

870122
82
2ej

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



ESTUDIO DE LOS PROCEDIMIENTOS CLINICOS MAS EFECTIVOS
EN LA ATENCION DENTAL DEL PACIENTE IMPEDIDO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

RAUL ROJAS SOTO

ASESOR: DR. GUILLERMO HERNANDEZ ORTIZ

GUADALAJARA, JALISCO. 1987

**TESIS CON
FALLA DE CREEN**



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.

ESTUDIO DE LOS PROCEDIMIENTOS CLINICOS MAS
EFECTIVOS EN LA ATENCION DENTAL DEL PACIEN
TE IMPEDIDO.

INTRODUCCION.

- CAP. I : ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS E HISTORIA:
- a) Pasado
 - b) Presente
 - c) Futuro
- CAP. II : CLASIFICACION Y DESCRIPCION DE LOS IMPE-
DIMENTOS:
- a) Ffsicamente impedidos
 - b) Mentalmente impedidos
 - c) Defectos congénitos
 - d) Desórdenes convulsivos
 - e) Autismo infantil
- CAP. III: PREVENCIÓN Y LIMITACION DE LAS ENFERMEDA-
DES ORALES:
- a) Prevención de la enfermedad dental
 - b) Cuidado dental en la práctica privada
 - c) Tratamiento dental a domicilio e Insti-
ciones
 - d) Tratamiento dental en medio hospitala-
rio.
- CAP. IV: REHABILITACION Y MANEJO DEL PACIENTE:
- a) Sedación
 - b) Modificaciones en la restauración den-
tal para el paciente impedido.
 - c) Evaluación periodontal y consideración
del tratamiento en el paciente impedi-
do.

CONCLUSIONES.

I N T R O D U C C I O N

A través del tiempo, el tratamiento dental ha sido la más grande necesidad para la persona impedida. Es el único problema de la salud que afecta a todos los ciudadanos impedidos, a un grado que ha sido referido como catastrófico por muchos en la profesión de la salud. Es por esto que la persona impedida es más susceptible a los problemas dentales, porque las personas impedidas encuentran difícil obtener atención dental.

En esta tesis nos daremos cuenta del pasado, presente y futuro de la atención dental para estas personas, que sufren un determinado impedimento.

Se desarrollará los tipos de impedimento, clasificación, descripción, origen, aspectos orales y la influencia de esto en la salud oral de estas personas.

Las técnicas que existen para prevenir y cuidar la salud bucal de estos pacientes así como el instrumental y equipo necesario para brindar un tratamiento dental adecuado y de calidad a las necesidades de los pacientes impedidos, ya sea en el consultorio particular, en consultas a domicilio si el caso lo requiere, consultas en Instituciones o en un medio hospitalario dependiendo -- del caso en que se trate.

Evaluaremos y tomaremos las consideraciones adecuadas y necesarias para el tratamiento de este paciente especial, también nos basaremos en el tipo de paciente impedido con que estamos tratando, para obtener un control y manejo adecuado y proveer así una rehabilitación de acuerdo a las características y necesidades el individuo con que estamos tratando.

CAPITULO I

ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS E HISTORIA :

a) PASADO . -

" El tratamiento dental ha sido la más grande necesidad para la persona impedida. Es el único problema de salud que afecta a todos los ciudadanos impedidos a un grado que ha sido referido como catastrófico por muchos en la profesión de la salud. Es por eso que la persona impedida es más susceptible a los problemas dentales o por que la persona impedida encuentra difícil obtener atención dental.

A pesar de que ha habido una larga historia de programas privados y del gobierno norteamericano para grupos selectos de personas impedidas, principalmente en el área de educación y cuidados, ha habido ausencia obvia de cuidado dental comprensivo. "Miller" da las siguientes razones -- para esta ausencia:

- 1.- Los dentistas son renuentes a atender al paciente impedido en su práctica privada.
- 2.- Los dentistas no están equipados para manejar los problemas especiales que el paciente impedido pueda presentar.
- 3.- Los curriculumms de las escuelas dentales no incluyen experiencias educacionales en el manejo del paciente impedido.
- 4.- A causa de las necesidades médicas escolares ocupacionales y terapias físicas de las personas impedidas, -- los padres o tutores se muestran apáticos con las necesidades dentales. "(15)".

Para familiarizarnos con los variados términos usados a lo largo de esta tesis, a continuación daremos definiciones de éstos :

INCAPACITADOS EN

Personas con una capacidad-

SU DESARROLLO

atribuida a: Retardo mental, Parálisis cerebral, Epilepsia o Autismo, cualquier otra condición relacionada con retardo mental.

INCAPACITADO

Aquellas personas con limitaciones físicas causadas por la herencia, enfermedad, accidentes traumáticos o envejecimiento.

EXCEPCIONAL

Aquel niño o persona que se desvía del índice normal, mental o socialmente que requiere una modificación en sus prácticas escolares o servicios de educación especial para desarrollar su máxima capacidad.

IMPEDIDOS

Niños o personas que son consideradas dentro de los límites jugar, aprender, trabajar, no hacer cosas de acuerdo a su edad.

RETARDOS MENTALES

Aquellas personas que tienen déficit significativo en el índice general de función intelectual.

Muchos estudios han reportado las condiciones bucales, males en las personas impedidas. Hay mucha evidencia conflictiva en la literatura a la prevalencia e incidencia de caries dental, pero hay un usual acuerdo a la prevalencia de la enfermedad periodontal.

En todos estos estudios hubo un acuerdo casi unánime a la prevalencia universal de la enfermedad periodontal, como también una higiene oral significativa pobre en la pobla

ción impedida, comparada a los grupos de control.

La alta incidencia de dientes careados sin tratamiento como también de piezas faltantes, era frecuentemente observada hace suponer que la persona impedida que busca tratamiento dental tiene extracciones más seguidas, ya sea por que el diente no se puede restaurar o porque el dentista -- elige la extracción sobre el tratamiento a causa del difícil manejo del paciente. "(6)".

"La influencia de la educación dental.

El entrenamiento en la profesión dental para el paciente impedido no ha estado bien documentada através de los -- años, así que cualquier intento de seguir su desarrollo se tiene que basar en evidencia presuntiva derivada de reportes en el desarrollo de la profesión dental en los Estados Unidos de Norteamérica.

Los dentistas de antes eran, por lo general, individuos sin entrenamiento y sin conocimientos, a causa de que no había restricciones en el uso del título "Dentista". ⁽¹⁵⁾ Ba-
"15" lford dividió a los 300 practicantes de dentista en 1830 en tres clases. El primer grupo consistía en los zapateros, marinos, cerrajeros, panaderos y barberos que viajaban por el país practicando sus habilidades dudosas en la población indefensa. La segunda clase comprendía a los dentistas con un mínimo de entrenamiento pero con grandes habilidades mecánicas y con un gran sentido de responsabilidad profesional. La tercera clase de dentistas eran esos hombres que sabían que la profesión era estimada muy baja y entre ellos mismos compartían sus conocimientos; para este tiempo había muy pocas escuelas médicas que conocían conferencias sobre odontología, pero esto era ineficiente por la falta de organización.

Un intento en 1839 para establecer una escuela dental en Kentucky falló, pero en 1840 el Colegio de Baltimore de cirugía dental fué fundado como una Institución independiente, por 4 médicos, dos de ellos eran dentistas, cinco años después. El colegio de Ohio de cirugía dental de Philadelphia en 1852 y el Colegio Dental de Philadelphia en 1863.

En 1870 habia 7,839 dentistas en Estados Unidos, de los cuales solo el 15% de ellos eran graduados de colegios dentales.

Historia.

A pesar de que la Asociación Dental Americano fué organizada en 1859, fué un tiempo después que surgió un grupo especial de dentistas interesados en el cuidado del paciente impedido. Con la incorporación de la Sociedad Americana para la promoción de la Odontología para niños en 1927, una organización de dentistas interesados en la promoción del cuidado dental en los niños inició muchos de ellos eran los mismos que estaban tratando a los niños impedidos.

Más tarde, un grupo de dentistas de New Yor se unieron con interés mutuo por el cuidado dental en el paciente con parálisis cerebral. En 1948 organizaron el Consejo de Guianza para parálisis cerebral.

En los comienzos de 1950 grupos con este interés especial se desarrollaron y después de numerosas discusiones entre los miembros de la Sociedad Americana de Odontología para niños y la Academia Americana de Periodoncia, la Academia para la rehabilitación bucal de personas impedidas fué organizada en 1952, encabezada por tres periodontistas cuyos fines eran :

- 1.- Promover y mantener índices altos de cuidado y tratamiento dental en pacientes física y mentalmente impedidos.
- 2.- Alentar y asistir practicantes dentales a prepararse y capacitarse para tratar pacientes física y mentalmente impedidos.
- 3.- Promover investigación en todas las ramas del cuidado dental y tratamiento de personas física y mentalmente incapacitados y después publicarlos.

En 1957 fué cambiado el nombre a como lo lleva en la actualidad " Academia de Odontología para el Impedido".

b) PRESENTE .-

" Durante esta etapa a muchas personas impedidas se les negaba sus derechos cívicos legales incluyendo el derecho al tratamiento dental.

Con el advenimiento de procedimientos restaurativos mas sofisticados y el desarrollo de clínicas dentales en lugares institucionales, la profesión dental reconoció su responsabilidad de dar más cuidados dentales apropiados a las personas impedidas. La mayoría del cuidado dental durante este periodo, aunque de más calidad, eran dados de baja situaciones anormales, con el uso de anestesia general, sedación oral y restringentes físicos.

En los principios de los años 70s se inició una protesta nacional en contra del tratamiento general - inhumano hacia las personas impedidas; dicha práctica como el uso de restringentes físicos fué declarado como una forma de abuso.

Para facilitar el proveer tratamiento dental y mantener la higiene oral, numerosas técnicas especializadas y equipos fueron diseñadas para varios tipos de condiciones de impedimentos, incluyendo elevadores hidráulicos de sillas de ruedas, estabilizadores de cabezas y cepillos de dientes adaptables.. La odontología por el impedido se volvió una subespecialidad dental, caracterizada por un pequeño grupo de dentistas dedicados y profesionales, quienes tenían habilidades especializadas y contaban con equipo y técnicas especializadas también. "(13).

" Durante los setentas el concepto de normalización emergió como tema de ese tiempo. Normalización un proceso avanzado por Nirje en Escandinavia y Wolfensberger en los EE.UU. es definida como "el hacer posible al retardo mental, patrones y condiciones de la vida diaria que sean tan cercanas posibles como las normas y patrones de la mayoría de la sociedad ".

El concepto de normalización sugiere que:

- 1) Servicios se deben proveer de una manera que - haga a los individuos aparecer menos diferentes.
- 2) Se debe enfatizar en la similaridad de estos in dividuos con otras gentes y no sus diferencias.
- 3) Los valores de la sociedad deben moldearse de - manera que acepte las pequeñas e inofensivas di ferencias en la gente.

El proceso de la normalización llama a la introducción - y reintegración de la gente impedida a la sociedad.

El amplio concepto de normalización fué implementa- do a través de la legislación y programas para personas- impedidas desarrolladas para encontrar las siguientes me- tas:

- 1.- Asegurar sus derechos legales y civiles.
- 2.- Recibir una educación apropiada.
- 3.- Aumentar su desarrollo social y habilidades para re- solver problemas.
- 4.- Aumentar las opciones de empleo y descenso de la dis criminación en los empleos.
- 5.- Asegurar un programa comprensivo de recursos comuni- tarios. "(8)

"En 1974 la Academia de Odontología para el Impedi- do promovió la Fundación Nacional de Odontología para el Impedido, para promover la investigación, educación den- tal y una acción dental afirmativa para la resolución de la salud bucal en los ciudadanos impedidos. "(15)

"Las escuelas dentales se encontraron beneficiadas- por la Fundación Robert Wood Jhonson en 1974 ya que el - propósito de esta, era educar a los futuros dentistas en el cuidado de pacientes impedidos, con la anticipación - de que estos dentistas integrarían a dichos pacientes en su práctica general.

Algunas clínicas de enseñanza especial fueron esta- blecidas en algunas de estas escuelas, mientras otros in tegraban impedidos a sus clínicas regulares. "(15)

" Se ha logrado dar un mejor tratamiento dental de-

estas personas y se han hecho muchos programas en Estados Unidos de Norteamérica con respecto a las personas impedidas, programas para prevenir defectos de nacimiento, "March of Dimes", programa para parálisis cerebral, autismo infantil, defectos muscoesqueletales y también olimpiadas especiales para niños impedidos y muchas otras que se están formando.

Se toma en cuenta las necesidades de estas personas en edificios, calles, restaurantes, estacionamientos, sanitarios, lavatorios, fuentes de agua, etc.

Todos estos logros se han hecho como reconocimiento a los derechos de las personas impedidas de desenvolverse en el medio social en que el resto de las personas viven . "(11)

FUTURO

" En el presente no se está haciendo todo lo posible para atender bien a todas las personas impedidas pero la futura atención médica y dental y la normalización para estas se vé muy prometedora, ya que con los trabajos e investigaciones médicas de Fundaciones, Academicas Centros Unitarios de Salud y sectores del gobierno de los Estados Unidos se piensa desarrollar programas en los cuales las personas impedidas adquieran los mayores beneficios y servicios a lo que respecta a su salud y su desenvolvimiento social.

Uno de los programas que ya se están terminando de estructurar cuenta con los siguientes beneficios y servicios:

- 1.- Construir más unidades clínicas y hospitalarias que den servicio a las personas impedidas.
- 2.- Capacitar a los profesionales de la salud en las

técnicas mas avanzadas y que se adapten a las necesidades de los pacientes impedidos.

- 3.- Contar con el equipo necesario para atender lo mejor posible a este tipo de paciente.
- 4.- Adaptar más unidades móviles que hacfan visitas domiciliarias y a Instituciones donde radiquen personas impedidas y que no pueden salir a conseguir consulta.
- 5.- Seguir con el trabajo de investigación sobre las enfermedades más frecuentes y más complicada- de las personas impedidas.
- 6.- Promover mas campañas publicitarias para recabar fondos para lograr estos fines.

En lo que se refiere al desenvolvimiento social y las barreras arquitectónicas para estas personas impedidas , se espera que para un futuro estas barreras en edificios, casas, autos, autobuses, calles, estadios, lugares y servicios públicos, etc., ya no existan. De esta manera se ayudará al desenvolvimiento social y psicológico de estas personas impedidas.

Se piensa seguir llevando a cabo las olimpiadas especiales (para personas impedidas) y programas especiales en los cuales las personas impedidas tomen parte activa en ellas.

Todos estos programas y actividades se llevan o se llevarán a cabo en toda la nación, en los Estados Unidos, y se están desarrollando aún mas programas para el beneficio de estas personas impedidas como el que las escuelas de Odontología se lleve materias y prácticas de como manejar al paciente impedido y saber todo acerca de cada uno de estos impedimentos, cursos de capacitación sobre técnicas mejores para la atención al paciente impedido. "(11)

CAPITULO II

a) " FÍSICAMENTE IMPEDIDOS:

Un paciente físicamente impedido tiene uno o mas defectos estructurales que causa que su realización normal se haga usualmente difícil y algunas veces imposible de hacer.

Los practicantes deben aprender a desarrollar flexibilidad en sus métodos de tratamiento y equipo de manera que puedan tratar adecuadamente al individuo físicamente impedido.

Agragando estar familiarizado con las manifestaciones médicas de la condición específica del impedido, sea niño o adulto, el dentista debe de tener conocimiento y familiaridad con los hallazgos bucales que pueden estar asociados con esta determinada enfermedad. Manifestaciones orales son ocasionalmente encontradas en el niño con parálisis cerebral, el adolescente bajo el tratamiento para Scoliosis, el adulto joven con multiesclerosis y el paciente de mayor edad, con osteoartritis o enfermedad degenerativa de las articulaciones.

Hay muchas condiciones sistemáticas, congénitas que hacen a un individuo físicamente impedido. Algunas de las cuales discutiremos, que son común en la práctica del dentista.

Existen mecanismos identificables que producen una variedad de categorías de enfermedades que hacen que el individuo sea físicamente impedido. "(16)

"Microorganismos pueden invadir el cuerpo por inhalación, ingestión o inoculación para producir una enferme

dad específica, volviendo al individuo físicamente impedido (fiebre reumática y poliomielitis).

Características genéticas asociadas a la herencia (diabetes mellitus, enfermedad de Huntington Chorea).

Alteración física pre-natal o posnatal (parálisis cerebral).

Desórdenes clasificados como los que afectan el sistema musculoesquelético y sistema neuromuscular.

Enfermedades que afectan el sistema musculoesquelético)

ARTHRITIS .- El término arthritis es usado para describir una condición inflamatoria en las articulaciones. Las causas para la inflamación de la articulación son variadas : infección causada por microorganismos, desórdenes de tejido conectivo, enfermedades degenerativas de las articulaciones, alergia y reacciones a las drogas y arthritis de origen desconocido. Aspecto bucal, las citas para pacientes con arthritis debe ser lo más cortas posibles y de preferencia en las tardes, cuando el uso gradual de las articulaciones y músculos durante el día ha reducido la inflamación. La ATM puede estar involucrada y el dentista puede tomar conciencia de que el paciente le puede ser muy difícil tener la boca abierta por períodos largos y tener restricción en los movimientos de la mandíbula.

ARTHRITIS REUMATOIDE JUVENIL.- La enfermedad puede ocurrir de cualquier edad hasta los 14 años, la mayoría de los casos ocurren entre 18 meses y 3 años. Es una enfermedad de etiología desconocida, caracterizada por la inflamación de las articulaciones.

Aspecto bucal . - Las precauciones del dentista a esta enfermedad son similares a la de arthritis de adultos, además el niño que tiene una involucración de la --

ATM con una micrognatia resultante puede requerir de tratamiento ortodóntico.

SCOLIOSIS . - Scoliosis es una curvatura o desviación de la espina que puede ser catalogada en dos categorías:

1) Scoliosis funcional : Una curvatura dentro del límite normal de movimiento de la espina dorsal que puede ser corregido voluntariamente por el niño. Son comúnmente ocasionadas de que una pierna sea mas corta que la otra.

2) Scoliosis estructural: Una curvatura fija de la espina que es causada por deformidad espinal que no se puede corregir voluntariamente por el niño. Aspecto bucal: durante el tratamiento activo para la scoliosis, el paciente bajo este tratamiento dental experimentará dificultad en abrir su boca, y esto hará difícil perforar el tratamiento dental.

DISTROFIA MUSCULAR .- Este término es aplicado a un grupo de enfermedades musculares en las cuales los síntomas son atrofia progresiva y debilitamiento de los músculos esqueléticos, con el aumento de deformidad e incapacidad. Las dos formas más comunes de esta enfermedad son pseudohipertrófica y la facioscapulohumeral. Ambos tipos son transmitidos genéticamente. Aspecto bucal el tratamiento dental para estos pacientes debe hacerse en una base regular para mantener los dientes y la boca en una condición buena y sana, para eliminar la posibilidad de infección orales causadas por abscesos dentales, o problemas periodontales.

MYASTHEMIA GRAVIS .- Es una enfermedad de largo plazo caracterizado por un debilitamiento variable o fatiga de los músculos estriados voluntarios del cuerpo-

y un recuperamiento rápido de la debilidad muscular después de un período de descanso, es causado por un defecto en la relación normal de acetilcolina y colinesterasa en la articulación mioneural. Aspecto bucal, el dentista debe estar alerta de las complicaciones asociadas con esta enfermedad y se debe consultar al médico particular del paciente antes de hacer tratamientos quirúrgicos o recetar medicamentos o dar sedativos. Se debe evitar dar medicamentos que tienen una acción depresora de la respiración.

Perturbaciones e infecciones se pueden presentar en cualquier parte del cuerpo, es por eso que se debe conservar en buena condición a los dientes y tejido gingival.

OSTEOGENESIS IMPERFECTA. - Es el aumento y fragilidad del hueso que se fractura como resultado de un trama leve, a causa de una actividad osteoblástica-imperfectas. Aspecto bucal, es el principal problema para el dentista al tratar estos pacientes. Es la fragilidad extrema del maxilar y mandibular. Una simple extracción puede resultar en una fractura de la mandíbula o el hueso alveolar.

Aún en un simple tratamiento dental que requiera que el paciente abra la boca, puede resultar en una dislocación de la ATM.

Enfermedades que afectan el Sistema Neuromuscular:

PARALISIS CEREBRAL . - Es un término utilizado para describir un grupo de desórdenes estáticos no progresivos que son causados por daño cerebral que ocurre ya sea prenatalmente, durante el nacimiento ó en período postnatal, antes de que el sistema nervioso central alcance madurez.

El resultante daño cerebral es manifestado como una

mal función de los centros motores y es caracterizado por parálisis, debilidad muscular, incoordinación y otros desórdenes de la función motora. Aspecto Bucal, presentan problemas como: hipoplasia del esmalte en dientes primarios, mayor incidencia de caries dental, mayor incidencia de problemas gingivales (gingivitis) presentados mayormente en pacientes que estén bajo tratamiento de Dilantfn (Diphenylhydantoin) y mayor incidencia de maloclusiones.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR . - Conocido como CVA, - apoplejía Cerebral, es la interrupción del flujo sanguíneo al cerebro. Esta crisis del flujo vascular al cerebro puede ocurrir como resultado de una pequeña hemorragia espontánea intracerebral a partir de una ruptura de una arteria enferma, una oclusión vascular causada por una trombosis o por una embolia. Es comúnmente visto después de la edad de 50 años. Aspecto bucal, el paciente en estas condiciones no se le debe negar el tratamiento dental en el consultorio; si es que el dentista está conciente de los problemas que pueden ocurrir y qué es lo que se puede hacer para evitarlos.

ENFERMEDAD DEL PARKINSON . - Es una enfermedad lenta progresiva que se desarrolla entre las edades de los cuarenta a sesenta y cinco años. Es una degeneración del cerebro, principalmente en la sustancia negra. Esta enfermedad puede ser causada por artereosclerosis con relación a la región del cerebro. Aspecto bucal, en estos pacientes se notan disturbios emocionales los cuales hacen que se nieguen al tratamiento y a tomar medicamentos, el dentista debe alentar al paciente a tomar sus medicamentos, mostrarse interesado en su mejoramiento.

MULTIPLE SCLEROSIS. - Es una enfermedad de la médula, que provoca la destrucción de la capa miélica de-

sustancia blanca del cordón espinal y cerebro. Es de etiología desconocida. Se dá entre las edades de los 20 a 40 años, mayormente en las mujeres. Aspecto bucal el dentista debe eliminar cualquier infección oral que ocurra en estos pacientes, cualquier foco de infección que debe eliminar, porque nuevos ataques de esta enfermedad se presentan a partir de una infección dental.

Los pacientes se deben examinar regularmente para mantener su boca libre de infecciones. Las citas deben ser tan cortas como sea posible, evitar su fatiga y -- stress emocional."(5)

b) MENTALMENTE IMPEDIDOS :

De las definiciones de retardo mental, se puede tomar una en la cual se unen varios criterios: Se encuentra una significativa desviación por debajo del índice normal de inteligencia (CI), ésta incapacidad toma lugar antes de alcanzar la madurez, durante el desarrollo prenatal, neonatal o en el desarrollo temprano, y que los déficits de aprendizaje y sociales están asociados con la incapacidad de un comportamiento adecuado.

Esta deficiencia se presenta antes de la edad de los cinco años y se diagnostica más frecuentemente después de entrar a la escuela, cuando los problemas en aprender se muestran.

Una forma de retardo mental conocida como pseudo-retardo suele ser el resultado de una retirada social y falta de estímulo. Mal nutrición y pobreza que usualmente se encuentran juntas, están íntimamente relacionadas con el desarrollo y crecimiento mental.

Se han hecho investigaciones en las cuales a estas clases de pseudo retardo se logra un crecimiento y desarrollo mental, haciéndolos desenvolverse en ambientes adecuados y tener mejor nutrición.

La ciencia genética ha hecho contribuciones significantes referido al estudio del retardo mental. Demuestran que mutaciones específicas de genes, especialmente del tipo raro y recesivo, se pueden acumular en comunidades donde la consanguinidad resulta en un flujo de pocos genes.

Factores Prenatales en el Retardo Mental . -

La base embiológica de retardo mental es determinada.

por los efectos de la enfermedad materna; en las tres-capas germinales: Ectodermo, metodermo y endodermo, es totalmente lógico que anomalías de la piel, pelo y - - dientes están asociados frecuentemente con una disfunción cerebral.

Los factores implicados en los defectos y malformaciones de nacimiento son: infección, nutrición, enfermedades crónicas, medicamentos, radiación, trauma, - anoxia, parto prematuro, toxemia e incompatibilidad - - sanguínea.

Aspectos Orales del Retardo Mental.

Este paciente seguidamente presenta múltiples malformaciones congénitas incluyendo anomalías en la - morfología de la dentición pueden ser identificados co- aspectos.

Anormalidades Cromosómicas.

SINDROME DE DOWN . - Se caracteriza por un retardo- mental total, estatura reducida, de cabeza braquifálica, piel seca y escamosa, puente nasal y ojos oblicuos.

Las manifestaciones bucales son : lengua escrotal- macrolosia con protusión y mordida abierta, anomalías de las platinas, disarmonías oclusales, microdoncia, patrones aberrantes de erupción, dientes desiguales, sobrerretenedores, dientes en forma de cono, hipoplasia del esmalte, anodoncia y dientes supernumerarios.

SINDROME DE DONOHUE.- Su aspecto general es extremadamente demacrado y su aspecto facial es una ancha - quebrada de nariz, oídos grandes y bajos, labios gruesos y boca abierta.

SINDROME DE COCKAYNE . - Es una enfermedad en la - cual el niño parece normal al nacimiento pero de repente

desarrolla una detereoración progresiva de sus tejidos. Sus manifestaciones generales son atrofia óptica, órbitas hundidas, nariz delgada y estatura baja. Las manifestaciones orales incluyen una dentición sobresaturada y angosta.

Defectos de Osificación Esqueletal.

Estos defectos son hereditarios o sisostosis congénita del cráneo que involucra a las estructuras orofaciales.

EPIGNATUS . - Es un disturbio profundo en el desarrollo del embrión.

Un recién nacido puede presentar ausencia de bóveda palatina a través de la cual una masa defectuosa de tejido indiferenciado o proliferado.

DISOSTOSIS CLEIDOCRANIAL .- Una disostosis hereditaria del cráneo caracterizada por aplasia o displasia de las clavículas. La morfología craneal es braquicéfala -- con una osificación retardada de la línea media del cráneo y un cierre retardado de la sutura anterior. Otras anomalías esqueléticas pueden incluir piernas cortas, corta estatura y algunas veces scoliosis. Las manifestaciones orales incluyen maxilar hipoplásico, algo de prognatismo y sobreretención de la dentición primaria y erupción retardada.

Displacias Ectodermales.

DISPLACIA ECTODERMAL ANHIDROTICA.- Es hereditario y es un desorden recesivo, está marcada por una deficiencia de glándulas sudoríparas y otros defectos ectodermales. Los aspectos orales incluyen cabello delgado, frente prominente, nariz en forma de silla de montar, perfil cóncavo, anodoncia parcial y caninos en forma de cono.

SINDROME DE APERT'S.- Los dos tipos del atípico y típico se encuentra el crecimiento en forma de torre - del cráneo, los ojos se encuentran muy separados, una nariz en forma de silla de montar, fusión de los dedos de las manos y de los pies. Las manifestaciones orales incluyen paladar alto, bóveda angosta y dentición sobrepoblada.

SINDROME KLEEBLATTSCHADEL (Cráneo de Trébol).-- Los infantes con este síndrome presentan un cráneo trilobulado, hidrocefálico. Su cráneo es a causa del amontonamiento lateral y hacia arriba en la áreas de las suturas sagital. "(14)

" DEFECTOS CONGENITOS .

Los defectos congénitos orofaciales en pacientes que acuden a la oficina del dentista han sido normalmente examinados previamente ya que la mayoría de los problemas de esta naturaleza son aparentes desde el nacimiento. Este hecho no le quita la responsabilidad al dentista, de hacer una examinación completa y formular su propio diagnóstico. En muchos casos el conocimiento único del dentista y su orientación hacia el complejo maxilofacial puede agregar nueva y valiosa información a una condición previamente diagnosticada.

Es un hecho conocido que las anomalías congénitas raramente ocurren en un individuo como defecto único. Generalmente, otros órganos, sistemas o estructuras se ven afectadas. Es por esto que es posible que el desarrollo para la dentición, junto con aquellos otros órganos y estructuras del cuerpo que pueden estar afectados por el mismo factor o factores etiológicos responsables por la anomalía específica.

La dentición, comienza su desarrollo embriológico a las cinco semanas del útero, en el caso de los incisivos primarios y molares, y continúa iniciando nuevas unidades hasta los ocho años, en los casos de los terceros molares, sus coronas se terminan de formar a los doce a diecisiete años de edad.

Algún insulto al embrión generalmente afectará ciertos tejidos que se encuentran en estado clínico de desarrollo embriológico al momento del insulto. El estado crítico de la embriogénesis dental es de la quinta semana en el útero hasta el doceavo o diecisieteavo año postnatal. Entonces factores etiológicos envueltos en causar malformaciones congénitas pueden afectar la dentición por más de una década. Después de ser afectado un diente calcificado presenta una cualidad unida la cual que después del insulto, el diente permanece intacto y después de varios años detecta el problema.

Malformaciones congénitas generalizadas, algunas veces asociadas con anomalías congénitas.

PALADAR Y LABIO LEPORINO . - Su etiología es multifactorial, las anomalías morfológicas dentales son: anomalías de forma y número, incisivos curvos y gruesos, excesivos, irregulares o exagerados mamelones, túberculos labiales, dientes supernumerarios y premaxilares malformados, cúspides reducidas, faltantes o fusionadas.

SINDROME DE LA RUBIOLA CONGENITAS . - Su etiología es de infección con el virus de la rubeola materno. Las anomalías morfológicas dentales son: defectos de esmalte, fusión del canino e incisivo lateral, cúspides extras en molares primario, reducidas o cúspides faltantes en dos molares primarios.

SIFILIS CONGENITA . - Su etiología es la infección materna con el virus Treponema Pallim. Las anomalías morfológicas dentales son : molares en forma de resaca, macrodoncia, incisivos en forma de pala.

SINDROME DE DOWN. - Su etiología es por el cromosoma veintiuno sus anomalías morfológicas dentales son: incisivos y caninos en forma de cono y dientes faltantes.

DISPLACIA ECTODERMAL . - Su etiología es genética su anomalía morfológica dental es : incisivos cónicos, hipodoncia.

ERITO BLASTOSIS FETAL . - Su etiología es inmunológica, incompatibilidad de RH, sus anomalías morfológicas dentales son: RF en la dentición primaria.

INCONTINENTIA PIGMENTI.- Su etiología es posiblemente genética, (factor dominante X) o infección materna por virus herpético, las anomalías morfológicas dentales son: hipodoncia, incisivos marcados anteriores y premolares cónicos.

RETARDO MENTAL (Varias formas). - Su etiología es multifactorial, las anomalías morfológicas dentales son: defectos similares al del paladar y labio hendido mas dientes posteriores en forma de barril, incisivos en forma de pala, cúspides accesorias y divididas, molares comprimidos.

SINDROME DE MOHR'S, OROFACIODIGITAL (OFD) II - SINDROME .- Su etiología es genética, probablemente recesiva optosómica, las anomalías morfológicas dentales son: dientes supernumerarios, erupción retardada talón en los incisivos, cúspides supernumerarias hiper taurodontismo y dientes faltantes.

SINDROME DE RIEGER . - Su etiología es genética - autosoma recesivo, las anomalías morfológicas dentales son: hipodoncia, microdoncia, macrodoncia, dientes en forma de cono.

SINDROME DE ROTHMUND.- Su etiología es genética, - autosoma recesivo, las anomalías morfológicas dentales son: microdoncia, dientes supernumerarios y faltantes, cúspides faltantes y distorcionadas, anteriores cónicos, esfoliación prematura, caninos impactados.

A continuación daremos un cuadro sinóptico en el cual abreviaremos por orden alfabético, los síndromes de anomalías congénitas conocidas:

ACROCEPHLOSYNDACTYLY (Síndrome de Apert's).- Sus características son pulgar del pie y del dedo amplios y separados, craneosistosis, hipoplacia irregular en la mitad de la cara, hipertelorismo, retardo mental, corta estatura , húmeros cortos, su frecuencia es rara y su etiología es un dominante autosómico.

DISPLACIA ANHDOTICA ECTODERMAL.- Sus características son: hipoplacia o aplacia de glándulas sudoríparas sebáceas, frente prominente, hipodoncia o anodoncia, - distrofia de uñas, asma, no hay retardo mental, su frecuencia es rara. Su etiología está ligada al factor X- en los cromosomas.

DISOSTOSIS CLEIDO CRANEAL.- Sus características -

DISOSTOSIS CLEIDO CRANEAL . - Sus características son: aplasia completa o parcial de las clavículas, desarrollo retardado de los huesos de la cara y cierre retardado de sus suturas, erupción retardada de dientes permanentes anormales, hueso de la mano anormales, múltiples dientes supernumerarios, quistes foliculares paladar hendido, corta estatura y fragilidad ósea incrementada. Su frecuencia es relativamente rara y su etiología es por dominante autosómico (uno de cada tres casos son el resultado de nuevas mutaciones espontáneas.).

SINDROME DE CORNELIA DE LANGEST. - Sus características son: cejas continuas, microcéfalo, nariz pequeña micrognatia, retardo mental, corta estatura, pequeñas y malformadas manos y pies, su frecuencia es rara y su etiología es desconocida.

DISOSTOSIS CRANEOFACILA, ENFERMEDAD DE CROUZON .- Sus características son cráneosistosis, hipoplasia maxilar , sordera, órbitas hundidas, no hay retardo mental y sus dientes se encuentran muy espaciados. Su frecuencia es rara y su etiología es un denominante autosómico.

DESTRUCCION DEL BRAZO CORTO DEL CROMOSOMA CUATRO.- Sus características son paladar y labio hendido, hiper telorismo ocular, glabella prominente, retardo en crecimiento marcado, retardo mental, corta estatura y pubertad precoz, su frecuencia es rara y su etiología es la destrucción del brazo corto del cromosoma cuarto.

DESTRUCCION DEL BRAZO LARGO DEL CROMOSOMA DIEZ Y OCHO.- Sus características son, hipoplasia, canal auricular angosto, boca en forma de carpa y manos largas, retardo mental, corta estatura y varias anomalías oculares, su frecuencia es rara y su etiología es parcial en la destrucción del brazo largo del cromosoma diecio

cho.

SINDROME DE DOWN'S .- Sus características son: braquicéfalo, nariz pequeña con forma de silla de montar, manos cortas, boca pequeña con protusión, lengua fisurada, piel seca e hiperqueratósica, retardo mental, corta estatura, incidencia incrementada de leucemias. Su frecuencia es una de cada seiscientos nacimientos, su etiología es por el cromosoma veintiuno.

DISPLACIA CONCROECTODERMAL, SINDROME DE ELLIS-VAN-CREVELD.-

Sus características son hipoplacia de dientes, uñas y tibia, dientes neonatales, torax pequeño, enfermedad del corazón genética y corta estatura, su frecuencia es rara y su etiología es recesiva autosomal.

SINDROME DE GOLDENAR'S . - Sus características son: hipoplacia de los arcos sigomáticos y mandíbula, anormalidades vertebrales, en el quince por ciento los casos -- presenta retardo mental, varias anomalías de los ojos y de la cara, su frecuencia es rara y su etiología desconocida.

SINDROME DE GOLTZ.- Sus características son hipoplacia dérmica, erupción retardada, dientes regularmente colocados, múltiples lipomas en piel, numerosas anomalías que involucran otros sistemas, su frecuencia es rara y su etiología está ligada al factor X cromosómico.

OSTIOGENOSIS IMPERFECTA . - Sus características son huesos frágiles dientes con retardo en la erupción, irregularmente colocados, dentiogenesis imperfecta, ocasionalmente su frecuencia es en uno de cada veinticinco mil y su etiología es de denominante autosómico.

PROGERA.- Sus características son alopesia, hipoplacia de los huesos de la cara, osteoesclerosis prematura,

piel delgada con atrofia de la grasa subcutánea, no hay retardo mental, corta estatura y su promedio de vida es de 14 años, su frecuencia es muy rara y su etiología se supone que es recesiva autosomal.

SINDROME DE RIEGER'S .- Sus características son: hipodondia, displasia del iris, distrofia miotónica y otros defectos ópticos, su frecuencia es muy rara y su etiología es de dominante autosomal.

SINDROME DE WAARDENBURG'S .- Sus características son: sordera, albinismo parcial, no hay retardo mental, paladar y labio hendido y otras anomalías faciales su frecuencia es uno de cada 42,000 en Holanda su etiología es de dominante autosomal. "(2)

"DESORDENES CONVULSIVOS : Son el resultado de un daño cerebral o herida adquirida antes, después o durante el nacimiento. Que pueden resultar con un daño en el sistema nervioso.

El dentista debe conocer la etiología del tratamiento y pronóstico de los pacientes con desórdenes convulsivos de manera que pueda brindar un completo cuidado dental a esos pacientes. Además el dentista debe ser capaz de dar un soporte adecuado en caso de que un paciente sufra una convulsión en las oficinas del dentista.

Se pondrá atención especial a esos desórdenes convulsivos que de una manera directa o indirecta afectan las estructuras de la cavidad oral.

Las convulsiones pueden ocurrir a cualquier edad, pero son más frecuentes durante los primeros dos años de vida. Daños intracraneales en el nacimiento son la más común causa de convulsiones en infantes pequeños. Después de la infancia y la niñez temprana infecciones intracraneales y extracraneales son las causas más frecuentes.

A mitad de la niñez, la epilepsia ideopática, es la causa más común de las convulsiones.

Las convulsiones generalizadas similares al ataque de epilepsia, son los tipos más comunes de convulsiones que ocurren en niños, las causas son variadas, pueden ocurrir como una manifestación transitoria de una enfermedad que involucra al cerebro. Más del 6 al 8% de todos los niños tienen convulsiones febriles las cuales ocurren entre los 6 meses y 3 años de edad. -- Las convulsiones febriles se tratan reduciendo la temperatura elevada del cuerpo y con una dosis sedativa del fenobarbital. Después de un lapso febril las probabilidades de epilepsia no son muchas, pero si estos lapsos febriles ocurren de una vez, la probabilidad de las convulsiones no febriles espontáneas aumentan.

Convulsiones Recurrentes o Crónicas. - La epilepsia y desórdenes convulsivos recurrentes son términos que se pueden usar o intercambiar ambos designan un síntoma complejo caracterizado por ataques paroxísticos recurrentes de inconciencia o conciencia parcial, usualmente con una sucesión de espasmos musculares, si la causa de estos lapsos tienen que ver con una anomalía cerebral, el paciente se dice que tiene epilepsia orgánica o sintomática, si la causa no es encontrada, se dice que el paciente tiene epilepsia ideopática. En la mayoría de los casos la causa de los lapsos recurrentes no pueden ser establecidos.

Manifestaciones Clínicas de Desórdenes Convulsivos
Los lapsos mal consisten de una pérdida de conciencia temporal, que pueden ser manifestados en una variedad de maneras. Puede haber unas pequeñas conjunciones del tronco y músculos, el dejar caer o mover la cabeza y una rotación hacia arriba de los ojos y párpados. Este tipo de epilepsia raramente aparece antes de los 3 años de edad y frecuentemente desaparece al llegar la pubertad.

Los lapsos grand mal pueden ser seguidos por espa-

cios localizados o movimientos de los musculos, estos lapsos son convulsiones generalizadas, usualmente son fases de espasmos musculares, estos pueden ocurrir so multáneamente con la pérdida de la conciencia, el paciente cae al suelo, las pupilas se dilatan, los ojos se voltean, un lado de la cara se distorciona, la glotis se cierra, la cabeza se arroja hacia atrás y los músculos abdominales y del pecho están rígid^{os}, la lengua puede ser severamente mordida por el resultado de la contracción rápida de los músculos de la mandíbula.

Después de esta fase de grand mal, las funciones normales del cuerpo vuelven a los quince u ocho horas-después del período. Entre más lapso tenga el paciente frecuentemente, más rápido será el período de recuperación después del lapso.

Terapia Medicamentosa . - Las dos drogas primaria mente mas usadas son fenobarbital y dilantil; para el tratamiento de lapsos de grand mal y epilepsia psicomota.

El fenobarbital en tabletas es el medicamento de elección para uso prolongado en el paciente promedio con grand mal epiléptico. La droga es relativamente efectiva, comparada en dosis terapéutica por períodos largos, es inofensiva y de bajo costo. Los niños pueden tener idiosincrasia ocasional al fenobarbital. P^ur^o maculopapular en la piel y membranas mucosas, fiebre y sueño excesivo, pueden ser signos de sensibilidad o sobredosis de la droga.

Estos signos desaparecen si la dosis de la droga es reducida o se quita de fenobarbital van de 8mg. de una a tres veces diariamente en infantes y de 100mg. de una a tres diarias en niños más grandes.

Los compuestos del dilantil son las únicas drogas que rivalizan los barbitúricos en el control de los lapsos de grand mal, son administrados a niños más grandes en cápsulas y en niños más pequeños en tabletas desmoronadas en la comida o jugo de fruta, las do-

sis varían de 25 mg. en niños una o dos veces al día, y para niños más grandes de 100 mg. una o dos veces al día. Su ventaja es que actúan como anticonvulsivos eficientes sin producir sueño excesivo. La idiosincrasia en dilantil es rara, pero puede incluir náusea o vómito, temblor de manos, eritemas, ataxia, visión doble, manifestaciones paráliticas o psicosis.

El efecto secundario más común de una terapia prolongada de dilantil es la presencia de hiperplasia gingival, como una entidad patológica. Se presentan en un 32 a 84% en los pacientes que toman esa droga. El modo más efectivo de prevenir la hiperplasia por dilantil -- desde el principio o minimizar su crecimiento, son las prácticas de higiene oral excelente.

METAS TERAPEUTICAS)

A causa de que en la mayoría de los casos los pacientes más severamente afectados de desórdenes convulsivos recurrentes tiene daño o enfermedad cerebral, son más rápidamente reconocidos que la gran mayoría responde satisfactoriamente a las bajas dosis de anticonvulsivo. Es por esto que la sociedad muy seguido asocia cualquier forma de desorden convulsivo recurrente o epilepsia con retardo mental y disturbios en la personalidad.

Las principales metas del tratamiento son reducir el número de lapsos, motivar a los pacientes a que funcionen lo mejor posible sus habilidades naturales y que promuevan su aceptación en la casa y en la comunidad. Los siguientes puntos de Nelson y Asociados son fundamentales, no sólo para el paciente y su familia, sino también para los que tengan contacto con el paciente epiléptico.

1.- Los lapsos son un síntoma y solamente que esté asociado con una evidencia clínica, shock, muy raramente producirá daño irreversible al sistema nervioso.

2.- Si los niños obtienen atención directamente o-

indirectamente por tener largos lapsos, el control por medicamento será algo difícil.

3.- Si los niños reciben medicamentos en la dosis correcta, la terapia no tendrá influencia de ninguna manera en la habilidad mental de la personalidad o les causará ser adictos.

4.- La restauración de la confianza en los padres y niños es importante. El adulto necesita sentir que es competente y capaz y es quien toma su responsabilidad apropiadamente.

5.- Los pacientes necesitan un medio ambiente que permita exitosamente competir a su nivel.

La fundación de Epilepsia de América, y organizaciones similares estatales y locales funcionan no sólo para auxiliar a las personas epilépticas y sus familias en llevar esta enfermedad, sino también como foros para proveer conocimientos al público correspondientes a la enfermedad.

DESORDENES CONVULSIVOS EN LA DENTICION

Convulsiones, como se mencionó previamente pueden ser el resultado de un daño cerebral o herida adquirido antes, después o durante el nacimiento. A causa de esto la examinación neurológica del paciente con convulsiones recurrentes pueden resultar con un daño en el sistema nervioso central, causando retardo mental y/o una pérdida cerebral.

Ya que cada una de las 52 coronas dentales (primarias y permanentes) tienen patrones de desarrollo odontogénico distintivos, pueden proveer un tejido duro excelente o un record permanente de infecciones o anomalías que afectan las coronas en su desarrollo sobre un periodo grande. La dentición primaria, incisivos primarios permanentes o primeros molares primarios permanentes están en un desarrollo crítico desde los 33 días del útero

a los 2 años de edad.

En los casos que el paciente tenga convulsiones recurrentes o crónicas el dentista debe saber que medicamentos está tomando el paciente, la frecuencia de las convulsiones y qué tan bien controlados los lapsos del paciente son. En muchos de los casos es necesario consultar al médico del paciente para mayor conocimientos del caso.

Si un paciente epiléptico está bajo tratamiento dental deberá advertírsele que deberá continuar con su terapia medicamentosa usual.

Los lapsos pueden ser algunas veces causados porque el paciente discontinuó su terapia medicamentosa. Los adultos deben ser advertidos a no tomar alcohol "para calmar sus nervios", ya que el alcohol en algunos epilépticos pueden causar un lapso. En el caso de los niños con epilepsia, una sábana que los retenga (Pedi-Wrap) puede ser usada durante su tratamiento aparte de dar al niño una sensación de seguridad los protegerá de que se maltrate en la silla dental, si es que tiene un lapso de epilepsia.

Siempre que se trate un paciente epiléptico, es bueno tener varios abatelenguas enrollados en gasa y cinta adhesiva. Este instrumento puede minimizar la mordedura de lengua durante el lapso, también puede ser usado como la palanca bucal para permitir la introducción de un inyector para prevenir la aspiración de secreciones, ó para introducir una vía de aire los procedimientos operativos en pacientes epilépticos lleva el riesgo de la aspiración de la grapa en caso de que un lapso comience inesperadamente ; de cualquier manera el peligro de aspiración puede ser totalmente eliminado si la grapa se hata a un pedazo de hilo dental que actúa como agarradera de seguridad.

Muy raras veces ocurrirá un lapso epiléptico en la oficina dental, pero la terapia de emergencia a seguir en alguno de estos casos consistirá en proteger al paciente de que se maltrate y mantener una vía de aire y mantenerlo libre de secreciones. Se puede aplicar oxígeno con una máscara. La terapia medicamentosa consiste en la administración pronta de fenobarbital, vía intramuscular.

La dosis es de 5 mg. por kg. de peso con una dosis única y máxima que no exceda de los 200 mgs. en adultos. Si las convulsiones no son controladas dentro de 15 minutos la dosis inicial deberá ser repetida, sus convulsiones se controlan parcialmente durante este tiempo, se le deberá administrar la mitad de la dosis inicial. "(15)

"AUTISMO INFANTIL

El Autismo infantil es un desorden muy complejo en el lenguaje, socialización y dificultades perceptivas motoras. La etiología es incierta y la similitud del autismo a otros desórdenes de la infancia pueden dificultar el diagnóstico. Este desorden también se le puede referir el síndrome de Kanners, autismo temprano infantil, psicosis temprana, psicosis infantil y esquizofrenia infantil.

Este síndrome caracterizado por impedimentos múltiples descrito más adelante, fué dado a conocer en los tempranos 1940, Kanner y su subsecuentemente elaborado por Rimland, Wing Ruter entre otros. La observación de 11 niños dió a proponer que estos constituyan un síndrome único de "disturbios autísticos natos de contacto - afectivo".

Era su contenido que el individuo era dañado desde el principio de su vida, de aquí la designación "infantil". Autismo proviene de la palabra griega autos, significando énfasis propio. Lo que Kanner considera ser el síntoma patognómico para el diagnóstico; propiamente la inhabilidad de relacionarse ellos mismos de la manera mas ordinaria igual que la gente y situaciones desde el principio de su vida, la otra característica principal es de mantenerse en una obsesión ansiosa de siempre lo mismo.

Estos niños desde el nacimiento son diferentes pero los padres no presentan atención hasta que empiezan a ver un retardo significativo en su desarrollo. De infantes puede haber numerosas dificultades prenatales o postnatales, el infante puede ser de peso muy bajo al nacer,

que se puede manifestar después como bajo peso, corta estatura y cabeza de tamaño pequeño. La edad de sus huesos es inmadura. Durante el primer año puede haber problemas como succionamiento pobre y frecuentes regurgitaciones, el sueño puede ser perturbado seguido de la baja necesidad de dormir.

El infante puede parecer que se está moviendo constantemente golpeando la cabeza y los pies a la cuna o haciendo gestos repetitivos con las manos. Puede resistirse al contacto físico con sus padres, llorar excesivamente.

En otro extremo estos niños pueden ser extremadamente apáticos con poco interés en las personas, pueden llorar muy poco considerándolos como niños muy buenos. Estos infantes como dice Kanner tienen el deseo de estar solitarios, pero esto no es tomado en cuenta por sus padres. Estos se empiezan a preocupar al ver que el niño no se desarrolla normalmente, aproximadamente de los 2 a los 4 años, el niño es lento en desarrollar habilidades de higiene y para su provecho, los problemas de alimentarse persisten. Seguido tiene preferencia por comida de cierto color o textura y en lugar de comer juegan con la comida en sus dedos.

Los signos y síntomas del autismo infantil se presentan en: DESARROLLO)

- 1.- Retardo en su desarrollo
- 2.- Problemas para avisar al ir al baño
- 3.- Inmadurez neurológica
- 4.- Retardo en la edad de sus huesos
- 5.- Disturbios en sus sueños
- 6.- Problemas al alimentarse, succionamiento pobre, hábitos inusuales en la comida y preferencias.
- 7.- Lloriqueo desordenado (aumenta y disminuye)

SENSORIALES, MOTORES Y PERCEPTIVOS

- 1.- Retardo mental con olvidos ocasionales de habilidad.
- 2.- Costumbres estimulantes propias
- 3.- Agresión a sí mismo
- 4.- Incremento relativo en el uso del tacto, gusto y olfato.
- 5.- Insensibilidad relativa al dolor y a la temperatura
- 6.- Respuestas impredecibles a los sonidos
- 7.- Percepción deficiente con objetos lejos de su alcance.
- 8.- Problemas de imitación
- 9.- Problemas para entender gestos
- 10.- Necesidad de la misma rutina
- 11.- Preocupación por los objetos
- 12.- Coordinación Pobre
- 13.- Retardo psicomotor

LENGUAJE)

- 1.- Retardo en hablar
- 2.- Pobre pronunciación y control de la voz
- 3.- Vocalización inusual
- 4.- Pérdida de habilidad previamente adquirida para hablar.
- 5.- Uso de gestos para expresar necesidades
- 6.- Gestos difíciles de entender

PROBLEMAS EN SU COMPORTAMIENTO Y SOCIALIDAD.-

- 1.- Inhábiles de relacionarse de la manera común con las personas y situaciones.
- 2.- Soledad autística
- 3.- Resistencia a ser cargados.
- 4.- Afectos inapropiados
- 5.- Agresividad, destructivos
- 6.- Miedos irreales
- 7.- No tiene noción del peligro

Para hacer el diagnóstico del autismo es necesario hacer una cuidadosa historia del niño, explorando especi-

almente el tiempo durante el embarazo, parto, el curso perinatal y el primer año de vida. La historia de la familia puede ser de importancia para destacar ciertos desórdenes de naturaleza genética. El exámen físico de be ser completo, incluyendo el Status de desarrollo.

La consulta con los psicólogos, psiquiatras, neurólogos, especialistas en el habla y el oído y otros, es usualmente necesaria. Con la historia, el exámen físico y la consulta es fácilmente diferencial autismo de problemas como el escuchar, visuales, psicosis, disturbios transitorios de la niñez y otras.

El distinguir el autismo del retardo mental, puede ser algo imposible, especialmente en el nivel de inteligencia del niño autístico, es como el del retardo mental.

EPIDEMIOLOGIA. -

La prevalencia del autismo se reporta de 2 a 5 por cada 10,000 Un Estudio de "Wing" en Nueva Inglaterra demuestra un 4.5 de cada 10,000.

El autismo no es un desorden común comparado con el número de retardo mental, pero se puede comparar con los números bajos de la ceguera y la sordera.

"(18)"

En las series de pacientes de Kanners había un predominio de 4 a 1 en hombres nacidos, otros grupos colocan su ratio de 3 a 1 y 4 a 1.

Algunas dificultades como prematuridad se han establecido que ocurren más en niños autísticos pero esto aún no se establece.

No se ha encontrado relación entre la edad de la madre para que el niño tenga problemas autísticos.

ETIOLOGIA . -

Causa Psicológica:

Durante el período cuando el autismo infantil se hace de interés la psiquiatría aún observó más enferme

dades resultado de la dinámica de una familia alterada. - La observación de Kanner que los padres de los pacientes parecían estar pegados mecánicamente al respaldo de sus - niños, dió a la conclusión de que el niño autístico resul - taba de una patología en sus padres, especialmente la ma - dre, controlados más recientes no encuentran diferencias - significante en la socialidad, calor, o incidencia de va - rios desórdenes en los padres de los niños autísticos. Similarmente, cuando los niños crecen en un ambiente de - pravado y frío, tales como las instituciones, puede tener dificultades emocionales entonces no hay una relación - - causada entre estas variables y la incidencia del autismo infantil, pero la calidad del ambiente del niño ciertamen - te modifica el curso del desorden.

Causas Biológicas :

La evidencia de causas orgánicas del autismo es mas - sustancial; pero aún no hay un entendimiento claro del me - canismo involucrado. La disfunción reticular del cerebro - ha sugerido, pero la naturaleza de esta disfunción no ha - sido establecida.

Cerca de dos tercios de los niños autísticos tienen - encefalogramas anormales, un tercio de niños autísticos -- tienen hallazgos anormales neurológicos, pero ninguno aso - ciado con el desorden, no hay ningún hallazgo específico - médico que parezca ser especialmente común en los niños -- autísticos, excepto un número insignificante de niños, que eventualmente desarrollan un desorden convulsivo. "(18)

"Tratamiento :

El cuidado del niño autístico es multidisciplinario - y debe permanecer así a causa de la complejidad del desor - den, hay dos formas primarias de terapia: farmacoterapia y psicoterapia.

Tratamiento Farmacoterapia: El uso de medicamentos pa - ra tratar a estos niños es aún controversial, Rimland pro - pone frecuentemente el uso de las megavitaminas, pero hasta

que estudios adecuados confirmen sus impresiones, el valor de dosis grandes de vitaminas permanece equívoco. Si-
milarmente Campbell, Fish y Colegas han estado muy acti-
vos en la exploración del uso de medicamentos para este-
desorden.

Han visto muchos tipos de drogas, presentados a continua-
ción, pero estas son usualmente utilizadas en pequeños -
grupos de niños autísticos, lo cual hace difícil tomar -
conclusiones válidas acerca de la eficacia de la droga.

I.- Neurolépticos:

a) Fluphenazin, Trifluoperazin, Chlorpromazin, Thi-
oridazin, Prochlorperazin, Perphetazin

b) Butyphenones

 Haloperidol

c) Thioxanthenes

 Thiothixen

d) Indoles

 Molindole

II- Antidepresivos:

a) Tricíclicos

 Imipramine, Nortriptylin

b) Lithium

III- Estimulantes cerebrales:

a) Methylphenidate, Anfetaminas, Pemolin

IV- Hipnóticos Sedativos

a) Barbitúricos, Diazepan, Chlordiazepoxide

V- Anticonvulsivos:

a) Pheytoin (Dilantil), Primidone, Barbitúricos, -
 Acetazolamides.

VI- Megavitaminas:

a) Niancina, B6, Acido Ascórbico.

Psicoterapia:

Inicialmente estos niños fueron tratados en la forma
convencional de psicoanálisis sin ningún triunfo esencial
de cualquier manera la modificación de su comportamiento,

el cual es otra forma de psicoterapia es usualmente la técnica mas aceptable para ayudar a estos niños.

Aunque la terapia pueda mejorar la condición del niño autístico, la mayoría de estos niños permanecen siempre algo incapacitados.

El niño como paciente . - Hay pocos problemas que un dentista debe considerar al tratar a un niño autístico. Estos niños son usualmente, sólo un porcentaje significativo tienen desórdenes convulsivos y por supuesto la hiperplasia gingival secundaria a la medicación anticonvulsiva y esto puede ser un problema dental.

El tratamiento ortodóntico de estos niños debe tener una prioridad baja hasta que toda la cooperación del paciente se pueda asegurar. Al considerar la medicación para estos niños, algunos puntos deben ser notados, estos pacientes son comunmente impredecibles en sus respuestas a los depresores cerebrales de todos tipos esto puede ser causado por una fisiología alterada aún desconocida, por esto puede ser útil el probar varios medicamentos y dosis mientras que el niño está en casa de manera de ahorrar tiempo de ir al hospital ó al consultorio.

Mas importante son esas dificultades que previenen una buena higiene oral; el comportamiento difícil del niño, falta de comunicación y bajo nivel de inteligencia son factores. Hábitos pobres de comida son comunes y la dieta es frecuentemente mala para una buena higiene oral el deseo persistente de comidas blandas o dulces es comunmente visto, la dieta puede ser inadecuada y la anemia es un hallazgo frecuente.

Problemas motores pueden hacer la masticación y el comer difícil y la poca coordinación de los movimientos de la lengua hace el acumulamiento de las bolsas en las encías. Todas estas posibilidades deben considerarse al desarrollar un programa de tratamiento. Cohen, indica que los niños autísticos presentan un verdadero reto en-

su manejo. Desafortunadamente estas dificultades a menudo hace que se niegue el cuidado dental de estos niños.

Programa de cepillado de dientes para el niño autístico.- Un adecuado cepillado de dientes es fundamental para cualquier programa de salud mental. Aunque enseñar una adecuada técnica regularmente requiere de mucho esfuerzo, esta puede ser iniciada exitosamente con niños muy chicos. Para empezar, el niño debe ser capaz de cooperar, para lo cual se requiere algo de cooperación motora. El maestro debe establecer control estimulativo llamando su atención por medio del contacto visual.

El medio ambiente de elección debe ser neutral, quitando al niño de distracciones. Un cepillo de tamaño adecuado y de color que el niño prefiera es necesario. Una vez que un estimulante efectivo sea encontrado, como una papa frita, nuez o pan, el programa puede empezar.

Realmente un adecuado cepillado puede ser una vez al día y estas sesiones deben ser cortas para prevenir que la rutina de cepillado sea asociada con frustraciones negativas.

Se le debe dar tiempo al niño de familiarizarse con el cepillo y que lo castigue. Cualquier técnica o manipulación exploratoria, tal como tocarlo y agarrarlo debe ser entusiásticamente recompensado. La misma persona debe terminar el programa completo, puede empezar con recargar la cabeza del niño en sus piernas y deteniendo al niño cuidadosamente con la mano, la mano libre se coloca sobre la mano del niño, la que sostiene el cepillo de dientes en su boca, al principio en los dientes de adelante; después se coloca despacio a que se cepille todos sus dientes en un orden determinado. Cuando todas las superficies han sido cepilladas, el niño debe ser alentado a que lo haga por sí mismo, mientras el maestro dice: " cepilla tus dientes "; alguna ayuda del maestro será necesaria y el cepillado -

debe ser recompensado y premiado altamente, el uso de -
pasta dental debe ser opcional, pero si el maestro siente
que este uso es necesario, entonces, sesiones de en-
trenamiento adicionales deben realizarse para que el niño
aprenda a apretar la pasta de dientes y enjuagarse -
la boca. Similarmente, tabletas reveladoras de placa deben
ser agregados y el niño alentado a que se cepille -
las manchas rojas. "(4)

PREVENCIÓN Y LIMITACIÓN DE LAS ENFERMEDADES ORALES.

Prevención de la Enfermedad dental.- Hay una amplia evidencia que demuestra que la placa dental que es agente causal de ambas enfermedades: caries y enfermedad periodontal, entonces para evitar los efectos que causa la placa dental, se deben usar métodos para removerla de los dientes y alrededor de los tejidos periodontales. Junto con el removimiento de la placa, procedimientos para aumentar la resistencial del esmalte a la metabólisis bacteriana de la plaza, como también el alterar el sustrato necesario para el metabolismo bacterial debe ser utilizado.

En aquellas áreas en donde la placa no puede ser quitada a causa de configuraciones anatómicas, se deberán aplicar selladores oclusales.

De acuerdo a esto, se demostrará en este capítulo como las prácticas de la prevención y de removimiento de plaza, utilización máxima de fluoruros, modificación en la dieta y selladores de la oclusales pueden ser aplicados a un programa preventivo y comprensivo, para la gente impedida, se hará en la modificación de procedimientos preventivos a causa de las características únicas, físicas y mentales de las personas impedidas.

Y por último una lista de métodos futuros de prevención, incluyendo aditivos en la comida, nuevos compuestos de fluoruro y técnicas inhibitoras de la placa dental vacunas y agentes antimicrobianos.

" Eliminación de la Placa Dental.- Hasta la fecha, la única manera efectiva de remover la placa dental, de las superficies coronarias y tejidos periodontales son métodos mecánicos tales como el cepillado de dientes y el uso del hilo dental. Desafortunadamente esto requiere el involucramiento activo de los pacientes en una base regular.

La persona impedida es resistente a la prevención -

porque pueden no entender la razón de este procedimiento, pueden no ser capaces de hacerlo y pueden ponerle poca, si es que alguna atención en el valor de la salud de su boca. Dependiendo de la naturaleza del impedimento, -- una decisión se debe tomar a quien se le debe dar la instrucción. En el caso de un paciente severamente impedido mental o físicamente, el padre, guardián o encargado debe ser el seleccionado.

Localización . - Aunque la remoción de placa dental se vaya a llevar a cabo en el baño, recámara, cocina, sala o silla de ruedas o en la cama, es importante que haya suficiente espacio. Cuando sea posible, se sugiere seleccionar una localización que sea confortable y con una muy buena iluminación.

Instrumentos y materiales . - Los instrumentos y materiales deben variar de acuerdo a la circunstancia individual impedida.

Un número mínimo de materiales consistiendo de solución reveladora, un cepillo, hilo dental, sostenedor del hilo dental, y abre bocas se sugieren.

La solución reveladora es una ayuda invaluable para identificar la placa y la evaluación de la remoción de placa. Dependiendo de la habilidad del paciente para cooperar, la solución puede ser colocada directamente en la boca y enjuagada alrededor de los dientes, o pintada sobre los dientes con un aplicador de algodón.

Los cepillos dentales eléctricos y manuales están disponibles en una gran variedad de tamaños y formas, mangos, materiales de la cerda y dureza, y arreglos. La recomendación para la selección del cepillo debe ser de acuerdo a la necesidad de cada paciente. El cepillo eléctrico se recomienda para aquellas personas que tengan problemas con los manuales, especialmente en las personas impedidas con poca destreza manual.

A este aspecto, ambos cepillos, manual y eléctrico pueden ser modificados alternando el ángulo de la mano aumentando la longitud del cepillo, agregando una extensión aumentando el diámetro del mango, con la adición de un ma

nubrio de bicicleta, espuma elástica, cinta adhesiva y mejorando el agarre con la adición de un velcro-strap.

A causa de la alineación y la cercana proximidad de los dientes el cepillado tiene muy poco afecto en las áreas interproximales. Para limpiar estas áreas se debe usar el hilo dental. Aunque ha habido evidencias conflictivas en el uso correcto de ambos limpiarán casi por completo las áreas interproximales.

Al usar el hilo dental en una persona que no coopere o esté impedida, el uso del sostenedor del hilo dental puede facilitar la tarea, esto permite que una mano use el abre bocas que la otra sostiene el sostenedor del hilo dental.

Hay muchos abre bocas comerciales propios para asistir durante la remoción de placa, pero si el paciente no quiere abrir su boca, el cachete y el borde inferior de la mandíbula puede ser pequeñamente apretada, si esto no puede hacer que el paciente abra la boca, se puede apretar la nariz o se puede guiar con un dedo por dentro del cachete hasta la rama mandibular, en donde se hace una pequeña presión. Con cualquiera de estas técnicas los dientes deben separarse y el abre bocas puede ser colocado en posición entre los dos arcos.

En lugar de un abre bocas comercial, un abre bocas barato se puede fabricar, asegurando 5 ó 6 abatelenguas con tela adhesiva.

El uso de los dentríficos se ha omitido en la lista de materiales en la remoción de placa porque estos bajan la visibilidad dentro de la boca, mientras aumentan el reflejo de náuseas en los pacientes impedidos. Es causa de un hábito o presión social que hay necesidad de usar el dentrífico, una pequeña cantidad se puede colocar en el cepillo y cepillarse sobre todo los dientes.

Cualquier posición que sea utilizada, es importante que ambos, paciente y persona que haga el tratamiento estén agusto o cómodos, que el paciente esté protegido de movimientos ajenos y que haya buena visibilidad de ma

nera que la limpieza sea llevada a cabo en un tiempo razonable.

Técnicas . - No hay una técnica de remoción de placa que sea adecuada para todos. La técnica sugerida por el clínico debe basarse en la destreza manual del paciente, su higiene oral y el interés y habilidad del paciente en aprender y adherirse a los procedimientos prescritos.

Hay varios métodos de cepillado basado en movimientos: vertical, horizontal, circular, vibratoria, de barrido, fisiológica y detallado.

Ha sido sugerido que si un paciente está demostrando un resultado aceptable, no debe haber ningún intento por el clínico de modificarla.

Con niños pequeños y pacientes con habilidades limitadas manuales y mentales, el método horizontal parece ser el más eficaz. El método de Bass (vibratorio) parece estar ganando una amplia aceptación por muchos clínicos, y es el método demostrado en la mayoría de los materiales educacionales y distribuidos por la profesión.

Cualesquier método que sea seleccionado, el uso diario concienzudo de ese método es lo más importante. Ya sea el paciente, el padre o tutor, debe desarrollar una rutina en orden que alcancen todas las superficies dentales, como también los tejidos periodontales adyacentes. Después que toda la placa haya sido removida de todas las superficies dentales visibles, el hilo dental debe usarse para limpiar cada superficie interproximal. Ya sea con el sostenedor de hilo dental o con el método convencional de enredárselo alrededor de los dedos, el hilo dental debe ser cuidadosamente pasado entre los dientes. Con una presión lateral el hilo dental es pasado a través de una superficie y después sobre la otra superficie interdental, progresando de una manera ordenada, hasta que todas las superficies proximales sean limpiadas.

Frecuencia . - La frecuencia del cepillado ha sido recomendado por muchos autores: Armin⁽⁷⁾, Goldman y Alexander¹¹, todos recomiendan una vez al día, Standmayer y Suo⁽⁷⁾ mi sugieren dos veces al día. Llegando a una conclusión de que no había ningún daño en continuar a instruir a los pacientes a cepillarse los dientes después de cada comida y antes de acostarse.

Con el paciente impedido totalmente o parcialmente el número de cepilladas por día se vuelve un problema administrativo ya que por la dificultad que tiene el paciente, es difícil practicar cuando menos una vez al día.

Tomando en cuenta esto, es mejor una buena cepillada diaria que 3 o 4 mal hechas al día; esta se debe hacer preferiblemente antes de acostarse, ya que estudios han reportado que el flujo salival cesa virtualmente durante el sueño, permitiendo un gran acumulamiento y crecimiento de microorganismos.

El uso del Fluoruro en la Prevención de Caries Dental.- El uso de fluoruros continúa siendo el método más efectivo y más usado para prevenir la enfermedad dental ya sea usado sistemáticamente a través del agua comunitaria y suplementos dietéticos o tópicamente a través de pastas, soluciones, gel, dentríficos y enjuagues, la reducción de enfermedad dental es medible, variando sólo con respecto a la gente y vehículo usado.

No ha habido estudios específicos relativos al efecto de la terapia de fluoruro en la población impedida pero hay una preocupación de que a causa de sus características fijas muchos de ellos probablemente no reciben el máximo efecto del fluoruro. A causa de su poca movilidad, el adquirecimiento de tratamiento dental preventivo es limitado, ya sea porque no buscan tratamientos o porque la profesión dental no los trata a excepción de un tratamiento de emergencia para aliviar el dolor.

Lo que se requiere del clínico, es que el desarro-

lle una cédula de administración de fluoruro para cada paciente individualmente en el total del fluoruro, en el agua la cantidad y severidad de la enfermedad dental presente en la boca y la habilidad del paciente o padre de cooperar. Se tiene que tomar en cuenta el número de variable que incluyen la selección de fluoruro, los métodos de administración el período de administración -- el total de fluoruro en las comidas naturales y preparadas y la cooperación del paciente de seguir el regimen prescrito.

Si el paciente reside en un área donde el agua es parcialmente o totalmente deficiente de fluoruro, suplementación dietaria deberá ser prescrita, si la concentración del fluoruro del agua es desconocida, una muestra de agua deberá ser probada por un laboratorio privado ó público, basándose en los resultados, un suplemento de fluoruro ya sea en gotas, tabletas o cualquier otra presentación deberá ser dada dependiendo en la habilidad del paciente para masticar.

Terapia del Fluoruro Tópico . - Los Fluoruros tópicos pueden aplicarse en el consultorio por el dentista, o en la casa por el padre o tutor o por el propio paciente. En la oficina la aplicación de fluoruro tópico sigue usualmente de la profilaxis. Un fluoruro aciduladosfosfatado (APF) en gel o solución conteniendo 1.23% de iones de fluoruro sódico con un PH de 3.0 a 3.5, es preferido a las concentraciones de 8% o 10% de fluoruro estanooso por el sabor desagradable.

Es recomendable la aplicación tópica de fluoruro semianualmente o anualmente, basado en la necesidad del paciente e individualmente.

Para pacientes en comunidades fluoradas o que no son pacientes de alto riesgo (pacientes irradiados) o pacientes con alta incidencia de enfermedad dental (caries rampante), se ha demostrado efectivo el uso de aplicación tópica de fluoruro, especialmente con frecuencia. Dependiendo de la cooperación del paciente se pue-

de aplicar en enjuagues, (NaF 0.025% al 0.2%), cepillándose con gel. (0.5% APF gel, 0.4% SnF2 gel), tabletas masticables (NaFO.25 a 1.0 mg F) por medio de cucharrillas prefabricadas.

Selladores Oclusales. - La remoción de placa y aplicación de fluoruro no ha sido lo suficientemente exitosa en los surcos y fisuras de las caras oclusales de los dientes posteriores. Esto es porque el fluoruro ha demostrado mayor preferencia de protección en: superficies lisas y por la configuración anatómica, es casi imposible el limpiar bien surcos y fisuras por medio de la técnica de cepillado.

Con el descubrimiento de que pretratando los dientes con ácido aumenta la retención de una resina acrílica, técnicas clínicas se han desarrollado para sellar surcos y fisuras.

El sellado de surcos y fisuras de los dientes posteriores es indicado en los pacientes impedidos por su falta de higiene oral y por reducir grandemente el número de caries. Lo más pronto que sea aplicado el sellador oclusal, más rápido se reducirán las caries.

Cuando un paciente severamente impedido requiere anestesia general para una rehabilitación oral, todas las superficies dentales se deben sellar en ese momento, en un niño que se puede tratar en el consultorio, se deben sellar los dientes en el momento en que erupcionan.

Esta es otra técnica preventiva que se puede usar junto con la remoción de placa y la aplicación de fluoruro.

Dieta y Enfermedad Dental , - La nutrición y la dieta pueden afectar al diente y al tejido periodontal de dos maneras:

- 1.- Sistemáticamente, durante su formación, desarrollo y mantenimiento.
- 2.- Localmente por el contacto con los tejidos y el producto resultante del metabolismo de las bacterias.

La frecuencia de comer afecta en poco o mucho el progreso de la enfermedad periodontal.

Evidencias sostienen el aumento de producción de placa y el efecto de la calidad de la placa con el aumento en la frecuencia de comer carbohidratos, especialmente sacarosa.

En contraste con la enfermedad periodontal, el efecto de la frecuencia al comer en el proceso de la cariesha sido bien establecido, se ha reportado que los niñosque viven en instituciones tienen menos frecuencia cariosa que los niños que viven en sus hogares, a causa de alta frecuencia que estos últimos comen entre comidas dulces, golosinas o aperitivos.

Con el paciente impedido la modificación de su dieta depende de su capacidad individual, en los pacientesafectados con desórdenes neuromusculares, su problema de masticar, deglutir y el uso limitado de sus músculos enlos brazos y manos, será la base para preparar su dieta.

Pacientes con la enfermedad de Parkinson, Múltiples clerosis, Distrofia muscular, Arthritis, pueden experimentar balance muscular pobre y control de manera que el levantar, agarrar o manejar los utensilios de comidaserá muy difícil.

Pacientes conferidos a las sillas de ruedas o a la cama pueden tener acceso limitado a la comida. Las simples tareas de abrir paquetes o botes, cortar los alimentos, pelar frutas, crea una sensación de frustración a causa de su incoordinación muscular, haciendo que el paciente elija comidas nutritivas, llevando a esto a una nutrición mala o la obesidad.

En la diabetes, la dieta tiene un papel muy importante.

Se debe tener en cuenta los ingredientes de la comida especialmente de la comida diaria. Se debe hacer énfasis en la sacarosa encontrada en esta comida. Es tan importante la frecuencia en el comer, como el tratar de formar una dieta bien balanceada, 3 veces al día, evitando comer entre comidas.

Futuro en la Prevención de las Enfermedades Denta-

les.- Se han hecho investigaciones en la prevención de enfermedades dentales y se ha llegado a una estrategia a seguir: Combatir a los agentes microbianos incrementar la resistencia del diente, modificación de la dieta, mejoramiento y aceptación de agentes preventivo de la caries. Agentes tales como la Vancomicina, Erytromicina, Kanamicina han demostrado bajar el nivel de la placa en los humanos.

El uso de fluoruros ha sido hasta la fecha el método mejor de aumentar la resistencia del diente.

Para evitar el consumo de la sacarosa se han desarrollado nuevos endulzantes, tales como: Sorbitol, Xylitol, Ciclamate, Glucosa, Sacarina, que no tienen el efecto cariogénico de la sacarosa.

Aunque ha habido muchos problemas en el desarrollo de una vacuna que prevenga la caries dental, las posibilidades de que se desarrollen son buenas. Por lo pronto, el clínico debe preocuparse en desarrollar métodos preventivos que puedan utilizar el paciente para la enfermedad dental, como remoción de la placa, modificación de la dieta y aumenta la resistencia del diente.

"(7)

"CUIDADO DENTAL EN LA PRACTICA PRIVADA.

Muchos autores han aportado que un cuidado dental propio para las personas impedidas es muy seguido inadecuada o negada. Esto generalmente se puede atribuir a dos factores básicos: Ignorancia y miedo por parte del paciente impedido; ignorancia y miedo de tratar al paciente impedido usualmente presentado por el dentista.

En la profesión dental, unos piensan que el cuidado para el paciente impedido, requiere entrenamiento especial y cantidades considerables de equipo adicional. Muchos practicantes piensan que estos pacientes deben ser hospitalizados para obtener cuidado dental; de cualquier manera, la mayoría puede ser tratado en el consultorio privado por el practicante general, tratándose

como individuos en general, los cuales tienen una condición médica adicional.

Cualquier tratamiento exitoso a dichos pacientes, empiezan, con la filosofía en el manejo general en la oficina; esto es particularmente importante para la atención y manejo del paciente impedido.

Aunque el paciente impedido será un pequeño porcentaje del total de pacientes, es importante que todo el personal de la oficina esté preparado psicológicamente y técnicamente para tratar este individuo. Inicialmente, y más importante, el dentista debe convencerse a sí mismo de su habilidad de tratar al impedido dentro de los confines de su oficina dental típica. En general, las técnicas comúnmente usadas con las que el dentista es familiar, no necesitan ser significativamente alteradas. Se ha dicho que el manejo exitoso del paciente impedido en el consultorio requiere más de un cambio de actitud que de técnica.

El primordial objetivo del dentista al tratar al paciente impedido, es el de proveer el mejor tratamiento posible para cada paciente de acuerdo a sus necesidades. Esto varía al término de dar tratamiento a sus necesidades. El dentista debe estar psicológicamente adaptado -- a las necesidades del individuo impedido, si el mayor objetivo es el de proveer el cuidado dental propio. Hay -- dos razones básicas para esto: Tener comunicación con el paciente y sus padres y proveer un tipo de actitudes y comportamientos modelos que el resto del personal de la oficina pueda seguir.

El dentista debe estar familiarizado con las condiciones más características de los impedidos y también -- tener información específica acerca de cada paciente, antes de empezar el curso de un tratamiento.

Diseño de la Oficina . - Barreras estructurales y arquitectónicas son, entre otras, las barreras más visibles en el impedido físicamente afronta al buscar tratamiento dental.

Los servicios administrativos de rehabilitación y el Instituto Americano de Arquitectos, han desarrollado unas guías, para eliminar estas barreras, muchas de las cuales se han incorporado a muchos edificios estatales y -- funcionales de los Estados Unidos de América. A continuación se hacen unas sugerencias, las cuales ayudarán en el diseño de un consultorio sin barreras:

- 1.- Espacios reservados de estacionamiento que sean fácilmente accesibles y cercanos a la oficina.
- 2.- Nivelamiento del suelo para tener un nivel normal de entrada.
- 3.- Colocar una rampa con pasamanos de un lado, en superficie antiderrapante.
- 4.- Puertas suficientemente amplias y que se abran fácilmente.
- 5.- Lavatorios, fuentes de agua, teléfonos que sean accesibles para las personas con falta de movilidad.

Las metas y objetivos de la examinación inicial de paciente impedido deben ser las mismas que las de un paciente normal. Se recomienda lo siguiente durante la cita inicial:

- 1.- Evaluar la habilidad del paciente para cooperar.
- 2.- Examinación oral, historia médica y dental, recomendaciones.
- 3.- Evaluación de la cooperación de los padres.
- 4.- Planes para tratamiento futuro.

El exámen oral debe incluir todas las radiografías necesarias y un exámen clínico completo. Frecuentemente esto es imposible hacerlo en una sola sesión. Si un paciente está en situación de emergencia en la visita inicial, se deberá dar prioridad, pero debe ser cuidadosamente manejado para no crear problemas en su manejo posterior. Antes del exámen oral se debe hacer un estudio al paciente, incluyendo estatura, peso, hable y cualquier simetría notable. Estas observaciones nos darán un -- concepto en los patrones de crecimiento, en defectos motores, dificultades de comunicación.

Seguido a esto, se le puede hacer al paciente una examinación extraoral de cabeza y cuello. Esto incluye condiciones de la piel y cabello, exudados faciales, articulación temporomandibular, ojos, área nasal y pal pación del cuello.

La necesidad de un estudio radiográfico completo en el paciente impedido es más grande y necesario a -- causa de la mayor incidencia de anomalías orales que - población en general.

De todas las técnicas de radiografías que se pueden usar, es preferible la radiografía panorámica, a - causa de estas razones básicas: Capacidades diagnósticas, consideraciones económicas, confort del paciente y seguridad del paciente y operador. La radiografía -- está utilizada para el paciente impedido ya que provee una completa información con un esfuerzo y cooperación mínima del paciente.

Se pueden usar hoy en día muchos instrumentos para auxiliarnos en el tratamiento de paciente impedido. A los pacientes conferidos a la silla de ruedas se les coloca una rampa elevadora la cual hará los movimientos necesarios para que la silla de ruedas sea el sillón - dental, o bien se puede poner un cabezal en la silla - de ruedas para usarla como sillón dental.

Para restringir e inmovilizar a los pacientes, se está usando el Pedi Wrap, este envuelve al paciente - por completo. Está hecho de malla de nylon que proviene que el paciente se sobre caliente. También se usa un tipo de cinto que se puede usar con el Pedi Wrap o sólo mantener la posición del paciente correcta en el sillón dental. Se pueden también utilizar un tipo de - inmovilizadores de manos y piernas y algunos tipos de amarres.

Es importante que estos instrumentos se utilicen propiamente, sin usarlos como tipos de castigo o disci plina. Si el paciente se puede comunicar, se le debe -

dar una explicación antes de poner los restringentes físicos como ayuda en el manejo del paciente "(3)

"Manejo del Paciente . - La diferencia esencial en el trato a un paciente normal y a un impedido, es en el manejo. Menius ha descrito seis clasificaciones generales de los pacientes y acciones apropiadas cuando se trata a cada uno de estos pacientes.

Clase I Estos pacientes dejarán que el trabajo se lleve a cabo sin queja alguna. Estos individuos son pacientes excelentes y son mucho mejores pacientes de rutina que los demás.

Clase II Estos pacientes son algo renuentes a tratamiento dental. Tienen capacidad de razonar y se les debe explicar los procedimientos. La mayoría de las personas caen en esta clasificación. No es necesario restringir al paciente pero el asistente debe estar alerta de cualquier movimiento no planeado.

Clase III Estos pacientes no permitirán que el trabajo dental se lleve a cabo, a causa de que no pueden razonar. El uso de inmovilizadores físicos como cinturones, amarres de brazos, indican en estos pacientes. Además abreboza es necesario. Después de cierto tiempo, estos pacientes se vuelven buenos pacientes.

Clase IV Estos pacientes tienen problemas aún usando la inmovilización física y la terapia con drogas es requerida para el control de su comportamiento. Frecuentemente estos individuos están institucionados en clínicas y no son de la población de la práctica privada. De cualquier manera, se pueden tratar exitosamente con drogas y restringidores físicos.

Clase V Estos pacientes son severamente inmanejables en la práctica privada y requieren de anestesia general para su trabajo dental.

Clase VI Estos pacientes son incooperativos, requieren un mínimo de tratamiento dental y que no garantizan el riesgo de la anestesia general. Un inmovilizador más completo se requiere, como un Pedi-Wrap. Es necesario enfatizar en usarlo correctamente como un restringente y no como un castigo. "(15)

TRATAMIENTO DENTAL A DOMICILIO Y EN INSTITUCIONES.

" Las leyes han sido esforzadas en los EE.UU., haciendo que las Instituciones encargadas de pacientes impedidos provean de tratamiento dental en una base regular, sino es en residencias en la comunidad a estos pacientes. Estas leyes también requieren de que haya un dentista de guardia en los orfanatorios y casas de cuna.

El dentista puede llenar estos requerimientos ya sea haciendo consulta de vez en cuando, ó que visite la Institución y haga examinación periódica a cada paciente, y referirlos para su tratamiento con dentistas interesados.

A veces es difícil encontrar dentistas interesados; entonces esto se vuelve una responsabilidad adicional del dentista que lleva a cabo la examinación. Tal vez la respuesta a este problema es de dar responsabilidad de la salud dental a los miembros que se encargan de la Institución, enseñarlos a como asistir al paciente en los procedimientos de cuidado dental diario y tal como este cuidado se desarrolle, hacerlos que completen el tratamiento restaurativo. Después de un período, el mantenimiento de la salud de estos pacientes será solo una simple rutina para el dentista.

Pacientes Manejables.- Estos Pacientes que viven en su casa y son manejables, pueden ser tratados en la oficina igual que cualquier otro paciente; aquellos que están restringidos a sillas de ruedas o que son ciegos o sordos pueden ser tratados de manera rutinaria, con excepción de los medios de comunicación.

Pacientes impedidos que viven en su casa.

Pacientes no manejables.- Este tipo de pacientes que viven en su casa pueden ser manejados o controlados por el padre o por la persona que se encarga de ellos.

Si el dentista es llamado para tratar a dicho paciente, el deberá intentar la visita a la casa. Deberá preguntarle a la persona responsable, cuál sería la me -

por manera de examinar sus dientes y pedir a la persona que demuestre como limpian los dientes del paciente. Este se debe colocar en una silla usando amarres acolchados, las manos y piernas pueden ser restringidas a los lados de la cama del paciente ó se puede restringir al paciente a la silla de ruedas.

Los problemas más importantes deberán terminarse primero. Esto si hay una necesidad de tratamiento dental restaurativo y si el tratamiento se hace; debe ser determinado si la salud oral puede o no ser mantenida en la casa después del tratamiento. Esta pregunta debe ser realísticamente contestada antes de que el tratamiento comience.

La Pequeña Unidad Dental en Casa. - Esta probablemente pertenecería a una familia que en casa tiene 3 o 4 niños impedidos. En estos casos tanto el papá como la mamá están muy bien orientados dentalmente. Estos pacientes impedidos son traídos al consultorio como cualquier paciente regular, la examinación es hecha al límite que el paciente lo permita. El padre, natural o adoptivo, debe estar presente en las examinaciones. El propósito de estas visitas dentales es el de seguir los cuidados dentales en casa y en estas visitas sólo serán de utilidad si el padre o encargado del niño está presente.

Examinación . - Una historia Médica y dental será necesaria. Usualmente en estas pequeñas unidades en casa, los padres o tutores conocen la historia de los pacientes. Se les pedirá a los padres que tengan la historia médica y dental a la mano el día de la consulta. Durante la examinación el tutor debe estar presente para observar la revelación de la placa y su remoción con un cepillo dental (cuando sea posible). Puede haber alguna dificultad en la revelación de la placa o el cepillado de dientes del paciente y si el tutor no puede ser enseñado a cuidar de la salud oral del paciente en casa, entonces hay muy poca razón para atender al pacien-

te en casa, entonces hay muy poca razón para atender al paciente escalonadamente, sino sólo en caso de emergencia.

Consulta . - Después de que el paciente ha sido examinado, se habla con el tutor para explicar el papel del personal de la oficina dental y el tratamiento que se le vá a dar al paciente y los cuidados y los cuidados que se deben otorgar respecto a la higiene y mantención de la salud oral.

Si se encuentran caries se tratarán de la manera usual, a menos que el paciente tenga problemas en su manejo. Si se manifiesta claramente que el paciente requiere otros medios de tratamiento, como hospitalario bajo anestesia general, esto puede discutir en consulta.

La Unidad con 15 ó 20 Pacientes . - En muchos Estados, estas unidades están gobernadas por leyes que requieren que las visitas dentales anuales sean proveídas por la Institución.

Cuando se invita a un dentista a cuidar de estos pacientes, es aconsejable que el dentista y su personal visiten a la Institución, visitará al Administrador de ella y a la enfermera de planta o persona encargada de la salud.

En esta entrevista se discutirá y explicará el tratamiento dental, y se le dice que la persona responsable del paciente debe acompañarlo a la oficina dental, también se menciona el rol de la prevención y el cuidado dental de la casa.

Se explica que los pacientes impedidos no deben esperar para sus citas, por lo tanto deben llegar a tiempo.

Para las unidades de 20 a 15 pacientes, higienista dental se programará para hacer pasar unas horas antes o hasta medio día en la unidad trabajando con el encargado del cuidado dental de la Institución.

Será necesario enseñarle diferentes posiciones, dependiendo de las condiciones del impedimento, para mejor acceso y visibilidad al hacer las técnicas de salud den

tal. El auxiliar dental enseñará a revelar la placa, como ver en la boca removerla, discutirá con la cocinera sobre alimentación y dieta para evitar la sacarosa posible.

Grandes Instituciones con Dentistas Residentes . - Estas Instituciones tienen por lo regular, personal dental responsable del cuidado dental de miles de pacientes. Se encuentran varios dentistas de tiempo completo ó de tiempo parcial. El introducir un programa efectivo, comprensivo y preventivo en este tipo de instituciones es difícil. Para diseñar un programa preventivo se requiere del interés y comprensión por parte de muchos miembros de la Institución. El dentista no puede tomar el tiempo necesario para entrenar a cada uno de estos miembros en los procedimientos dentales de higiene, así que la responsabilidad básica recae en el dentista y administrador.

Problemas .- El primer problema es quién ayudará al dentista. En muchas instituciones se toma un programa de ayuda por padrinos, se trata de voluntarios que se entrenan en la salud oral y estos toman responsabilidades con los pacientes.

En la mayoría de las instituciones se encuentran máquinas o lugares que venden dulces y golosinas, estas máquinas se deben remover y poner alimentos nutritivos. Esto se ha dicho y hecho en varias instituciones, con muy buenos resultados.

Instrumentos de Operatorios Dentales para la Institución.- Ahora con los nuevos requerimientos para el cuidado dental en los impedidos, muchas instituciones están descubriendo que es más práctico tener sus propios consultorios. Esto ha demostrado ser de gran valor para los dentistas de un solo turno o medio tiempo que están tratando a los pacientes impedidos en la institución. Para lograr estas necesidades, muchas innovaciones en la operatoria se han hecho, la más sencilla de esta es-

una silla con una pieza de mano de Jordán y un contrángulo para profilaxis. La ventaja de esta pieza de manos que puede ser esterilizada, aceitada y usada una y otra vez. Se usan en muchas Instituciones, unidades portables que trabajan con energía eléctrica o aire comprimido.

La próxima necesidad es una unidad de rayos X que se pueda tener y quitar fácilmente a la conveniencia del caso.

En muchas instituciones hay pacientes que necesitan que se les restrinja. Unas maneras de restringir o amarrar a estos pacientes, por medio de envolverlos en una sábana, usando amares simples y usando cuerdas para amarrarles las manos y piernas.

La próxima consideración es la silla dental.- Estos Factores que se considerarán son: fuerza, seguridad, -- que sea portable o no portable y corto. Las sillas pueden ser derechas, reclinables, completamente horizontales o camas. La selección de los instrumentos dentales dependen de la necesidad, técnica y preferencia del dentista. La esterilización es usualmente en autoclave. El almacenamiento de instrumental puede ser cualquier tipo de gabinetes dentales dependiendo de la cantidad de instrumentos, una consideración de estos es de ponerles ruedas para moverlos con más facilidad.

La construcción del local en el establecimiento requiere del tamaño de la institución, de la cantidad de pacientes de ella y de los tipos de pacientes que se cuentan. También hay que tomar en cuenta qué tipos de trabajos dentales se van a hacer y si se requerirá el uso de anestesia general.

Se debe tomar en cuenta también la iluminación, el espacio y comodidades sanitarias. (15)

" TRATAMIENTO DENTAL EN EL HOSPITAL BAJO ANESTESIA GENERAL.

El avance en programas dentales de educación y la evolución de las técnicas de anestesia general, han au-

mentado las posibilidades de que el paciente impedido pueda ser tratado bajo este tipo de anestesia y se le provea un buen cuidado dental.

La anestesia general es un método muy valioso para el control de pacientes impedidos que no pueden ser tratados bajo las técnicas psicológicas, sedación u otros procedimientos generales. También provee un medio más seguro para la mayoría de los pacientes impedidos médicamente.

Ha habido varios artículos publicados en el uso de la anestesia general en la oficina dental para ambos procedimientos quirúrgicos cortos y restaurática general. Para esos pocos dentistas entrenados y operando en el consultorio equipado igual a un hospital. Esto ha demostrado tener un beneficio tanto para el paciente como para el dentista. De cualquier manera, para los dentistas en su mayoría, las facilidades de los hospitales ofrecen más ventajas especialmente en lo que concierne a la seguridad del paciente. "(9)

" El Equipo Médico Necesario.- El tratamiento, el medio hospitalario no será igual que el medio del consultorio particular. Cada movimiento deberá reflejar de todo el equipo médico para establecer y promover del paciente, completo y comprensivo.

Un número de personas atienden a un paciente a nivel hospitalario, el cual requiere la asociación de unos con otros y no la dependencia. El dentista debe estar familiarizado con los protocolos y procedimientos a seguir y así el procedimiento del dentista será soporte para todo el esfuerzo del equipo médico. Por lo general, las personas que integran el equipo médico puede tener variantes, pero normalmente entre estas se encuentran:

DENTISTA) Que es el encargado del paciente y toda la responsabilidad de este se asume a él. Estas responsabilidades incluyen estar presente a la hora indicada y programada, asistir al anestesista, dirigir al personal-

auxiliar y diagnosticar y tratar al paciente.

El manejo de los pacientes impedidos es difícil y por eso es que necesita el esfuerzo total del equipo médico, trabajando como asociados.

MEDICO GENERAL . - Este deberá certificar que el paciente tiene un riesgo aceptable tanto quirúrgico como anestésico. Revisará la historia médica y lo examinará físicamente. Si se llegara a encontrar un riesgo del dentista deberá consultar al anestesista.

ASISTENTE OPERATORIO, ESPECIALISTA.- El dentista en cargo deberá, si es necesario, de entre los especialistas, lo que llegue a necesitar en el tratamiento del paciente impedido; ya sea que fuese necesario lo asista un periodontista, un cirujano maxilofacial, un ortodoncista, etc.

El tiempo en que se llevará a cabo la operación es de suma importancia y si es necesaria la ayuda de un especialista, ambos tienen la responsabilidad de hacer su trabajo completo a tiempo para no poner en riesgo la vida del paciente. Esto en un tiempo de 2 a 2 1/2 horas, para cumplir ambos con su tratamiento.

ANESTESISTA . - El anestesista es responsable de revisar el expediente del paciente antes de su inducción. En la mayoría de los hospitales se vé al paciente una noche antes de la cirugía para revisar su historia, notas médicas y dentales, y órdenes.

Este médico supervisa la inducción, mantenimiento y recuperación de la anestesia. Se espera que el dentista trabaje comprensivamente y en un tiempo bueno, -- ya que si la operación lleva menos tiempo de lo planeado, quitará al paciente de un stress anestésico.

CONSULTANTES . - No se espera que el dentista general tenga todos los conocimientos para actuar independientemente, por eso se trata de consultar con otros colegas para conocer su opinión y tener consejos y soporte de estos.

RADIOLOGO .- Al hacer la admisión del paciente, en muchos hospitales se requiere de una radiografía de rutina del tórax y algunas veces una radiografía lateral del cráneo del paciente, las cuales mostrarán la forma natural de árbol pulmonar y de las vías de respiración. De nuevo, si existen anomalías el dentista deberá consultar con el anestesista. El radiólogo también interpretará las radiografías dentales.

PATOLOGO.- Los tejidos blandos o duros, que son removidos del paciente son mandados al departamento de patología, para ser examinados. De ahí que el patólogo está para proteger al paciente de una cirugía innecesaria y de confirmar el diagnóstico del dentista.

ENFERMERAS.- Son las auxiliares del dentista en la cirugía, aunque muchas veces de planta en su consultorio, y estas enfermeras pueden servir de segundos asistentes.

PRUEBAS DE LABORATORIO.- Pruebas normales de laboratorio se obtendrán del patólogo del hospital y las más comunes son: Hemoglobina, conteo de glóbulos blancos, rojos, neutrófilos, basófilos, linfocitos, monocitos, análisis de orina y electrocardiograma, algunas consideraciones especiales como diabetes, discrasias sanguíneas, enfermedad del corazón y enfermedad hepática. Dependiendo de estas pruebas se tomarán los cuidados del paciente a lo largo de su estancia en el hospital.

Aunque hay pocos dentistas bien entrenados en el uso de la anestesia general en su consultorio, la mayoría de los dentistas usan el medio hospitalario para determinadas indicaciones en sus pacientes.

1.- El niño pequeño con caries rampante, o destrucción masiva por síndrome de biberón.

2.- El paciente que necesita tratamiento extenso y que es incapaz de cooperar en la oficina usando tratamiento sedativo o amarres esto incluye pero no se limi-

ta al paciente físicamente impedido, con retardo mental o inestables emocionalmente y psicológicamente.

3.- El paciente con diagnóstico médico que requiere un cuidado de calidad que no es disponible en un consultorio enfermos del corazón, del riñón, discrasias sanguíneas, alergias, etc.

4.- Pacientes que tienen laceraciones extensivas de los dientes como fracturas múltiples dentales y maxilares fracturados.

La preparación psicológico del paciente por todos los medios han demostrado ser benéficos para el paciente, ya que previene un trauma psíquico que le pueda durar toda la vida.

El cuarto de operaciones deberá tener las mismas facilidades que en el consultorio.

Antes que el dentista se vuelva miembro del hospital y admita su primer paciente, debe tomar cursos de procedimientos de hospital, ya sea leyendo, atendiendo seminarios u observando colegas en su práctica dental a nivel hospitalario. Esto también concierne a la institución del hospital, sus leyes y sus reglas. "(19)

REHABILITACION Y MANEJO DEL PACIENTE

a) CONTROL SEDATIVO:

" En la práctica dental se encuentran pacientes que no pueden ser tratados óptimamente a menos que se haga algo para hacerlos menos resistentes emocional o físicamente al tratamiento dental. Usar medicación sedativa para alterar lo consciente, ha demostrado ser una manera, para conseguir este fin en muchas situaciones clínicas.

Cuando los pacientes incapacitados son tratados, el manejo sedativo es el indicado, ya que estos pacientes pueden tener la inhabilidad de comprender la necesidad de permanecer sentados y mantener una posición muscular relajada aún por tiempo corto. Muchos pacientes sistémicamente buenos y normales, pero dentalmente son muy incapacitados, a causa del miedo, caries rampante, disturbios emocionales o experiencias malas con respecto a lo dental, estas personas tienen tratamientos benéficos mientras están sedadas.

Los dentistas han aprendido como tratar y manejar a personas ansiosas y con miedo. Los equipos dentales están siendo mejorados para hacer el tratamiento mas eficiente; el uso de medicamentos sedativos ahora pacientes también han evolucionado. Mientras los anestésicos locales sirven efectiva y eficazmente para eliminar el dolor, los medicamentos sedativos actúan como un medio adjunto y adicional para controlar los componentes psicológicos de molestias y la resistencia al tratamiento sin necesidad de usar anestesia general. "(17)

"Diferencia entre la sedación y la anestesia general. La mayor diferencia entre otros dos métodos es que el paciente sedado está consciente y puede mantener su vía de respiración por sí mismo, mientras que la anestesia general la vía de respiración debe ser inducida por otras personas. Pacientes sedados con sus reflejos intactos de toser, deglutir y vomitar, tienen más posibilidad de controlarlos que los pacientes bajo anestesia general.

El paciente sedado responderá al estímulo y coopera -

rã con el dentista de la manera que este le sugiera, hay menos alteración psicológica con la sedación que con la anestesia general.

Conversamente, el paciente bajo anestesia general no tiene contacto con su alrededor, no recuerdan nada, no hay movimientos voluntarios y no hay cooperación. Los signos objetivos de la sedación pueden diferir grandemente dependiendo del paciente, la necesidad de dicho medicamento y el régimen de drogas. El paciente puede estar obviamente despierto y consciente o puede estar somnoliento. A menudo el permitir la entrada al consultorio de otra persona será suficiente para que el paciente abra los ojos y mueva la cabeza.

Se vé usualmente un relajamiento muscular, que puede ser un efecto secundario, resultado en un descanso de la tensión nerviosa y del miedo.

Los signos de los pacientes se mantienen estables pero comúnmente sufren un descenso estos signos.

Sedación ligera .- Este paciente ligeramente recuerda todo lo que ocurrió y en secuencia, puede cooperar activamente con el dentista durante el tratamiento, abriendo o cerrando la boca al decirsele, probablemente no requiera abre bocas y puede ser capaz de detener una radiografía. La amnesia raramente ocurre en este tipo de sedación.

Sedación moderada.- Esta es una zona donde el paciente responde al mando pero reacciona algo alterado y percibe las cosas de manera diferente a las actuales que están ocurriendo. Puede perder la cuenta de lo que pasa pasaje tras pasaje, pensando que una sesión de una hora duró solo unos cuantos minutos. La memoria puede ser como un tipo de sueño en la cual la secuencia de los hechos se ven confusos y borrosos.

Probablemente abrirán la boca cuando se les pida pero se les será difícil sostener la acción aún por poco tiempo, el tratamiento se hará con un abre bocas. Estos pacientes se ven más relajados y así se siente.

Sedación Profunda . - Estos paciente aún cuando piensan - que perciben algo realmente no se acuerdan. La amnesia -- puede ser total, tal y como en la anestesia general Estos pacientes necesitarán ayuda para mantener fija la cabeza, aquí la vía de respiración causará problemas de vez en -- cuando. Se deben estar revisando sus signos vitales de -- tiempo en tiempo. Es de recomendarse que este tipo de sedación se ha hecho por doctores con la capacidad y expe - riencia necesaria.

Modo de Acción.- La sedación actúa deprimiendo el -- sistema nervioso central, para hacer estos, la droga se de be administrar a las células sensitivas cerebrales en can - tidad suficiente y este nivel debe ser mantenido a través del tiempo que la sedación se quiera continuar.

Las drogas son llevadas al cerebro solamente por la - sangre circulante, para que esto sea posible se debe admi - nistrar al torrente sanguíneo. Esto se hace por medio de - las vías de administración conocidas (oralmente, inhala - ción, intramuscular, intravenoso o rectalmente). Una can - tidad de concentración en el cerebro se debe conseguir -- sea cual fuere la vía de administración.

Drogas.- Muchas drogas están al alcance para el uso - sedativo, pero solo algunas son usadas. A un lado del - óxido nitroso estas caen en tres categorías. Narcóticos, - Barbitúricos y tranquilizantes. El uso de estas drogas co - mo sedantes en el tratamiento dental son aplicables, ya - sea restaurativamente, quirúrgicamente o tratando con te - jidos duros o blandos. Una de los beneficios de estas dro - gas es que se permite al dentista, trabajar normalmente - con sus técnicas normales, y no hay compromiso en su cali - dad, de hecho, en los pacientes que estos métodos están - indicados, la calidad de los trabajos es muy buena.

La sedación tiene algo de limitación. El manejo se - dativo debe ser compatible con la historia médica y ffsi - ca del paciente." (15)

La restaurativa dental es una faceta importante pero seguidamente negada de "Cuidado total del paciente". Para el paciente impedido la restaurativa dental puede mejorar la calidad de vida de los pacientes impedidos manteniéndolos libres de infección y permitiéndoles disfrutar la masticación, consecutivamente nutrición y los provee con un enlace psicológico a través de las mejores estéticas faciales.

Consideraciones especiales son necesarias para el tratamiento de los pacientes impedidos, ya sea a causa de la naturaleza del impedimento tiene manifestaciones dentales directas, como el caso de anomalías morfológicas o estructurales de los dientes, ó la contribución a la pérdida de los dientes.

A menudo los niños, especialmente aquellos con parálisis cerebral no pueden masticar o tragar comidas sólidas y por eso, son alimentados con leche endulzada y concentrados de vitamina C. Todas estas consecuencias pueden predecir que el paciente impedido requerirá un tratamiento restaurativo y protésico extenso para volver a sus funciones estéticas.

Las consideraciones especiales en el tratamiento de pacientes impedidos no son usualmente diferentes en la técnica, pero diferentes en el método usado para desarrollar un plan de tratamiento. El plan de tratamiento dental final debe ser compatible con las limitaciones médicas, físicas y emocionales que complican el tratamiento de pacientes, además agregados a estos factores, las decisiones de acuerdo a la movilidad del paciente, la coordinación muscular y el grado de conocimiento dental y motivación son esenciales para la formulación de un realístico y viable plan de tratamiento.

Deshabilidades que no tienen manifestaciones dentales directas.

Estas incluyen distrofia muscular ligera y restricta, hemofilia, poliometitis, fibrosis quística, ceguera, sordera, multiplesclerosis, síndrome de Turnes, autismo, diabete

tes juvenil y enfermedades congénitas del corazón, personal mentalmente retardadas y pacientes ambulatorios ancianos. Muchas deshabilidades no tienen manifestaciones dentales directas necesitando decisiones restaurativas que son diferentes a las usuales y comunes.

Deshabilidades hereditarias o congénitas con manifestaciones dentales.- En esta categoría deshabilidades que tienen solo manifestaciones dentales o manifestaciones dentales primarias, seguidas con otras características. Algunas de estas condiciones incluye hipoplasia de esmalte severa, amelogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta, displacia dentinal y aplasia del esmalte y la dentina.

También incluy la microdoncia. macrodoncia y el síndrome de rubiola tienen irregularidades morfológicas en la dentición que presenta problemas estéticos, displacia ectodermal, disostosis cleidocraneal, paladar hendido, hipotiroidismo.

Deshabilidades que limitan la abertura oral.- Incluye a los pacientes con Arthritis reumatoide juvenil, anquilosis del ATV, osificaciones, trismus, quemaduras faciales.

Deshabilidades Psicomotoras.- Se encuentran los pacientes con lapsos epilépticos, parálisis cerebral, Síndrome de Meinnert's vértigo crónico.

Deshabilidades acompañadas de severa Atrición y Abrasión.- Incluyen el parálisis cerebral, epilepsia con acompañados de bruxismo, lo cual produce severa abrasión y atrición.

Modificaciones en la restauración dental para el paciente impedido.- La técnica operatoria convencional puede con una modesta suplementación ser expandida para acomodar mejor y permitir tratamiento restaurativo a varios pacientes impedidos. Estas áreas de suplementación de equipo son para la protección del paciente y del dentista.

Las oportunidades de una laceración durante el procedimiento restaurativo se aumenta cuando el paciente es de

problemas de manejo o falta de reflejos y reacciones normales. Muchas de las laceraciones como la hecha por instrumentos manuales, aspiraciones a objetos extraños, pueden ser evitados con el dique de hule.

También se recomienda el uso de espejos de acero irrompible, ya que los movimientos repentinos de cierra de la boca de algunos pacientes impedidos puede romperlos espejos de vidrio. Adicionalmente se recomienda el uso de grabbloques de mordidas y gasas que cuando se usan en la boca se deben asegurar amarrándolas con hilo dental que se extienda fuera de la boca con el propósito de retirarlo de la boca en caso de que sea tragado. Para los pacientes difíciles de manejar, como el hiperquinético, el paciente mentalmente retardado, el paciente con parálisis cerebral, el uso de restringentes estabilizadores para limitar los movimientos del cuerpo en el sillón dental es requerido. Ciertamente la aplicación de un anestésico local no debe ser administrado a menos que la cabeza del paciente esté bien sostenida y firmemente controlada. Hay muchos procedimientos para la estabilización del paciente como la técnica de la so brecama, el pedi-wrap, los amarres y cinturones, restringentes tipo harness y la tabla paposse.

La habilidad de mantener la boca en una posición abierta durante la instrumentación de lesiones cariosas esencial no sólo para hacer un tratamiento dental de calidad pero también para la prevención de las laceraciones de tejido blando y el evitar las exposiciones mecánicas de las pulpas dentarias. Abrebocas tal como el de molt, Mckenson están disponibles comercialmente, además, bloques de mordida de acrílico, hechos para un paciente individual, pueden ser fabricados.

Cuando se usa un aparato estabilizador, el dentista no debe mantener una posición abierta de la boca que no sea confortable para el paciente.

El dentista y su asistente deben asegurar la esta-

bilidad del abrebocas porque si se llega a mover de su lugar, pueden resultar laceraciones del tejido blando o la luxación de dientes. Se han recomendado el uso de guardas para los dedos para el uso del dentista que no utiliza aparatos estabilizadores. Su propósito es evitar laceraciones al operador en el caso de cierre de boca repentino.

En la restauración dental para las personas impedidas no hay una fórmula a seguir, porque en cada paciente se requiere una evaluación individual total, tomando en cuenta los déficits motores y sensoriales, el comportamiento emocional, nivel intelectual, medio ambiente y el estado oral "(10)

EVALUACION PERIODONTAL Y CONSIDERACION DEL TRATAMIENTO CON EL PACIENTE IMPEDIDO.

"Enfermedad periodontal en el paciente impedido.- La enfermedad periodontal es tal vez la condición patológica más común en la boca que afecta a la población adulta en general, pero en lo que se refiere a pacientes impedidos es más prevalente en todas las edades. Esto parece ser la verdad particularmente en muchos pacientes mentalmente impedidos, pacientes en instituciones que tienen gran acumulación de placa bacteriana lo cual lleva a disturbios periodontales en una temprana edad, la droga antiepiléptica phenytion (dilatil) induce a una hiperplasia gingival en muchos pacientes está bajo una terapia prolongada con esta droga. Ya que individuos impedidos a menudo requieren estos medicamentos, exponen un alto índice de hiperplasia gingival inducido por el phenytion.

Etiología . -

Factores locales . - Placa dental, cálculo dental, dieta y hábitos alimenticios, retención e impactación de la comida, higiene oral inadecuada, tratamiento dental inadecuado, respiración bucal, oclusión, son factores locales que dan de una u otra manera que en las-

características de cada factor actúa en cada individuo impedido, producirá la enfermedad periodontal.

Factores sistématicos.- En lo general, ninguna enfermedad sistématica ha demostrado producir enfermedad periodontal con la ausencia de los factores locales, tal como la placa. La eliminación de los factores locales y un tratamiento periodontal ha dado un control exitoso de la enfermedad periodontal en los pacientes con varias condiciones sistémicas. Esto es especialmente importante para las personas impedidas ya que su falta de habilidad para comunicarse pueden crear una situación donde aquellos que cuidan de él no pueden darse cuenta de sus sufrimientos.

El fallo a tratar esta condición oral puede resultar en una mala nutrición y serias infecciones, dañando la salud del individuo. Unas enfermedades sistémicas pueden ser susceptibles a la enfermedad periodontal, tales como: diabetes mellitus, enfermedades de la sangre, agranulocitosis, nutrición, enfermedades genéticas, síndrome de Dawn. "(21)

"DIAGNOSTICO: El diagnóstico correcto es siempre -- uno de los aspectos más importantes del tratamiento dental. Cuando trata con individuos impedidos, el problema se compone con la necesidad de juzgar no sólo su condición oral sino también la habilidad de cooperar, sus impedimentos físicos, sus condiciones sistémicas, solamente cuando cada uno de estos factores son evaluados correctamente, es posible proveer un cuidado dental propio para estos pacientes especiales. Durante el primer contacto con el paciente, su Status emocional, nivel intelectual, y actitudes se verán, en muchos casos la comunicación con el paciente será difícil y casi imposible y será necesario tratar el caso con su tutor.

Los pacientes son clasificados de acuerdo a su tipo: parálisis cerebral, retardo mental, físicamente impedido, etc., es importante que el dentista tenga en cuenta las condiciones sistémicas de estos pacientes.

ESTA TESIS NO DEL
 SALUD DE LA BIBLIOTECA

Los pacientes con problemas de sangrado, pueden recibir solo tratamiento periodontal muy limitado.

Una lista completa de medicamentos que esté tomando el paciente debe ser obtenida. Es ventajoso ponerse en contacto con el médico general del paciente para verificar las drogas que esté tomando y de obtener información adicional que nos pueda ayudar en el tratamiento oral del paciente.

En la historia dental se debe incluir unas preguntas como: cuando fué la última vez que los dientes fueron tratados, hay alguna historia de infección gingival se han perdido algunos dientes como resultado de enfermedades gingivales, qué tan seguido se cepilla sus dientes, es el paciente capaz de cepillarse sus dientes por sí solo, usa hilo dental, irrigador, cepillo eléctrico, si ha habido problemas previos al tratamiento dental.

La examinación oral dependerá grandemente de la cooperación del paciente, puede ser que el paciente no coopere lo necesario para la examinación oral, moviéndose en el sillón dental, si esto no se puede controlar haciendo que el asistente lo detenga, tendrá que usar los amarres restringentes.

Siempre se trata de ir explicando al paciente del modo que éste más entienda lo que se le está haciendo, paso tras paso para ganarse la confianza del paciente y trabajar en armonía con él. Al hacer la examinación periodontal, en un paciente impedido es aconsejable usar un espejo de plástico, un explorador de punta corta, zonda periodontal, abrebocas de plástico, guardadedos de metal. Si la cooperación del paciente es muy pobre será necesario administrar una droga sedativa u óxido nitroso.

La examinación no se debe limitar a las estructuras periodontales caries y restauraciones malas, se deben tomar también en cuenta ya que estas juegan un papel importante en la iniciación de disturbios periodontales.

Aparte de la medición de bolsas es necesario el tomar radiografías ya que estas nos darán una interpretación de cuanto hueso se encuentra involucrado. Al tratar a un paciente impedidos el dentista se encontrará que en unos pacientes el tomar radiografías será demasiado difícil y el medir las bolsas será limitado, en estos casos el dentista deberá conformarse con la poca información que está disponible. "(20)

" TRATAMIENTO:

Gingivitis.- Este es un problema periodontal más común en los pacientes impedidos de todas las edades, y el resultado de materia acumulada alrededor de la porción crevicular del diente; materias tales como comida, materia alba, placa bacteriana y cálculo, producen reacción inflamatoria de intensidad variada. Característicamente los tejidos aparecen rojos, inflamados y con tendencia hemorragia al tocarlos. Si se dejan sin tratar el proceso inflamatorio causa una distorsión de la anatomía gingival, haciendo la higiene oral mas difícil y permitiendo la acumulación de más placa y cálculo. Este proceso cíclico cálculo. Este proceso cíclico con el tiempo produce destrucción irreversible de las estructuras periodontales.

Se debe examinar a los pacientes cuidadosamente por irritaciones locales que son responsables; esto incluye materia alba, placa bacteriana, cálculo, contactos abiertos, restauraciones incompletas, incorrecto cepillado, respiración bucal, dietas noabrasivas, los pacientes deben aprender a tener higiene oral buena y cepillarse para evitar este tipo de problemas.

Un instrumento ultrasónico facilitará la remoción de cálculo y manchas, ya que este instrumento expelle grandes cantidades de agua, es esencial que haya una buena evacuación de esta porque muchos pacientes impedidos se ahogan fácilmente. Las restauraciones malas y los contactos abiertos se deben reparar. Cuando la dieta sea muy blanda, el uso del cepillo eléctrico beneficiará ---

gingiva estimulándola. El uso de enjuagues bucales beneficiará el problema ya que esto hará que se separe el tejido necrótico y productos bacteriales. La aplicación tópica de antibióticos tales como la Kanamicina -- aún están en estado experimental. (12)

" Absceso Periodontal.- Esto es una condición inflamatoria que es causada por la higiene oral pobre de los individuos impedidos, la diferenciación de un absceso periodontal y uno periapical a veces será difícil -- a causa de las limitaciones radiográficas con estos individuos y la comunicación será pobre. La examinación clínica y el zondeo será la única ayuda que se tendrá.

El tratamiento de emergencia consiste en la insición y el drenaje, masajeando el área de absceso, hará que salga toda la supuración.

La insición se debe dejar abierta para que este siga drenando.

Pericoronitis.- La higiene oral deficiente hará que se inflame la capa de tejido que cubre al tercer molar erupcionando. La irrigación de agua oxigenada diluida y la aplicación de violeta degencial será el tratamiento a seguir. Se puede requerir la remoción quirúrgica en este tejido o la extracción del tercer molar.

Periodontitis.- Por la mayor incidencia de falta de higiene en este tipo de población impedida, se encontrará mayor destrucción periodontal. Parece que la destrucción mas extensiva, de hueso se encuentra en los pacientes con Síndrome de Down. Hay gran variedad de procedimientos quirúrgicos usados para tratar la periodontitis, desde un simple curetaje a una cirugía ocea. El problema primario de tratar a la población impedida, es la de que mantengan un higiene oral adecuada para prevenir la recurrencia del problema.

Periodontosis . - Se caracteriza por aflojamiento y migración de los dientes con o sin la presencia de irritantes locales. La formación de bolsa y la atrofia al violar ocurre y esta conducción se ha reportado en -

niños pequeños. Los dientes más comunmente afectados son los anteriores maxilares y mandibulares y los primeros molares. Este problema es tratado como una periodontitis.

Hiperplacia gingival.- Hay un número de condiciones donde la interplacia gingival ocurre. Esto incluye gingiva fibromatosis. Hiperplacia inducida por el Diphenylhydantoin respiración bucal, pubertad. El tratamiento necesita tener primero un diagnóstico diferencial. Todos los factores irritantes deben eliminarse, la inflamación se debe tratar y un buen programa fisioterapico se debe instruir. La gingivectomía junto a la gingivoplastia se debe hacer como un tratamiento usual. El tratamiento quirurgico se debe retardar lo más posible hasta que el factor etiológico sea removido y no vaya haber recurrencia.

"(1)



SUPERIOR:

Paciente con Escoliosis; nótese la vuvratura lateral de la espina. Cortesía del Dr. N.A. Wickwire.

CENTRO:

Paciente con Escoliosis usando el aparato Wilwaukee Brace. En la vista anterior se ve una sola barra y en la posterior se ven dos barras.



INFERIOR:

Dientes primarios hipoplásicos, en un niño con parálisis cerebral. Nótese las áreas de hipoplasia en oclusal.



SUPERIOR:

Síndrome de Kleeblattschadel (cabeza de trébol).- Nótese cráneo trilobulado hidrocefálico e hipoplasia de la región media facial

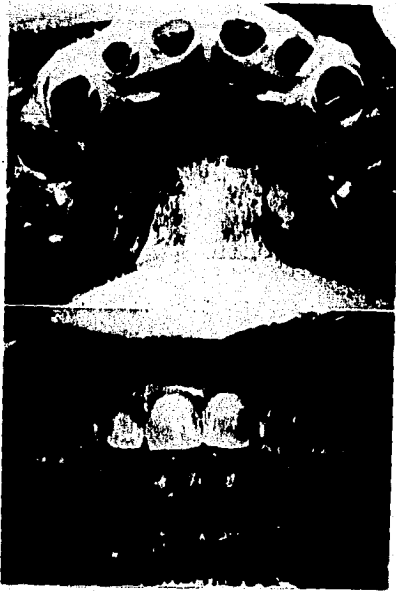
CENTRO:

Síndrome de Donohues. Nótese las orejas prominentes, labios gruesos y boca abierta.



INFERIOR:

Síndrome de Cockayne, nótese la microcefalia: nariz delgada, estatura pequeña, atrofia óptica y orejas situadas muy-abajo.



SUPERIOR:

Foto superior muestra severa atrición de dientes. Foto inferior muestra la decoloración de los dientes causada por dentinogenesis imperfecta que se ve en pacientes -- con osteogenesis imperfecta. Cortesía del Dr. Carrol Bennett.

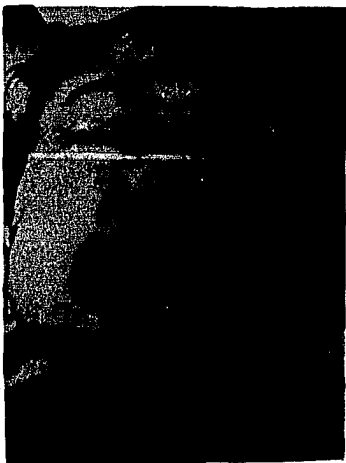
CENTRO:

Hendidura aislada del paladar.
Cortesía del Dr. Mark Mya.



INFERIOR:

Hendidura completa unilateral.



SUPERIOR:

Premaxila protuida.- Hendidura completa unilateral en un infante.

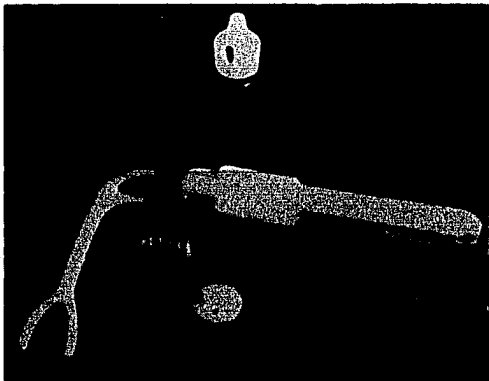
CENTRO:

Premaxila flotante en la dentición mixta.



INFERIOR:

Síndrome de Appers, fig. superior. Distorsiones y flesi-
ones, figura inferior. Boveda
alta paladar hendido y denti-
ción severamente amontonada.

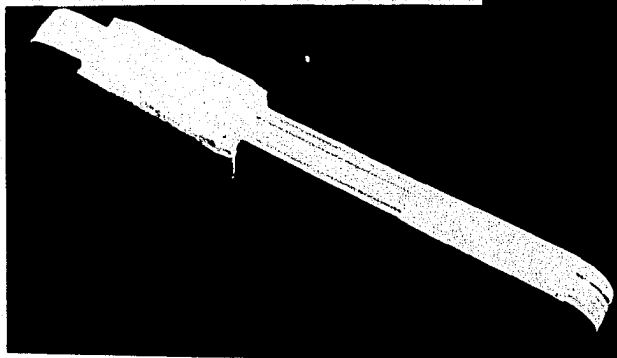


SUPERIOR:

Número mínimo de materiales de instrumentos para la remoción de la placa.

CENTRO:

Modificación de cepillos para mejorar el agarre y extender el alcance en pacientes físicamente impedidos.



INFERIOR:

Abrebocas hecho con abatelenguas y cinta adhesiva.

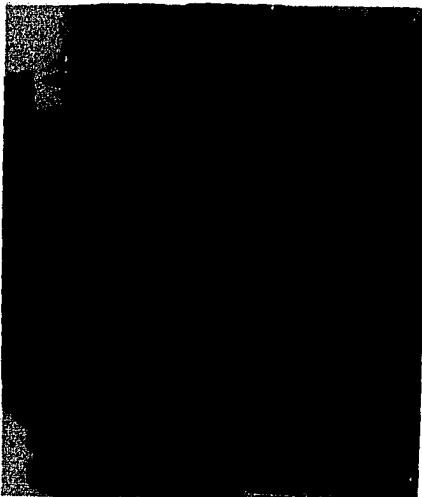
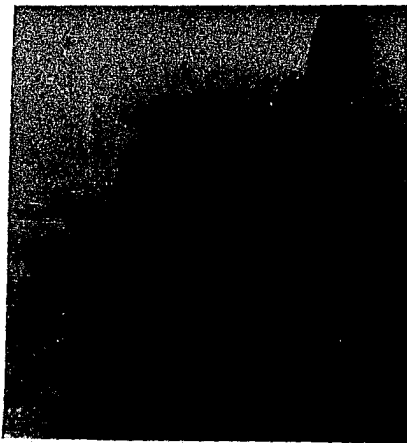


SUPERIOR:

Soporte de la cabeza con
toneado que puede insta-
lar rapidamente en una -
silla de ruedas.

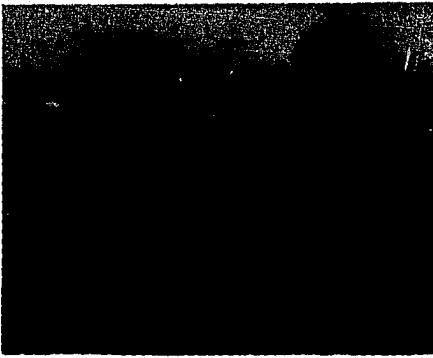
CENTRO:

Una leva para convertir una
silla de ruedas en un si --
llón dental. Cortesía de Me
yal Dynamics.



INFERIOR:

Tabla Panose para trans
ferir al paciente al si
llón dental.



SUPERIOR:

Pediwrap, restringente con cintos adicionales para inmovilizar el cuerpo completo.

CENTRO:

Abrebocas para asistir al paciente en mante -
ner la boca abierta.



INFERIOR:

Restringente de manos y brazos, también puede ser usado para -- las piernas.



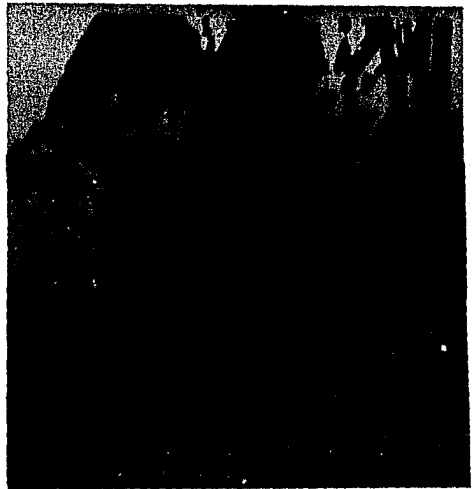
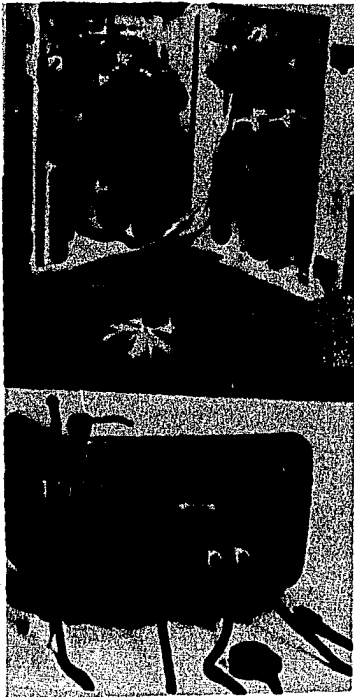


SUPERIOR:

Dedal de metal usado como guardadedos y un espejo - de metal.

CENTRO:

Dando cuidado den tal a do micilio.



INFERIOR:

Unidades dentales portatil apropiadas para lugares -- sin oficina dental y para-- visitas a domicilio.

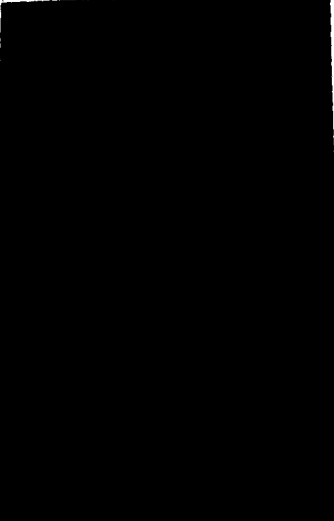


SUPERIOR:

Sillón dental ligero
portable usado para-
casas y partes sin -
oficina dental.

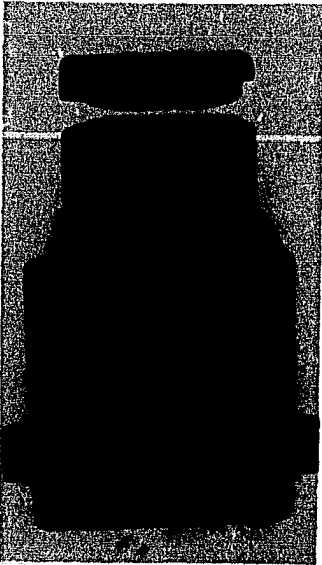
CENTRO:

Unidad dental portable
preferida para uso en-
hospitales.



INFERIOR:

Unidad portable que se desco-
necta facilmente, usada en -
hospitales.



SUPERIOR:

Cebecera facilmente fabricada para ser utilizada en cuarto de operaciones.

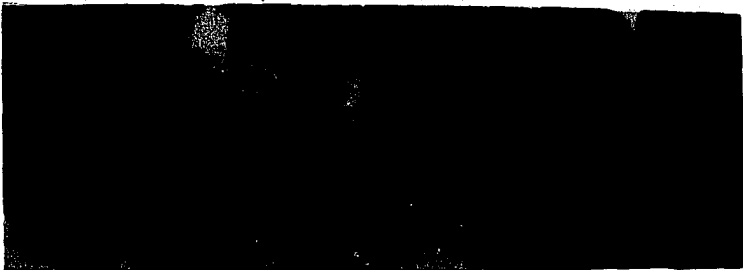
CENTRO:

Posición típica del equipo y personal alrededor de la mesa de operaciones.



INFERIOR:

Preparando al paciente para la intubación nasotraqueal.





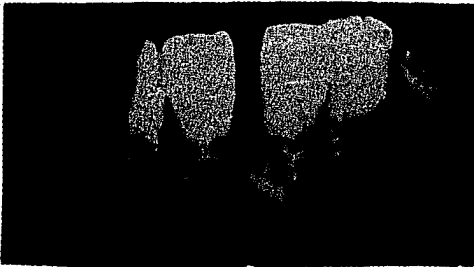
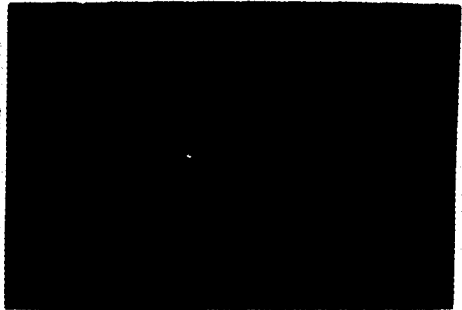
SUPERIOR:

Fig. superior: condición oral inicial del paciente con hiperplasia gingival severa, antes de un programa de cuidado dental.

Fig. inferior: Condición oral después de 3 semanas de un programa de cuidado oral meticuloso que también incluyó profilaxis semanales.

CENTRO:

Paciente joven con síndrome de Down, mostrando el resultado de una recurrencia crónica de inflamación gingival.



INFERIOR:

Paciente joven con síndrome de Down, que tiene higiene oral pobre y gingivitis necrotizante.

CONCLUSIONES

Como se menciona a lo largo de esta tesis, la falta de atención a los pacientes impedidos, es un problema con el que se enfrentan estos individuos al requerir atención dental; En esta tesis, se hizo un estudio y clasificación de estos y cada uno de los impedimentos, que, mas frecuentemente, se podría encontrar el dentista en la consulta diaria.

El profesionista de la salud oral, al leer esta obra, se dara cuenta de que atender a un paciente impedido no es tan difícil como se piensa, ya que estos pacientes son como cualquier otro, con la diferencia de que los primeros cuentan con una condición médica, física, mental, o congénita que los hace diferentes.

El instrumental para su atención es básicamente el mismo, con algunas modificaciones sencillas en este, y la técnica a seguir no varía mucho de la usual.

Lo que si se requiere antes de todo, es un cambio de actitud al tratar a estos pacientes impedidos.

El plan de tratamiento a seguir deberá ser considerado de acuerdo a las necesidades y condiciones de cada individuo y su impedimento.

Se enfoca en la prevención como un procedimiento clínico para evitar que las condiciones de sus impedimentos acarreen problemas orales, el cuidado dental, si no se puede proporcionar en el consultorio, se puede dar a domicilio o en instituciones en las cuales se encuentren estos pacientes.

La sedación y el manejo del paciente a nivel hospitalario se proporcionan para la protección del paciente con algún impedimento emocional, físico o médico, que pongan en peligro al paciente, o lo hagan difícil de tratar.

Las evaluaciones y modificaciones en el tratamiento de estos pacientes impedidos se tomaron en cuenta para tratar de lograr una mejor atención a estas personas.

En si el Cirujano Dentista es capaz de atender a cualquier paciente con impedimentos, sin necesidad de cambiar todo su instrumental, o temer de atenderlo equivocadamente.

- 1.- Baer, P.N. and Benjamin. S.D. Periodontal Disease in Children and Adolescents, Philadelphia 1974. J. B. Lippin. 1 Edicion
- 2.- Bernstein, L., Congenital Defects of the Oral Cavity in Paralele, M.M., Shumrick, D.A. Editor Otolaryngology, Vol. 3 Head and Neck, Philadelphia - 1973, W.B. Saunders Co. I Editiocion.
- 3.- Brown, R.F. and Warren, S.A.: The Handicapped - - Child; a Challenge to Dentistry, J. Am. Dent. - - Assoc. 61 3-11, Jan 1965.
- 4.- Cohen, D. : The Medical Care of Autistic Children Journal of Pediatrics 51: 278, 1973.
- 5.- Cohen, L.A. Synopsis of Medicine in Dentistry Philadelphia 1972, Lea and Febriger I Edition.
- 6.- Davidoof, A., Winkler, S. Manual on Terminology - and Classification in Mental Retardation. Washington, D.C. 1973, American Association on Mental Deficiency.
- 7.- Davis, W.B. : Dental Problems of the Handicapped-Child, in Mc Donald, R.E.: Dentistry for the Child and Adolescent, Ed. St. Louis, 1974, The C.V. Mosby Co. pp 429-439 I Edicion
- 8.- Dole, R. Key Facts on the Handicapped, Washington, D.C. 1975 CRS Library of Congress.
- 9.- Goldstein, IC. The Need for General Anesthesia - - for the Dental Treatment of the Mentally Handicapped Patient. 344 ASDC 1985 Sep.
- 10.- Howart, J.H.: Conservative Procedures on Patients

with a Handicapped Condition. Br. Dent. J. 135 : -
280-316 1974.

- 11.- Ivy, Roy Documentary, Health Center Department, -
El Paso Texas 1985.
- 12.- Loe, H.: Plaque Control in Periodontal Disease, J.
Am. Dent. Asso- c. 87: 1034, 1973.
- 13.- Miller, S.L., Dental Care for the Mentally Retar -
ded, J. Public Health Dent. 25:3, 1975
- 14.- Nelson, W.E., Vaughan, V.C. & Mckay, Tx of Pedia -
trics, Philadelphia. W.B. Saunders Co. 1 Edicion --
1975.
- 15.- Nowak, A.J. Dentistry for the Handicapped Patient,
C.B. Mosby. Co. 1976. 1 Edicion
- 16.- Shiyo H. Takehana. Dental Care for the Handicapped
1984 Sep. 32-(9) 3249
- 17.- Sinhyn SG. Dental Assistance in the Special Patient
Den Assit 1984 Jan-Feb.:53 (1); 24-6
- 18.- Small, J.: EGG and Neurophysiology, Studies of Ear-
l- Infantile Autism, Biol. Physiatics 10:35, 1975.
- 19.- Turner, H.: Anesthesia and Analgesia: Adjuntion in
The Dental Management of the Handicapped Child,pp.
358-45. Inful, C. Editor; Symposium, Dental Manage
ment of the Handicapped Child. Iowa City, 1974, --
University of Iowa.
- 20.- Udin Rd Et Al. The Influence of a Motivation of -
a Plaque Control Program for the Handicapped Chil-
dren. J. Am. Dent. Assoc. 1984 Oct. 109 (4) 591-3

21.- Weinstein R. Prevalence of Periodontal Phatology
and the Need for treatment in a group of Handica
pped. Mondo Odontostomatol. Jan., Feb. 26 (1) --
45-8.