

92
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TRATAMIENTO ODONTOLOGICO DEL PACIENTE
DISCAPACITADO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

ZOILA AURORA CHAVEZ VAZQUEZ

DIRECTOR DE TESIS: C.D. ALFONSO CARRILLO RIVERA

CIUDAD UNIVERSITARIA

JULIO 1990

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**





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.

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION.....	1
<u>CAPITULO I</u>	
DEFINICION Y CLASIFICACION.....	4
<u>CAPITULO II</u>	
RESPONSABILIDAD DE LA COMUNIDAD	
VALORACION DE LAS NECESIDADES TERAPEUTICAS.....	7
<u>CAPITULO III</u>	
EVALUACION Y PLANIFICACION TERAPEUTICA.....	10
<u>CAPITULO IV</u>	
TECNICAS RADIOGRAFICAS.....	19
<u>CAPITULO V</u>	
ODONTOLOGIA PREVENTIVA.....	23
<u>CAPITULO VI</u>	
CONDICIONES Y NORMAS PARA LA ASISTENCIA CON DISTINTAS INCAPACIDADES.....	34
<u>CAPITULO VII</u>	
MANEJO DE LA CONDUCTA INFANTIL.....	83
<u>CAPITULO VIII</u>	
EQUIPO ESPECIALIZADO Y MEDIDAS ADICIONALES EN EL TRATA-- MIENTO DENTAL.....	107
<u>CAPITULO IX</u>	
DISENO DEL CONSULTORIO.....	120
CONCLUSIONES.....	125
BIBLIOGRAFIA.....	130

INTRODUCCION

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

Una persona inválida es "cualquier individuo que tiene un trastorno físico o mental que limita en forma importante una o más de las actividades principales de la vida como cuidarse así mismo, o realizar tareas normales, caminar, ver, oír, hablar, - respirar, aprender y trabajar.

Numerosos informes publicados han observado los problemas a que se enfrentan varios individuos impedidos al buscar una atención dental adecuada. Se ha dicho que el tratamiento dentales la necesidad más grande de salud no lograda por el inválido.

Es posible que exista una mayor proporción de individuos inválidos con pésima salud dental que de individuos no inválidos.

Históricamente, la responsabilidad para el tratamiento de este grupo ha sido asumida fundamentalmente por los odontopediatras y unos cuantos cirujanos dentistas generales.

Las técnicas médicas bastante mejoradas han aumentado en forma significativa la duración de vida de individuos inválidos y por lo tanto están requiriendo cada vez mayor atención dental y aunque el odontopediatría está tratando niños inválidos en una proporción mucho mayor de como lo hacía en el pasado, no es capaz de proporcionar cuidado para el siempre creciente número de adultos de este tipo, así es como se ha hecho necesario que más cirujanos dentistas comiencen a proporcionar las atenciones den-

tales necesarias para los impedidos.

Muchos dentistas consideran a estos pacientes, sin hacer -- grandes distinciones, como, difíciles, cuando lo cierto es que -- son simplemente diferentes, por eso, la clave del éxito del tratamiento consistirá en ir ampliando nuestros conocimientos sobre las características generales de las incapacidades más comunes.

CAPITULO I
DEFINICION Y CLASIFICACION

DEFINICION Y CLASIFICACION

Las minusvalías físicas y psíquicas comprenden errores congénitos, enfermedades crónicas o secuelas de enfermedades y lesiones que interfieren en las funciones normales hasta el punto que el sujeto que las padece necesita una considerable ayuda de su propia familia o de la comunidad. Las minusvalías físicas y psíquicas comportan también importantes dificultades para la integración del individuo en la sociedad y su adaptación a un sistema educativo normal.

El término colectivo de minusválidos define a las personas que padecen trastornos mentales y físicos y a los adectos de enfermedades crónicas.

Se citarán algunos de los factores que hacen que la asistencia dental de minusválidos constituya un problema especial.

- La incapacidad o la enfermedad crónica puede producir directamente enfermedades dentales o aumentar las necesidades de asistencia dental.

- La medicación o el tratamiento pueden aumentar el riesgo de que se produzcan enfermedades dentales.

- La enfermedad dental puede agravar una incapacidad.

- Algunas incapacidades disminuyen en la persona que las padece la motivación o las posibilidades de solicitar asistencia dental o mantener una buena higiene oral.

- Algunas incapacidades pueden dificultar ciertos tratamientos dentales complicados e impedir que la persona que las padece pueda llevar algún tipo de prótesis.

- Algunos minusválidos no toleran una intervención quirúrgica dental ordinaria.

- En ciertas incapacidades, el tratamiento dental puede resultar particularmente caro o requerir demasiado tiempo.

C A P I T U L O I I

R E S P O N S A B I L I D A D D E L A C O M U N I D A D

V A L O R A C I O N D E L A S N E C E S I D A D E S

T E R A P E U T I C A S

RESPONSABILIDAD DE LA COMUNIDAD VALORACION DE LAS NECESIDADES TERAPEUTICAS

Uno de los caracteres distintivos de las sociedades civilizadas es su capacidad de asegurar la asistencia al minusválido.

La comunidad en general y los profesionales de la salud en particular tienen la responsabilidad de ayudar a las personas menos afortunadas para el destino a integrarse plenamente en la sociedad.

Las minusvalías rara vez son estables o inmutables, y su significación para el individuo varía con la edad y el ambiente.

La comunidad debe tratar de indentificar a tiempo a las personas incapacitadas a fin de poder darles unas atenciones y una educación adecuada, viéndolo desde este punto de vista, el tratamiento dental preventivo y conservador constituye una parte importante del programa total de integración social del minusválido.

El minusválido puede presentar manifestaciones orales en relación con su incapacidad, ésta puede aumentar la sensibilidad del paciente a los efectos de las enfermedades dentales comunes.

Las diversas incapacidades comportan distintas implicaciones para el dentista, así como los pacientes con deficiencias mentales, neurológicas y psicológicas, con sordera y ceguera y

los casos graves de epilepsia y parálisis cerebral pueden plantear problemas terapéuticos especiales.

Los pacientes con enfermedades musculares y ortopédicas pueden precisar algún tipo de equipamiento especial, es aconsejable en algunas de las enfermedades la utilización de la anestesia general para realizar tratamientos dentarios. Hay que insistir en que la mayoría de los minusválidos no precisan ningún equipo especial.

Para tratar a pacientes con neurosis, psicosis, epilepsia grave y enfermedades hematológicas es indispensable que el dentista y el médico planifiquen conjuntamente la terapéutica. En muchas de las enfermedades es aconsejable consultar previamente con el especialista antes de realizar cualquier terapéutica dental.

Entre las enfermedades que producen manifestaciones orales y que requieren un aumento de las medidas preventivas convencionales, se encuentran la parálisis cerebral y otras limitaciones motoras, la epilepsia bajo medicación con fenil-hidantoína y los trastornos que se tratan con sedación a largo plazo. También se incluyen aquí el síndrome de Down, las cardiopatías con cianosis periférica y las enfermedades hematológicas.

Dado que la salud bucal es sumamente importante para el paciente inválido y como son muchos los pacientes inválidos que tienen comprometido su estado de salud bucal, la odontología tiene un interés primordial en este movimiento social.

C A P I T U L O I I I

EVALUACION Y PLANIFICACION TERAPEUTICA

EVALUACION Y PLANIFICACION TERAPEUTICA

La planificación terapéutica debe contemplar la valoración de la capacidad de cooperación del paciente, su posibilidad de comprender y seguir instrucciones sencillas, así como el pronóstico de la enfermedad y la expectativa de vida del sujeto. Otro aspecto que hay tener en cuenta es la capacidad del paciente para responsabilizarse de su propia salud oral o bien la posibilidad de que cuente con la ayuda adecuada.

Hay que observar por encima de todo los estándares terapéuticos básicos, en primer lugar, la asistencia de urgencia para controlar el dolor y eliminar las infecciones; en segundo lugar, las prácticas de higiene y las medidas preventivas y por último, la restauración de los dientes cariados para mejorar su función. También es esencial mantener un mínimo de salud oral por razones estéticas, e indudablemente, si el paciente así lo desea con ello se contribuye a mejorar su situación general, pueden ponerse en práctica tratamientos dentales más complejos.

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

Es útil tener formas impresas para los antecedentes del paciente. Las áreas a cubrir incluyen:

- 1.- información Biográfica básica
- 2.- diagnóstico médico
- 3.- medicamentos actuales
- 4.- estado ambulatorio
- 5.- nombre del médico
- 6.- fecha del último examen físico
- 7.- fecha del último tratamiento dental
- 8.- información financiera

HISTORIA MEDICA.

La información médica obtenida en un cuestionario normal de antecedentes de la salud, es suficiente para la mayoría de los pacientes dentales. La persona inválida a menudo tiene una historia médica complicada que exige más investigación. En estos casos, el cirujano no deberá dudar en pedir informar-adicional a los profesionales de salud o las instituciones que han intervenido en el cuidado primario del paciente, puede ser aconsejable solicitar a los pacientes inválidos que proporcionen un informe reciente de un examen físico como parte de la historia clínica normal, de este modo es posible disponer de información confiable y al día para ayudar a construir un perfil médico del paciente.

CONSULTA MEDICA

Muchas personas inválidas y con problemas de salud están ba

jo supervisión continua de su médico. El manejo exitoso de ciertos procesos patológicos requiere contacto frecuente médico-paciente y a menudo involucra cambios en el tratamiento, especialmente los tipos y concentraciones de los medicamentos. Estos hechos acentúan la necesidad para una comunicación y cooperación interdisciplinaria en el cuidado extenso de los pacientes.

En estos casos, el cirujano debe asumir la responsabilidad de comunicarse con el médico del paciente. Es importante para la salud y seguridad del enfermo, establecer una relación que estimule la discusión libre sobre su condición pasada y su tratamiento futuro. Los procedimientos dentales se explicarán en detalle, incluyendo la cantidad calculada de hemorragia, si es que la hubiera, el tiempo de curación, la posibilidad de infección y la tolerancia del paciente. Además el cirujano anticipará los problemas posibles y será capaz de discutirlos con el médico. Las comunicaciones siempre deben registrarse en el expediente del enfermo, estos intercambios de información hacen tratar al paciente de manera más eficaz, seguro y con mayor confianza.

CONSULTAS

Será necesario reunir tanta información como sea posible acerca del estado médico del paciente, un horario de medicamentos, su forma de vida y su medio de transportación antes de decidir la hora de su consulta.

Muchos enfermos no son capaces de soportar consultas prolongadas, debido a que se fatigan con facilidad o toleran poco la tensión. Para ellos las consultas deben ser cortas y tan libres de tensión como sea posible. Para otros enfermos, será necesario planear las citas alrededor de la hora de sueño y de la siesta o de acuerdo a su sensibilidad por las condiciones del tiempo, ocasionada por su incapacidad.

Es útil mantener un registro de la duración de las consultas y hacer un breve resumen del estado del paciente después de cada procedimiento. Esta información es útil para planear las consultas futuras y establecer la tolerancia total del paciente al tratamiento dental.

El odontólogo que tenga éxito en el tratamiento de los pacientes inválidos es aquel apropiadamente capaz de evaluar sus necesidades y manejarlas clínicamente.

El odontólogo debe de tener en cuenta ciertos requisitos:

1.- Conocimiento de la situación discapacitante en cuanto a su relación con la salud general así como con la salud bucal del niño.

2.- Comprensión de las implicaciones de la situación discapacitante sobre el estilo futuro de vida y las expectativas de vida del niño.

3.- Comprensión del pronóstico futuro de la dentición del niño cuando fue evaluada prácticamente en términos de supervisión paterna o institucional de la higiene, la dieta, la histo-

ria odontológica pasada y los problemas médicos y odontólogos -- que se puedan esperar.

4.- Capacidad de la evaluación de la necesidad práctica del niño de contar con una dentición con la cual pueda masticar y reforzar su estética facial o satisfacer las necesidades psicológicas de los padres o tutores del niño.

Existe un problema para el odontólogo ya que no debe ubicar demasiado altas las expectativas de una conducta cooperadora del niño y las metas de la rehabilitación dentaria, porque se dará -- entonces la aparente amenaza de ser incapaz de prestar satisfactoriamente los servicios odontológicos como para que, mucho después, se comprenda que el dinero y el esfuerzo fueron pobremente, y aun imprudentemente, invertidos. Aunque sería igualmente penoso si las expectativas del odontólogo fueran arbitrariamente muy bajas.

Las necesidades de tratamiento dentario del paciente deben ser determinadas con exactitud y entonces el clínico deberá evaluar su capacidad para prestar la atención requerida. No se deben tomar decisiones de tratamiento arbitrarias, tales como la extirpación quirúrgica de los dientes, sólo porque parezcan fáciles. Cualquiera que fuese la atención odontológica final, deberá ayudar e inducir la salud y el bienestar generales del paciente y de ningún modo deberá ser interpretada como una transacción -- frente al bienestar del niño.

Acercamiento al niño con retardo mental.

Ningún odontólogo podrá ejercer la odontología para los niños con comodidad y con éxito a la larga, a menos que confíe y sea capaz de manejar su comportamiento. El profesional que quiere tratar un niño mental subnormal en su comunidad debe estar seguro de su propia evolución para no sobrepasar el nivel de sus propias habilidades y aptitudes.

El retardo mental leve puede ser confirmado fácilmente en una entrevista en el consultorio o por teléfono con los padres. Si el niño está recibiendo una educación diferenciada, es capaz de vestirse y alimentarse por sí mismo y puede realizar tareas simples y seguir las indicaciones y orientación de la padres, entonces la naturaleza del compromiso mental no debe ser tal que el odontólogo sea incapaz de manejar al niño en el sillón dental. El manejo de un niño así puede ser logrado de la manera usual y acostumbrada, aunque se pudiera necesitar más paciencia y más explicaciones que para un niño normal de la misma edad. Generalmente no se necesitará restricciones físicas para la gran mayoría de los niños oleradamente retardados.

Una vez competente y confiado en el tratamiento de este tipo de pacientes, el clínico puede entonces ampliarse a pacientes más comprometidos. Cuanto menor es el coeficiente intelectual, mayor la cantidad de restricciones físicas que se requieran junto con aptitudes de manejo incrementadas.

El papel del Coeficiente Intelectual en la evaluación del -

paciente.

La prueba de inteligencia estandarizada es uno de los métodos básicos para diagnosticar y describir el retardo mental.

El conocimiento del coeficiente intelectual de un niño puede ayudar considerablemente al odontólogo para predecir con acierto su capacidad para manejar al niño. El odontólogo debe poner interés en la edad cronológica y la edad mental, para llegar a la edad intelectual y así saber de qué manera tratar al paciente ya que puede tener 10 años y comportarse como un niño de cinco años, el odontólogo debe saber cómo tratar a un niño de esta edad, usando la psicología infantil y lograr mejores resultados en el tratamiento. Cuanto mayor sea el niño mayor la probabilidad de manejo afortunado, pues su coeficiente intelectual estará en la gama de moderado a leve.

Categorías en el manejo de los pacientes con retardo mental.

Se describen seis categorías de conducta de los pacientes que son útiles para determinar el modo apropiado de manejo del paciente.

CLASE I El paciente acepta muy bien los procedimientos odontológicos y puede ser manejado según la rutina.

CLASE II Los pacientes de esta categoría son vacilantes ante el tratamiento odontológico, pero, a causa de su habilidad para razonar y comunicarse, aceptan los procedimientos después de una explicación apropiada.

- CLASE III Estos pacientes no aceptan los procedimientos odontológicos y a causa de su incapacidad para recibir información a través de la comunicación, no pueden ser convencidos para convertirse en buenos pacientes. Exigen restricción física y abreñocas.
- CLASE IV Requieren no sólo la restricción física sino también premedicación para controlar su conducta. Estos pacientes suelen estar institucionalizados.
- CLASE V Pacientes que no se pueden tratar los severos problemas de manejo, con eficiencia, dentro del consultorio odontológico. Requieren anestesia general.
- CLASE VI Pacientes que no cooperan, que requieren un mínimo de tratamiento odontológico y por lo tanto, se deben ser sometidos al riesgo o al gasto económico de un anestésico general. Estos pacientes suelen ser tratables con una restricción física leve.

CAPITULO IV
TECNICAS RADIOGRAFICAS

TECNICAS RADIOGRAFICAS

Su significado se amplifica en el paciente impedido cuando se considera que la incidencia de la caries dental y la enfermedad periodontal es más elevada en ellos, además de la escasa frecuencia de tratamiento dental.

Cuando es posible deben hacerse para todos los pacientes -- nuevos, una película panorámica, interproximales y oclusales, y las necesarias periapicales. En las visitas de control, el examen radiográfico debe incluir películas interproximales, por lo menos cada 12 meses, y periapicales seleccionadas de cualquier zona que parezca sospechosa.

Las películas intrabucales con aletas de mordida se usan para todas las interproximales y periapicales, agregándole un hilo largo que pasa por un agujero en la aleta, para facilitar el retiro de la placa si cae hacia la faringe.

Si el paciente no puede permanecer inmóvil para una panorámica, se puede hacer un estudio radiográfico odontopediátrico como alternativa. Al margen de los tipos de radiografías a realizar, el paciente debe usar un delantal plomado con una pantalla tiroidea, y todo el que ayude a sostener al niño y la película debe usar delantal y guantes forrado con plomo.

Encontramos que para ciertas condiciones de invalidez, como trastornos neuromusculares, retardo mental y lesiones de la co--

lumna, es posible que se requiera modificar las técnicas.

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

- 1.- macroglosia
- 2.- acceso oral limitado
- 3.- reflejo hiperactivo de náuseas
- 4.- problemas de manejo
- 5.- control muscular deficiente
- 6.- potencia muscular inadecuada

El niño físicamente impedido, habitualmente no puede sostener una película en la boca con sus dedos o una extrabucal con la mano. Ese niño puede ser un amputado, un paralítico o un artrítico, puede estar incapacitado por anomalías congénitas o estar inconsciente en un accidente. Hay varias técnicas radiográficas que pueden ser empleadas para obtener radiografías en estos pacientes. Las radiografías intrabucales pueden ser tomadas si el padre o tutor sostiene las películas. Es posible recurrir a dispositivos que permiten mantener la película como bloques de mordida o una pinza hemostática pasada a través de una goma. También pueden mantenerse mediante oclusión del paciente sin depender de la fijación digital.

La técnica panorámica es también adaptable al niño físicamente disminuido y al estudio radiográfico del pequeño. El acompañante debe sostener las películas laterales en los pequeños.

El trismus puede ser considerado un impedimento físico, por que los pacientes afectados no pueden abrir su boca. En estos casos, las únicas técnicas disponibles son las radiografías extrabucales.

Para obtener radiografías de niños mentalmente impedidos o muy pequeños, debe aceptar películas de menor calidad, ya que muchos niños mentalmente impedidos no permitirán que les sea colocada una película en la boca. Por lo tanto las radiografías intrabucales de estos niños suelen ser obtenidas con el padre sosteniendo la película en posición, mientras otra persona retiene al paciente. Como el odontólogo estará expuesto constantemente a los rayos x, debe usar delantal y guantes de plomo durante la toma de radiografías. Un dispositivo que sostenga la película en posición mientras el paciente ocluye será más eficiente que tratar de hacerlo con los dedos.

Algunos niños mentalmente disminuidos aceptarán una película colocada en el pliegue mucovestibular de la boca y no en el piso de la boca. En este caso, el odontólogo empleará una técnica maxilar lateral proyectando los rayos X por debajo del borde inferior de la mandíbula desde el lado opuesto.

Si a pesar de los mejores esfuerzos, el paciente se sigue negando a la película intrabucal, es posible emplear los extrabucales. Quizás haya que restringir los movimientos del niño. Es productivo emplear un tiempo de exposición breve; esto puede ser logrado mediante un equipo de rayos de alto kilovoltaje o un cassette con pantalla intensificadora.

C A P I T U L O V
ODONTOLOGIA PREVENTIVA

ODONTOLOGIA PREVENTIVA

El cirujano dentista y el higienista dental deben valorar el nivel intelectual, la potencia muscular, la coordinación y las percepciones sensoriales del paciente para establecer niveles reales de logros o metas para él. Esta evaluación también debe cubrir cualquier problema motor que indique la necesidad de modificación de los dispositivos higiénicos en el hogar. Una vez que se ha establecido un plan de tratamiento todas las personas que intervienen en el cuidado del paciente deberán estar conscientes del nivel esperado de cumplimiento.

Los pacientes minusválidos que viven en su domicilio. Las distintas condiciones de vida de estas personas dificultan grandemente la adopción de un único abordaje estandarizado de odontología preventiva, aparte que cada vez son más los minusválidos que viven en su propio domicilio.

Mantener a una persona minusválida en familia impone casi siempre grandes exigencias a los padres. Los médicos, los psicólogos, los fisioterapeutas y los maestros aconsejan el empleo de técnicas habituales para la asistencia y estimulación del desarrollo del individuo, pero los hábitos de alimentación e higiene oral son, con frecuencia, los primeros que se descuidan en una situación de sobrecarga, por lo que es importante tener en cuenta la responsabilidad adicional que puede depositarse en los padres. Durante algunos períodos del tratamiento será preciso contar con profesionales dentales que apliquen programas preventi-

vos individualizados con terapéutica intensiva de administración de flour. También es importante que el personal dental se acostumbre a la idea de visitar al minusválido en su propio domicilio.

Pacientes que residen en instituciones. En las instituciones especiales, el programa preventivo debe adoptar medidas colectivas del tipo de consejos dietéticos, instrucciones de higiene oral y profilaxis de administración de floururo, además de medidas individuales. Las enfermeras asistentes deben encargarse de los hábitos diarios. Si los médicos responsables del centro comprenden de forma positiva el valor de la odontología preventiva, los pacientes residentes en instituciones podrán presentar unas excelentes condiciones orales.

Para dar una mejor información se necesitan folletos sobre las manifestaciones orales de las enfermedades invalidantes específicas, diapositivas o películas sobre los procedimientos de higiene oral específicamente indicadas para los pacientes encamados y poco colaboradores, está en nuestro papel el preparar nuestro material informativo y didáctico para motivar y explicar claramente los procedimientos a seguir en cada caso.

ALIMENTOS Y DIETAS :

La mayoría de las personas discapacitadas tienen los mismos requerimientos nutricionales que los individuos normales. La edad y la actividad física influyen más en la dieta, en el número de comidas, la cantidad y calidad en esta.

Los profesionales médicos y dentistas están de acuerdo sobre los principios dietéticos básicos, aconsejando tres comidas principales, y una o dos intermedias. Las comidas deben ser equilibradas y ricas en proteínas para satisfacer el apetito durante un tiempo suficientemente largo, de forma que se evite el deseo de hacer pequeñas comidas irregulares entre horas.

Las dietas especiales que se prescriben en algunas enfermedades crónicas no interfieren necesariamente en las recomendaciones del dentista.

Los pacientes con trastornos musculares faciales o problemas de la deglución presentan una retención prolongada de restos alimenticios en la cavidad oral, por lo que habrá de asegurarse que practiquen enjuagues frecuentes y mayores medidas de higiene oral a fin de evitar la aparición de enfermedades dentales.

La atención del dentista debe centrarse en la ingestión de sacarosa que realiza el paciente, especialmente la contenida en golosinas y bebidas.

Los pacientes mentalmente disminuidos no pueden tener un libre acceso a los dulces, especialmente los niños. Hay que dar indicaciones a los padres y personal del cuidado que no tiene objeto una prohibición total, pero que es preciso seguir ciertas normas. No hay que emplear, tampoco, los dulces como estímulo o recompensa en los programas de desarrollo de aptitudes, pues deben ser igualmente útiles frutas o pequeños juguetes.

Como consecuencia de la propia enfermedad y del tratamiento sedante que reciben, muchos minusválidos sufren sequedad de boca, que les obliga a beber con frecuencia. La bebida más aconsejable entre las comidas es simplemente el agua helada. También debemos tomar en cuenta todos los medicamentos que contienen sacarosa en grandes cantidades.

Es imprescindible informar debidamente sobre estos aspectos a los propios minusválidos y a las personas responsables de su asistencia. Como el mensaje es sencillo, hay que dotarlo de fantasía y variación. Es importante insistir en que, simplemente con pequeñas restricciones y un poco de sentido común en el uso de la sacarosa, se puede conseguir una disminución muy importante en la actividad de caries en paciente, realidad en el que el minusválido suele ser un ejemplo excelente. Cuando los padres de los niños hacen suyas las reglas básicas de la dietética y la nutrición, la prevalencia de caries en estos es inferior a la población normal o general.

HIGIENE ORAL

El cepillo oral sigue siendo el medio principal para conseguir una higiene oral aceptable. Así como los padres deben responsabilizarse del cepillado dental de sus pequeños, las personas con incapacidades graves pueden precisar ayuda en su higiene oral. Siempre que sea posible, hay que enseñar al minusválido a realizar sus propias medidas de higiene, para lo que es fundamental incluir la higiene oral en los programas de rehabilitación.

El cuidado de los dientes en el hogar debe comenzar en la infancia; el odontólogo debe instruir a los padres para que limpien suavemente los incisivos diariamente con un género blando o un cepillo para dientes tamaño infantil. Para los niños mayores que no quieren o no pueden por razones físicas cooperar, el odontólogo debe enseñar al padre o al cuidador las técnicas correctas de cepillado y las posiciones para sostener al niño con seguridad, cuando es necesario. Hay varias posiciones que permiten el firme control y soporte del niño, adecuada visibilidad y posición conveniente del adulto, con razonable comodidad para ambos. Algunas de las posiciones utilizadas para niños que requieren ayuda son:

- 1.- El niño sentado o de pie, es colocado frente al adulto de modo que éste pueda sostener la cabeza con una mano y usar la otra para cepillar los dientes.
- 2.- El niño se reclina en un sofá o en una cama, con su cabeza hacia atrás en el regazo del padre. Aquí también, la cabeza es sostenida con una mano y los dientes son cepillados con la otra.
- 3.- Los glúteos del niño son colocados en el regazo de un padre, con el niño enfrentado a él, mientras la cabeza y los hombros descansan en las rodillas del otro padre, permitiendo así que el primero cepille los dientes.

Si un niño no puede ser adecuadamente sostenido por una persona entonces ambos padres, y quizá los hermanos, pueden ser re-

queridos para completar los procedimientos de cuidado dental en el hogar.

La cantidad de supervisión y ayuda provista por los padres debe depender de la voluntad del niño para cooperar y la habilidad para mantener una buena higiene oral.

La técnica de cepillado para pacientes discapacitados debe ser eficaz pero sencilla, y una de las recomendadas con frecuencia es el método horizontal, porque es fácil y puede dar buenos resultados. Consiste en movimientos horizontales suaves en las caras vestibulares, linguales o oclusales de todos los dientes y encías, usando un cepillo de multipenachos, blandos de nylon.

Hay varios mangos para personas con poca habilidad motora para tomar el cepillo más firmemente.

Se dispone de muchos tipos de mangos pero ha dado mejor resultado usar la mano del paciente para construir uno a su medida.

El programa de control de placa desarrollado por Riley, -- brinda un método para determinar el nivel de éxito alcanzado por el paciente en la eliminación de la placa dental. Se enseña a los padres como aplicar la solución revelante rosada de los dientes del niño y se les instruye en el uso de un pequeño espejo bucal descartable y una linterna común para examinar todas las zonas bucales.

El Índice de Placa de Riley (IPR) es determinado luego de acuerdo con la cantidad de mancha rosada en los dientes. Un dien

te que no tiene placa y está blanco, se marca con cero. Si el tercio cervical contiene placa o está rosa, la marca es de uno. Si la mitad del diente está cubierta con placa la marca es de tres. Para completar el resultado se eligen seis dientes que puedan demostrar la formación de placa de seis zonas diferentes de la boca, en los sectores superior e inferior derechos e izquierdos posteriores y los sectores anteriores superior e inferior. La suma de las marcas de los seis dientes es el índice de Placa de Riley que presenta el niño.

A continuación se esquematiza un instructivo de marca de Placa Riley.

MARCA DE PLACA RILEY

NOMBRE DEL PACIENTE..... FECHA.....

PRONOSTICO (¿Por qué hacemos un MPR?)

1. Para pedir la cantidad de placa presente en su boca.
2. Para determinar y evaluar su estado de higiene bucal en cualquier momento específico.

MATERIAL (¿Qué necesitamos para hacer un MPR?)

1. Trace (o un elemento colorante o descubridor similar).
2. Un espejo (preferiblemente un espejo bucal pequeño).
3. Una fuente de luz (linterna o linterna lápiz).

INSTRUCCIONES (¿Cómo hacemos un MPR?)

1. Ponga 4,5 gotas de Trace debajo o sobre su lengua.
2. Tome algo de agua y enjuague el Trace por todas partes en la boca.

3. Asegúrese que cubra cada diente en su boca con la solución roja.
4. Con un espejo y fuente de luz, controle las zonas rojas.
5. Elimine las zonas rojas (placa) con su cepillo e hilo de seda como le mostraron.
6. Vuelva a colorear con Trace y examine otra vez.
7. C pille y pase el hilo hasta que haya eliminado toda la placa.

E S C A L A



0

No placa



1

1/3



2

2/3



3

Todo cubierto

SU MARCA

Diente posterior
superior lado de
recho

Diente frontal
superior

Diente posterior supe-
rior lado izquierdo

Diente posterior
inferior lado de
recho

Diente frontal
superior

Diente posterior infe-
rior lado izquierdo

MARCO TOTAL < 0.3 - MUY BUENO!! MARCA:

 < 4.7 < Bueno

 - 8.11- Regular;trabaje más.

 -12.18- No adecuado para prevenir cavidades e infecciones de encía.

COMENTARIOS:.....

.....

Gracias por su ayuda CLINICA DENTAL HOSPITAL RILEY

¡Lo veré en la próxima visita! Educador de Salud Dental.

Si están afectadas las actividades motoras de la lengua, -- los labios y las mejillas, los mecanismos de auto limpieza de la cavidad oral pueden resultar insuficientes, por lo que el cepillado deberá suplementarse con la irrigación de los pliegues mucosos. Es preciso también inspeccionar la cavidad oral de los pacientes tras tratamientos de fármacos ya que podrían quedar tabletas en los vestíbulos, pueden irritar las membranas mucosas y producir las llamadas quemaduras por fármacos. Este riesgo puede evitarse disolviendo las tabletas y grageas en agua antes de su administración.

A veces es preciso limpiar y humedecer con un mucolítico la cavidad oral de algunos pacientes que presentan reducción de la secreción salival y se encuentran conectados a un respirador, están inconcientes o padecen una enfermedad grave. No deben utilizarse compuestos ácidos para estimular el flujo salival, ya que

pueden poner en peligro los dientes. Cuando la sequedad oral es extrema, se combate humedeciendo las mucosas con saliva artificial.

Se han buscado agentes químicos o enzimas que tengan la capacidad de reducir de forma permanente la microflora oral patógena. Los enjuagues diarios con solución de clorhexidina al 0.2% - durante 1 o 2 semanas pueden producir una reducción espectacular de la intensidad de la inflamación de los tejidos blandos orales, posibilitando a un paciente abandonado las condiciones para empezar a someterse a las medidas de depuración e higiene oral convencionales.

FLUORUROS

En las zonas cuya agua potable no contenga una concentración natural óptima de fluoruro, y mientras existen impedimentos legales y psicológicos para fluorizar el agua, la administración de tabletas de fluoruro será la medida más importante que hay que adoptar. Como la aplicación tópica de fluoruro puede comportar dificultades prácticas en niños y adolescentes incapacitados gravemente, es conveniente que los pacientes ingieran de forma continua tabletas de fluoruro durante la edad escolar. Otra alternativa sería la utilización de cubetas con geles de compuestos fluorados.

La elección del programa más conveniente de administración tópica de fluoruros está determinada por la susceptibilidad indi

vidual de caries, los problemas terapéuticos concretos y la disponibilidad de personal. Cuando el paciente tenga dificultades para escupir un líquido, será preferible la pincelación con soluciones o barnices a la utilización de dentífricos fluorados o la práctica de enjuagues orales.

C A P I T U L O V I
CONDICIONES Y NORMAS PARA LA ASISTENCIA
CON DISTINTAS INCAPACIDADES

PARALISIS CEREBRAL

La parálisis cerebral no es una enfermedad específica sino una colocación de transtornos invalidantes causada por el ataque y daño permanente al cerebro en los períodos pre y perinatal, época durante la cual el sistema nervioso central todavía está madurando.

Una persona con parálisis cerebral tiene una discapacidad motora que se manifiesta como una pérdida o perturbación del control muscular voluntario. Podría involucrar debilidad muscular, rigidez y parálisis; pobre equilibrio o manera irregular de andar y movimientos incoordinados o involuntarios.

Se ha establecido que cualquier factor que contribuya a una menor oxigenación del cerebro en desarrollo puede ser responsable de daño cerebral. Además existen relaciones causales entre parálisis cerebral y complicaciones del parto, infecciones del cerebro como meningitis y encefalitis, toxemias del embarazo, defectos congénitos del cerebro, kernicterus, envenenamiento con ciertas drogas y metales pesados, y accidentes que producen traumatismos a la cabeza.

Hay varios tipos de parálisis cerebral que son distinguidos de acuerdo con las disfunciones neuromusculares observadas y a la extensión de la complicación anatómica. Algunos individuos pueden tener síntomas casi imperceptibles. Otros, estarán gravemente impedidos, sin uso apreciable de los músculos de sus miembros.

bro y otros músculos voluntarios.

Los términos usados comunmente para conocer la parte del cuerpo que esta afectada son:

- 1.- MONOPLÉGIA: complicación de un solo miembro.
- 2.- HEMIPLÉGIA: complicación de un lado del cuerpo.
- 3.- PARAPLÉGIA: complicación de ambas piernas solamente.
- 4.- DIPLÉGIA: complicación de ambas piernas con mínima complicación de ambos brazos.
- 5.- CUADRIPLÉGIA: complicación de los cuatro miembros.

Clasificación de parálisis cerebral de acuerdo al tipo de disfunción neuromuscular.

A) ESPÁSTICO.

- a) Hiperritabilidad de los músculos afectados, que resultados en contracción exagerada cuando son estimulados.
- b) Caracterizado por músculos tensos contraídos.
- c) Control limitado de los músculos del cuello, resultando la cabeza rotante.
- d) Falta de control de los músculos que soportan el tronco, con dificultad para mantener la postura erecta.
- e) Falta de coordinación de la musculatura intrabucal, peribucal y masticatoria; posibilidad de masticación y deglución perturbadas, babeo excesivo, empuje lingual espástico persistente, e impedimentos en el habla.

B) DISQUINETICOS (atetosis y coreoatetosis)

- a) Movimiento constante e incontrolado de los músculos afectados.
- b) Caracterizado por una sucesión de movimientos involuntarios -- lentos, de torsión (atetosis) o movimientos rápidos, espasmódicos (coreoatetosis).
- c) La musculatura del cuello frecuentemente afectada, lo que produce el movimiento excesivo de la cabeza, la hipertonicidad de esos músculos puede mantener la cabeza hacia atrás, con la boca constantemente abierta y la lengua ubicada hacia adelante o protruida.
- d) Posibilidad de movimientos maxilares incontrolados, frecuentes, causando el cierre abrupto de la boca o un bruxismo grave.
- e) Musculatura peribuca1 frecuentemente hipotónica, con respiración bucal, protrusión de la lengua, u babeo excesivo.
- f) Muecas faciales
- g) Dificultades para masticar y deglutir.
- h) Problemas en el habla.

C) ATAXICO

- a) Músculos afectados incapaces de contraerse completamente, de modo que los movimientos voluntarios sólo pueden ser realizados en forma parcial.
- b) Pobre sentido del equilibrio y movimientos voluntarios incoordinados, tropiezos o inseguridad al caminar o dificultad para asir objetos.
- c) Posibilidad de temblores, a veces incontrolables, al intentar

tareas voluntarias.

D) MIXTOS

a) Combinación de características de más de un tipo de parálisis cerebral.

Dos formas de parálisis cerebral han sido descritas, pero ocurren muy frecuentemente. En la hipotonía, los músculos están flácidos, esto es hay incapacidad para iniciar la actividad muscular ante la estimulación volitiva. En la rigidez, los músculos están en constante contracción. La condición se caracteriza por periodos prolongados en los que los músculos de las extremidades o del tronco permanecen rígidos, resistiendo cualquier esfuerzo para moverlos.

En muchos pacientes con parálisis cerebral, ciertos reflejos neonatales pueden persistir mucho después de la edad en que normalmente desaparecen. Esos reflejos primitivos suelen ser modificados, o son reemplazados progresivamente a medida que el dominio subcortical de la conducta del infante es suprimido por los centros más elevados del sistema nervioso central en maduración. Los reflejos infantiles se manifiestan como una extensión repentina o flexiones de los miembros, asumiendo posturas características.

Tres de las reacciones más comunes, que el odontólogo debe reconocer son:

- 1.- REFLEJO TONICO ASIMETRICO DEL CUELLO. Si la cabeza de paciente es girada repentinamente hacia un lado, el brazo y la pierna del lado al que se vuelve la cara se extenderán y quedarán rígidos. Los miembros en el lado opuesto se flexionarán.
- 2.- REFLEJO TONICO LABERINTICO. Si la cabeza del paciente, mientras está en posición supina, cae súbitamente hacia atrás, la espalda puede asumir la posición conocida como extensión postural; las piernas y brazos se estiran hacia afuera, y el cuello y la espalda se arquean.
- 3.- REFLEJO DE SORPRESA. Este reflejo, frecuentemente observado en paráliticos cerebrales consiste en movimientos corporales repentinos, involuntarios, a menudo forzados, esta reacción se produce cuando el paciente es sorprendido como ruidos repentinos o movimientos inesperados por otras personas.

Las manifestaciones comunes en la parálisis cerebral son:

- 1.- Retardo mental. Las personas con parálisis cerebral demuestran algún grado de retardo mental.
- 2.- Trastornos convulsivos. Ocurren principalmente en la infancia y comienzan en la niñez, y la mayoría pueden ser bien controladas con medicamentos anticonvulsionantes.
- 3.- Déficits o disfunciones sensoriales. La perturbación en la audición es más común que en la población normal. Hay trastornos oculares y el defecto visual más común es el estrabismo.

- 4.- Transtornos del habla. Mas de la mitad de los paráliticos cerebrales tienen algún problema del habla, habitualmente disartría, una incapacidad para articular bien por falta de control de los músculos del habla.
- 5.- Contracturas de las articulaciones. Los individuos con espasticidad y rigidez demostrarán posturas anormales de los miembros y contracturas durante el crecimiento y en la madurez, principalmente debido al desuso de los grupos musculares.

No hay anomalías intrabucales que sean únicas de los paráliticos cerebrales. Las más comunes que presentan son:

- 1.- Enfermedad periodontal. Existe una evidente correlación entre la gravedad de la enfermedad y la higiene bucal. A menudo el paciente no está capacitado físicamente para cepillarse o pasar el hilo en forma adecuada. Esas medidas higiénicas pueden hacerse infrecuentemente e inadecuadamente. El tipo de dieta también puede ser significativo los niños con dificultades para masticar y tragar tienden a comer alimentos blandos, que son deglutidos fácilmente y tienen elevado contenido de carbohidratos. Los paráliticos cerebrales que toman fenitoína para el control de la actividad convulsiva presentarán generalmente una gingivitis hiperplásica.
- 2.- Caries dental. La incidencia de caries no aparece ser significativamente mayor entre los paráliticos cerebrales.

- 3.- Maloclusiones. La prevalencia de maloclusiones en parálisis cerebrales es aproximadamente el doble de la que presenta la población general. Las condiciones observadas comúnmente incluyen marcada protrusión de los dientes anteriores superiores, sobremordida y resalte excesivos, mordidas abiertas, y mordidas cruzadas unilaterales. Una causa primaria puede ser una relación no armoniosa entre los músculos intra bucales y peribucales. Los movimientos incoordinados y no controlados de los maxilares, labios y lengua, se observan con gran frecuencia en estos pacientes.
- 4.- Bruxismo. Es común en pacientes con parálisis cerebral atetóide. Se puede notar una atrición oclusal de la dentición primaria y permanente, con la resultante pérdida de la dimensión vertical interarco. Los trastornos de la articulación temporomandibular pueden ser secuela de esta condición en pacientes adultos.
- 5.- Traumatismos. Estos pacientes son más susceptibles a los traumatismos, sobre todo a los dientes anteriores superiores. Esta situación está relacionada con la mayor tendencia a las caídas, junto con un reflejo extenso disminuido para acolchonar esas caídas, y la frecuente labioversión de esos dientes.

Para un odontólogo no informado, una persona con parálisis cerebral que tiene movimientos involuntarios de los miembros y -

de la cabeza podrían ser considerada como un paciente no cooperador e inmanejable. Con una forma de hablar ininteligible, movimientos maxilares incontrolables y lengua espástica, son etiquetados con frecuencia equivocadamente como retardados intelectualmente.

SUGERENCIAS PARA TRATAR UN PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL

- 1.- Considere tratar a un paciente confinado en una silla de ruedas en esa misma silla. Muchos pacientes lo prefieren, y con frecuencia es más práctico para el odontólogo. Para un paciente pequeño, se la puede inclinar hacia atrás en el regazo del odontólogo.
- 2.- Si un paciente debe ser pasado al sillón dental, pregunte cómo prefiere que se lo traslade, y si no tiene preferencia, se recomienda levantarlo entre dos personas.
- 3.- Haga un esfuerzo para mantener estabilidad la cabeza del paciente durante todas las fases del tratamiento odontológico.
- 4.- Trate de colocar, y mantener, al paciente en el centro del sillón dental, con brazos y piernas lo más cerca posible del cuerpo.
- 5.- Mantenga la espalda del paciente ligeramente elevada, para disminuir al mínimo dificultades en la deglución es aconsejable no tenerlo en una posición completamente supina.
- 6.- Al colocar al paciente en el sillón, determine el grado de -

su comodidad compruebe la posición de las extremidades. No fuerce los miembros en posiciones antinaturales. Considere el uso de almohadas, toallas, y otras medidas, para soportar el tronco y los miembros.

- 7.- Utilice juiciosamente sujetadores físicos para controlar movimientos de sacudidas de las extremidades.
- 8.- Para controlar los movimientos involuntarios de los maxilares, elija de entre una variedad de abre bocas y protectores digitales. Hay que considerar las preferencias del paciente, porque los paralíticos cerebrales pueden ser muy aprensivos sobre su capacidad para controlar la deglución. Esos aparatos pueden también provocar un fuerte reflejo de arcadas - que muchos de esos pacientes poseen.
- 9.- Para minimizar las reacciones reflejas por sorpresa, evite estímulos como movimientos bruscos, ruidos y luces, sin advertir antes al paciente.
- 10.- Introduzca los estímulos intrabucales lentamente para evitar un reflejo de arcadas o hacerlo menos grave.
- 11.- Considere el uso del dique de goma para los procedimientos de operatoria, una técnica muy recomendada.
- 12.- Trabaje con eficiente y reduzca al mínimo el tiempo del paciente en el sillón para disminuir la fatiga de los músculos afectados.

RETARDO MENTAL

Retardo mental es un término aplicado a personas cuyo desarrollo intelectual es significativamente más bajo que el de los individuos normales y cuya capacidad para adaptarse a su medio ambiente está limitada.

La condición varía en gravedad y etiología. Una clasificación del retardo mental es presentada en la siguiente tabla.

Clasificación de las personas mentalmente retardadas

Grado de retardo mental	CI		Clasificación escolar	Requisitos de Comunicación	Requisitos especiales para la atención dental
	SB*	WI-R**			
Leve	67-52	69-55	Retardo mental educable (RME)	Debe ser capaz de hablar lo suficiente para la mayoría de las necesidades de comunicación.	Tratarlo como a un niño normal, sedación leve o analgesia con óxido-nitroso-oxígeno pueden ser beneficiosas.
Moderado	51-36	54-40	Retardo mental entrenable (RME)	Capacidades de vocabulario y lenguaje que permitan al niño comunicarse a niveles básicos con otros.	La sedación leve a moderada puede ser beneficiosa, sujetos y refuerzo positivo. la anestesia general puede estar indicada en casos de caries breves, generalizadas.

cont. tabla

Grave o profundo	35 y por debajo	39 y por debajo	No entrenable	Mudo o se comunica con gruñidos, poca o ninguna capacidad de comunicación.	Lo mismo que para el moderadamente retardado.
------------------	-----------------	-----------------	---------------	--	---

Por muchos años las capacidades potenciales de los impedidos intelectualmente fueron mal entendidas y a menudo fueron tratados como individuos inferiores. Fueron descritos con los términos de idiota con un coeficiente intelectual inferior de 25, imbecil con un coeficiente intelectual de 25 a 50, y tonto al que tiene un coeficiente intelectual de 50 a 70.

A partir de 1968 se puso el énfasis en la educación del retardado mental para aumentar sus responsabilidades sociales y cívicas, habilidades motoras e independiencia dentro de la sociedad. Las actitudes hacia el retardado mental son ahora más favorables.

Los individuos no son habitualmente clasificados como retardados solamente en base al coeficiente intelectual. Un individuo que demuestra incompetencia social y deficiencia intelectual es considerado mentalmente retardado.

Un niño ligeramente retardado es el que, debido a su baja inteligencia no puede lograr el beneficio pleno de su educación regular. En el ambiente académico estos niños son clasificados como retardados mentales educables.

Los niños que son capaces de alguna educación e independencia parcial, pero que no se espera serán adultos con total independencia, son clasificados como retardados mentales moderados. Los programas educacionales para esos niños, conocidos como retardados mentales entrenables, enfocan habitualmente las habilidades básicas. Las aulas son con frecuencia diseñadas y amuebladas como un hogar, y el plan de estudios incluye vestirse, peinarse, cocinar, poner la mesa, comer y limpiar. Se espera que podrán hacerse cargo de sus propias necesidades, aunque vivan en un ambiente controlado con personal entrenado que les ayudará con los problemas que no puedan superar por ellos mismos.

Un niño retardado profundo o grave no suele ser entrenable y requiere supervisión constante por personal capacitado de apoyo. Esos individuos suelen estar confinados en instituciones debido a sus necesidades especiales.

El tratamiento odontológico de una persona mentalmente retardada:

Brindar tratamiento odontológico a un retardado mental requiere adaptarse a su inmadurez social, intelectual y emocional. En este tipo de pacientes es característicos un lapso de atención breve, hiperactividad y conducta emocionalmente errática. El odontólogo debe comprobar el grado de retardo mental consultando al médico del paciente o al personal de la institución, si no vive con los padres.

Los procedimientos siguientes han probado ser beneficiosos para establecer la relación odontológica con el paciente y reducir la ansiedad de éste respecto a la atención odontológica:

- 1.- Dar un breve paseo por el consultorio antes de intentar el tratamiento. Presentar al paciente el personal para que se familiarice con las personas y con el diseño del consultorio y se reduzca su temor a lo desconocido.
- 2.- Hablar lentamente y en términos sencillos. Asegurarse que las explicaciones son entendidas preguntando al paciente si hay algo que aclarar.
- 3.- Dar sólo una instrucción a la vez. Recompensar al paciente con cumplidos después de completado éxitosamente cada procedimiento.
- 4.- Escuchar cuidadosamente al paciente. Los individuos retardados suelen tener inconvenientes en la comunicación, y el odontólogo debe ser especialmente sensible a los gestos y requerimientos verbales.
- 5.- Mantener sesiones cortas. Progresar gradualmente a procedimientos más difíciles, después que el paciente se ha acostumbrado al ambiente odontológico.
- 6.- Citar al paciente a primera hora del día, cuando el odontólogo, el personal y el niño, estarán menos fatigados.

Con la preparación adecuada, el odontólogo y su personal pueden brindar un servicio valioso. Entendiendo cabalmente el grado de retardo mental y las habilidades del paciente, y con paciencia y comprensión, el odontólogo no debe tener problemas significativos para la atención del paciente.

SINDROME DE DOWN

El síndrome de Down es el síndrome cromosómico mejor conocido. Debido al mayor riesgo de tener hijos con síndrome de Down entre mujeres de más edad, algunos investigadores han sugerido una causa ambiental. Los factores ligados potencialmente con la mayor incidencia del síndrome en las mujeres de más edad, incluyen la exposición materna a la irradiación del abdomen con fines diagnósticos y la sobremadurez del óvulo porque la menor frecuencia del coito lleva a una fertilización demorada. La mayoría de los afectados tienen trisomía 21; también se han documentado translocaciones y presentaciones mosaicas.

Las condiciones médicas que aumentan la mortalidad de los niños e infantes con síndrome de Down, incluyen la enfermedad cardíaca, la mayor incidencia de anomalías de los glóbulos blancos, y de infecciones agudas y crónicas del tracto respiratorio superior. Los defectos septales, especialmente el colchón endocárdico, son muy comunes. La incidencia aumentada de leucemia. La enfermedad cardíaca congénita y las infecciones del tracto respiratorio son las causas más comunes de muerte en niños con síndrome de Down durante los primeros 5 años de vida.

Los afectados son habitualmente de moderada a gravemente retardados. La mayoría son afectuosos y cooperadores y no presentan al odontólogo condiciones inusuales para la atención dental. En los pacientes más aprensivos, puede ser beneficiosa una sedación

leve. La anestesia general debe ser considerada si se encuentra una resistencia grave al tratamiento.

Características físicas del síndrome de Down

Rasgos	Comentarios
Crecimiento corporal	Estatura pequeña; retardo en el crecimiento endocondrial
Cabeza	Braquicéfalo con occipucio relativamente chato.
Ojos	Hacia arriba, inclinación hacia afuera y pliegues epicánticos; manchas de Brushfield en el iris frecuentemente presentes.
Orbitas óseas	Más pequeñas que lo normal.
Naríz	Chata, puente nasal poco desarrollado.
Lengua	Macroglosia; lengua escrotal en aproximadamente el 50% de los individuos con síndrome de Down.
Cuello	Ancho, corto
Manos y pies	Pliegues simianos; manos cortas, anchas; dedo de los pies ampliamente separados.
Piel	Ocasionalmente seca; eczema e hiperqueratosis comunes.
Tono muscular	Hipotonía en la infancia que se hace menos pronunciada a medida que el individuo crece.
Dientes	Microdoncia y dientes conoides; retención prolongada de la dentición primaria, patro

nes eruptivos aberrantes, con anodoncia,
o dientes supernumerarios posible.

EPILEPSIA

Se considera un síntoma de un trastorno cerebral subyacente, caracterizado por ataques recidivantes con alteraciones en el estado de conciencia, de comienzo brusco y duración leve. Por tanto - la epilepsia debe considerarse como un síntoma neurológico inespecífico de sobreexcitación cerebral patológica. El diagnóstico - viene dado por los datos electroencefalográficos.

El cerebro del lactante tiene menos capacidad que el del -- adulto para frenar la actividad paroxística puesta en marcha por factores endógenos y exógenos, que pueden producir convulsiones, - y, por ello, la mayoría de las enfermedades convulsivas comienzan durante la infancia y la juventud. La crisis epiléptica, entre - las que pueden mencionarse las convulsiones de los niños preescolares, las crisis de hipoxia por retención de la respiración, las convulsiones febriles y los ataques de hipoglucemia e hipocalemia, estos más raros.

Se desconoce la etiología de la epilepsia primaria. Aunque - no hay signos que indiquen que la epilepsia en sí misma sea hereditaria, los trastornos de los impulsos eléctricos del cerebro si_ lo son y algunas disritmias cerebrales son expresión de una pre- disposición hereditaria a la epilepsia.

En la epilepsia secundaria o sintomática puede demostrarse - una lesión orgánica cerebral o algún trastorno fisiológico como - causa subyacente. Las lesiones orgánicas comprenden tumores, abs-

cesos, procesos inflamatorios o degenerativos o formación de tejido cicatrizal tras lesiones traumáticas o vasculares. La mayoría de estas crisis epilépticas no responden a factores hereditarios.

Ejemplos de factores productores de convulsiones son la ingestión alimentaria desequilibrada, la hipoglucemia, la hiperhidratación y la hiperventilación. El agotamiento físico y mental pueden provocar estas crisis, del mismo modo que determinados estímulos luminosos brillantes y especialmente intermitentes y altos efectos sonoros.

Las manifestaciones de la epilepsia son clínicamente muy diversas, y pueden consistir desde accesos breves o crisis de pequeño mal hasta las típicas crisis de gran mal. En la epilepsia mioclónica y en las crisis acinésicas dominan los síntomas musculares, mientras que en la epilepsia psicomotora este tipo de síntomas está más o menos ausente.

Si se demuestra que una enfermedad orgánica cerebral produce ataques epilépticos, estos pueden curarse mediante la eliminación del proceso patológico o con la administración de fármacos antiepilépticos. Los más utilizados son los derivados de la fenitoína y los barbitúricos aunque con frecuencia es preciso prescribir una combinación de diversos medicamentos. El tratamiento con dilantina produce a menudo hiperplasia gingival por aumento de tejido colágeno, que aparece también en la nariz, los labios

y la lengua. La utilidad de los fármacos derivados de la fenitoína es tan grande que a pesar de sus efectos colaterales, normalmente no pueden sustituirse por otros. Los pacientes que están recibiendo tratamiento con fenitoína desarrollan hipertrofia gingival, cuya lesión básica consiste en una hiperplasia indolora de las encías, que presentan consistencia firme, color rosa pálido y aspecto elástico y en forma, sin tendencia a la hemorragia espontánea. La hipertrofia hística que se produce en las bocas limpias es lisa y firme pero si la higiene oral es mala va acompañada de inflamación y hemorragia. Las alteraciones hísticas pueden contribuir a que se produzcan movimientos o rotaciones dentarias, así como retrasos de la erupción de los dientes permanentes. Existe una clara relación entre la higiene oral y el grado de hiperplasia y la gravedad de las alteraciones inflamatorias. Para mantener controlada la situación gingival en la mayoría de los pacientes epilépticos se aconseja una limpieza profesional de los dientes cada 3 meses.

Si la frecuencia de las crisis de gran mal es elevada, los dientes pueden sufrir una atricción importante, que recuerde la del bruxismo, y la lengua puede presentar cicatrices. Algunas formas de epilepsia van acompañadas de una mayor incidencia de lesiones traumáticas de los dientes. Ciertos fármacos psicotrónicos inhiben la salivación y contribuyen al aumento de la caries en algunos pacientes.

La casi totalidad de los niños epilépticos pueden ser trata-

dos de forma convencional. Las crisis de pequeños mal y las ausencias no interfieren prácticamente en el tratamiento, aparte de que la medicación suele impedir la aparición de ataques durante largos períodos. Antes de instaurar el tratamiento es recomendable preguntar al paciente o a sus padres cuanto tiempo ha transcurrido desde la última crisis y que circunstancia la desencadenó, ya que con esta información puede valorarse la posibilidad de que se produzca un nuevo episodio durante el tratamiento dental.

El paciente epiléptico está bastante bien controlado y es difícil que tenga una crisis durante el procedimiento dental, sobre todo si mantiene una buena relación con el dentista. Este debe recordar que los ataques se desencadenan por factores como cansancio, estímulos luminosos brillantes o ciertos sonidos. Hay que evitar la incidencia directa de la luz en los ojos del paciente, y ayudarse si es preciso con gafas oscuras. La lámpara quirúrgica debe dirigirse siempre hacia abajo mientras se desplaza y desde esa posición orientarla hacia la boca del paciente. Durante el tratamiento hay que disponer los instrumentos de modo que puedan retirarse fácilmente en caso de que se produzca una crisis. No es recomendable colocar un portamatriz en la cara lingual de un diente.

En caso de que se produzca una crisis importante, hay que proteger al paciente para que no se lesione. Para ello se retira la mesa del instrumental, pero no se recomienda retirar al paciente de la silla dental. El dentista debe sujetar cuidadosamente al

paciente contra la silla y tratar de seguir sus movimientos y evitar todo tipo de violencia.

Es aconsejable colocar entre los dientes del paciente un pañuelo o una toallita de papel, antes de que se produzca el espasmo de los músculos maxilares, para evitar que se muerda la lengua. Si se produce una crisis de forma tan repentina que los instrumentos se encuentran todavía en la boca del paciente, se intentará no forzar su extracción.

Cuando se termina el ataque el paciente puede encontrarse agotado y mentalmente confundido, por lo que debe posponerse el tratamiento, exceptuando los pequeños ajustes necesarios para interrumpir la intervención que se estaba realizando.

HIPERACTIVIDAD:

El término significa literalmente actividad incrementada o excesiva. Lo utiliza diagnóticamente para describir una conducta anormalmente exacerbada. Hay una diversidad de causas que conducen a la identificación de un niño como hiperactivo, incluidos factores como es saturnismo que es el envenenamiento con plomo, hipoglucemia, déficit nutricional, problemas de aprendizaje y lectura y agravamiento psicológico.

Los niños hiperactivos tienen un ajuste difícil a las circunstancias sociales y pueden tener dificultades de conducta en la escuela. Los problemas en el consultorio odontológico suelen referirse al manejo de la consulta en cuanto a su nerviosismo torna difícil la cooperación a lo largo de procedimientos odontológicos tediosos o prolongados. Se ha observado que las drogas estimulantes parecen ser útiles hasta en un tercio de niños con hiperactividad. La elección puede estar entre el sulfato de dextroanfetamina, administrado 2 o 3 veces por día y el metilfenidato 2 ó 3 veces por día.

AUTISMO.

Este trastorno, también llamado síndrome de Kanner, autismo infantil precoz, psicosis de iniciación precoz, psicosis infantil, psicosis de la niñez o esquizofrenia de la niñez.

El niño autista tiene problemas muy complejos que incluyen retardo mental, desarrollo retrasado, escasa capacidad para el lenguaje y fragilidad emocional. El nombre de la afección que surge de la palabra griega "autos" que significa "sí mismo", describe apropiadamente una de las características definitorias del trastorno, a saber un retiro profundo de la gente y las reacciones sociales con las personas, aún con los padres.

Aunque el niño autista es en general sano físicamente, muchos padecen trastornos convulsivos con hiperplasia gingival diltantina secundaria a la medicación. El niño autista presenta un problema de manejo odontológico muy difícil por las dificultades creadas por el retardo mental, la hiperactividad o la conducta antisocial asociados. Sin embargo los niños que hayan sido objeto de una extensa terapéutica para alentar su socialización podrían ser más aptos para la experiencia odontológica. Muchos niños pasaron por un programa de modificación de la conducta que utiliza recompensas positivas (alimentos habitualmente, idulces usualmente!). El odontólogo que procure coordinar sus sesiones de tratamiento con el terapeuta social podrá aumentar sus probabilidades de manejo exitoso del paciente.

Hay diferentes regimenes de medicamentos para controlar la conducta del niño autista. Señala que, a menudo los niños pasaron por una extensa historia terapéutica medicamentosa y los padres pueden estar informados del tipo y la dosis medicamentosa que produjeron somnolencia u otros efectos que podrían ser beneficiosos para una sesión odontológica. En el caso de que los padres no pudieran ayudar en este sentido o si la historia revela que ninguna medicación pudo controlar su conducta se recomienda comenzar con un régimen de premedicación con clorhidrato de hidroxicina.

SORDERA

La sordera es un impedimento que a menudo es pasado por alto porque no es obvio. La sordera total no es común, pero un odontólogo probablemente deba tratar a niños con perturbaciones en la audición que tienen grados variables de sordera. El habla está afectada. Si un impedimento es lo suficientemente grave como para que el odontólogo y el niño no puedan comunicarse verbalmente, aquel debe usar la vista, el gusto, y el tacto, para comunicarse y permitir que el niño aprenda sobre las experiencias odontológicas. Los problemas del habla y psicólogos se relacionan con los diversos grados de pérdida auditiva. Las pérdidas leves del oído no son diagnosticadas, lo que lleva a problemas de manejo porque las indicaciones son mal entendidas, mientras que los niños con pérdidas leves del oído no son diagnosticadas, lo que lleva a problemas de manejo porque las indicaciones son mal entendidas, mientras que los niños con pérdidas auditivas más graves ya tienen trastornos psicológicos y sociales que hacen el manejo de la conducta frente al odontólogo más complejo.

No hay hallazgos dentales anormales asociados con la sordera; las causas conocidas de pérdida auditiva son:

FACTORES PRENATALES

Infecciones virales, como la rubéola y la gripe

Drogas ototóxicas

Sífilis congénitas

Herencia

FACTORES PERINATALES

Toxemia tardía en el embarazo

Prematurez

Daños vinculados al nacimiento

Anoxia

Eritroblastosis fetal

FACTORES POSNATALES

Infecciones virales, como paperas, varicela, gripe, poliomieli-
tis y meningitis.

Traumatismos

Drogas ototóxicas, como aspirinas, estreptomycin, neomicina, ka-
mamicina.

Consideraciones para un paciente con problemas auditivas:

- 1.- Prepare paciente y al padre antes de la primera visita, por medio de una carta de bienvenida que diga qué se va a hacer.
- 2.- Por medio del padre, determine durante la cita inicial cómo el paciente desea comunicarse, lo que hará mucho para disminuir sus temores.
- 3.- Compruebe la capacidad del habla y lenguaje y el grado de impedimento, tomando una historia médica completa.
- 4.- Enfrente al paciente y hablele directamente a un ritmo natural sin gritar. Las expresiones faciales exageradas y el uso del lunfardo dificultan la lectura labial.

- 5.- Observe la expresión del paciente. Asegúrese de que entienda qué es el equipo dental, qué va a suceder y cómo se sentirá.
- 6.- Reasegure al paciente con el contacto físico; sostenga su mano inicialmente, o apoye una mano reaseguradora sobre el hombro.
- 7.- Utilice el enfoque decir-mostrar-hacer. Permita que el paciente vea los instrumentos y muéstrole cómo funcionan por ejemplo; las vibraciones de la pieza de mano, la raspadura del explorador, cómo actúa el excavador y la textura del dique de goma.
- 8.- Sonría y gesticule en forma reaseguradora para promover la confianza y reducir la ansiedad.
- 9.- Evite bloquear el campo visual del paciente.
- 10.- Adopte el audífono, si es que el paciente lo tiene, mientras funciona la pieza de mano, porque va a amplificar todos los sonidos. Muchas veces el paciente preferirá desconectarlo.

Implicaciones auditivas

Db	Impedimento	Comprensión del habla	Problemas psicológicos en niños
0	Insignificante	Poca o ninguna dificultad	Ninguno
25	Leve	Dificultad con el habla débil; desarrollo del lenguaje y el habla dentro de límites normales.	Puede mostrar un leve déficit verbal
40	Leve-moderado	Dificultad frecuente con el habla normal a 1 m; capacidades de lenguaje levemente afectadas.	Se pueden reconocer problemas psicológicos.

cont. tabla

55 Marcado	Dificultad frecuente con habla alta a 1 m; dificultad de entender con audifono en la escuela.	Es probable que el niño sea educacionalmente retardado, con problemas emocionales y sociales más pronunciados que en niños con audición normal.
70 Grave	Podría entender solamente gritos a habla amplificada a 1 pie del oído.	El sordo prelingual muestra un retardo educacional pronunciado y problemas emocionales y sociales evidentes
90 Extremo	Habitualmente no entiende el habla aún amplificada; el niño no depende de la audición para comunicarse.	El sordo prelingual suele mostrar un retardo educacional grave y es emocionalmente infradesarrollado.

CEGUERA

La ceguera no es un fenómeno todo-o-nada; se considera que una persona padece de ceguera si la agudeza visual no excede 20/200 en el ojo mejor con lentes correctores, o si la agudeza es mayor de 20/200 pero acompañada de un campo visual no mayor de 20 grados.

CAUSAS PRENATALES

Atrofia óptica

Microftalmo

Cataratas

Colobomata

Tumores dermoideos y de otro tipo

Toxoplasmosis

Enfermedad por inclusión citomegálica

Sífilis

Rubeola

Meningitis tuberculosa

Anomalías del desarrollo de la órbita.

CAUSAS POSNATALES

Traumatismos

Fibroplasia retrolental

Hipertensión

Nacimiento prematuro

Policitemia vera

Trastornos hemorrágicos

Leucemia

Diabetes mellitus

Glaucoma

Como las capacidades de un niño ciego son difíciles de comprobar, muchas veces puede ser considerado como de desarrollo retardado.

Hay que tomar en cuenta cada uno de los aspectos del desarrollo de un niño ciego. Muchas veces, a comienzos del desarrollo, los padres se sienten culpables y sobreprotegen o rechazan al niño, lo que trae como consecuencia una falta de desarrollo de las capacidades de auto-ayuda y un desarrollo retardado en general, y esto suele mal interpretarse como retardo mental. La comprobación de las actitudes parentales es de fundamental importancia en el manejo de la conducta. Además, los niños ciegos pueden mostrar actividades auto-estimulantes como presionar los ojos, golpetear con los dedos, hamacarse y golpearse la cabeza. Es útil evaluar la socialización del niño para manejar su conducta en el consultorio.

Hay que distinguir entre niños que una vez tuvieron vista y quienes nunca han visto y por eso no forman conceptos visuales. Se necesita más explicación con los de la segunda categoría para ayudarles a percibir el ambiente odontológico. Los odontólogos deben comprender que los niños congénitamente ciegos necesitan un mayor despliegue de afecto y amor desde temprano en su vida y

se difieren intelectualmente de los niños que no son ciegos congénitos. Si bien la explicación se realiza por medio del tacto y la audición, el refuerzo ocurre por el olfato y el gusto. Las modalidades de escuchar, tocar, saborear y oler, son extremadamente importantes para los niños ciegos, por que les ayudan a aprender a superar su conducta. Una vez desarrollada el habla, los informes indican que los otros sentidos asumen mayor importancia y que puede ocurrir otro desarrollo comparable con el que se produce en niños con vista.

Los informes revelan también que la actividad motora afecta el desarrollo del lenguaje y la percepción. Los niños ciegos son más propensos a accidentes que los otros niños durante los primeros años, mientras están adquiriendo capacidades motoras.

Los dientes hipoplásicos y el trauma a los dientes anteriores han sido mencionados con una frecuencia mayor que el promedio en niños ciegos. Ellos son también más propensos a la inflamación gingival por su incapacidad para ver y eliminar la placa. Otras anomalías dentarias ocurren con la misma frecuencia que en la población normal.

Hay que tener en mente los siguientes puntos para el tratamiento odontológico:

- 1.- Determinar el grado de impedimento visual.
- 2.- Si el paciente concurre acompañado, averiguar si el acompañante es un intérprete. Si no lo es, dirigirse al paciente.
- 3.- Evitar expresiones de piedad o referencias a la ceguera como

una aflicción.

- 4.- Al conducir al paciente al consultorio, preguntarle si desea ayuda. No agarrar, mover o detener al paciente sin advertirle verbalmente.
- 5.- Describir la disposición del consultorio. Siempre hacer descripciones adecuadas antes de realizar tratamientos.
- 6.- Cuando se establece contacto físico, hacerlo en forma reaseguradora.
- 7.- Presentar a otros miembros del personal muy informalmente.
- 8.- Permitir que el paciente pregunte sobre el tratamiento y contestar teniendo en mente que se trata de una persona muy individual, sensible y responsiva.
- 9.- Permitir que el paciente que usa anteojos los tenga puestos para protección y seguridad.
- 10.- Evitar referencias a la visión.
- 11.- Más que usar el enfoque decir-mostrar-hacer, invitar al paciente a tocar, saborear u oler, reconociendo que esos sentidos son agudos.
- 12.- Describir en detalle los instrumentos y objetos a colocar en la boca.
- 13.- Demostrar una taza de goma en la uña del paciente.
- 14.- Sostener la mano del paciente a menudo promueve relajación.
- 15.- Como los sabores fuertes pueden ser rechazados, usar cantidades más pequeñas de materiales dentales con esas características.
- 16.- Explicar los procedimientos de higiene bucal y luego colocar la mano del paciente sobre la suya mientras lenta, pero

deliberadamente, guía el cepillo.

- 17.- Usar cintas de audiocassette y folletos dentales en braille explicando los procedimientos odontológicos específicos, para suplementar la información y disminuir el tiempo en el sillón.
- 18.- Anunciar las salidas del consultorio y las entradas al mismo alegremente. Mantenerlas al mínimo y evitar ruidos fuertes inesperados.
- 19.- Limitar la atención del paciente a un solo odontólogo.
- 20.- Mantener una atmósfera relajada.

El tratamiento odontológico de un niño ciego es facilitado por una profunda comprensión de sus antecedentes. El enfoque en equipo a cargo de todas las profesiones de la salud involucrados en la atención del niño, es ideal. La prevención de la enfermedad y la continuidad de la atención son de máxima importancia.

ESPINA BÍFIDA

La espina Bífida es un defecto congénito de la columna vertebral causado por una falla total o parcial de los arcos vertebrales paredes de unirse en la línea media. El defecto ofrece dos formas principales. El tipo más severo, la espina bífida con meningomielocela, es un defecto de la línea media de piel, arcos vertebrales y tubo neural, habitualmente en la región sacrolumbrar. Se clasifica como una de las anomalías del desarrollo más comunes en el sistema nervioso.

El defecto puede ser tan severo que, al nacer, estén herniadas la médula y las meninges, con el líquido cerebroespinal filtrándose a través de la cubierta membranosa transparente. En la forma menor, la espina bífida oculta, una o más de las vértebras pueden estar incompletamente formadas pero sin deformación o desubicación de la médula espinal o las meninges. La piel sobre el defecto puede ser normal, puede haber un pequeño hoyuelo, un mechón de pelos o una marca de nacimientos. Se puede descubrir la espina bífida oculta sólo con el examen radiográfico. Hay hidrocefalia en el 80% de los casos de espina bífida con meningomielocela al nacimiento, con su peligro asociado de retardo mental. A menudo, se asocian otras malformaciones a ésta como ser la cadera dislocada. La mayoría de estos pacientes requieren un cuidado ortopédico extenso para corregir las deformaciones de la espalda y las piernas y para ayudarles a adquirir la capacidad de caminar. Muchos pacientes deberán usar guías para las piernas y la

espalda. Otros dependerán por completo de la silla de ruedas.

La postura posquirúrgica de la espalda, con la posibilidad de parálisis de las piernas, sumada a los aparatos ortopédicos = usados para soporte de la postura, tornan muy difícil la atención odontológica, pues no puede ser efectuada en un sillón odontológico. El uso de almohadas grandes puede ayudar al niño a yacer en el sillón con algún grado de comodidad. A menudo, se deberá realizar la tarea odontológica con el niño en la silla de ruedas.

LABIOS Y PALADAR FISURADO

El labio y el paladar fisurados comprenden un grupo amplio de malformaciones congénitas humanas. El labio hendido, con paladar fisurado o no, se presenta en uno de cada 1,000 nacimientos y el paladar fisurado por sí se produce en uno de cada 2,500 nacimientos vivos en poblaciones blancas. El tratamiento de las fisuras labiales y palatinas es extenso y se inicia inmediatamente después del nacimiento y exige un enfoque multidisciplinario de las ciencias de la salud.

El neonato con labio y paladar fisurados experimenta problemas en la succión y, por lo tanto, en su propia alimentación. Se requiere una cuidadosa administración del alimento y, a menudo, la fórmula será suministrada con presión durante un largo período, la reparación quirúrgica de la fisura puede involucrar muchas operaciones a lo largo de una cantidad de años. Los defectos concurrentes dentales, ortodóncicos, de habla y psicológicos también requieren su terapéutica.

Los pacientes con fisura labial y palatina en general requieren una extensa terapéutica ortodóncica que incluye ortodoncia interceptiva, amenejo del espacio y finalmente tratamiento ortodóncico integral para alinear las arcadas y producir un resultado estético. Más allá de los requerimientos ortodóncicos hay anomalías dentarias asociadas en estos Pacientes, las que pueden requerir una extensa odontología restauradora. Los pacien

cientes con paladar fisurados tienen una incidencia mayor de defectos de morfodiferenciación de los dientes de la población normal.

Existen otros defectos corrientes: ausencia congénita de -
dientes, dientes supernumerarios, dientes en malposición, erupción retardada de los dientes y sobreerupción de los dientes anteriores inferiores.

ESCOLIOSIS

Se define a la escoliosis como una curvatura lateral de la columna. La causa más común es que una pierna sea más corta que la otra, lo cual debe ser tratado muy sencillamente mediante la colocación de un elemento elevador de la pierna corta. Otra variante puede derivar de parálisis muscular, hemivértebras y otras anomalías musculoesqueléticas. A este tipo de escoliosis se le suele tratar con un aparato conocido como abrazaderas de Milwaukee.

Este aparato ortopédico somete al complejo bucofacial a fuerzas ortopédicas externas que pueden producir maloclusiones de clase II. El odontólogo que se encuentre con un caso así debe coordinar su tratamiento estrechamente con el ortodoncista.

ALERGIA

Es frecuente que los padres conozcan bien las sustancias alérgicas que provocan reacciones de hipersensibilidad en sus niños. Cuando el paciente tenga tendencia a reaccionar frente a un gran número de sustancias, será aconsejable realizar pruebas cutáneas con los materiales dentales.

Los niños con fiebre de heno y rinitis alérgica deben ser tratados preferentemente en los períodos asintomáticos. Por otra parte las medicaciones empleadas para combatir los síntomas alérgicos pueden influir sobre la secreción salival.

FIBROSIS QUÍSTICA

Se trata de un trastorno hereditario de las glándulas secretoras exócrinas, por la cual las secreciones que contienen mucosidad son concentradas y viscosas. Estas secreciones concentradas provocan obstrucciones en los pulmones y en el conducto gastrointestinal. Los pacientes afectados de fibrosis quística manifiestan -- una mayor sensibilidad a las infecciones respiratorias. Los niveles de proteínas totales, enzimas, Calcio y Fósforo son elevados. El tratamiento consiste en un conjunto de medidas nutricionales, fisioterapia respiratoria y administración a largo plazo de antibióticos.

En estos pacientes, la formación de placa y de tinciones dentales puede estar aumentada, pero mientras están recibiendo antibióticos el riesgo de que se produzcan enfermedades dentales es bajo.

Como la fibrosis quística es una enfermedad que constituye una dura prueba para el niño y sus padres, son frecuentes el caso de abandono de tratamiento, y se acumula, las necesidades terapéuticas.

POLIARTRITIS Y REUMATISMO JUVENIL AGUDO :

No deben realizarse tratamientos dentales en sus fases agudas. Si se afectan las articulaciones temporomandibulares, pueden aparecer secuelas como trastornos funcionales y maloclusión. La Fisioterapia es de gran importancia para mejorar la función y posibilitar una higiene oral adecuada. Todos los tratamientos dentales deben realizarse teniendo en cuenta la mayor susceptibilidad que tienen estos pacientes de infecciones.

ASMA

Esta enfermedad suele evolucionar en forma de ataques con obstrucción funcional de los bronquios y los bronquiolos.

El 90% de los casos se han identificado alérgenos extrínsecos específicos como causantes del asma infantil, pero se sabe que los factores etiológicos desempeñan cierta función, al menos en el mantenimiento de la enfermedad.

El niño asmático no debe someterse a ningún tratamiento dental en los períodos en que se presentan síntomas de infecciones respiratorias. Antes de la sesión hay que aerear la consulta dejando que sedimente el polvo residual. La preparación de cavidades y el pulido de las obturaciones deben realizarse con pulverización de agua y piedra pómez, evitando el empleo de tiza o cualquier otro agente que produzca polvo. No existe restricción alguna con respecto a la utilización de anestésicos locales.

Los niños asmáticos padecen más gingivitis que los sanos, lo que puede atribuirse a la inhalación de corticosteroides locales.

Este tipo de niños suelen consumir de forma habitual antidiabéticos, por lo que si por alguna razón no se pueden prescribir específicos que no contengan azúcar, hay que instruir al paciente para que cepille sus dientes o se aclare la boca con agua inmediatamente después de cada dosis.

Los niños con trastornos respiratorios tratados con ventiladores mecánicos requieren unos procedimientos de higiene oral - muy meticulosos. La irradiación de la cara puede afectar las funciones de las glándulas salivales y disminuir la capacidad de cicatrización de los tejidos orales, lo cual es también aplicable al tratamiento con citostáticos o corticosteroides. Todas estas terapéuticas obligan a mantener una higiene oral extraordinariamente cuidadosa a fin de evitar las enfermedades hematológicas.

OSTEOGENESIS IMPERFECTA.

Esta es una enfermedad caracterizada por defectos óseos. - Los huesos del paciente afectado presentan una fragilidad mayor, tienen esclerótica azul y los ligamentos son muy débiles y flácidos. Se demostraron distintos modos de herencia de dominantes a recesivos. Se considera que esta enfermedad es debida a un defecto del mesénquima y los derivados mesenquimáticos, esclerótica, huesos y ligamentos. La osteogénesis imperfecta puede estar asociada a dentinogénesis imperfecta.

Los procedimientos de cirugía bucal que exigen el uso de -- fórceps deben ser ejecutados con suma precaución para prevenir -- las fracturas de los maxilares. El color de los dientes puede -- variar del gris al pardo y presentar una translucidez característica o tono opalescente. Se ve obliteración precoz de las cámaras y conductos pulpaes en los dientes primarios y permanentes. Las raíces de los dientes pueden ser cortas, ramas y delgadas. A menudo hay una pérdida temprana del esmalte, como resultado total, se puede producir la rápida abrasión de los dientes.

El niño afectado por osteogénesis imperfecta puede presentar sordera como una manifestación tardía de la enfermedad. Si -- bien esto complica el manejo del paciente, es una situación rara en los niños.

DISTROFIA MUSCULAR

Las distrofias musculares constituyen un grupo de enfermedades musculares por el desgaste y la debilidad. Comprenden el grupo aislado mayor de enfermedades musculares de la infancia. El modo de transmisión es genético y ha sido atribuido a diversas pautas, incluidos los tipos ligados al sexo, recesivo simple y dominante. La enfermedad es tres veces más común en los varones que en las niñas y es probable que sea más severa y rápidamente progresiva en los varones que en las niñas.

La distrofia muscular afecta a los músculos estriados del organismo y puede afectar el miocardio. El músculo liso no resulta afectado. El examen microscópico muestra degeneración celular en los tejidos afectados. En las últimas etapas de la enfermedad, la mayor parte de la masa muscular es reemplazada por tejido conectivo. La vida de los niños afectados suele estar acortada, pues muchos sucumben a infecciones respiratorias e insuficiencias miocárdicas en la edad adulta temprana.

El niño con distrofia muscular presenta al odontólogo una musculatura peribucal débil, flácida. Suelen estar contraindicadas las prótesis removibles a causa de la flaccidez de la musculatura facial. El paciente al cual se le haya recetado quinina para aliviar la miotonía puede presentar trastornos de los tejidos blandos bucales, pues esta medicación suele causar edema de las mucosas. Este fenómeno puede contraindicar asimismo la ejecución de aparatos protodóncicos.

NEUROFIBROMATOSIS
(ENFERMEDAD DE VON REKLINHAUSEN)

Este trastorno se hereda por transmisión dominante autosómica.

La importancia para el odontólogo reside en que a menudo esta asociada a retardo mental, convulsiones y la posibilidad de que pueda imponer malformaciones craneo-faciales. Las características clínicas son variadas, incluida pigmentación de la piel que son manchas de color café con leche, neurinomas, fibromas blandos, y neurofibromas mixtos. Estas lesiones están esparcidas por todo el cuerpo. La ubicación más frecuente para los tumores corresponde a la lengua aunque se ha informado de lesiones de ambos maxilares y otros tejidos bucales. Las lesiones del síndrome aparecen en los niños y algunas pueden experimentar alteraciones malignas, de neurofibromas o de neurofibrosarcomas.

CAPITULO VII
MANEJO DE LA CONDUCTA INFANTIL

MANEJO DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE INFANTIL

El manejo con éxito del niño discapacitado requiere ciertas consideraciones: uso eficiente de los técnicas psicológicas restricciones físicas y enfoques farmacoterapéuticos desde la sedación leve a la anestesia general, para que se puedan ejecutar procedimientos de diagnóstico y tratamientos razonables y de rutina.

Existen muchas técnicas para el manejo con éxito de los niños discapacitados, todos pueden ser tratados con las mismas reglas y técnicas convencionales de modificación de la conducta adecuada para niños normales en una práctica odontológica.

El odontólogo debe evaluar las implicaciones individuales de los diversos métodos, sea el uso de premedicación para prevenir los movimientos corporales no controlables que impiden hasta el tratamiento más sencillo sea que haya que recurrir a la rehabilitación dentaria bajo anestesia general. Aunque ésta garantiza al máximo en manejo de los pacientes, se debe tomar en cuenta el costo concurrente, el riesgo y el tiempo involucrados.

RECURSOS FARMACOTERAPEUTICOS.

También hay recursos farmacoterapéuticos y se usa para control de la conducta del paciente que puede ser muy ventajoso. Aunque la restricción del paciente puede permitir la estabilización del paciente puede permitir la estabilización de la mayoría de los movimientos, el tratamiento odontológico sigue sien-

do impracticable cuando el paciente está excitado, lucha y pelea contra las restricciones. Los sedantes aliviarán una situación así.

Son imperativos el cuidado y el buen juicio en la selección del agente, la vía de administración y la dosis. Para el paciente discapacitante es particularmente importante que el odontólogo tenga conocimiento de cualquier situación médica que pueda comprometer la administración de premedicaciones. De extrema importancia son la naturaleza y dosis de toda otra droga que el paciente pueda estar tomando habitualmente, en especial para las convulsiones, los ataques o la hiperactividad.

ENFOQUE PSICOLÓGICO PARA LA GUÍA DE LA CONDUCTA

La guía correcta de la conducta de un niño en el consultorio odontológico es fundamental para una atención completa. La coerción, los halagos y los comentarios negativos de parte del odontólogo acentuarán la conducta negativa, mientras que guiar al niño hacia un comportamiento deseable palmeándolo y haciéndole preguntas sobre sus sentimientos aumenta mucho la probabilidad de reducir la conducta temerosa. Los odontólogos que tratan niños deben demostrar un interés personal sincero en el niño y hacerse más eficientes en la orientación y refuerzo de la conducta.

Varias técnicas nuevas han sido desarrolladas a partir de las ciencias sociales, algunas de las cuales son la modificación de la conducta, desensibilización, hipnosis, imitación y compro-

misos de realización. La mayoría de estos métodos han probado ser al menos parcialmente exitosos para modificar alguna conducta del niño. Hay varios relatos de éxitos individuales con el decir-mostrar-hacer, el ejercicio mano-sobre-boca, refuerzo por señales, control vocal y restricción.

El odontólogo que trata niños debe perfeccionarse en la observación y análisis de la conducta infantil. El desarrollo de esas capacidades aumenta con la experiencia, la habilidad para evaluar los aspectos no verbales de la comunicación, un conocimiento de los miedos y ansiedades de los niños por la situación odontológica y un conocimiento de los aspectos sociales, culturales y personales de la conducta infantil. El odontólogo que puede integrar la información obtenida de la conducta observada del niño con la información personal, social e histórica adquirida de los padres, puede predecir de manera más exacta determinada conducta y elegir luego el método mejor para manejarla durante la experiencia clínica.

PAPEL DEL ODONTOLOGO

Mediante el cultivo de un enfoque sensible y comprensivo, puede haber mucho para ayudar a su paciente a superar la situación. El tratamiento odontológico es una experiencia que el niño debe tratar de aceptar. Los niños que han aprendido su papel como pacientes muestran alguna flexibilidad de conducta y un interés por lo que sucede a su alrededor. Tienen capacidad para confiar en el odontólogo, responderle y demostrar confianza en

su habilidad para satisfacer las exigencias de la situación.

Durante la atención a niños, el odontólogo tendrá momentos que se sentirá inseguro en el manejo de uno en particular. Es más probable que esta inseguridad se presente al enfrentarse con un problema con el que no está familiarizado. Quien incluye niños en su ejercicio profesional debe estudiar odontología continuamente y familiarizarse con la amplia variedad de situaciones y anomalías que debe diagnosticar y manejar.

Es importante para el odontólogo entender la conducta del niño porque les ayudará a comprender su propia conducta y reacciones ante los problemas en el consultorio. Si el control de la situación se deteriora ocasionalmente no necesariamente ha de ser un reflejo de inhabilidad del odontólogo. El fracaso en una instancia puede significar sencillamente que el odontólogo debe reconsiderar el problema o emplear un enfoque diferente.

Es muy importante que el odontólogo aprenda a enmascarar sus reacciones emocionales ante una determinada situación. Hasta que el niño pequeño puede captar rápidamente la indecisión o la ansiedad. Al aumentar la aprensión del odontólogo, se reflejará en el niño. El odontólogo nunca debe mostrarse enojado, cualquiera que sea la provocación. Será útil que pueda enmascarar cualquier tipo de complicación emocional y crear una atmósfera de comprensión.

DESARROLLO PSICOLOGICO

Todos los que trabajan con niños deben comprender que la edad psicológica del niño no siempre corresponde a su edad cronológica. Si bien la edad cronológica tiene relativamente poca importancia para el odontólogo, la psicológica y la fisiológica - deben ser consideradas en el diagnóstico de los problemas de la conducta y también en el plan de tratamiento.

PROCESO DE APRENDIZAJE

El manejo que haga el odontólogo de la conducta indeseable en el consultorio debe enfocarse en la conducta misma más que en la edad del niño.

INFANCIA Y AÑOS DE PININOS. El niño a esta edad tiene poca o ninguna capacidad para entender la necesidad de un examen o un tratamiento de sus dientes, ni el odontólogo puede comunicarse eficazmente con él. Aun sin cooperación, los exámenes bucales y ciertos tratamientos pueden ser llevados a cabo en niños muy pequeños en forma eficiente y sin sedación.

DOS AÑOS DE EDAD. A los 2 años, los niños difieren muchísimo en su capacidad de comunicación, porque existe una diferencia considerable en el desarrollo del vocabulario a esa edad. Si el niño tiene un vocabulario limitado, la comunicación será difícil. El niño de 2 años que está en la etapa precooperativa, prefiere el juego solitario, porque no aprendió a jugar con otros niños. Es demasiado pequeño para llegar a él con palabras

solamente y debe tocar y manejar los objetos para captar totalmente su sentido. A esta edad, el odontólogo debe permitir que el niño sostenga el espejo, huelga la pasta dentífrica o sienta la tacita de goma. Al hacerlo tendrá una mejor idea de lo que el odontólogo está intentando hacer. Al niño de 2 años lo suele intrigar el agua y el lavado. Como a esta edad temprana el niño es tímido ante la gente y los lugares nuevos y le resulta difícil separarse de sus padres, casi sin excepción debe entrar acompañado por uno de los padres al consultorio.

TRES AÑOS DE EDAD. Con el niño de 3 años el odontólogo puede de habitualmente comunicarse y razonar durante la experiencia odontológica. Tiene un deseo de conversar. En esta etapa, el personal puede comenzar a utilizar el acercamiento positivo con el niño, es bueno señalar los factores positivos antes que los negativos con niños de cualquier edad. En particular el más pequeño es el que tenderá a hacer las cosas que se le dice que no haga.

Los niños de 3 años y menores, en situaciones de stress o cuando se los lastima, están fatigados o asustados, automáticamente se vuelven a su madre o sustituto para consuelo, apoyo y seguridad. Tienen dificultades para aceptar la palabra de otro para cualquier cosa y se sienten más seguros si se permite que el padre permanezca con ellos hasta que conozcan bien al personal y los procedimientos.

CUATRO AÑOS DE EDAD. Por lo común escuchará con interés

las explicaciones y, normalmente, responderá bien a las indicaciones verbales. Los niños de esta edad suelen tener mentes vivaces y pueden ser grandes conversadores. El niño puede volverse desafiante y recurrir al empleo de malas palabras.

CINCO AÑOS DE EDAD. Este niño está listo para aceptar las actividades grupales y la experiencia comunitaria. Las relaciones personales y sociales están mejor definidas, y el niño no suele temer dejar al padre en la sala de recepción. Los niños suelen estar muy orgullosos de sus pertenencias y sus ropas y responden bien a los comentarios sobre su aspecto personal. Los comentarios sobre sus vestidos pueden ser empleados eficazmente para establecer comunicación con un paciente nuevo.

SEIS AÑOS DE EDAD. La mayoría de los niños se separa de los lazos estrechos con la familia, sigue siendo, una época de transición importante y ansiedad considerable.

Las manifestaciones tensionales alcanzan un pico a esta edad, que pueden incluir estallidos de gritos, violentas rabietas y golpes a los padres. A esta edad suele haber un marcado incremento en las respuestas temerosas. Algunos niños de esta edad temen los daños a su cuerpo. Por eso, un pequeño rasguño o la vista de sangre pueden producir una respuesta desproporcionada a la causa.

INTRODUCCION DEL NIÑO A LA ODONTOLOGIA

El adoctrinamiento sobre la odontología consiste principal

mente en enseñar al niño a encarar una situación nueva y a seguir las instrucciones del personal odontológico.

El primer objetivo en el manejo exitoso del niño pequeño es establecer comunicación y hacerle sentir que el odontólogo y sus asistentes son sus amigos y están interesados en ayudarlo. Pueden hacerlo logrando que el niño tome conciencia de la importancia de la visita odontológica y los diversos procedimientos.

El proceso de aprendizaje debe ser reconocido como un irregular, con ascensos, mesetas y quizás, hasta períodos de regresión. Este proceso irregular está, por supuesto, relacionado con cambios ambientales y estados psicológicos.

El odontólogo puede observar ocasionalmente una reacción negativa en el paciente pequeño, a este período se le llama de resistencia y lo consideran normal en el proceso de crecimiento o aprendizaje del niño.

Es importante que el profesional sepa que esto es normal y parte del proceso de aprendizaje y no una reacción provocada por él o su personal. Con eso en mente, debe trabajar con rapidez, suavidad, pero con firmeza. Quizás no deba esperar cooperación total.

En la categorización de la conducta, se hace referencia a la respuesta negativa por parte del niño, es utilizada comúnmente para registrar la conducta de los niños en el consultorio odontológico. Por medio de ella es posible llevar un registro -

de la reacción de un niño a procedimientos odontológicos específicos.

CATEGORIAS DE CONDUCTA

Clasificación 1.- Definidamente negativa. Rechaza el tratamiento, llora forzosamente, está asustado o presenta cualquier otra evidencia de negativismo extremo.

Clasificación 2.- Negativa. Es renuente a aceptar el tratamiento, no coopera, muestra alguna evidencia de actitud negativa pero no pronunciada, se muestra hosco y alejado.

Clasificación 3.- Positiva. Acepta el tratamiento; a veces, es cauteloso, está dispuesto a cumplir con el odontólogo, a veces con reserva, pero sigue las directivas con buena voluntad.

Clasificación 4.- Definitivamente positiva. Tiene buena relación con el odontólogo, interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y goza la situación.

REACCIONES A LA EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA.

Hay por lo menos cuatro reacciones a la experiencia odontológica: Miedo y ansiedad, resistencia y timidez. El niño no siempre demuestra una reacción definida o única, lo que hace más complejo el problema, sobre todo porque el odontólogo debe

diagnosticar la reacción rápidamente y sin la ventaja del conocimiento de la experiencia previa del niño con miembros de las profesiones de la salud.

MIEDO. El miedo es una de las emociones que con más frecuencia se experimentan en la niñez. Su efecto sobre el bienestar físico y mental del niño puede ser extremadamente dañoso.

En el manejo del niño temeroso en el consultorio, el odontólogo debe procurar primero determinar el grado de temor y los factores que pueden ser responsables de él.

Son muchos los enfoques que han sido recomendados a la profesión odontológica en cuanto al problema de eliminar el miedo, incluyen la postergación de la sesión, esto no es práctico para el tratamiento de un niño miedoso con la esperanza de que finalmente superará su temor a la odontología y se volverá más cooperador. Como el miedo es controlado por el sistema nervioso autónomo, es imposible razonar con el niño realmente asustado.

El enfoque más lógico parece ser un reacondicionamiento del niño temeroso. Si el niño es realmente miedoso, el acercamiento lento al problema rendirá altos dividendos. A menudo el niño expresará su temor a determinado procedimiento o relatará que escuchó algo sobre la experiencia odontológica que lo asustó. El profesional podrá proceder a cambiar esa idea mediante demostración y explicación.

En la primera sesión, el odontólogo no debe intentar más -

que procedimientos sencillos, explicar cuidadosamente lo que está haciendo y el uso de todos los instrumentos, y gradualmente ir llegando a los procedimientos normales de rutina necesarios para el servicio de salud. Si bien el control de la voz suele ser suficiente para superar los temores del niño, ocasionalmente puede ser necesario emplear alguna forma de restricción, sobre todo en una emergencia, para dominar los temores del niño. Los padres deben ser informados y dar su consentimiento para que el niño sea sujetado durante el tratamiento.

ANSIEDAD. La ansiedad o inseguridad está probablemente muy relacionada con el estado de temor. Los niños ansiosos son esencialmente temerosos de toda nueva experiencia y su reacción puede ser violentamente agresiva, con un despliegue de rabieta en el consultorio. El profesional debe decidir si la reacción es de miedo agudo o una rabieta. Si el niño está realmente asustado, el odontólogo puede mostrarse comprensivo y trabajar lentamente.

Si el niño está mostrando claramente una rabieta, el odontólogo debe demostrar su autoridad y dominio de la situación.

RESISTENCIA. La resistencia es una manifestación de ansiedad o inseguridad, y el niño se rebela en realidad contra el ambiente. Puede hacer despliegue de rabieta o darse la cabeza contra las paredes o provocar vómitos cuando no desea adaptarse. La regresión puede ser otra manifestación. El aislamiento puede ser también otra manifestación de ansiedad, en cuyo caso el ni-

ño rehusa participar en el juego y no hablará con extraños y ni aun con conocidos, el niño se siente lastimado con facilidad y llora casi por cualquier motivo.

Si bien no es la responsabilidad del odontólogo tratar los estados psicológicos anteriores será útil que pueda reconocerlos y comprender que la reacción del niño en el consultorio está condicionada por la experiencia previa, la educación en el hogar y el ambiente.

TIMIDEZ. La timidez es otra reacción que se suele observar, especialmente en el caso del paciente de primera vez y puede estar relacionada con la experiencia social limitada del niño. El niño tímido necesita pasar por un período de caldeamiento. Esta es una instancia en que puede ser útil permitir que el niño tímido sea acompañado al consultorio por otro paciente niño bien adaptado. El tímido necesita ganar confianza en sí mismo y en el odontólogo. La timidez puede reflejar la tensión resultante de que los padres esperan demasiado del niño o hasta lo sobreprotegen.

EL PACIENTE DE PRIMERA VEZ

Está aceptado que la preparación meditada del niño y sus padres antes de la primera visita da por resultado un mejor patrón de conducta en el consultorio. La preparación comienza en el momento del contacto telefónico de la recepcionista con el padre. Ella debe explicar que a menos de que exista una emergencia, el odontólogo querrá que la cita sea fijada para un momen-

to que le permita un examen completo e introducir al niño a la odontología sin apuros.

El odontólogo puede preferir que los padres eviten toda forma de preparación previa del niño para la primera visita, en la convicción de que él puede hacer conocer al niño la odontología y el consultorio de una manera más satisfactoria que los padres. Es recomendable enviar una carta a los padres, en la que describen la política del consultorio e indican qué es lo que será realizado en la primera visita. Esto disminuye la ansiedad de la madre y es útil en la preparación del niño para sus primeras visitas odontológicas. La carta debe incluir información sobre lo que el odontólogo planea realizar para cada niño durante la primera visita.

DESENSIBILIZACION Y TERAPIA DE APRENDIZAJE DE UN MODELO

La desensibilización o la terapia de aprendizaje de un modelo se basa en que antes del tratamiento odontológico restaurador en que los estímulos productores de ansiedad son presentados gradualmente. Los estímulos menos productores de ansiedad como la profilaxis, contraángulo y pasta pulidora, son presentados primero, mientras que los evocadores de mucha ansiedad como los anestésicos y pieza de mano, son presentados a medida que el niño es capaz de tolerarlos.

MOMENTO DE LA VISITA. El momento del día en que se ve a un niño, puede influir sobre la conducta. Las primeras horas de la mañana deberán ser reservadas para los niños más pequeños. El

odontólogo debe explicar a los padres que los pequeños pueden aceptar mejor el tratamiento temprano en el día antes que estén cansados. El odontólogo está más alerta y capacitado para manejar las reacciones impredecibles a hora temprana. No es probable que se atrase en sus horarios y el niño no tendrá que esperar para ser visto.

Para el niño impedido se le dificulta adaptarse a la rutina habitual del consultorio. En este tipo de pacientes debe ser considerada la última sesión de la mañana o algún momento en que el consultorio esté libre de niños y otros pacientes que pudieran ser influidos por una perturbación.

EXTENSION DE LA VISITA. Las visitas para el niño pequeño o el muy temeroso o asustado deben ser relativamente cortas hasta que esté plenamente informado de los procedimientos y haya adquirido confianza.

RECEPCION DEL NIÑO.

El odontólogo debe repasar la historia médica y odontológica con los padres y reiterar brevemente qué se va a hacer durante el examen. Luego el profesional debe preguntar a la madre o al padre si hay algo que alguno de ellos le preocupe especialmente respecto a la boca o dientes del niño.

La mayoría de los padres habrán hecho alguna observación previa o tendrán una pregunta que les parece importante, hay que darles tiempo para hablar y también para presentar una bre-

ve historia de cualquier experiencia odontológica previa. El odontólogo puede estar en condiciones de ofrecer información relacionada con la pregunta o preocupación del padre, pero es también apropiado sugerir que se pospondrán mayores comentarios para cuando haya finalizado el examen, y comentarla al resumir las comprobaciones después del examen.

Al terminar esta conversación habitualmente breve, el odontólogo habla directamente al niño de manera agradable y clara. Se pone de pie y sin demora o vacilación toma al niño por la mano y lo conduce al consultorio reasegurando a los padres en el sentido que se les invitará a pasar en pocos minutos, y se conducirán los padres de regreso a la sala de recepción. Si el niño es cooperador, pero renuente o temeroso, el reaseguro continuado y el refuerzo positivo le ayudarán en el camino al consultorio, mantener la conversación centrada en el niño es apropiado. Si el niño se resiste vigorosamente o se pone desafiante, el odontólogo debe permanecer tranquilo y amable pero debe tomar el control de la situación firme e inmediatamente, reasegurando a los padres mientras el niño es llevado al consultorio.

Si el odontólogo prefiere que los padres acompañen al niño durante el examen inicial, la breve conversación con ellos que acabamos de describir y el examen pueden tener lugar en el consultorio. En este caso deben haber suficientes sillas o banquetas rodeando el sillón dental para que el profesional y los padres estén sentados mientras conversan. Habitualmente, el niño

se sienta en las rodillas de uno de los padres. Después del repaso y discusión inicial, el padre puede trasladar al niño al sillón dental, con ayuda del odontólogo si es necesario. Si el niño no coopera, el odontólogo le dirá al niño que los padres pueden permanecer ahí sólo si él coopera en el examen.

No es aconsejable separar al niño pequeño de los padres al menos durante la primera visita. Si la cita es para un primer examen no urgente de un infante o un niño en sus pininos, el odontólogo puede considerar más conveniente encontrarse en un escritorio o en una habitación de consulta siempre que haya luz adecuada. Si se sabe que los padres tienen una preocupación específica sobre la boca del niño, si el niño tiene 14 meses o más, o si la cita es por una emergencia, es aconsejable conducir esa primera consulta y examen en el consultorio y en el sillón dental. Si el paciente tiene 2 años de edad o menos, uno de los padres debe sentarse en el sillón dental sosteniendo al niño.

Durante las visitas siguientes, los padres deben permanecer en la sala de recepción. Cuando los padres acompañan al niño en el consultorio para el tratamiento, deben entender la importancia de que el odontólogo controle la situación. Ellos deben permanecer pasivos, ofreciendo apoyo al niño sólo por presencia, salvo que el odontólogo les solicite un papel más activo. La atención del profesional debe estar centrada en el niño y la de éste en aquél. Es muy importante que los padres comprendan que su presencia y conducta no debe distraer ni al odontólogo ni al

niño.

En las subsiguientes visitas se pasará al niño al consultorio aclarándole que después pasarán sus padres para enseñarles cuánto han avanzado en este momento el niño es el centro de atención y él lo debe de sentir. Si el niño se niega a acompañar al odontólogo al consultorio se trata de tener un acercamiento firme pero amable y se lleva al niño al consultorio. El odontólogo ha podido diagnosticar el problema de conducta y puede manejarlo. Quizá ha podido darse cuenta de si el niño está realmente asustado o si no desea o no puede cooperar. A menudo se puede determinar si es un niño falto de disciplina en su hogar y que antes no tuvo que cooperar.

Se sugieren algunas reglas para lograr obediencia que a menudo son útiles para manejar a los niños en el consultorio. La primera regla es expresar la orden en un lenguaje que el niño pueda comprender e interpretar.

Es importante pronunciar las palabras lenta y claramente. El niño puede seguir mejor las instrucciones, que además deben ser sólo unas pocas por vez. El odontólogo y su personal deben ser razonables en sus pedidos. No pueden esperar cooperación de un niño incómodo o dolorido.

El uso de amenazas o sobornos es un medio pobre de ganar obediencia. Un comentario como -Cuando salgas, te daré un libro, o un regalo, o un juguete- es preferible a -Si te portas bien, te daré un libro-. En esta forma el niño no interpretará el re-

galo como un soborno.

Si el niño está en verdad asustado hay que intentar superar su temor mediante el acercamiento, muchas de las reacciones de los niños no son definidas, y el niño no desea cooperar puede ser aliviada tomando tiempo para explicar los instrumentos empleados en el consultorio y hacerlo con palabras comprensibles. Sólo unos pocos instrumentos deben ser mostrados por vez. Cuando examinamos a un paciente por primera vez sólo debemos pedir al niño que abra la boca y con los dedos separaremos los labios para hacer la inspección inicial de los dientes. Después de esto, se puede incorporar un espejo bucal o quizá un explorador. Pero la necesidad y el uso de cada instrumento deben ser explicados y demostrados. El enfoque decir-mostrar-hacer es muy eficaz para presentar a los niños más comunicativos los procedimientos iniciales.

Si un niño no quiere cooperar para el examen bucal o un procedimiento sencillo como la profilaxis dental, entonces estará justificado un cierto grado de restricción para controlar la situación y para que el niño comprenda que no habrá dolor ni molestia en el procedimiento. Quizás en este momento sea oportuno conversar con los padres para hacerles saber que el niño no quiera cooperar, insistirles en la necesidad del examen o tratamiento, y obtener su permiso para proceder en forma amable pero firme.

Cuando todos los enfoques psicológicos para manejar al ni-

ño y obtener su cooperación han fracasado, el odontólogo puede elegir una medida restrictiva, como poner una mano sobre la boca del niño para extinguir una respuesta inaceptable al tratamiento. Hay controversia con esta técnica, sin embargo, hay acuerdo en que puede ser un medio eficiente para controlar el llanto del niño.

Hay que colocar la mano sobre la boca para amortiguar el ruido. El odontólogo debe acercarse luego su cara a la del niño y hablarle directamente al oído. Puede hacer comentarios como: Si quieres que retire mi mano, debes dejar de gritar y escucharme. Sólo quiero hablar contigo y mirar tus dientes. Después de pocos segundos, el procedimiento debe ser repetido y entonces el odontólogo agregará: ¿Estás listo para que retire mi mano? Casi invariablemente el niño asiente con la cabeza. Con una palabra final de advertencia para que se quede tranquilo, el odontólogo retira la mano y prosigue con el tratamiento.

Esta técnica fue identificada como una técnica Flooding que impide la respuesta escapatoria del niño. La técnica no debe ser utilizada de manera punitiva o sin la verbalización adecuada. Sugieren que las posibilidades de crear una fobia son mayores si se permite al niño escapar de la experiencia odontológica.

La mayoría de los niños tratados en el consultorio son cooperadores y están relajados. El odontólogo encontrará a un paciente con la capacidad de cooperar, pero que se niega a hacer-

lo. La conducta de esos niños puede ser perturbadora y desafiante e incluye berrinches, pataleo, gritos y manoteos. Es para esos pocos niños que pueden estar indicadas técnicas no comunes para el manejo de la conducta como la de mano-sobre-boca.

ADOCTRINAMIENTO ODONTOLOGICO.- Si los padres acompañan al niño al consultorio en ocasión de la primera visita con el propósito de dar información al odontólogo, es aconsejable describir brevemente lo observado en la boca del hijo. Habrá que poner énfasis en que la presentación de los hallazgos dentales y el plan de tratamiento serán presentados en una visita posterior, después de haber completado los registros necesarios.

Si en la primera vez el niño no tiene dolor, es recomendable la inspección y profilaxis dental, aun cuando haya muchos dientes destruidos y cariados. Si hay dolor dentario tendrá que ser tratado. Si el odontólogo sigue un procedimiento sencillo, el niño tiene oportunidad de ganar confianza en el profesional y sus procedimientos. Mientras que efectúa la profilaxis el odontólogo tendrá oportunidad de bosquejar un plan ordenado para las visitas siguientes del niño. Si el examen y la profilaxis marchan sin tropiezos, como ocurrirá en la mayoría de los casos, el odontólogo querrá tomar las radiografías en la primera visita. El tipo de estudio que elija dependerá de la edad del niño y del estado de la dentadura.

Después de que todos los procedimientos iniciales estén completados, el odontólogo debe invitar al padre a que vuelva

al consultorio para discutir brevemente lo observado. Debe comentar específicamente los problemas significativos, hacer una explicación general sobre la gravedad del caso, y sugerir el tiempo que será necesario para restaurar la boca a un estado de salud. Puede informar a los padres que antes de la próxima visita las radiografías habrán sido estudiadas nuevamente y se preparará un plan integral de salud dental para recomendarles, cuando vuelvan en la próxima cita.

Al iniciar la integración del niño a la odontología se habrá iniciado su introducción y el odontólogo habrá tenido oportunidad de observar la reacción del niño en el consultorio, lo que es importante para determinar el tiempo necesario para complementar el tratamiento y fijar un honorario por el servicio. También habrán sido tomadas las radiografías que permitirán complementar un plan de tratamiento antes de la próxima visita. Lo más importante es que ha comenzado un verdadero servicio de salud por el cual el odontólogo puede pedir honorarios comparables con los de cualquier otro servicio que exija un tiempo similar.

HIPNODONCIA

El uso de palabras correctamente elegidas con un enfoque positivo, producirá a menudo la respuesta deseada. En algunos casos el odontólogo puede desear otro método para mejorar las respuestas del paciente. La hipnosis ofrece la posibilidad. El empleo de la hipnosis en odontología es denominado a veces hipnodoncia.

La hipnodoncia puede llegar a ser una extensión de una modalidad ya establecida de actuar junto al sillón. La técnica no tiene desventajas significativas si el profesional la considera como una alternativa al manejo de la conducta y no como la solución final para todos los problemas de manejo. Inducir un trance hipnótico es sencillo, pero aprender a usar el estado de trance correctamente es difícil, y hasta que se consiga suficiente entrenamiento clínico. Por esta razón, quienes usan la hipnosis concuerdan en que un profesional debe entrenarse en un grupo reconocido.

La hipnodoncia puede ser aplicada a los niños con quienes es posible la comunicación. Los niños y adolescentes comunicativos son buenos sujetos para la hipnosis porque están familiarizados con juegos de simulación y son rápidamente influenciados por las sugerencias de los adultos.

La siguiente lista de usos de la hipnosis en odontopediatría:

- 1.- Para reducir o eliminar la nerviosidad y la aprensión.
- 2.- Para eliminar los mecanismos de defensa de los pacientes para posponer el tratamiento odontológico.
- 3.- Para controlar las arcadas funcionales o psicósomáticas.
- 4.- Para impedir la succión del pulgar.
- 5.- Para impedir el bruxismo.
- 6.- Para facilitar la toma de impresiones y registros oclusales.

sales.

- 7.- Para controlar hemorragia y salivación.
- 8.- Para brindar acostumbamiento a la cirugía y adaptación posoperatoria e introducir aparatos intrabucales.
- 9.- Para reforzar la atención en el hogar y los procedimientos de higiene bucal.
- 10.- Para inducir anestesia.
- 11.- Para efectuar distorsión.
- 12.- Para promover cicatrización posoperatoria.
- 13.- Para reducir la fatiga del operador.
- 14.- Para inducir sugerencias poshipnóticas.
 - a) Reinducir
 - b) Eliminación de incomodidad
 - c) Límite de tiempo para la anestesia
 - d) Recuerdos agradables
 - e) Recordatorio de citas para control.

El odontólogo debe hacer comentarios como: cuando cepille tus dientes te hará cosquillitas y te reirás más. No tienes que reírte demasiado, pero muchos niños lo hacen. Estas sugerencias influyen generalmente a los niños para una reacción más positiva y una mejor conducta durante la profilaxis que cuando no se hacen.

Pocos odontólogos que tratan niños negarán el valor de frases sugestivas elegidas cuidadosamente para influir de manera positiva la conducta odontológica de los niños.

CAPITULO VIII

EQUIPO ESPECIALIZADO Y MEDIDAS ADICIONALES

EN EL TRATAMIENTO DENTAL

EQUIPO ESPECIALIZADO Y MEDIDAS ADICIONALES EN EL TRATAMIENTO DENTAL EN EL MINUSVALIDO

El dentista puede cubrir la asistencia dental de la mayoría de las personas incapacitadas sin necesidad de contar con un equipo especial. Pero existen casos en que el trabajo resultará más eficaz si cuenta con algunos dispositivos especiales.

Las sillas dentales modernas son de gran utilidad para atender a los pacientes minusválidos, ya que se adaptan fácilmente a los distintos tamaños y configuraciones corporales. Es importante que los brazos de la silla sean ajustables para facilitar el acceso del paciente y poder modificar la anchura del asiento. La posición del paciente en la silla puede ajustarse con la ayuda de almohadones, pequeños flotadores, mantas con lo que se consigue una buena estabilización del paciente y se limitan sus movimientos corporales excesivos, para lo que también resultan útiles las férulas de plástico que se utilizan en ortopedia. Tras colocar la almohadilla en la posición deseada, se extrae el aire sobrante y el paciente permanece fijo.

La utilización de un tablero deslizante puede ser de gran utilidad para los pacientes que se desplazan en sillas de ruedas y no pueden utilizar sus piernas. Este tablero se cubre con un material deslizante, como la piel de un animal de pelo corto. De esta forma el paciente puede pasar fácilmente de la silla de ruedas al sillón dental sobre el tablero cubierto de piel.

Para los procedimientos de higiene oral o las exploracio--

nes sencillas puede bastar la colocación de una tabla fina por detrás de la espalda del paciente en su propia silla de ruedas a fin de sostenerle la cabeza.

En ocasiones será necesario limitar los movimientos corporales del paciente y lo mejor es envolver suavemente al paciente en una manta impidiéndole los movimientos de sus brazos como los de las piernas. Otra forma sencilla de sujetarle los brazos al niño es sacárselos de las mangas de jersey, dejando el resto de la prenda para que le sujete los brazos contra el cuerpo; de esta forma el niño no puede interferir con sus manos y sus brazos el trabajo del dentista.

A veces conviene que el dentista utilice una lámpara de cabeza, sobre todo al tratar a pacientes que mueven la suya excesivamente. Con este dispositivo se ahorra tiempo al no tener que reajustar continuamente la lámpara quirúrgica convencional. Una alternativa a esta lámpara es el empleo de sistemas fibroópticos para cuya utilización conviene disponer de unas gafas oscuras por si el paciente se asusta de la luz intensa o sufre fotofobia.

En ocasiones se habrá de utilizar abrebocas para asegurar un fácil acceso a la cavidad oral y poder mantener constante el espacio del área de trabajo. Los abrebocas ayudan al paciente a mantener la boca abierta e impiden que el paciente le muerda los dedos al dentista o que junte sus dientes mientras se está utilizando la pieza de mano o algún instrumento punzante. Los -

aparatos para controlar la mordida se fabrican en caucho, plástico y madera semiblanda, con forma de espátula o herradura para poder sujetarlos desde fuera. No deben emplearse dispositivos tipo hemóstato ya que pueden lesionar la articulación temporomandibular. Si se introducen y utilizan de forma adecuada los abre bocas, son aceptados como algo agradable que les permite descansar la articulación y distraerse mordiéndolo. Es necesario retirar el soporte y permitir al paciente que descansa cada 10-15 minutos.

Es preferible utilizar espejos de metal o desechables con una superficie reflectante de metal a los convencionales de vidrio, sobre todo si el paciente tiene tendencia a morder bruscamente.

También es conveniente atar un trozo de seda dental a los rollos de algodón, los matrices, los clamps o cualquier otro objeto pequeño que pueda ser deglutido fácilmente por el niño, ya que ante una emergencia, puede tirarse de la seda extrayendo rápidamente el objeto.

Silla de ruedas con descansacabeza. El descansacabeza de la silla de ruedas es ajustable y se coloca en los manubrios del respaldo de la silla de ruedas. Se acomoda a la mayoría de las sillas de ruedas y proporciona un apoyo seguro y cómodo para la cabeza de los pacientes que no pueden ser transferidos al sillón dental. Cuando el trabajo se va a hacer en los dientes inferiores, es más sencillo acercarse al paciente desde el frente. Para

procedimientos sobre los dientes superiores, el banquillo deberá elevarse y el cirujano dentista se aproximará al paciente desde la posición de las 11 o la 1 del reloj. Aunque es posible que el uso del descansacabeza no permita a los operadores trabajar en las posiciones acostumbradas de tratamiento facilita que el odontólogo trabaje sentado con su ayudante en posición adecuada. La ausencia de un descansacabezas en la silla de ruedas no excluye necesariamente al paciente confinado a una silla de ruedas de recibir tratamiento. Puede utilizarse un sillón dental de modelo antiguo con un descansacabeza ajustable en forma semejante colocando la silla de ruedas y al sillón dental respaldado con respaldo e invirtiendo el descansacabezas del sillón dental del lado de la silla de ruedas.

Los sujetadores para los pacientes tienen como propósito no eliminar totalmente el movimiento, sino restringirlo de modo que no interfiere con el tratamiento o que no cause una posible lesión a algún miembro del equipo o al propio paciente. Cualquier consultorio que trate a pacientes inválidos, deberá tener diversas ataduras suaves para ayudar a controlar esos movimientos. Deben fabricarse de algún material suave, como algodón y estar disponibles en diferentes longitudes y anchuras para acomodarse a diversas áreas del cuerpo. Los sujetadores no deben interferir en las funciones normales del organismo, es mejor seleccionar un tamaño que sea suficientemente ancho para distribuir la fuerza normal, en un área grande minimizando por lo tanto la incomodidad del paciente, los sujetadores pueden ser ase-

gurados con un simple nudo o equipados con tiras de Velcro para una sujeción y liberación rápida. En el pasado los sujetadores físicos se habfan asociado con el castigo o la disciplina, en especial entre los individuos con retraso mental. Para evitar cualquier interpretación errónea, es elemental explicar el valor de los sujetadores como auxiliar del tratamiento.

Correas para las extremidades inferiores y table Papoose. En ocasiones es necesario sujetar todo el cuerpo para ayudar al control del movimiento muscular indeseable. En estos casos, es mejor utilizar correas para las piernas o una tabla Papoose más que ataduras suaves individuales. Se encuentran disponibles en tamaños para adultos y niños y proporcionan un control excelente del movimiento, en tanto que permiten cierto grado de comodidad al paciente. El sujetador se adapta al sillón dental reclinado, el paciente se coloca en el centro del sujetador y las extensiones son aseguradas alrededor de los brazos o las piernas del enfermo o de ambos. Al igual que con otros dispositivos sujetadores, debe explicarse minuciosamente la razón para su uso.

Descansacabeza para pacientes con parálisis cerebral es un dispositivo especial que se adapta a la porción superior del sillón dental. El diseño proporciona un apoyo lateral a los pacientes con problemas de los músculos del cuello. Además, ayuda a reducir los movimientos de la cabeza en los pacientes que tienen trastornos musculares espásticos o atetoides. Aunque este soporte fue fabricado específicamente para los pacientes con parálisis cerebral, también puede utilizarse con éxito en perso-

nas que tienen un trastorno neuromuscular que conduce a debilidad muscular extrema.

Transferencia de la silla de ruedas. Antes de que se pueda realizar la transferencia se debe de conocer las partes funcionales de una silla de ruedas. Esto tiene tres propósitos: ayuda a asegurar que la transferencia se realizará libre de los estorbos de la construcción mecánica de la silla; segundo, ayuda a establecer una armonía con el paciente que a menudo se siente agradablemente sorprendido de encontrar a alguien que conoce como funciona su silla de ruedas, tercero si el odontólogo está familiarizado con los tipos y las diversas partes de una silla de ruedas, facilita la valoración de la capacidad del paciente y la selección del tipo de transferencia que va a usar.

Las partes de una silla de ruedas. Hay dos tipos de sillas de ruedas, motorizada y de autopropulsión. Aunque existen varios diseños en ambos tipos, la variedad es mucho más amplia en la categoría motorizada. Estas sillas se operan con baterías y por lo general son usadas por pacientes con invalidez mucho más grave, las partes de la silla de ruedas que son importantes para reconocerla y operarla son básicas en ambos tipos.

Frenos. Todas las sillas de ruedas excepto aquéllas que tienen motor constan de un freno separado para trabar cada rueda en su movimiento. Los frenos manuales están localizados a cada lado de la silla enfrente de la rueda. En la mayoría de las sillas la palanca del freno es jalada hacia adelante para engra

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

Descansabrazos. En la mayoría de las sillas de ruedas son removibles. Se utilizan diversos mecanismos para liberar los barandales, pero la mayoría trabaja bajo el principio de liberación de un pasador o un botón. El mecanismo de liberación por lo general está colocado cerca del freno de la rueda. Una vez que se ha presionado el pasador de liberación, el barandal para el brazo se desliza con igual fuerza hacia el frente y hacia atrás para impedir que se atore.

Apoyo para los pies. Existen varios tipos de apoyo para los pies en las sillas de ruedas dependiendo de las necesidades particulares del paciente. Estos descansapiés pueden girar hacia los lados para conveniencia y se quitan con facilidad, presionando los sistemas de liberación de pasador o botón. El pasador de liberación por lo general se localiza cerca del freno, sobre el bastón principal del soporte cerca del descanso para los pies.

Cinturón de seguridad. Numerosos pacientes, en especial aquéllos con distrofia muscular, esclerosis múltiple, parálisis cerebral y lesiones en la columna, requieren cinturones de seguridad para estabilizarse en la silla de ruedas. Estos pueden

ser modificados para incluir a los hombros o a las extremidades superiores. Todos los cinturones de seguridad deben desabrocharse antes de la transferencia.

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

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

Es aconsejable inquirir al paciente o a sus padres acerca del tipo de transferencia que utilizan comúnmente, a menudo los padres utilizan técnicas de sillas de ruedas que son difíciles e inseguras. - Este factor combinado con una actitud sobreprotectora de los padres puede crear una situación tensa. Por lo tanto es importante establecer una sensación de confianza con el paciente y sus familiares respecto a la habilidad del personal del consultorio para efectuar un traslado seguro.

El problema más difícil es determinar si el paciente tiene catéter. Con frecuencia es difícil superar la aprensión de pre-

guntar al paciente acerca del problema. Si el paciente está cateterizado, debe determinarse la ubicación de la bolsa recolectora. Usualmente está adherida al muslo del paciente o está colgando bajo la silla. Cuando se transfiere al paciente debe cuidarse de no oprimir o exprimir la bolsa. Durante el tratamiento se evitará reclinar al paciente a una posición donde la bolsa quede por encima del abdomen, permitiendo el reflujo urinario.

Algunos pacientes tienen almohadillas en sus sillas de ruedas que deben utilizar en el sillón dental para prevenir la incomodidad. Esto tiene un significado especial para los cuadrapléjicos o para los individuos que tienen dificultad en el ajuste de sus posiciones corporales. Los sillones recubiertos de vinil acumulan calor con rapidez y pueden acelerar la incomodidad por la posición.

Transferencia por deslizamiento. Es utilizada con pacientes que tienen buena potencia corporal en la porción superior y un control escaso o nulo en la porción inferior.

- 1.- Retirar los descansapiés hacia los costados de la silla.
- 2.- Remover el descansabrazo de la silla de ruedas del lado próximo al sillón dental.
- 3.- Elevar el brazo del sillón dental.
- 4.- Colocar la silla de ruedas y el sillón dental tan cerca como sea posible si el paciente es hémiplejico, el sillón dental se coloca del lado conservado.
- 5.- Frenar la silla.

- 6.- Ajustar la altura de la silla dental para que corresponda a la altura de la silla de ruedas.
- 7.- Desabrochar los cinturones de seguridad del paciente.
- 8.- Colocar el deslizador debajo del paciente colocando el punto medio de la tabla en la unión de la silla de ruedas y el sillón dental.
- 9.- Cuidar que la silla de ruedas no se incline mientras el paciente se traslada por sí solo.
- 10.- Colocar las piernas del paciente en la posición adecuada en el sillón dental ya que haya terminado completamente la transferencia.

Transferencia por medio de una persona. Este tipo de transferencia es utilizado en pacientes que tienen fuerza moderada o control del cuerpo pero que pueden encontrar la técnica por deslizamiento muy forzada. Estos con frecuencia son parapléjicos o con parálisis cerebral, con estados tempranos de distrofia muscular o esclerosis múltiple.

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

da a la altura de la silla de ruedas.

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

Transferencia por medio de dos personas. Es utilizada en pacientes que presentan función motora limitada en todas sus extremidades. Cuando se utilice esta técnica debe recordarse mantener la espalda recta y levantar con las piernas.

- 1.- Siga las instrucciones del deslizamiento hasta el número 7.
- 8.- Retirar el descansacabezas del sillón dental.
- 9.- Una persona se acerca al paciente por detrás haciendo que el paciente cruce sus brazos si es posible; colocar los brazos por debajo de las axilas del paciente y sujetar la muñeca del lado contrario con cada mano.

- 10.- La segunda persona es la responsable de levantar y de llevar los miembros inferiores y deberá doblar las piernas, de manera que se levante con las piernas, no con la espalda.
- 11.- Con una señal precisa se pide al paciente que lleve sus codos contra su cuerpo y ambas personas realizan la transferencia, levantan al paciente erecto. Parar por un segundo antes de moverse lateralmente al sillón dental para aumentar al máximo la posición del paciente y su balance.
- 12.- Moverse lateralmente al sillón dental asegurando quitar cualquier obstáculo y bajar al paciente.
- 13.- Mantener el soporte de la cabeza del paciente hasta que el descansacabeza del sillón dental es colocado nuevamente.

CAPITULO IX**DISEÑO DEL CONSULTORIO**

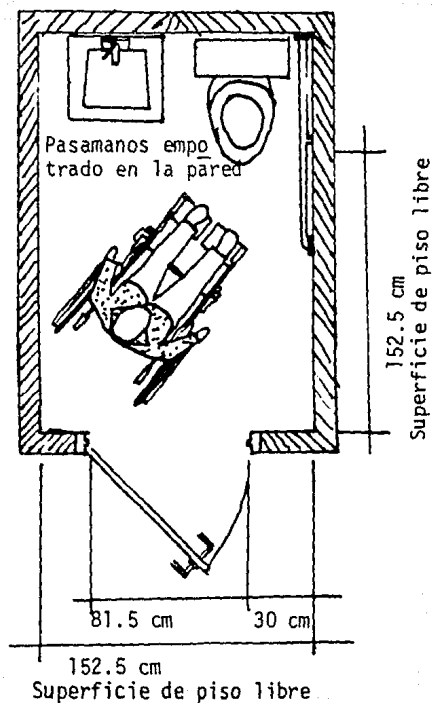
DISEÑO DEL CONSULTORIO

Para los individuos inválidos que diariamente deben superar un ambiente con barreras arquitectónicas infinitas, la batalla para que el público tome conciencia de sus problemas ha sido larga. El resultado de este conocimiento del público ha sido cierto número de modificaciones arquitectónicas e ingenieriles que eliminan algunas de las barreras físicas para los individuos inválidos.

Dado que el odontólogo también debe ser sensible a las necesidades del inválido, deberá estar preparado para ayudar en el diseño o modificación en las áreas de tratamiento con el objeto de acomodar a los pacientes inválidos que desean terapéutica dental.

ACCESOS

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



Los sanitarios deberán tener un diseño que permita acceso a los pacientes confinados a una silla de ruedas.

SUPERFICIE DE LOS PISOS

Las superficies antiderrapantes, los pisos del interior del consultorio también deben estar cubiertos con materiales antiderrapantes, que permitan la ambulación más segura para todas las personas en el consultorio. Deberán evitarse el uso de tapetes y alfombras gruesos.

SIGNOS

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

identificación o señales de advertencia.

SANITARIOS

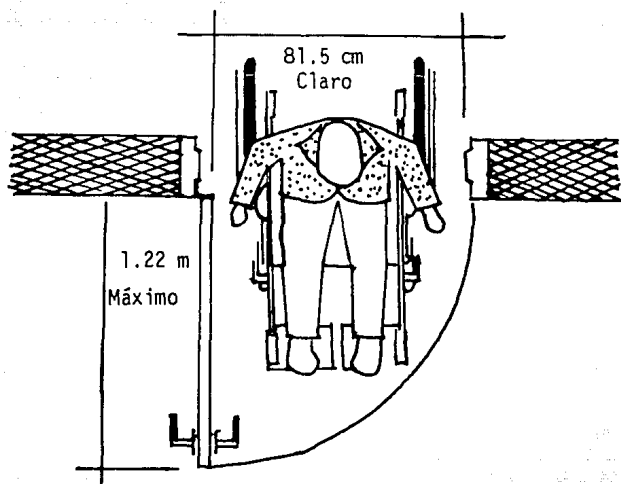
Una de las consideraciones más importantes en el consultorio es la accesibilidad al sanitario. Los excusados deberán estar aproximadamente de la misma altura que una silla de ruedas normal para permitir la transferencia. Existen asientos bajos que pueden elevarse utilizando una rueda con aparejos. Los barrandales deben ser fuertes y estar colocados en forma apropiada. Debe proporcionarse suficiente espacio para mayor facilidad en el acceso, la maniobra de la silla de ruedas y la transferencia. Los depósitos de agua no deberán estar más elevados de 85 centímetros desde el piso y deberán permitir un acceso fácil. Las llaves de agua serán del tipo de palanca para elevar, lo cual permite su operación por pacientes con trastornos neuromusculares. Al paciente en silla de ruedas debe proporcionársele, anaqueles, portatoallas y espejos más bajos inclinados. (Ver ilustración en la siguiente página).

TELEFONO

El consultorio tendrá un teléfono accesible al individuo inválido. Idealmente deberá ser del tipo de empujar botones y estará ubicado a una altura no mayor de 85 centímetros sobre el piso.

CUARTO DE RECEPCION

Es importante proporcionar espacio adecuado en el cuarto -



La puerta deberá tener un mínimo de 80 cm de tolerancia para el acceso de la silla de ruedas.

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

C O N C L U S I O N E S

CONCLUSIONES

de dar importancia al aspecto físico durante la nuestro tiempo libre es correr, nadar, andar en r, acampar, esquiar y otras innumerables activicran la habilidad física.

somos pocos los que seleccionamos a una persoejemplo para nuestras vidas. Las personas inváltando tanto al grado de no conocer a ninguno - de conocer a alguien que presente algún impedia se deja de considerar que esto ha afectado su

logos se debe tener un poco más de experiencia general con respecto al trato de individuos - os tipos de educación no permiten asumir la resproporcionar atención dental a este grupo de - cirujanos dentistas no tienen ni idea de lo que inválido. Cuando se conoce a una persona inválié decir, qué hacer o cómo actuar. Y lo peor es conocimiento y comprensión con frecuencia crea de hacer algo o conduce a evitar totalmente - to.

fácil controlar la ansiedad que se presenta cuanta con las limitaciones que presenta una persono tratar de comunicarse con una persona sor

domuda. Puede requerirse el trato con una persona cuya conducta y control son difíciles de comprender. Puede ser significativo el tratar a alguien incapaz de controlar sus movimientos musculares, no importa lo mucho que la persona se esfuerce.

El tratar a una persona inválida también comprende otras situaciones; como es observar a un paciente con parálisis cerebral esforzándose por dominar los movimientos musculares incontrolables, que hacen que una simple tarea como es la de cepillarse los dientes, sea extremadamente difícil. O bien el escuchar a un paciente con un daño cerebral, que se supone que no puede hablar y que inesperadamente pronuncie una palabra durante el tratamiento. Es el experimentar la gratitud de pacientes que nunca han podido encontrar a un cirujano dentista que los trate.

La decisión de tratar a una persona inválida no es fácil, sin embargo, cuando se toma ésta y se ha tratado a varios pacientes, muchas de las dudas y temores que se tienen, de inmediato desaparecen. Pacientes que han sido remitidos debido a su incapacidad, por costumbre son tratados de una forma efectiva y seria, siendo para el odontólogo una satisfacción de logro, un tipo de orgullo y un sentimiento de recompensa profundo como el que se experimenta en las situaciones de reto que resultan ser tratamientos con éxito.

Numerosas son las razones que se esgrimen para no tratar a las personas inválidas en la práctica privada:

- Se requiere demasiado tiempo para realizar los procedimientos.
- El paciente puede tener una urgencia médica que ponga en peligro su vida.
- Los fondos para el tratamiento son difíciles de obtener.
- El cirujano no ha recibido entrenamiento especial.
- El cirujano no tiene el equipo especial necesario.
- Al cirujano le atemoriza enfrentarse con una persona inválida.
- Otros pacientes se ofenderán.
- Por lo general, los pacientes requieren hospitalización.

Todos los problemas enumerados antes pueden llegar a ocurrir en cualquier momento, es difícil que estén combinados, sólo un pequeño grupo de pacientes requieren equipo especializado, hospitalización o el uso de técnicas no familiares para recibir tratamiento y la mayoría de individuos o cirujanos generales en la práctica privada con escasas consideraciones adicionales.

Al tratar a pacientes inválidos se debe tomar en cuenta su edad y padecimiento. Hablamos de edad porque dependiendo de ésta será la conducta del paciente, el odontólogo debe estar capacitado para saber manejar a los niños que se le presenten en el consultorio usando diferentes técnicas. Es importante que el odontólogo sea muy observador y tome decisiones rápidas y acertadas. En el caso de retardo mental y enfermedades en donde el coeficiente intelectual del paciente esté disminuido es importante saber su edad mental para saber el tipo de reacciones que

puede tener durante el tratamiento.

Aspectos que se deben considerar en la orientación de la conducta del niño:

- 1.- El éxito en el manejo del niño depende del cariño, firmeza, sentido del humor y la capacidad del odontólogo para pasar por alto las demostraciones iniciales de falta de cooperación.
- 2.- El odontólogo debe encarar la situación de manera positiva y amistosa, pero debe transmitir la idea de que el trabajo es esencial para el bienestar del niño.
- 3.- Algunos psicólogos han dicho que los miembros del equipo de salud deben evitar todo conflicto o lucha con el niño. Si el niño se resiste al tratamiento odontológico, sin embargo la lucha está y el odontólogo debe ganar. En otras palabras, hay que hacer algo en la primera visita.
- 4.- Si el niño demuestra un mal hábito, debe ser rechazado o vencido desde el comienzo.
- 5.- El odontólogo debe alentar todos los buenos hábitos con elogios y buscar el momento apropiado para felicitar al niño.
- 6.- Hay que intentar transmitir la confianza, seguridad y entusiasmo del odontólogo y otro personal al niño. Una conversación constante de parte del odontólogo o de la asistente ayudará a cumplir este objetivo.
- 7.- Si el niño no quiere aceptar que hay trabajo importante por realizar, el odontólogo debe mantener un enfoque posi-

tivo, en primer lugar mediante el control de la voz. Si esto no tuviera éxito, habrá que utilizar alguna forma de restricción para que el niño sepa que el odontólogo será constante por brindar un servicio de salud. Un niño sin disciplina en su hogar, muchas veces respetará al odontólogo que la impone.

La odontología en el individuo inválido no es tanto una cuestión de modificaciones o diferencias en las técnicas odontológicas como una apreciación de las limitaciones, y una adaptación de ellas impuestas por las situaciones discapacitantes del paciente.

La capacidad para tratar al inválido parecería predicarse sobre la experiencia, conocimiento y comprensión de la discapacidad, sumados a un deseo genuino de satisfacer las necesidades de estos pacientes.

El futuro deberá aportar una consistencia aun mayor de la profesión odontológica de sus responsabilidades con sus pacientes y mayor énfasis en las facultades y en los planes de educación continuada al respecto.

B I B L I O G R A F I A

- Magnusson
Odontología Pediátrica
Enfoque sistemático
Salvat Editores, S.A.
Imp. en España, 1985.
Págs. 301-324.

- Braham L. Raymond.
Odontología Pediátrica.
Mierle E. Morris
Editorial Médica Panamericana
Abril 1984.
San José, Buenos Aires.
Págs. 561-577.

- Barber, Thomas K. y Luke, Larry S.
Odontología Pediátrica
Editorial El Manual Moderno
México, D.F., 1985.
Págs. 383-411.

- Mc Donald, Ralph E.
Odontología para el Niño y el Adolescente
Edit. Mundi 2a. Edición
Buenos Aires, 1975. p. 417-430
144-146 y 615-656.

- Rifa, Lova W.
Manejo de la Conducta Odontológica del Niño.
Edit. Mundi, Saic y F
Argentina, 1984 p. 53-63.

- Forrester, Donald J. Pediatric Dental Medicine
Lea and Febiger
Philadelphia 1981 p. 597-616.

- Fin, Sidney
Odontología Pediátrica
Edit. Interamericana. 4a. Edición
México 1983 p. 491-513.