo diferente, el odontólogo deberá fami-

4

liarizarse con los principales aspectos de los diversos trastornos neuromusculares y asegurarse de cual -- de ellos sufre un paciente antes de pensar en planear algún tratamiento. Los tipos más comunes de disfunciones neuromusculares son espasticidad, atetosis y ataxia. (1)

La espasticidad se caracteriza por hipercontractilidad de los músculos y rigidez general en las secciones afectadas.

Esta rigidez puede ser tan pronunciada como para impedir el movimiento pasivo de la extremidad, - (mayor frecuencia de retardo mental).

La atetosis, se caracteriza por contracciones musculares involuntarias y desordenadas.

La ataxia, o pérdida de coordinación muscular, esta produce falta de equilibrio, y marcha insegura.

El grupo rígido y espástico presenta gran - incidencia de retraso. (3)

Y los atetoides muestran menor incidencia - de retraso.

Aproximadamente la mitad de estos niños presentan alteraciones de la inteligencia, un 10% llegan a la Idiotia (idiotas) muchos tienen ataques de tipo epiléptico. (15)

El tratamiento de estos pacientes, en los casos en que es factible, se basa en la reducción motora en la que tiene un papel importante la terapéutica ocupacional. (16)

Los mejores resultados se logran en centros de rehabilitación especializados.

El niño impedido necesita recibir tratamiento médico precoz, ya sea en régimen hospitalario si requiere intervenciones quirúrgicas correctoras, ya sea en régimen ambulatorio si precisa la adaptación de aparatos ortopédicos. Las invalideces importantes suelen necesitar psicoterapia de apoyo gracias a la cual el niño se siente comprendido, aumenta su autoestimación y se contribuye a integrarlo a la sociedad.

El niño impedido necesita, por otra parte, - un período de escolarización que contribuya a educarlo conforme al nivel de los niños de su misma edad no - - impedidos, por útimo, precisa adquirir una formación profesional al que le permita subsistir en el futuro por - sus propios medios. (10)

Las estimaciones de la inteligencia de los - pacientes con parálisis cerebral varían considerablemente, pero todas concuerdan, en el elevado grado de - incidencia del retardo mental en este grupo de pacien- tes. Esta incidencia parece estar relacionada con el tipo de parálisis cerebral. (10)

Retardo mental o deficiencia mental, está - caracterizado por la maduración intelectual incompleta o lenta desde los primeros años puede ser causado - por factores genéticos, biológicos u otros y usualmen- te da por resultado un desajuste social. (10)

La evidencia franca de daño orgánico varía - según los casos. Algunas veces existen trastornos -- convulsivos, parálisis. (10)

Ataxias (falta de coordinación de los movimientos musculares sin debilidad de estos), desorientación, - - etc. Los pacientes con daño orgánico del cerebro son más propensos a mostrar una conducta de naturaleza - - imprudente, distracción e incapacidad para concentrarse, impulsividad, reacción exagerada a estímulos ambientales y, dificultades para el pensamiento abstracto. (5)

El paciente con incapacidades de desarrollo presenta a menudo malformaciones congénitas múltiples, incluyendo anomalías de la dentición, patrones - - aberrantes de erupción y anomalías en la morfología -- dentaria puede ser una ayuda para la identificación -- precoz de una amplia gama de trastornos neurológicos. La relación de causa y efecto todavía no es clara, - - pero se ha demostrado que hay una correlación entre -- retardo bioquímico y aberración dentarias. (17)

En la displasia ectodérmica hereditaria, la ausencia de gérmenes dentarios puede ser una ayuda - - diagnóstica en el recién nacido. (17)

EPIDEMIOLOGIA.-

La prálisis infantil es causada por lesiones cerebrales que pueden haber resultado de prematuridad.

Las lesiones traumáticas pueden ser de etiología desconocida.

Los efectos que suceden en el período prenatal, es una de las causas más comunes de invalidez en la infancia. No se trata de una entidad bien definida, sino de un grupo de procesos debidos a diversas causas. (3)

Efectos pre-natales:

- 1.- Defectos del desarrollo.
- 2.- Infecciones (especialmente la rubeola).
- 3.- Las radiaciones.
- 4.- Deficiencias de la nutrición.
- 5.- Lesiones uterinas (desprendimiento prematuro de la placenta, etc.) (19)

Post-natales:

- 1.- Nacimientos prematuros.
- 2.- Traumatismos mecánicos sufridos por el cerebro -- durante el parto.
- 3.- Anoxia cerebral producida por torsión del cordón -- umbilical, prolapso del cordón umbilical o apnea.

Post-mortales:

- 1.- Enfermedades del sistema nervioso central; especialmente infecciones.
- 2.- Cualquier enfermedad general que produzca fiebre -- elevada y prolongada.
- 3.- Lesiones craneanas.

Etiológicamente puede tratarse de defectos -- congénitos del cerebro, infecciones intrauterinas, le siones producidas en el parto (ejemplo: empleo de -- forceps). (19)

En unos pocos niños con trastorno motor -- la causa es clara e indudable. En tales circuns -- tancias los síntomas empiezan después de una enferme --

dad postnatal específica. La causa más común es la encefalitis primaria o complicación de una enfermedad contagiosa. (1)

Otros precursores de trastornos motores son las lesiones cerebrales por intoxicación de plomo o enfermedad febril grave, como neumonía, complicación de meningitis, lesiones de la cabeza y *Fernicterus*, una causa importante de parálisis cerebral antes de la introducción de la exanguinotransfusión en los casos de hiperbilirrubinemia neonatal, es en la actualidad bastante infrecuente.(3)

(23)

Listle en 1843 fue el primero que estableció la relación entre parálisis cerebral y la anoxia neonatal. (1)

Recientes estudios han mostrado que más de un tercio de los niños con parálisis cerebral, pesarán al nacer menos de 2,500 g. El factor etiológico más común de estos niños era la anoxia cerebral, (estado de oxidación insuficiente).(22)

La localización de la lesión cerebral de termina el tipo de distinción neuromuscular por medio de la cual se manifiesta el trastorno. (1)

La mayoría de los individuos con parálisis cerebral vienen, además, de su incapacidad motora, -- otros síntomas de daño cerebral orgánico, como trastornos convulsivos , retardo mental, trastornos sensoriales (preferencia a la temperatura, umbral del gusto, agudeza visual y olfatocia) y de aprendizaje, a menudo, complicaciones de la conducta y trastornos emocionales. (17)

Las malformaciones consisten en retrasos -- o distorciones del desarrollo cerebral y casi siempre son de presentación pre-natal.

La frecuencia de malformaciones en la parálisis cerebral ha sido tema de considerables debates.

Las grandes malformaciones ocurren generalmente durante el primer trimestre del embarazo. (4)

El niño retrasado mental puede manifestar -- una falta de originalidad en su juego. . A veces tiende a la repetición y la estereotipia, particularmente - - si sus dificultades tienen una base orgánica. Estos - niños utilizan un mínimo de juguetes y son a menudo -- incapaces de jugar en grupos más amplios o de imitar - el juego sin ayuda. (9)

Otras de las causas de la parálisis cerebral es, la rubeola materna en el primer trimestre del - - embarazo, resulta frecuentemente en anomalías del - - esmalte y la dentina y la incidencia de hipoplasia - - del esmalte es elevada en la parálisis cerebral. (6)

CAPITULO II

" COMPORTAMIENTO Y CONDUCTA DEL NIÑO -
CON PARALISIS CEREBRAL. "

CAPITULO II

" COMPORTAMIENTO Y CONDUCTA DEL NIÑO CON PARALISIS
GENERAL. "

Cada dentista fija sus prioridades personales y profesionales según sus necesidades individuales y su personalidad. Organiza su práctica para lograr sus fines, por lo que cada facultativo dental -- atiende a las personas que realmente desea tener como pacientes e inconscientemente o conscientemente elimina de su práctica a los indeseables. Existen diversas formas de organizar este proceso selectivo. (20)

Algunos mecanismos empleados para alejar -- a los pacientes son directos, otros son útiles; unos tienen un motivo. Otros se han planeado conscientemente. (20)

El paciente indeseable puede ser enviado -- a otra parte, podrá encontrar gran retraso para obtener una cita en algún consultorio quizás sea necesario que acepte citas en momentos inconvenientes, podrá encontrar que su atención dental es exageradamente

te costosa y pensar que el dentista es desagradable y falta de interés. Podrá encontrar que los procedimientos mismos del tratamiento son especialmente dolorosos. (20)

El dentista como un facultativo privado, -- tiene el derecho de controlar a sus pacientes en la -- forma en que se acomode a sus necesidades profesionales, a su temperamento y a su estilo de vida. En su capacidad profesional, también tiene la responsabilidad de preocuparse de que todas las personas que -- quieran o necesiten atención dental sean atendidas -- y les sea proporcionada esta oportunidad con frecuencia, esta dicotomía en conflicto presente un dilema, -- que provoca que muchos odontólogos experimenten moless -- tia en sus momentos de reflexión.

Los pacientes especiales son rechazados por que el dentista es un ser humano producto de su cultura. Ha sido influido y socializado por la sociedad, por la comunidad y por la familia que es parte integrante. (20)

La extensión y gravedad de la lesión y las -- reacciones de los pacientes a sus afecciones varían -- considerablemente. Mientras un deficiente mental pue-- de portarse bien y ser un paciente ideal, otro con un defecto mayor o con menor capacidad de adaptación, sue-- de constituir un problema para el terapeuta, imposibili-- tado el ser tratado en su consultorio. (20)

Existe una gama de afecciones, una gama de -- comportamientos, una gama de actitudes y una gama de -- modalidades terapéuticas. (20)

Algunas personas con afecciones limitantes -- de larga duración les han sido negadas las diversas -- experiencias estimulantes y exposiciones tan importan-- tes para el crecimiento y desarrollo normal de los -- seres humanos.

Sus exposiciones circunscritas a los estímu-- los normales, aunados a los efectos de experiencia que los individuos perciben como rechazos, impiden que mu-- chos pacientes especiales desarrollen su máximo poten--

cial como seres humanos. Se les niega la oportunidad de participar completamente hasta el límite de su capacidad en la vida misma.

Suelen ser inseguros y dados a no confiar -- en la gente. La visita dental puede ser traumática -- para estos pacientes y sus dentistas.

El paciente llega al dentista con ciertas --- ideas sobre lo que piensa de los dentistas y percibe la reacción del dentista hacia él.

Todos estos sentimientos se relacionan con el comportamiento del paciente. Algunas de las sensaciones negativas son reflejo de experiencias médicas traumáticas experimentadas por el paciente. Por esto, se requiere motivación, compasión, paciencia e injunio por parte del dentista para establecer la relación de confianza necesaria para comprender al paciente.

Algunos pacientes con afecciones debilitantes similares pueden reaccionar en forma diferente. -

Un paciente no debe ser tratado sistemáticamente; caso no podrá serlo.

El hecho fundamental no es la incapacidad misma del paciente, si no la capacidad del paciente para controlar sus movimientos respecto a si mismo y a su afección incapacitante.

Muchos pacientes son capaces de reducir sus dificultades y diferencias utilizando fuerzas y recursos en el medio dental. Otros pacientes especiales se encuentran demasiado molestos para relacionarse bien con el dentista y podrá rechazar el tratamiento. (20)

Durante la primera infancia, el niño con parálisis cerebral puede presentar dificultades para succionar, deglutir y aprender a conocer alimentos sólidos. Un reflejo nauseoso excesivo muchas veces interfiere al vómito, todo el cuerpo se contrae y si los alimentos no se dan con suficiente lentitud se producen vómitos y aspiración. (2)

Las dificultades respiratorias y la espas-

11

tividad corporal al principio de la vida no son raras. Los cambios respiratorios pueden depender de la presencia de la acción de la respiración cerebral. (8)

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD.-

Muchos limitados, retrasados leves e incluso retrasados graves son capaces de tener un desarrollo de la personalidad tan normal como el de las personas con una inteligencia normal. Con un ambiente familiar y aceptador y adecuadamente estimulador y unas oportunidades educacionales y vocacionales apropiadas, la mayoría de los niños retrasados pueden desarrollar una adaptación social y vocacional y una buena capacidad para interacciones y vinculaciones interpersonales adecuadas. Sin embargo, en este camino se encuentran con obstáculos mayores que aquellos con los que se enfrenta la población normal. Estos obstáculos parece que aumentan en proporción directa con el grado de retraso. (9)

ANILIDAD EMOCIONAL.-

La fase de negativismo empieza a menudo tarde en el niño retrasado y dura más de lo habitual, lo cual puede interferir con el logro de la autonomía y el dominio. La emocional le resalta en el niño a las personas de su ambiente esta a menudo identificada como consecuencia de sus dificultades perceptivas y su falta de atención, como a menudo dificultades de base -- constitucional para manejar la ansiedad y la frustración, retrasar la gratificación, enfrentarse con las decepciones y aceptar sustitutos.(7)

Al crecer el niño, su capacidad de aceptación disminuida interfiere con los procesos generales de socialización.

Su imagen de sí mismo, que guarda una estrecha relación con su auto-aceptación, es a menudo desfavorable como consecuencia de sus frecuentes frustraciones, procesos, errores y distorsiones de su imagen corporal.(7)

Existe acuerdo general en que el retrasado -

mental tienen una capacidad reducida para aprender, para adquirir conocimientos a la misma velocidad y en la misma cantidad que los niños normales, las diferencias son pequeñas en las formas sencillas de aprendizaje, pero la distancia aumenta en proporción directa con la complejidad del proceso de aprendizaje.

Los déficits sensoriales y perceptuales observados en muchos retrasados mentales pueden contribuir significativamente a sus dificultades de aprendizaje.

Su incapacidad de inhibir respuestas, ya aprendidas dificulta la ampliación del repertorio disponible de respuestas.

La dificultad principal la constituye la disminución de la capacidad de abstracción y generalización a partir de la experiencia del déficit de capacidad verbal. (2)

La intensidad de los trastornos asociados, psicóticos, neuróticos o de la conducta, no es necesariamente proporcional al grado de daño encefálico.

El delirio oral en los niños es el --
 delirio, que es una alteración en el estado de con- -
 ciencia consecutiva a trastornos del metabolismo del -
 encéfalo. El cuadro clínico puede ser muy ostensible -
 y fácil de identificar, caracterizado por una conduc--
 ta exageradamente egóica o confusa y experiencias - -
 alucinantes que resultan de una alteración en la per--
 cepción o interpretación de los estímulos y conducta -
 abstraída o difícil o temores irracionales. (5)

Los niños con parálisis cerebral por lo ge--
 neral son emocionalmente inmaduros, introvertidos, - -
 muy dependientes, temerosos, irritables, y egocéntri--
 cos. Los conflictos emocionales hacen crisis durante
 la adolescencia, aun cuando algunos niños son ateto---
 sis o ataxia sorprendentemente alegres y llenos de - -
 ánimo (por lo general con falta de discernimiento - -
 sobre sus limitaciones). (6)

Una característica importante y alentadora -
 de la parálisis cerebral es el hecho de que tiene una -
 evolución estacionaria, no progresiva.

Los niños con parálisis cerebral, muchos de los cuales no son retrasados mentalmente inherentemente, pueden experimentar ajustes emocionales y vocacionales sorprendentemente adecuados, a pesar de la continuación de sus problemas. (13)

PARALISIS CEREBRAL O ENFERMEDAD DE LITTLE.-

Con típicos trastornos de la marcha. Puede haber deficiencia mental en todas las formas. (7) No es fácil que los que poseen su cerebro intacto comprendan a fondo la confusión y la desorganización del niño -- que ha sufrido lesiones cerebrales. No es capaz de -- emplear sus músculos de manera coordinada y sin tensión para la locomoción, para explorar el medio ambiente y para obtener las cosas que leesa; los sentimientos que experimentan como resultado de los movimientos musculares y de la conciencia cinestésica, no son -- dignos de confianza ni producen seguridad.

No sólo es incapaz el niño que ha sufrido -- lesiones cerebrales de modular sus respuestas de acuer

do con los estímulos externos, si no que le sucede -- lo mismo con aquellos estímulos que vienen del interior. Responde con exceso a sus propios sentimientos y pensamientos. Así se ve constantemente movido por impulsos, es incapaz de relajarse e incapaz de -- seleccionar los estímulos importantes. (5)

(24)

Jellistein ha denominado esta situación patológica " encadenamiento a los estímulos " y estos niños son indudablemente infelices, impulsados constantemente de una respuesta a otra. Rara vez conocen la realidad, lo que es vivir en paz. Sólo cuando logran por fin caer en un sueño lleno de agotamiento al final de cada día, lleno de frenesí, pueden encontrar alivio. De esta manera, la única relajación posible se presenta cuando están inconscientes; la relajación no es un sentimiento que experimenten nunca de manera consciente. (7)

Sender ha subrayado la intensa ansiedad -- del niño que ha sufrido lesiones cerebrales. Se trata de una ansiedad difusa, con frecuencia abrumadora que no se fija en ninguna situación o ideas específi-

ca, como sucede en el niño neurótico. Todo proviene - del exceso de estimulación y del exceso de respuestas, de sus propias percepciones deformadas, de su movilidad desordenada y de su sensación general de perplejidad y del hecho de percibirse que es en cierta forma -- diferente de otros niños.

(25)

Wender ha subrayado además que los niños que han sufrido lesiones cerebrales tienen desde los primeros días de la vida, necesidad especial de mayor cantidad de afecto, de atención, de enseñanza y de dominio, y que si estas necesidades son satisfechas, el niño -- puede adaptarse razonablemente bien. (19)

Además los pacientes con lesiones cerebrales buscan la tranquilidad y evitan la compañía de los demás. Demuestran una especie de rigidez en su personalidad. Muestran perseverancia en una respuesta, -- son incapaces de cambiar de una actitud mental a otra.

Los síntomas de mayor importancia de las lesiones cerebrales en los niños son las siguientes:

- 1). Hiperexcitabilidad.
- 2). Inquietud e hipercinesia.
- 3). Ansiedad
- 4). Facilidad de distracción (de la atención).
- 5). Impulsividad
- 6). Afosias, generalmente mixtos, de tipo --
receptivo y expresivo.
- 7). Disfunciones motoras, que incluyen los --
músculos de las siguientes funciones:
 - a). Postura
 - b). Locomoción
 - c). Respiración
 - d). Habla
 - e). Expresión facial

La excitabilidad generalmente es descrita --
por la madre, que relata que existió desde la más --
tierna infancia. Quizá diga que el niño siempre se --
había trastornado fácilmente, que se pone excitado y --
tenso por cosas que no perturban a otros niños.

Acompañando a estos se encuentra, la inquietud

tud y la hipercinésia.

El niño con frecuencia aumenta la tensión - a medida que el día avanza, la ansiedad de los niños que sufren lesiones cerebrales es un síntoma complejo muchos factores contribuyen a ella, interviene el conflicto emocional, y el niño entra en conflicto por -- muchas cosas, por sus relaciones interpersonales y, - por sus propias incapacidades y frustraciones. (19)

Bender se refiere a la " ansiedad primaria" todos los niños orgánicamente perturbados sufren de - profunda ansiedad como resultado de su desorganiza- - ción, de la dificultad para entrar en relaciones con - la realidad y la frustración por no lograr maduración - normal. Puede haber dificultad para expresar la an- - siedad, que se origina en fuentes internas desconoci- - das, y no en situaciones reales propias del medio - - ambiente. (19)

Estos niños tienen el aspecto de terrible - ansiedad, y es incuestionable que la sienten, pero no

pueden explicar que es lo que sienten. No pueden señalar una preocupación en particular y ningún esfuerzo de sondeo psicológico puede llegar a revelar el conflicto subyacente, por la sencilla razón de que no existe.

El niño que ha sufrido lesiones cerebrales es incapaz de evitar estímulos extraños responde a -- todo, lo cual es función de su incapacidad para darse cuenta de la estructura de las cosas, para integrar -- las partes en un todo; advierte los estímulos individuales y no puede retener la forma en la cual algunos estímulos tienen significación y otros no.

De esta manera, disminuye la conducta -- orientada, hacia determinadas finalidades y como tiene muchas finalidades pequeñas, el niño termina por -- no tener ninguna. (12)

La mayoría de los pacientes inválidos o -- impedidos físicamente no serán capaces de obtener -- una eficiencia en el lenguaje oral propio comparable -- a la del paciente normal.

Es posible que sean las fases de conceptualizar el proceso de cepillado y uso de hilo dental -- pueden no ser capaces de establecer su importancia -- para el bienestar propio o es posible que no logren -- realizar las manipulaciones necesarias debido a los -- trastornos de su habilidad física. (1)

Los niños con parálisis cerebral también -- pueden presentar complicaciones como impedimentos -- auditivos.

En la comunicación normal, las personas ---- sordas generalmente utilizan:

- 1).- El lenguaje de los signos, un sistema consistente en movimientos normalizados de las manos o -- brazos para expresar pensamientos.
- 2).- Deletreo digital, usando el alfabeto manual, en la que hay una posición fija de los cinco dedos -- para cada letra del alfabeto (una especie de deletreo en el aire). (14)

TRASTORNOS DE CONDUCTA DE LA NIÑEZ O LA PEDI-
ASIA EMOCIONALS.

Un trastorno de conducta es considerado por la mayoría de los educadores como una desviación de la conducta apropiada a la edad, que interfiere significativamente.

- 1).- Con el propio crecimiento y desarrollo del niño.
- 2).- Con vida de los demás.

Segene Quay, Merse y Cutler. Clasifican -- la conducta en estas tres categorías:

a).- Trastornos de conducta - considerarlos en otras disciplinas como conducta antisocial, agresiva, o psicopática incluye la conducta desafiante -- desobediencia, impericia, falta de cooperación, irritabilidad, etc.

b).- Problemas de personalidad, considerado a veces como neurótico en términos clínicos. Esos -- niños suelen ser descritos como sensibles, retraidos-

y muy dependientes.

e).- Inadecuada inmadurez, esta dimensión - se refiere a niños con una conducta que se describe-- como distraído, ocioso, preocupado. (27)

CAPIULO III

" ACTIVO DEL CIRUJANO DEYALISA ANTE EL
PAJIENTE, ANTES PADRES. "

CAPITULO III

" ABORDAJE DEL CIRUJANO DENTISTA ANTE PACIENTE,

ANES PADRES.- "

Al inicio del tratamiento de pacientes con parálisis cerebral es de vitalísima importancia una buena historia clínica.

Estudio del pequeño paciente: es esencial para el manejo exitoso del individuo inválido. Su propósito es reunir toda la información básica que ayudará en el consultorio a planear la primera cita dental del paciente. Si se hace de una manera agradable, categórica, inteligente, también debe establecerse una credibilidad y una confianza que facilitará el tratamiento futuro.

Es útil tener formas impresas para los antecedentes del paciente con el objeto de ayudar a la recepcionista en el proceso de información - recolección de datos.

Los puntos a cubrir incluyen:

- 1.- Información biográfica básica.
- 2.- Diagnóstico médico.
- 3.- Medicamentos actuales.
- 4.- Estado ambulatorio
- 5.- Nombre del médico y fecha de la última visita.
- 6.- Fecha del último examen físico.
- 7.- Fecha del último tratamiento dental.
- 8.- Información financiera cuando el proceso de estudio ha terminado; deberá hacerse la cita; deben -- hacerse las consideraciones apropiadas a cerca de los problemas particulares del paciente antes de -- ddecidir el momento de esta a los padres o tutores -- se les informa respecto a la ubicación de la oficina, el estacionamiento, el acceso al edificio, y -- los procedimientos que se realizan durante la primera visita, incluyendo el tiempo aproximado de la consulta. Por último la recepcionista deberá establecer la disponibilidad del consultorio para contestar preguntas o ayudar con cualquier problema -- que pudiera surgir, respecto a la visita planeada.

Los procedimientos dentales se explicarán --

en detalle incluyendo la cantidad calculada de hemorragia (si es que la hay) el tiempo de anestesia, la posibilidad de infección y la tolerancia del paciente, además el cirujano anticipará los problemas posibles y será capaz de discutirlos con el médico. La comunicación puede ser por teléfono o por carta y siempre deberá registrarse en el expediente del enfermo.

Estos intercambios de información hacen posible tratar al paciente de manera más eficaz, segura y con mayor confianza. (1)

La mayor parte de los facultativos dentales saben que solo un porcentaje pequeño de sus problemas con los pacientes tienen su origen en los aspectos físicos, biológicos y técnicos de sus prácticas. Debido a que tanto el dentista como el paciente son seres humanos, se introducen factores sociológicos y psicológicos en la situación dental. Sus personalidades, sentimientos, actitudes y comportamiento son determinados tanto por esos factores como por sus necesidades biológicas. El dentista y el paciente tam-

bién son productos de experiencias vitales y de su ambiente social. Estas experiencias han sido diferentes para unos y poseen diferentes normas, valores y anhelos con respecto a la vida en general y la situación dental en especial. Esto tiene el potencial de crear problemas en interacción. Cuando el dentista y el paciente conozcan las ramificaciones de estos factores sociales y psicológicos, están mejor preparados para enfrentarse a los mismos.

Los dentistas deben reconocer que su capacidad técnica por si solo no será capaz de llenar de pacientes su consultorio. No importa lo hábil que sea un dentista, solamente podrá ejercer si hay personas que desean ser y seguir siendo sus pacientes. Si no es capaz de comunicarse y reaccionar con sus pacientes su práctica se verá afectado en forma adversa.

Aunque sabemos que los componentes sociológicos y psicológicos son vitales para la práctica dental, estos factores pesan aún más en el suministro de atención dental y médico a pacientes especiales. (20)

Inicialmente, es muy importante que el odontólogo mismo este convencido de su propia capacidad - para tratar al impedido dentro de los límites del consultorio odontológico típico. En general las técnicas utilizadas comúnmente son las que el odontólogo está familiarizado, no necesitan ser modificadas, significativamente. Se ha dicho que el manejo eficaz del impedido en el consultorio implica más un cambio de actitud que de técnica.

En un estudio sobre niños impedidos Breek y Hoog encontraron que más del 80% de ellos podían recibir tratamiento en un consultorio. Informaron que el 73% de la población impedida identificada fue tratada exitosamente en el consultorio privado. En este capítulo serán expuestos algunos guías útiles de la actitud del odontólogo ante el paciente y padres o tutores. Según la personalidad y características de cada odontólogo se harán modificaciones y adaptaciones específicas.

PAPEL DEL ODONTÓLOGO.-

El odontólogo debe de armonizar psicológicamente con las necesidades del individuo impedido si desea lograr el objetivo principal de la atención odontológica.

Hay dos razones básicas para esto:

- 1).- Mejorar la comunicación con el paciente y los padres.
- 2).- Brindar un modelo de actitudes y conductas que el resto del personal del consultorio puede seguir.

El odontólogo debe poseer un conocimiento -- activo de psicología básica y mucha experiencia práctica, las cuales le permitirán tratar con comolidad las ansiedades del individuo normal en la situación odontológica. (1)

En el trabajo con el paciente impedido esas ansiedades suelen pluralizarse. Un estudio de las reacciones de un equipo médico psicológico frente al paciente impedido.

- 1.- Menos útil era el equipo para trabajar con el individuo.
- 2.- Cuanto mayor el conocimiento del profesional, más consecuente era con el paciente gravemente incapacitado. (3)

Debido a una incapacidad para comunicarse o a un impedimento físico, las reacciones de un individuo impedido ante la situación odontológica suelen ser diferentes a las de un paciente normal. Si el odontólogo no está preparado para estas reacciones, pueden aparecer sentimientos de tensión, e incomodidad. Esto puede aumentar el estado de ansiedad general del paciente y hasta provocar temores específicos, lo que resulta en un círculo vicioso.

Para disminuir la posibilidad de que esto ocurra, el odontólogo debe estar familiarizado con las características comunes de las condiciones incapacitantes y tener también información específica sobre cada paciente individual, antes de comenzar un tratamiento. (17)

El niño discapacitado puede inicialmente presentar un problema al odontólogo.

sin embargo, con comprensión, paciencia y un auténtico deseo de ayudarlos, el manejo de estos niños puede llegar a ser una experiencia satisfactoria.

Los niños discapacitados físicos o múltiples, -- con frecuencia tienen capacidades limitadas para -- experiencias de los que depende el aprendizaje y el -- desarrollo; por esto debe realizarse un especial -- esfuerzo para proporcionar las experiencias adecuadas -- a su nivel de desarrollo.

Para una actitud odontólogo-paciente se necesita una gran variedad de estímulos sensoriales y -- unas interacciones estrechas, cálidas y estimulantes -- del niño.

El odontólogo debe sobre todo intentar ayudar al niño a llevar una vida feliz. El odontólogo -- sensato y comprensivo toma su tiempo en explicar al niño, a su nivel de comprensión, porque es diferente, lo que se proyecta, lo que debe hacerse y porque.

El manejo del paciente es un factor impor---

19

tante, ya que todos los métodos convencionales la - -
obtener la cooperación del paciente habrán de ser - -
agotadas antes de restringir al niño o antes de em- -
plear medicación o anestesia general. Jamás las - -
restricciones o el dolor físico deben ser un sustitu- -
to del manejo psicológico del niño.

Por lo tanto para completar, el método de
manejo del niño debe ser claramente comprendido por -
el padre antes que sea llevado a cabo procedimiento -
alguno.

El control por la voz y los directivos fir-
mes con un sobretono cariñoso dan buenos resultados -
en el niño maduro respecto del niño retardado se ha de
pensar en una premedicación o en anestesia general --
sumados a las restricciones si se dan problemas gra-
ves de conducta. Las restricciones parecen proporcio-
nar una sensación de seguridad y comodidad para el pa-
ciente pre-medicado.

El odontólogo deberá compartir espiritual-
mente los problemas disminuyentes del niño y el efec-

to que tengan sobre la familia. (13)

Debe de ser el odontólogo para el niño-paciente, y no amonazador, satisfecho con pequeños progresos y capaz de entender las posturas del niño suficiente -- como para ofrecer una ayuda inteligente cuando la curación o la recuperación no son posibles. Estos odontólogos no deben de aferrarse a conceptos caducos o ignorar las posibilidades o limitaciones de la rehabilitación -- deben de comunicar y trabajar con efectividad con otros profesionales de la comunidad, proporcionando un cuidado pediátrico general para el niño. Los médicos odontólogos que se encuentren incómodos en este papel, deben procurar que el niño y la familia sean cuidados por otras personas preparadas y con vocación, que asuman -- estas responsabilidades.

El dentista como un facultativo privado tiene el derecho de controlar a sus pacientes, a su temperamento y a su estilo de vida. En su capacidad profesional, también tiene la responsabilidad de preocuparse -- de que todas las personas que quieran o necesiten atención dental sean atendidas y les sea proporcionada esta oportunidad.

Con pacientes, los aspectos verbales de comunicación pueden no producir una reacción. En este caso el dentista deberá emplear técnicas no verbales para comunicarse con este tipo de pacientes. La comunicación táctil es una de las técnicas más satisfactorias para establecer contacto.

Mediante este método, 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 sobre la cabeza. Este tipo de contactos permite que el paciente comprenda que el dentista está interesado por él.

Los dentistas, como los demás personas en ocasiones comprenden los conceptos de limitaciones mentales e insensibilidad emocional. Las personas con defectos mentales aún poseen sensaciones emotivas.

Estos comprenderán si son tratados con bondad o no, y si el dentista es amigo o enemigo. Su percepción del dentista y de su personal puede hacer -

que las visitas sean infructíferas o desagradables.

Se facilitará el trato con el paciente, si el dentista sabe lo que se puede hacer con el paciente y los motivos de que el paciente se comporta en forma determinada. La atención dental a pacientes especiales deben ser valorada y suministrada en forma individual. (16)

CONSIDERACIONES PRÁCTICAS.-

Otro aspecto de la atención a pacientes especiales es la preocupación del dentista por la impresión que estos pacientes pueden causar a los otros pacientes dentro de la sala de recepción. También están inseguros respecto al programa de visitas. Algunos pacientes especiales se comportan en forma similar y presentan el mismo aspecto que todo el resto de la gente que entra al consultorio dental. Estos pacientes pueden requerir poco o ningún trato especial. Sin embargo, existen pacientes, como niños con daño cerebral o pacientes con trastornos neurológicos y coordinación motora no controlada, que no se comportan igual-

y presentan un aspecto diferente. El dentista teme -- que sus pacientes "normales" puedan molestarse por estos pacientes especiales o que puedan trastornarse lo suficiente para considerar el marcharse a otro consultorio. Existen muchos mitos pragmáticos para el manejo de este problema en potencia, y uno de ellos es -- que el dentista fije una mañana o una tarde especial -- para la atención exclusiva de pacientes especiales. Al hacer el programa de visitas, el dentista deberá saber si el paciente reserva algún período especial para descanso o si existen algunas horas del día en que se encuentra en mejores condiciones. 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 también si el dentista y su personal se familiarizan con los recursos de la comunidad -- que ofrezcan servicios educacionales, de bienestar, de recreo, médicos y sociales para estos pacientes y sus familias. Este conocimiento es útil para poder remitir al paciente y ayuda al dentista a identificar a pacientes especiales. Si, por ejemplo, la recepcionista

del dentista sistemáticamente pregunta el nombre de la escuela a la que asiste el niño, podrá identificar a los pacientes con deficiencia mental o con parálisis cerebral en el momento del contacto inicial. La recepcionista también podrá indagar si el paciente es autista o si se requieren disposiciones especiales para que el paciente llegue al consultorio dental. Es importante saber si el paciente posee limitaciones físicas y aparatos mecánicos, como silla de ruedas, que puede hacer inaccesible el consultorio dental debido a su estructura espacial. Otras consideraciones que afectarán a la atención dental son la disposición de la sala de recepción del dentista, la existencia de alguna persona para ayudar al paciente hasta que pase al operatorio, la posibilidad de programar visitas que limiten el tiempo de espera, la existencia de un sitio privado para el paciente y el dentista. Estas son dimensiones de la atención de pacientes especiales que pueden manejarse eficazmente mediante la programación por adelantado y la organización.

El paciente especial satisfecho y su familia suelen ser pacientes lucrativos a largo plazo para

el dentista. Estas familias suelen tener dificultad - para localizar dentistas que atiendan a sus hijos por lo que el dentista tiene la seguridad de que la mayor - parte de los pacientes le serán fieles. La satisfac-- ción interior que muchos dentistas reciben al trabajar con estos.

CON LOS PADRES.-

La familia de estos pacientes desempeña un papel especial en la situación dental. El grado de su participación varía desde marginal hasta indispensable pero su contribución, su impacto y sus problemas merecen ser examinados.

El conocimiento de la familia y la dinámica - de las relaciones familiares para formar parte de los dominios del facultativo responsable.

La familia de una persona incapacitada com-- parte los riesgos y efectos de su enfermedad, la pre-- sencia, dentro de una familia, de alguien con una - - afección crónica causa cambios fundamentales en la es-

estructura, Los patrones, las relaciones y el funcionamiento de la unidad familiar.

El dentista podrá tener mejor relación con el paciente y la familia si conoce sus tensiones y -- realidades. Cuando los padres necesitan el mayor apoyo y seguridad, sus preocupaciones son con frecuencia -- aumentadas por la forma en que las personas a su alrededor reaccionan respecto al niño "lisiado". El médico y demás personal del hospital, la familia y los -- amigos estarán molestos. Esta situación embarazosa -- de incomodidad se comunica en forma franca u oculta -- a los padres.

La atención del personal profesional y auxiliar se fija en la patología del niño.

Los padres de un niño defectuoso luchan con sus sentimientos respecto a sí mismo y a su hijo. Algunos padres con madurez emocional y estabilidad -- aceptan al niño, amándolo y criándolo, buscando su -- desarrollo normal como los otros niños. Otros padres se sienten culpables por el defecto del niño. Algu-

nos reaccionan " como mártires " y sienten que fueron "elegidos" para llevar este tipo de carga especial. --
Dios y otros padres pueden sentir gran hostilidad hacia su hijo malnacido. Esta incapacidad para reaccionar hacia el niño de manera amorosa y socialmente - - aceptable aumenta aún más sus sentimientos de culpabilidad. Sus tensiones son enormes por lo que emplean numerosos mecanismos de defensa. Para permitir hacer llevadera la vida. El dentista capaz de distinguir -- entre la madre sinceramente cariñosa hacia el paciente especial y la madre básicamente hostil y excesivamente protectora será también capaz de valorar inteligentemente su utilidad para el y para el paciente durante el proceso dental. Los pacientes que albergan sentimientos de resentimiento contra uno de los padres suelen usar en ocasiones un sitio público, como el consultorio del dentista. Para comportarse en forma tal que avergüencen al progenitor. El dentista que reconozca esto y simpatice con sus pacientes tratará a los padres, así como a los pacientes, con comprensión, - - bondad y respeto. (20)

El odontólogo escucha las frustraciones - -

y ansiedades enunciadas por los padres, aún cuando a menudo no exista una solución satisfactoria. Son muchos los padres que rara vez cuentan con la oportunidad de alguien que escuche con genuino interés sus problemas. El odontólogo no debe ser manifestante crítico de las emisiones previas en la atención odontológica del niño, pero debe llevar a los padres con todo cuidado la confianza de que un programa realista de restauración y prevención asegurará buena salud dental a su hijo.

" ANSIEDAD PATERNA. "

La mayoría de los padres se muestran bastante ansiosos en la primera visita, la ansiedad frecuentemente es más obvia en los padres de niños discapacitados.

El odontólogo debe de considerar el examen bucal efectuado con los padres se tranquilizará a los padres en cuanto a que el examen inicial no es una situación que cree tensiones en el pequeño y que si la

conducta del niño lo exigiera se pedirá a los padres que pasen a colaborar al consultorio.

El odontólogo entonces se retirará y dejará a los padres considerando sus observaciones iniciales.

Además se les puede ofrecer material escrito o visual que insista en las observaciones del odontólogo, para el caso de que durante la tensión de la entrevista no haya sido captada toda la información. (16)

No es inusual que los padres tengan sentimientos hostiles hacia los profesionales, a quienes han visto rechazar o maltratar a su hijo, dejando a la familia y al profesional frustrado y negativo. Es de esperar que una comprensión simpatía de las dificultades que esas familias enfrentan permitir al odontólogo no sólo corregir algunas falsas interpretaciones -- si no también comprometer a los padres en la elaboración de un programa de higiene bucal adecuada, que cumple las necesidades del niño impedido.

Los padres serán llamados con frecuencia ---

para administrar premedicación y brindar apoyo psicológico antes de la visita, ocasionalmente la presencia - del padre será necesario en el consultorio para ayudar a sostener físicamente al niño y según filosofía del - odontólogo y el tipo de paciente, para apoyo psicológico. Los padres deben de ser motivados para que cumplan las medidas preventivas de atención odontológica en el hogar, higiene bucal, terapia dietética o suplementar con flúor.

Los padres son un eslabón importante entre - el paciente impedido y el consultorio odontológico.(17)

DESPEDIDA DE LOS PADRES.-

Antes de despedirse de los padres estos deben de recibir y explicación de los resultados, del -- examen inicial.

Con frecuencia no logra al odontólogo comunicar a los padres todo el problema odontológico y su -- solución en la visita inicial, y estos dejan el consultorio con falsos conceptos.

Y una comprensión solo parcial del problema dental del niño.

Se altera la confianza si los padres debenvolver para repetidas visitas con el fin de enterarse de las necesidades de tratamiento odontológico del --
Hijo. (18)

CAPITULO IV

" PLANEACION DEL COMPLEMENTO DEMERAL ADEJUNTO
A NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL. "

CAPITULO IV" PLANTACION DEL CONSULTORIO DEBILITADO A -
NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL. "

Debe presentarse especial atención a la - -
ambientación del consultorio.

Una atmósfera amistosa y familiar, lo más -
parecido posible al ambiente natural del niño, ayu-
da a establecer el contacto inicial. (12)

Se olvida demasiado que el aspecto de un --
lugar causa una impresión bien determinada que puede
ser muy intensa y perdurable. La sala de espera debe
tener cuadros alegres, vitrinas con objetos intere- -
santes, algunos juguetes, flores, libros y revistas -
para niños.

Es imprescindible mantener todo en buen - -
estado y cambiarlo de vez en cuando, se sobre entien-
de, que el tiempo de espera debe ser lo más breve - -
posible y la sala de espera debe ser aislada contra -
los ruidos del consultorio. (10)

Al considerar las necesidades odontológicas de los niños con retraso mental pueden no tener problemas dentales específicos, pero su discapacidad sónica o física podría complicar el tratamiento odontológico.

Algunos objetivos, técnicas y precauciones para el manejo clínico de estos niños han sido organizados para alentar al odontólogo para que proporcione tratamiento en su práctica a los niños disminuidos.

La planeación del consultorio dental consistirá además en:

La posición correcta del sillón: Es un requisito previo para el dominio físico, el centro de gravedad del paciente debe estar ubicado en una posición reclinada que torne más difícil el movimiento -- hacia adelante y permita al odontólogo y su asistente un mejor control del niño. Los sillones relajantes brindan el mejor control del paciente restringido y son una clara ventaja al tratar niños con parálisis cerebral. (10)

Los procedimientos restrictivos como correas para las extralimitales según Finn, O.L., raramente son necesarios y podrían dificultar el manejo del niño -- en vez de facilitarlo, ya que restricciones excesivas pueden provocar espasmos musculares involuntarios. (8)

Los trabajos lentos en niños impedidos --- pueden lograrse solo gracias a trabajo de equipo bien coordinado del orientólogo y sus auxiliares. (9)

(26)

Según Thomas, K.B., dice que 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 pa posee más que ataduras suaves individuales. - se encuentran disponibles en tamaño para niños y adultos, proporcionan un control excelente del movimiento, en tanto que permiten cierto grado de comodidad al paciente. El sujetador se adapta al sillón dental reclinado el paciente se coloca en el centro del sujetador y las extensiones son aseguradas alrededor de los brazos a las piernas del enfermo o de ambos igual que con otros dispositivos sujetadores. (1)

Los amalgadores proporcionan protección y comodidad al paciente con parálisis cerebral.

El propósito de un sujetador no es eliminar el movimiento si no más bien restringirlo de modo que no interfiera con el tratamiento o que no cause una posible lesión algún miembro del equipo o al propio paciente cualquier consultorio que trate personas inválidas debe tener diversas ataduras suaves para ayudar a controlar esos movimientos. Deben fabricarse de algodón y estar disponibles en diferentes longitudes y anchuras para acomodarse diversas partes del cuerpo, los sujetadores pueden ser asegurados con un simple nudo o equipado con tiras de velcro con una sujeción o liberación rápida.

Los sujetadores físicos se habían asociado con el castigo o la disciplina en especial entre los individuos entre los individuos con retraso mental. Para evitar interpretación errónea deberá explicarse el valor de los sujetadores como auxiliar del tratamiento. (1)

Estabilización de los maxilares: Las pinzas-

abreboca de Molt, el bloque de mordida de Meresson --
o un dedal interoclusal servirán para estabilizar la --
boca en posición abierta.

La asistente dental vigilará estrechamente --
el dispositivo usado para impedir su desplazamiento --
por la lengua o los labios del paciente. Ese despla~~z~~z
amiento podría provocar laceraciones de los tejidos --
blandos o subluxación de los dientes. (3)

Es necesario tener cuidado cuando se utiliza
el abreboca debido a la posibilidad de dislocar la --
articulación temporomandibular. Si es que la boca es --
forzada más allá de una posición aceptable. Además --
es necesario retirar el soporte y permitir al paciente
que descanse cada 10 ó 15 minutos.

Descansa cabeza para pacientes con paráli- --
sis cerebral.-

Es un dispositivo especial que se adapta ---
a la porción superior del sillón dental. El diseño --
proporciona un apoyo lateral a las pacientes con pro--

blemas 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, — personas con trastornos neuromusculares que conduce a debilidad muscular extrema.

DISEÑO DEL CONSULTORIO.-

Muchos Odontólogos que desean tratar a personas inválidas o con impedimentos, representa el — empleo de una buena suma para equipar y diseñar el — consultorio con el fin de mejorar el tratamiento. Se describirán varias sugerencias a:

Ubicación del consultorio:

Un consultorio localizado en la planta baja facilitará el tratamiento de los individuos impedidos. De otra forma los pacientes necesitan superar el problema, la selección del consultorio, también debe in-

cluir una valoración del área circundante es decir la presencia, la ausencia de banquetas bajas, rampas -- para caminar al interior del edificio, aceras anchas -- en pendientes suaves puertas plegadizas o pesadas, -- pisos antiderrapantes y barandales.

Estacionamientos:

A menudo el estacionamiento presenta un problema para el invalido o los espacios reservados, deberán quedar cerca de la entrada del consultorio o de las áreas con rampa. Estos espacios deben de ser -- suficientemente anchos para permitir la presencia de camionetas con montacarga automáticas para descarga.

Las puertas deberán tener una abertura mínima de 80 cm. con umbrales que no excedan de 3.7 de altura, además las áreas adyacentes a uno ya 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 el cual la puerta es operada. Por ejemplo las puertas operadas con resortes, requieren más fuerza y movili

dad de la que algunos individuos inválidos tienen, todos los tapetes deberán retirarse puesto que pueden -- ser peligrosos para los pacientes que caminan con mu-- letas o tirantes o en una silla de ruedas.

Superficies de los pisos:

Las superficies antilrrapantes, ya han sido mencionadas en la evaluación de las áreas de acceso. -- Los pisos del interior del consultorio también deben -- estar cubiertos con materiales antiderrapantes, que -- permitan la ambulaci3n m1s segura para todas las perso -- nas en el consultorio. Deber1n evitarse el uso de ta -- petes y alfombras gruesas.

Signos:

Los signos visuales con letras en molde y -- las senales audibles pueden ser utilizadas en la forma apropiada por personas ciegas o sordas si es necesario para proporcionar direcciones.

Sanitarios:

Una de las consideraciones m1s importantes --

en el consultorio 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 elevarse utilizando una rueda con aparatos.

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. Los depósitos no deberán estar más elevados de 8.5 cm. desde el piso y deberán permitir un acceso fácil (montados en la pared). Las llaves de agua serán del tipo de palanca para llenar, lo cual permite su operación por pacientes con trastornos neuromusculares. Al paciente en silla de ruedas debe proporcionarseles, anaqueles portarollos y espejos más bajos o inclinados. Una copia de un código de construcción de locales a la consulta con un arquitecto, pueden proporcionar información específica para el diseño o modificación de facilidades en las secciones sanitarias.

Teléfono:

Idealmente deberá ser de botones y estará --
ubicado a una altura no mayor de 8.5 cm. sobre el --
piso.

Es importante proporcionar espacio adecuado en el cuarto de recepción para los pacientes confinados en sillas 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 una silla baja si un mostrador o pequeñas puertas corredizas 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 el recepcionista.

Transferencia de la silla de ruedas:

Estos individuos, junto a las esperas -- dificultades de transporte, acceso al consultorio y el hallazgo de sanitarios equipados apropiadamente, también tienen dificultad para encontrar cirujanos dentistas que sean capaces de proporcionar tratamientos --

en su consultorio. Aunque estos pacientes pueden tener otros problemas de manejo, el hecho de que utilicen una 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 realizarle cualquier -- tipo de transferencia, los que intenten hacerla, deben comprender las partes funcionales de una silla de ruedas. Esto sirve para tres propósitos:

- 1.- Ayuda a asegurar que la transferencia se realizará libre de los estorbos de la construcción mecánica de la silla.
- 2.- Ayuda a establecer una armonía con el paciente que a menudo se siente agradablemente sorprendido de encontrar a alguien que conoce como funciona su -- 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 va usar estos pueden ser:

- Transferencia por deslizamiento: Es utilizada con - pacientes que tienen buena potencia corporal en la - posición superior y un control escaso o nulo en la - porción inferior.
- Transferencia por medio de una persona: Es utiliza - da en pacientes que tienen fuerza moderada o con - trol del cuerpo pero que pueden encontrar la técni - ca por deslizamiento muy forzado. Estos con fre - cuencia son parapléjicos o con parálisis cerebral - con estados temporarios de distrofia muscular o -- esclerosis múltiple.
- Transferencia por medio de 2 personas: Se utiliza - en pacientes que presentan función motora limitada - intensa en todas sus extremidades cuando se utilice - esta técnica debe recordarse mantener la espalda -- recta y levantar con las piernas. (1)

Quando se diseña y compará un equipo para - un consultorio, hay varios casos a considerar si se - van a tratar pacientes impedidos. Puede ganarse fle

ibilidad adicional en un consultorio pequeño con el uso de una base inflable en el sillón dental. Ciertos estilos de unidades, como las que tienen mangueras -- colgantes, pueden dificultar los movimientos del individuo impedido.

Equipo radiográfico:

Es importantísimo por la necesidad de hacer un examen radiográfico completo es mayor en la población impedida; ya que esos individuos con frecuencia tienen una incidencia más elevada de anomalías bucales que la población general. (17)

Instrumentos:

Estos instrumentos deberán ser singulares, tener una sola parte activa para prevenir injurias -- sobre la cara y ojos del paciente y las manos del -- dentista. El odontólogo tendrá consideración en dicho instrumental indicándolos con type. (18)

Sedación:

Con los pacientes impedidos, la sedación --

está indicada con mucho más frecuencia que en el resto de la población que tratamos.

El uso de la medicación sedante también ha evolucionado. Mientras los anestésicos locales sirven eficaz y eficientemente para eliminar el dolor somático. Los sedantes actúan como un medio adicional para controlar el componente psicológico de la incoordinación o resistencia al tratamiento, sin los rasgos negativos de la anestesia general.

La sedación podría implicar por ejemplo, la introducción de una aguja en una vena y la inyección de dosis controladas de ciertas drogas, para crear un estado entre el sueño anestésico y la conciencia total. Podría consistir en que el paciente respire óxido nítrico y oxígeno en concentraciones controladas, por medio de una máscara nasal, haciéndole sentirse aturdiado, despreocupado y dispuesto al tratamiento.

(27)

Según Solomon, la administración de óxido nítrico con oxígeno puede ser peligroso para ciertos pacientes con parálisis cerebral con complicaciones --

de retardo mental. (18)

Otros oloantólogos usan métodos llamados comúnmente " premedicación ", que, en el mejor de los casos es un término pobre, ya que sugiere un procedimiento -- que se aprende y completa antes que el tratamiento -- comience.

El manejo puede comenzar, cuando el paciente es entrevistado y examinado por primera vez.

La palabra premedicación se emplea para sugerir un concepto o modalidad particular de tratamiento -- en el que se da una droga, por vía oral, antes que el paciente venga al consultorio, o en el consultorio -- antes que comience el tratamiento, con lo que se logra la sedación y se gana la aceptación del tratamiento -- una definición básica de sedación es la producción -- de un estado depresivo caracterizado por una falta de conciencia total, cercana al sueño anestésico.

Los reflejos protectores faríngeos y laríngeos no son embocados, de modo que el paciente puede --

mantener su propia vía de aire.

El alivio del dolor es una meta fundamental y raramente se produce en grado significativo con -- los sedantes. Un reflejo de irritabilidad disminuida y la ausencia de ansiedad que reduce la carga psicológica a la sensación de dolor, puede resultar en un -- estado en que el alivio del dolor de la anestesia local es aceptado más rápidamente por el paciente, pero es el anestésico local y no el sedante lo que verdaderamente elimina el dolor. El uso de anestésicos locales, es parte integral de una sedación eficaz.

La propiedad fundamental del estado de sedación es la reducción de la actividad funcional de -- los centros superiores del sistema nervioso central, -- idealmente sin perturbar las funciones vitales (pulso, presión sanguínea y respiración). Los centros -- superiores en la materia gris de la corteza, las áreas implicadas en el pensamiento abstracto, intelecto y -- memoria, son las más afectadas.

La meta de la sedación es alcanzar este --

estado sin deprimir significativamente las áreas en la médula y centros interiores del sistema nervioso central que controlan e inician la función cardio respiratoria. Cualquier cambio en la función debe ser temporario y reversible, de modo que todas las funciones -- vuelvan a unirse al pre-operatorio, cuando poseen los efectos de la medicación.

La sedación puede ser muy eficaz sólo cuando existe algún problema entre el odontólogo y paciente. -- Si el paciente es un retardado o su cooperación es -- imposible y el odontólogo no puede llegar a él, la profundidad de la sedación puede tener que llevarse a niveles peligrosos y seguramente no se logrará entretenimiento alguno.

Las anomalías anatómicas, como la retrognosia, microstomía y macroglosia, complican el mantenimiento de la vía aérea.

Para pacientes con estos trastornos, hay que evitar situaciones que puedan deprimir la respiración -- solo que se asegure la capacidad de ventilación por --

solle la la intubación enlotraqueal, que puede hacerse solamente durante la anestesia general.

En algunos pacientes, quizá debido a hiper--sensibilidad o malformación de los órganos detoxifican--tes, als drogas sedantes utilizadas comúnmente estan --contraindicadas.

Equipo de sedación:

El instrumental requerido varía también -- para los diferentes métodos de administración. Dar -- un medicamento por vía oral no requiere equipo. Si -- las drogas son recetadas, el odontólogo ni siquiera -- necesita tener sedantes en su consultorio. Para dar -- un agente por inhalación, se necesita un dispositivo -- medidor, que puede ser relativamente caro, pero es muy durable y puede proporcionar una buena inversión en la -- carrera del odontólogo. Hay que tener gases a mano, -- requiriéndose algún mantenimiento para el aparato (so--bre todo sus partes de goma -- tubo, moseonas, pero la--aplicación en la práctica cotidiana es mínima.

Dar una droga intramuscularmente hoy, con las jeringas desechables, esterilizadas disponibles no requiere más que abrir un paquete que contiene una jeringa y una ampollita de medicamento. Mientras los paquetes estén intactos, la esterilización está garantizada. La cantidad las drogas necesarias es pequeña y el surtido no necesita ser extenso.

Dar una droga por vía intravenosa puede requerir elementos más elaborados, con infusiones y reservorio de soluciones y dispositivos medidores especiales. Esto es más complicado que para una inyección intramuscular, pero las inyecciones intravenosas vienen también en forma disponible esterilizadas y su preparación no lleva tanto tiempo como en años pasados.

Medicamentos más usados:

El medicamento más empleado para reducir -- ansiedades y espasmos musculares es el clorhidrato de clordiazepóxido (Librium). (17)

Medicación pre-anestésica:

Edad paciente.	Dosis Cloralhidrato (gr.)	Dosis Scopolamina
16 a 30 meses	10	1/200
2 1/2 a 4 años	15	1/150
4 a 6 años	20	1/150
6 1/2 a 12 años	25	1/150

Estudios realizados en (Universidad de - -
Columbia, Dental, School) sobre retraso mental, parálisis cerebral y otras condiciones. Son 4 medicamentos los que se han utilizado: Demerol (Meperidina - hidrocloreide) y Phenergan (prometazina hidrocloreide), Tolserol y Dormison, el Demerol es un analgésico narcótico, deficiente cuando se usa solo.

Después estudios que se hicieron de una - -
combinación de Demerol (25 mg.) Scopolamina (1/250 --
gr.) y Seconal, dieron buenos resultados para disminuir la ansiedad de pacientes con parálisis cerebral.

Todas las drogas administradas oralmente y

CONCLUSIONES.

parenteralmente son absorbidos por el sistema metabólico del cuerpo, ellos también metabolizan y eliminan.

Demerol, Phenergan y Valium, estos son sedantes adicionales e inhibidores de la coagulación, estos no pueden ser usados en pacientes con problemas cardioparenatales.

Thorazine es un tranquilizador, es usado para náusea y vómito, esta droga es potente analgésico e hipnótico.

El Valium, como el Librium pueden ser usados oralmente, intramuscular e intravenosa en tabletas de 5 mg. administrados oral y parenteralmente. (17)

CONCLUSIONES.

Después de realizar una investigación no -- hay duda de adquirir de que esta hace la enseñanza y -- la práctica más fácil.

Los niños con parálisis cerebral en el con- sultorio dental deberán ser tratados como niños nor- males, ya que tanto el dentista como el paciente con- seres humanos, que se introducen o factores psicológi- cos y sociológicos ante la salud dental.

El dentista y el paciente también son - -- productos de experiencias vitales y de su ambiente -- social y para conseguir el éxito de un buen tratamien- to es necesaria la comunicación entre los padres y el pequeño impedido.

Se dar bastante comprensión y ciencia -- y un auténtico deseo de ayudar al niño para conseguir un buen tratamiento y la satisfacción profesional.

El manejo del paciente es un factor imper- tante, ya que entre los métodos convencionales de - --

obtener la cooperación del paciente deberán de ser --
agotados antes de emplear restricciones y la sedación
a la anestesia general.

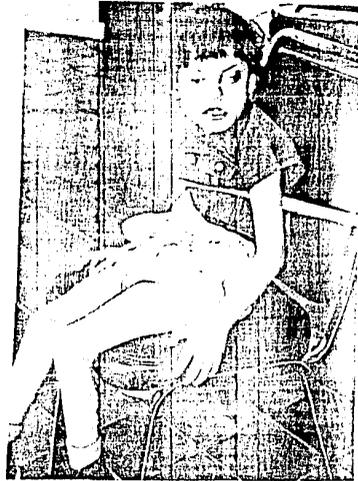


NINO DE 5 AÑOS DE EDAD APROXIMADAMENTE.
PRESENTA PARALISIS CEREBRAL CON TRANS-
TORNOS DE LA MARCHA.

NIÑO DE 11 AÑOS DE EDAD CON PARALISIS CEREBRAL CON CONDUCTA AGRESIVA. SE LE REALIZO UNA LOBOTOMIA QUEDANDO EN UN ESTADO DE VIDA VEGETANTE.



NIÑO DE 10 AÑOS DE EDAD CON PARALISIS CEREBRAL, MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS, IDIOCIA, PESADO MENTAL COMPLICACIONES AUDITIVAS E INCAPACIDAD DEL LENGUAJE.



EN ESTOS CASOS NO ES POSIBLE TENER UNA COMUNICACION CON ESTOS PACIENTES, POR TAL RAZON EL TRATAMIENTO DENTAL ES BAJO SEDACION.



NIÑO DE 10 AÑOS DE EDAD.
PRESENTA PARALISIS CEREBRAL, NO
ES CAPAZ DE EMPLEAR SUS MUSCULA
RES DE MANERA CORDINADA Y SIN -
TENSION PARA LA LOCOMOCION, --
PARA FXPLOAR EL MEDIO AMBIENTE
Y PARA OPTENER LAS COSAS QUE DE
SEA. LOS MOVIMIENTOS NO SON DIG
NOS DE CONFIANZA Y SEGURIDAD.
VLR FIG. (1, 2, Y 3)



NIÑO DE 14 AÑOS DE EDAD
CON PARALISIS CEREBRAL.



LA PARALISIS CEREBRAL O SINDRO
ME DE LITTLE, SE MANIFIESTA
DESDE TEMPRANA EDAD.



LAS INVALIDECES IMPORTANTES SUELEN
NECESITAR PSICOTERAPIA DE APOYO -
GRACIAS A LA CUAL EL NIÑO SE SIEN-
TE COMPRENDIDO.

LA ENFERMEDAD NO ES PROGRE-
SIVA NI DEGENERATIVA CON EJERCICIOS
Y ENTRENAMIENTOS ES POSIBLE CONSE-
GUIR UNA MEJORIA CONSIDERABLE.





CUADRIPLÉJIA:
AFECTACION DE LAS 4 EXTREMIDADES.

ESTAS
TESIS
NO DEBE
DE LA
BIBLIOTECA

PRESENTA CUADRO DE
EPILEPSIA, DEFICIENCIA O
RETRASO MENTAL.





TIPOS MAS COMUNES
DE DISFUNCIONES.
NEUROMUSCULARES.



ATAXIA: PERDIDA DE COORDINA-
CION MUSCULAR.
FALTA DE EQUILIBRIO.



ESPASTICIDAD:
SE CARACTERIZA POR HIPER-
CENTRALIDAD Y RIGIDEZ DE-
LAS SECCIONES AFECTADAS.



ATROFIS: CONTRACCIONES
MUSCULARES INVOLUNTARIOS
Y DESORDENADOS.



ADOLESCENTE 16 AÑOS
DE EDAD PRESENTA PARALIS-
CEREBRAL Y RETRASO MENTAL.



FIG. 1

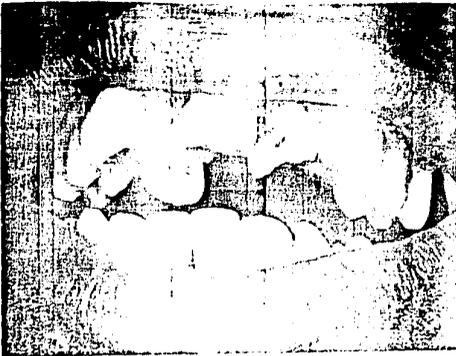


FIG. 2



FIG. 3

(FIG. 1, 2, Y 3) EN ESTE CASO PRESENTA GINGIVITIS CON LA PRESENCIA ABUNDANTE DE PLACA BACTERIANA POR INCAPACIDAD DE LLEVAR A CABO UNA HIGIENE BUCAL. APIRONAMIENTO, MAL FORMACION DE ESMALTE, INCIDENCIA DE CARIES.

BIBLIOPEDIA.

- 1.- BARBER, THOMAS K., LARRY S. LUKE
Odontología Pediátrica.
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
México D.F., 1985 Edición Ira.
Paginas 383 a la 400
- 2.- BEHRMAN, R.E., VAUGHAN, C.V., NELSON.
Tratado de Pediatría
TomoII., 12a. Edición.
Editorial Interamericana.
Mexico, D.f.
1985
Pagina 629
- 3.- BLAKE WRIGHT, JEAN
Enfermería Pediátrica
8va. Edición.
Paginas 266,267,268.
- 4.- COOKE, ROBERT E., M.D.
Bases Biológicas en la práctica pediátrica.
TomoI.
1era. Edición.
Salvat, Editores, S.A.
Paginas 428 al 432
- 5.- CHUSIO, JOSEPH G.
Neuroanatomía correlativa y neurología funcional.
6ta. Edición.
Paginas 337,338,339.
- 6.- CRUCKSHANK, W.W.
El niño con daño cerebral en la escuela, en el -
hogar y en la comunidad.
5ta. Edición.
Editorial Trillas.
México, D.F.
Paginas 308, 309.

- 7.- DORSCH, FRIEDERICH.
Diccionario de Psicología
Editorial Ferder
Edición 2da.
1976
Pagina 546
- 8.- FINN B, SIDNEY.
Odontología Pediátrica.
4ta. Edición
Editorial Interamericana
Mexico, D.F.
1976
Paginas 503, 504, 520
- 9.- FREEDMAN, A.M., KOPLAN, H.J. SADOK, B.J.
Compendio de Psiquiatría
Editorial Salvat
España
3ra. Edición
1980
Paginas 305, 348, 1311, 1312, 349, 347
- 10.- HANDT, E. WEYERS, H.
Odontología Infantil
Editorial Lumen
Argentina
1969
1ra. Edición
Paginas 155 a la 160
- 11.- HEUYER, G.
Introducción a la Psiquiatría Infantil
1ra. Edición
Editorial Planeta
México, D.F.
1976
Paginas 205, 208, 209
- 12.- HOTZ, R.F.
Odontopediatría
Editorial Médica Panamericana
Argentina
1974
1ra. Edición
Pagina 269

- 13.- KEMPE, G. HENRY., SILVER, HENRY K., O BRIEN, DONOUGH.
Diagnóstico y tratamiento pediátricos.
4ta. Edición
Editorial El Manual Moderno, S.A., de C.V.
México, D.F.
1981
Paginas 662,663,664,682
- 14.- KNOBEL M.
Psiquiatría Infantil Isicodinámica
1ra. Edición
Editorial Iaidos
Buenos Aires, Argentina
1977
Paginas 349 a la 351
- 15.- LLORENS, J., FIGUEROA, G., TICAÑO, T.
Pediatria para enfermeras.
1ra. Edición.
Editorial Jums.
Barcelona
1972
Paginas 378, 696
- 16.- McDONALD, R.E.
Odontología para el niño y el adolescente.
2da. Edición.
Editorial Mundi, S.A.I.C. y F.
Argentina
1971
Pagina 417
- 17.- NOWAR, ARTHUR J., D.M.D., M.A.
Odontología para el paciente impedido.
1ra. Edición.
Editorial Mundi, S.A.I.C. y F.
Argentina
1979
Paginas 201,301,204,49,48,50
- 18.- ROSENSTEIN SOLOMON N., D.D.S.
Dentistry in cerebral palsy and related handi--
capping conditions.
1ra. Edición
Edit. Charles C. Thomas Publisher
1978
Pagina 941

- 19.- SHAW, C.R.
Psiquiatría infantil
Editorial Interamericana
México, D.F.
1969
2da. Edición
Paginas 132, 133
- 20.- SOBLE K. ROSALYNDE.
Clínicas Odontológicas de Norteamérica
Odontología para el niño incapacitado
Editorial Interamericana
Julio.
1974
Paginas 546,547,555,554,551,454,553,552.
- 21.- VALENZUELA H. ROGELIO., LENGUAS B. JAVIER
MARQUETS, LUISA
Manual de Pediatría
Editorial Mundi, S.A.I.C. y F.
Lova Edición.
Argentina.
1982
Paginas 232,354.
- 22.- WOLFF, S.
Transtornos Psíquicos de niños, causas y tratamientos
2da. Edición.
Editorial Siglo Veintiuno
España
1975
Paginas 489,490,491

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- 23.- LITTLE.
Introducción a la Psiquiatría Infantil
Pagina 205
- 24.- GOLDSTEIN, SHAW C.R.
Psiquiatría Infantil
Pagina 133
- 25.- BENDER. SHAW C.R.
Psiquiatría Infantil
Pagina 136
- 26.- THOMAS. Barber Thomas K, Lorr. S. Luke
Odontología Pediátrica
Pagina 399
- 27.- Salomón. Rosenstein Salomón N.D.D.S.
Dentistry Incerebral Paisy and related handicapping
conditions.
Pagina 941