

20
2eja



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

VOBO

26 mayo 92-

EL MANEJO DEL PACIENTE INCAPACITADO EN ODONTOLOGIA INFANTIL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N :

Ma. Angélica Arrellano Castellanos

Marisela García Alfaro

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

INDICE.

INTRODUCCION	9	
CAPITULO PRIMERO		
GENERALIDADES		
A) Definición del paciente	10	
B) Técnicas de reacondicionamiento Psicológico	17	
ARTICULO: Control de voz (una vieja técnica reexaminada...)		27
C) Cuidados del paciente incapacitado	28	
CAPITULO SEGUNDO		
Niño Ciego	33	
CAPITULO TERCERO		
Niño Sordo	38	
CAPITULO CUARTO		
Parálisis Cerebral	46	
Artículo: Caries en niños con parálisis Cerebral: relación con el diagnóstico e insuficiencia mental y motor		52
Artículo: Parálisis cerebral: sus efectos sobre la erupción del primer molar permanente y las condiciones de salud-enfermedad.		56
CAPITULO QUINTO		
Síndrome de Down	60	

de Odontología	113
ARTICULO: Encuesta de 200 casos de anestesia general en Pediatría dental.	114
RESUMEN Y CONCLUSIONES	117
BIBLIOGRAFIA	118

INTRODUCCION

En la actualidad, cada vez se hace más necesaria la atención a menores incapacitados en el consultorio del odontólogo general, pero desafortunadamente, en muchas ocasiones no se cuenta con una formación suficiente para atenderlos, debido en gran parte a la poca atención dirigida a este tipo de pacientes desde la instrucción en la facultad y la práctica en la clínica.

El hecho de la atención especial, esta fundada en dos situaciones que conugadas. marcan el grado de dificultad para el manejo de el paciente:

La edad del mismo y las dificultades naturales que conlleva, de por si el tratamiento pediátrico, y aunado a esto, la afección física y/o mental que presente el paciente.

En el presente trabajo, lejos de pretender entrar en comparación con las opiniones ó metodos de los especialistas se busca más que nada tener una visión general que sirva como breviarío practico para no negar la atención y proporcionar un tratamiento satisfactorio a estos menores.

Se ha tratado de ejemplificar las afecciones mas comunes, sus etiologías y sus conductas típicas, así como también analizar y detectar errores de actitud, respecto al paciente, por parte de los padres así como del odontólogo, y enfocar el tratamiento con sentido comun e individualidad para cada caso.

Después de esta breve semblanza no queda mas que desear al lector utilidad en el repaso de el presente trabajo, agradeciendo de antemano la atención y comentarios al mismo.

GENERALIDADES

A) DEFINICION DEL PACIENTE.

En casi todas las comunidades hay un sector de la población infantil que padece alguna entre varias enfermedades discapacitantes.

Se puede describir a un paciente impedido o discapacitado como un individuo con un trastorno físico, psíquico o social, que cualquier otro individuo de su edad, ya sea por alguna enfermedad congénita, crónica que tiende a dejar secuelas y lesiones que en algún momento intervienen en el estado normal del individuo.

"Arthur J. Nowak, nos dice que estos pacientes predominantemente se les llama pacientes "Excepcionales", los términos lisiados, incapacitados, impedidos, retardados, son unificados dandoles el término de excepcionales para describir a un paciente.

Estas personas tienen necesidades como cualquier otra pero su cuidado es más complicado.

El estado dental de los niños excepcionales puede estar relacionado directa o indirectamente con sus impedimentos físicos o mentales.

Los niños con deficiencias mentales, casos graves de epilepsia, parálisis cerebral, sordera, ceguera y trastornos hemorrágicos pueden no tener problemas dentales

especificos, pero sus incapacidades físicas o mentales a menudo impiden hábitos dentales y dietéticos adecuados, - creando así problemas dentales.

Los pacientes con enfermedades musculares y ortopédicas pueden precisar algún equipamiento especial, es aconseja--ble en estos casos la anestesia general para el tratamien--to dental.

Los padres deben de estar concientes de las necesidades del niño y deben recibir instrucciones tanto médicas como dentales para que el niño salga adelante y tenga menos complikaciones. Si la familia sabe que al niño se le pueden - prevenir otras enfermedades, debe de estar conciente y comenzar de una vez.

Los padres pueden ignorar los problemas odontológicos - que pueden desarrollarse a menudo tienen otros problemas - asociados, como gastos médicos elevados, problemas emocio--nales con otros niños como resultado de un exceso de aten--ción al niño enfermo, aquí entra el papel del odontólogo - para informar a la familia de la gravedad de la enfermedad y cual sería el tratamiento para prevenirla.

El C.D. debe comenzar informandole a los padres cual es la técnica de cepillado a utilizar, los pasos a seguir, y que deben ponerle mucho empeño hasta que llegue el momento en que el niño aprenda a hacerlo solo. Si la familia falla el niño va a tener serios problemas dentales.

El C.D. debe valorar el estado bucal y estar conciente--que se necesita estar preparado, por lo menos estar bien - informado sobre la enfermedad del niño para poder empezar

a atenderlo y saber que hacer si se presenta una complicación.

Muchas de las dificultades para que un paciente excepcional sea atendido son:

- 1.- Se necesita demasiado tiempo para realizar los tratamientos.
- 2.- Son procedimientos más complicados y que en algún momento pueden poner en peligro la vida del paciente.
- 3.- El C.D. no tiene los conocimientos especiales, ni el equipo especializado para poder atender a un paciente excepcional.
- 4.- El temor a enfrentarse a una persona inválida.
- 5.- Por lo general, los pacientes requieren hospitalización.

Para poder atender a un niño excepcional se tiene que hacer una minuciosa historia médica y odontológica. En muchas enfermedades es aconsejable consultar previamente con el especialista antes de realizar cualquier tratamiento dental.

En la primera cita el C.D. se da cuenta cuales son las necesidades del paciente y se prepara el campo para las siguientes citas. Obtener de los padres tanta información como sea posible del curso de la enfermedad y precauciones que se deben de tener, para estar familiarizados con la enfermedad y así poder dar un mejor pronóstico y tratamiento, tratarlo si es posible como un niño normal.

El examen radiográfico es esencial en la preparación de un plan de tratamiento. Cuando es posible, deben hacerse -

para todos los pacientes nuevos, una película panorámica, interproximales y oclusales, y las necesarias ápicales.

Las consultas deben ser cortas, muchos enfermos no soportan consultas prolongadas, debido a que se fatigan con facilidad. Debe de tomarse en cuenta el tipo de medicamento y horario antes de planear la consulta.

TRATAMIENTO PREVENTIVO.

Se ha encontrado en estos pacientes más problemas periodontales que un individuo normal.

También se ha encontrado más ausencia de dientes debido al mal tratamiento por parte del odontólogo ya que es más complicado atender a un paciente enfermo, entonces optan por extraer las piezas afectadas en lugar de restaurarlas y evitarse tx largos y tediosos.

El C.D. se dará cuenta de las necesidades del paciente excepcional y se les hará saber a la familia, para que todos en conjunto hagan que el tratamiento preventivo sea favorable. Las distintas condiciones de vida de los niños excepcionales dificultan la atención dental, aparte que cada vez son más los minusválidos que viven en su propio domicilio.

Durante algunos períodos del tratamiento será preciso contar con profesionales dentales que apliquen programas preventivos individualizados con terapéutica intensiva de administración de fluoruro. También es importante que se acostumbre a visitar al enfermo en su propio domicilio.

Se debe de dar consejos dietéticos, instrucciones de -

higiene oral y profilaxis de administración de fluoruro como medida preventiva.

Alimentos y dieta.- Se debe aconsejar 3 comidas principales. 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 comer entre horas.

Los pacientes con trastornos musculares faciales o problemas de la deglución presentan una retención de restos alimenticios en la cavidad oral.

La bebida aconsejable es simplemente agua. Algunos medicamentos líquidos contienen grandes cantidades de sacarosa, por lo que habrá que asegurar enjuagues frecuentes y mayores medidas de higiene oral a fin de evitar la aparición de enfermedades dentales.

Cuando los padres de los niños impedidos entienden las reglas básicas de la dietética y la nutrición, la prevalencia de caries en estos niños se ha visto que es inferior a la población normal.

Higiene Oral.- El cepillado dental sigue siendo el medio principal para conseguir una higiene oral aceptable. Las personas con impedimentos pueden necesitar ayuda en su higiene oral. No es sencillo dominar una técnica eficaz de cepillado dental, y algunos niños menores de edad o entre cinco y seis años, y con la persona física o mentalmente incapacitada. El C.D. debe incluir a la familia a quien es preciso informar para que acepte la responsabilidad.

La técnica de cepillado debe ser sencilla pero eficaz - para el individuo y para la familia. Debe ser en forma ho rizontal, consiste en movimientos horizontales suaves en las caras V, lí y oclusales de todos los dientes y encías, el cepillo debe ser suave. En algunos casos pueden conse-- guirse resultados aceptables modificando el mango del cepi llo o utilizando el cepillo eléctrico en niños con trastor nos motores.

Es también conveniente que estos pacientes ingieran o - se les aplique fluoruro de forma continua. Cuando el niño tenga dificultades para escupir un líquido, será preferi-- ble la pincelación con soluciones o barnices a la utiliza-- ción de dentífricos fluorados o a la práctica de enjuagues orales. Algunas de las posiciones utilizadas más comúnmente para niños que requieren ayuda, son las siguientes:

- 1.- El niño sentado o de pie, es colocado frente al adulto de modo que este pueda sostener la cabeza con una mano y los dientes son cepillados con la otra.
- 2.- El niño se reclina en un sofá o en una cama, con su ca beza hacia atrás en el regazo del padre. Aquí también la - cabeza es sostenida, con una mano y los dientes son cepi-- llados con la otra.
- 3.- El niño es sentado en las piernas del padre, con el ni ño frente a él, mientras la cabeza y los hombros descansan en las rodillas de la otra persona, permitiendo así que el primero cepille los dientes. Si un niño es internado, el personal debe ser instruido en la atención adontológica - correcta para el niño.

Algunos padres y centros de atención sanitaria han estimulado a los niños excepcionales a que aprendan a hacerlo solos, pero los resultados suelen ser pobres.

Consideraciones Financieras. El cirujano dentista en -- ocasiones, tiene que trabajar en procedimientos rutinarios que son difíciles o largos a causa del manejo del paciente. Al mismo tiempo, está consciente de los enormes gastos médicos que numerosas personas inválidas provocan a consecuencia de su impedimento. Por lo tanto, el odontólogo a -- menudo se encuentra atrapado entre los aspectos económicos y los humanitarios del tratamiento.

Por lo general, los pacientes con inválidez no desean -- que sus honorarios sean altos debido a su situación financiera o inválidez, pero tampoco desean ser tratados con -- lástima. En concordancia, el odontólogo no deberá dudar en establecer salarios que corresponden al esfuerzo realizado al proporcionar el tratamiento.

Muchos individuos con limitaciones físicas cuentan con seguros que cubren los trabajos dentales. En muchas ocasiones se cuenta con asistencia federal o estatal para ayudar a sufragar los gastos de tratamientos a pacientes excepcionales, que son incapaces de afrontar la atención dental.

En algunos casos los padres no tienen posibilidades para el tratamiento dental de su hijo.

La asistencia dental del paciente excepcional debe comenzar a una edad temprana o lo más pronto posible, después del diagnóstico.

B) TECNICAS DE REACONDICIONAMIENTO PSICOLOGICO.

Cuando los niños llegan al consultorio para su atención odontológica, sin haber tenido experiencia previa de este tipo, se pueden establecer pautas de comportamiento apropiado mediante el empleo del refuerzo positivo. No solo se debe establecer adecuada empatía con él, sino también emplear técnicas de manejo conductual positivo. Se utilizará un simple enfoque de diga-muestre-haga.

Otra circunstancia es la del niño que tuvo una experiencia odontológica positiva y simplemente se requiere seguir ese programa de refuerzo.

Reacondicionamiento.- Los niños que necesitan estas técnicas demuestran ansiedad, temor o simplemente pautas de conducta negativa.

Tipos Psicologicos.- Para el tratamiento de un niño se debe tomar en cuenta el estado psicológico y el estado de adaptación del niño.

El estado psicológico se refiere a las circunstancias internas del niño (carácter).

El estado de adaptación se refiere a la relación de estos con el medio ambiente.

El tratamiento consiste básicamente en comprender los conflictos y síntomas que se presentan en los niños y modificar la conducta de estos.

La mayoría de los niños son capaces de enfrentar satisfactoriamente la ansiedad asociada con el tratamiento -

odontológico y muestran, por lo tanto, patrones de conducta positiva. Sin embargo los niños con conducta que interrumpen significativamente el tratamiento son calificados como problemas de conducta. Algunos de ellos, como los niños mental o físicamente incapacitados, los niños muy pequeños emocionalmente inmaduros, pueden ser incapaces de controlar su conducta.

Las posiciones asumidas por los padres de familia, tienen una repercusión muy grave en el estado emocional y la personalidad del niño.

Se hará mención de algunos de las diferentes conductas de los niños.

a) Conducta Cooperativa tensa: Son niños que están tensos pero que sin embargo cooperan. Aceptan el tratamiento pero se incomodan muy rápido.

b) Conducta Cooperadora: Son niños que permanecen física y emocionalmente relajados y cooperan durante toda la visita, al margen del tratamiento realizado.

c) Conducta Descontrolada: El niño se muestra rebelde y tiene frecuentes rabiets. Se le pide al padre que haga pasar al niño al consultorio, a su vez sentará al niño en el sillón dental, posteriormente el C.D. se hará cargo del niño.

d) Conducta Desafiante: Se tratará de establecer una comunicación. Es importante ser firme, confiado y establecer lineamientos claros para la conducta. El desafío puede reflejar una ansiedad o temor. Una vez establecida la comuni

cación estos pacientes pueden llegar a ser muy cooperadores.

e) Conducta Tímida: A estos niños hay que brindarles - confianza y a la vez cariño. Estos niños suelen reaccionar mejor en las primeras citas cuando los atiende una mujer , esto puede ser beneficioso para el tratamiento.

f) Conducta Llorosa: Este tipo de reacción puede resultar muy frustrante para todos los miembros del equipo odontológico. El niño llora de todo y no se sabe su verdadero malestar.

g) Conducta del Niño Problema: Son niños que llegan al consultorio por primera vez, sufriendo dolores y con necesidad de tratamiento más extenso. Están incluidos niños de edad pre-escolar que gritan con fuerza y patalean largamente en el sillón dental.

La amenaza de sacar a los padres puede ser suficiente - para que el niño calle o darle tiempo para que se desahogue.

h) Conducta del niño enfermizo: Son niños que debido a problemas diversos de salud han estado relacionados con el medio hospitalario por lo tanto, son cooperadores ante el tratamiento en cualquier situación que se presente.

Para el paciente impedido o enfermizo hay una justificación para estas pautas de conducta:

El niño enfermizo puede reaccionar como se describió en el inciso (h), pero en los pacientes impedidos podemos encontrar una gran variedad de estas pautas de conducta, por

lo que las conductas descritas anteriormente no son conductas específicas que puedan encontrarse en los niños impedidos. Hay que tratarlos de otra manera, aquí no vamos a ver si el niño se deja, es otra situación, aquí hay que apoyarnos en el tipo de enfermedad que tenga el niño para saber tratarlo, y apoyarnos en los cuidados del paciente (ver - ampliamente en el inciso C del presente capítulo).

NOTA: Arthur Nowak nos dice: A los niños impedidos o - discapacitados no hay que tratarlos como tales sino como - niños excepcionales.

REFUERZO

Se puede definir como el fortalecimiento de un patrón - de comportamiento, que aumenta la posibilidad de que en el futuro se exhiba dicha conducta.

El odontólogo debe recompensar el buen comportamiento - infantil en la atención dental mostrando aprobación, siempre y cuando el paciente reaccione de manera positiva.

El punto importante es que debe reforzarse frecuentemente el comportamiento infantil adecuado.

El premio es otra forma de recompensa; se justifica al finalizar la consulta, siempre y cuando el niño haya reaccionado positivamente, se le pueden dar estrellitas pero - se le dice que es un premio por su buen comportamiento que mostró ante el tratamiento, y eso es lo que espera escuchar un niño.

a) DECIR-MOSTRAR-HACER.

Está técnica ha resultado muy útil en la prevención del desarrollo de los temores odontológicos en el paciente nuevo, así como en la minimización de la ansiedad y mala conducta asociada en el paciente previamente desensibilizado.

Los puntos importantes de esta técnica son:

Decir - al niño sobre el tratamiento por efectuar a cabo y entonces - Hacer lo explicado.

Comenzar con la profilaxia. Se dice al paciente que se le enseñará a cepillar sus dientes, que lo haga frente al lavabo, después enseñarle a la madre como debe hacerlo para vigilar que quede bien, ya enseñando esto, se procede a trabajar con la pieza de mano diciendole al niño que con eso se le limpiarán los dientes.

No se le debe decir al niño el nombre exacto del material utilizar. Se deben de usar palabras comunes con las que él este relacionado para que pueda comprender.

Se puede cambiar el cepillo por la fresa y decirle al niño que sirve para (quitar los gusanitos que tiene en el diente) que esto ayuda para cepillar bien las partes donde el cepillo no entra.

Para la anestesia local no debe mostrarse la aguja, pues se espera una reacción negativa, lo mejor es decirle al niño que se pondrá a dormir su diente y que sentirá hormigueo.

b) Control de Voz.- El control de voz es la modificación del timbre, la intensidad y el tono de la propia voz en un intento de dominar la interacción entre el profesional y el

niño. Cuando el niño se porta negativamente el odontólogo puede hablarle en voz alta a fin de llamar la atención del niño, sacandolo de su conducta interruptiva o cuando este grita.

Una vez ganada la atención, el C.D. puede bajar de voz es usado junto con alguna otra forma de restricción física y la técnica de mano sobre boca.

c) Técnica de mano sobre boca.- Esta técnica fue descrita por primera vez por la Doctora Evangeline Jordan, en el año 1920.

Está técnica es la más utilizada por el odontólogo.

Es utilizada cuando el niño se rehusa al tratamiento dental, grita, hace berrinches y no entiende razones.

La mano sobre la boca no es una técnica para el niño - muy pequeño, inmaduro, atemorizado o el niño con un impedimento físico, mental o emocional.

El propósito de la técnica mano sobre boca, es conseguir la atención del niño y detener su explosión verbal, de manera que se pueda establecer la comunicación.

La técnica puede ser usada de la siguiente manera: primero hay que evitar la entrada de aire. Consiste en sentar al niño en el sillón dental y ponerle la mano izquierda en el pecho, con la otra mano taparle la boca y la nariz. Hablarle enérgicamente al oído, decirle que cuando coopere - la mano será retirada para dejarlo respirar, el niño va a seguir llorando pero más tranquilo. Si la conducta negativa continua, se repetirá la técnica hasta que el niño -

cambie de actitud como para permitir que se realice el tratamiento dental, pero si el niño sigue igual mejor se le da otra cita.

d) Técnica de Red.- Está es manejada por el odontólogo y el asistente para conseguir la cooperación del niño. La restricción puede ser necesaria en caso de niños hiperactivos o desafiantes. El asistente estará preparado para controlar la cabeza, cuerpo y brazos del niño.

Pueden unirse correas al equipo dental para inmovilizar a un paciente, en el pecho, la cintura y las piernas. Las correas son usadas principalmente para dirigir la actividad del paciente excepcional que no puede dominar sus propios movimientos. El controlar los movimientos del paciente evita que éste se lastime y que sus movimientos puedan interferir con el procedimiento odontológico.

Las sábanas, redes o envolturas corporales pueden ser usadas también para restringir los movimientos.

La red es utilizada en niño pequeños no cooperadores en la que ya se han utilizado otras técnicas de reacondicionamiento y no han funcionado.

Esta técnica debe ser utilizada pocas veces, por el daño psicológico que ocasiona.

e) Premedicación-sedación- Se utiliza cuando los niños siguen renuentes a no dejarse atender y ya han sido tratados por medios psicológicos y físicos.

El miedo es el motivo más usual de la falta de colaboración. Si el temor persiste a pesar de citas preliminares -

conducidas con cuidado, puede ser útil alguna forma de sedación.

Por sedación se entiende un alivio de la ansiedad. Aunque la disminución de la ansiedad tiende a elevar el umbral del dolor del paciente, la sedación no produce analgesia .

Por lo tanto se requiere emplear anestesia local, pero por lo general esto no presenta problemas cuando el paciente está sedado.

El paciente sedado está consiente y en dominio de todos sus reflejos protectores normales.

También esta técnica puede darnos una reacción contraria a la deseada porque el medicamento nos puede potencializar la mala conducta del niño.

La premedicación también esta indicada en niños excepcionales. (ver tema más ampliamente en el capítulo decimo-primero).

Es posible administrar la sedación a través de las siguientes vías:

- 1.- Bucal.
- 2.- Intramuscular.
- 3.- Intravenosa.
- 4.- Inhalatoria.

f) Anestesia local.- Consiste en anestesiar unicamente la parte que se desee trabajar.

La anestesia debe aplicarse cuando el niño ya es más cooperador. Se le deben dar explicaciones claras.

Se tiene que anestesiar sin que el niño se de cuenta, -

para esto se le tiene que decir que respire profundamente varias veces para distraer su atención y relajarlo. Se le explicará que va a sentir dormido e hinchado, también se le indicará que no se debe morder para no lastimarse. El procedimiento puede ser indoloro si se efectúa con cuidado y por tanto resulta aceptable. (Ver más ampliamente en el capítulo decimo-segundo).

g) Sedación con óxido nitroso.- La sedación con óxido nitroso tenía como objetivo la consecución de una analgesia parcial. (está técnica ya no se usa porque es muy toxica).

h) Anestesia general.- Se utiliza en niños excepcionales ó en niños no cooperadores que no toleran la anestesia local por otra parte, algunos procedimientos quirúrgicos son tan largos o agotadores que no pueden considerarse ninguna otra forma de tratamiento.

La prevalencia de complicaciones médicas en relación con tratamientos dentales bajo anestesia general es muy baja cuando esta se realiza en hospital.

GRADOS DE ACEPTACION.

Basándose en la actividad verbal, la tensión muscular y la expresión ocular se creó una escala para valorar las reacciones del niño frente al ambiente dental y su capacidad de dominar el proceso de aprendizaje en la situación dental.

Grado 3: Aceptación positiva.- voluntad de conversar y hacer preguntas, demostración de interes, posición relajada

en el sillón dental con los brazos apoyados en él, ojos brillantes, tranquilos o vivos y móviles.

Grado 2: Aceptación indiferente.- Conversación o preguntas demasiado rápidas, movimientos cautelosos o indecisos, falta de atención. La expresión ocular es indiferente pero la posición en el sillón dental sigue siendo relajada.

Grado 1: Aceptación con desgana.- falta de conversación de respuesta y de interés. Posición poco relajada en el sillón dental. En cuanto a los ojos, el niño parpadea o frunce el seño.

Grado 0: No aceptación.- Protestas verbales o físicas manifestadas por llanto y berrinches.

Este tipo de observaciones ayuda a valorar al paciente en concreto. Además si se registran en las sucesivas visitas, reflejan también la capacidad de aprendizaje y adaptación del niño al tratamiento dental.

El máximo grado de aceptación lo consiguen los dentistas que intervienen el tiempo suficiente al principio y permiten al niño adaptarse gradualmente al tratamiento dental.

CONTROL DE VOZ: (UNA VIEJA TECNICA REEXAMINADA).

La literatura parece apoyar la conclusión de que los niños pequeños pueden interpretar significados en rostros humanos. Aunque la literatura también señala que el tono de voz y la intensidad son parte del dominio de la comunicac--ción implícita, parece razonable asumir al fin, que la comunicac--ción dada por un tono de autoridad y convicción y autoridad. El control vocal por parte del dentista tiene, en la expresión facial, un elemento vital o quizá el más im--portante en el proceso total de comunicación. Control fa--cial/vocal puede ser un término mejor, aunque el termino -control implícito de la comunicación puede ser el término más exacto.

Una consideración clínica importante relativa a este --control implícito de la comunicación por el odontólogo es que la habilidad del niño para ver el rostro del dentista es importante durante la aplicación de está técnica. Por -lo tanto, el dentista debe ubicarse de modo que el niño -pueda ver todas sus expresiones faciales, pues con base en la interpretación de estas, el niño será capaz de respon--der.

Otra conclusión importante es que la expresión facial -comunica aún cuando haya una barrera de lenguaje. De hecho el control implícito de la comunicación puede ser altamen--te efectivo con un niño sordo, el cual muy a menudo, Tiene una habilidad especial para entender expresiones faciales.

C) CUIDADOS DEL PACIENTE INCAPACITADO.

Cuando no se puede obtener la cooperación del paciente, el odontólogo debe considerar alternativas como la sujeción física.

Sujeción Física.— Los padres deben, ser informados y - dar su aprobación, antes de emplear sujeción física, deben entender claramente el tipo de sujeción a utilizar y la razón para su uso.

La sujeción física es una forma útil y eficaz de facilitar la atención odontológica para pacientes que necesitan ayuda en el control de sus extremidades, como los pacientes pequeños y los incapacitados, también para pacientes - extremadamente resistentes, pero que no necesitan anestesia general.

Habrá que utilizar en ocasiones, abre bocas para asegurar un fácil acceso a la cavidad oral. Estos impiden que el niño muerda los dedos del dentista o que cierre la boca abierta. Se ha utilizado en pacientes con parálisis cerebral, distrofia muscular, miastenia gravis, esclerosis múltiple y enfermedad de Parkinson.

Es necesario tener cuidado cuando se utiliza el abrebocas, debido a la posibilidad de dislocar la articulación temporomandibular si la boca es forzada más allá de una posición aceptable. Hay varios tipos de abrebocas:

El abrebocas Molt sirve para pacientes difíciles en un tratamiento prolongado. Viene en tamaños para adultos y niños, permite acceso al lado opuesto de la boca, y funciona

con una acción de tijera invertida. Sus desventajas incluyen el costo y la posibilidad de laceraciones del labio y el paladar, y posiblemente luxación de dientes si no es usado correctamente. Un protector digital, o un dedal también impide el cierre de la boca, es barato y se ajusta en el dedo del dentista.

Bloques de mordida de goma pueden comprarse en varios tamaños para colocarlo en las caras oclusales y mantener la boca abierta. Esos bloques deben tener un hilo para que sean fácilmente recobrables si son desalojados en la boca.

SUJETADORES PARA LOS PACIENTES:

El propósito de un sujetador no es eliminar totalmente el movimiento, sino más bien restringirlo. Los sujetadores no deben interferir en las funciones normales del organismo. Los siguientes son algunos sujetadores físicos usados comúnmente:

CUERPO: Pedi-wrap.

- Tabla Papoose
- Sábana triangular
- Cinturon de seguridad
- Asistente extra

Para las extremidades: Tiras, cinta y toalla, asistente-extra.

Para la cabeza: Posicionador de cabeza, asistente extra soporte antebrazo-cuerpo.

La tabla de papoose es sencilla para guardar y usar. Se encuentra en tamaños adecuados para niños y adultos y pro-

porciona un control excelente del movimiento. No se adapta a los contornos del sillón dental, (se necesita una almohada). Un paciente muy resistente puede desarrollar hipertermia si es sujetado demasiado tiempo.

Mink describe la técnica de la sábana triangular, su uso en el control del niño es demasiado resistente. Sus desventajas incluyen la necesidad de tiras para mantener la posición del paciente en el sillón, la dificultad de su uso en niños pequeños y la posibilidad de perturbar la vía de aire si el paciente se desliza hacia abajo inadvertidamente.

El Pedi-Wrap viene en varios tamaños, permite algunos movimientos pero limita al paciente, y debido a su tela tipo red, permite mayor ventilación disminuyendo la probabilidad de que desarrolle hipertermia.

Otras técnicas incluyen una asistente adicional para sostener la cabeza del niño. Los brazos y piernas del niño pueden ser inmovilizados con ayuda del padre o de la asistente con tiras Posey.

Las tiras Posey son económicas ajustan los brazos al sillón dental y permiten el movimiento limitado del antebrazo y mano del paciente. Se tiene controlado al paciente por el movimiento limitado impide una reacción exagerada. Una toalla, envuelta alrededor de los antebrazos del paciente con parálisis cerebral.

Debe darse una explicación amplia a los padres de como los sujetadores físicos permiten el trabajo odontológico -

necesario, reduciendo los riesgos de un accidente.

El descansabeza para pacientes con parálisis cerebral - se adapta al 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 a atetoides. También puede utilizarse en personas - que tienen un trastorno neuromuscular.

La silla de rueda es de gran utilidad para atender a - los niños minusválidos, ya que se adaptan fácilmente a los distintos tamaños. La posición del paciente en la silla - puede ajustarse con la ayuda de almohadones, con los que - consigue una buena estabilización del niño y se limitan - los movimientos corporales excesivos.

La utilización de un tablero deslizante puede ser de - gran utilidad para los pacientes que se desplazan en sil- las de ruedas y no pueden utilizar sus piernas.

TECNICAS RADIOGRAFICAS.

Una valoración radiografica minuciosa es básica para un tratamiento dental completo.

DISEÑO DEL CONSULTORIO.

Debe estar modificado según las necesidades del paciente.

UBICACION DEL CONSULTORIO.

Un consultorio localizado en la planta baja, facilitará el tratamiento de los individuos impedidos.

ESTACIONAMIENTO.

Deberá ayudar cerca de la entrada del consultorio o de las áreas con rampa.

SUPERFICIE DE LOS PISOS.

Los pisos del interior del consultorio también deben estar cubiertos con materiales antiderrapantes, que permitan la ambulación más segura.

SANITARIOS.

Los excusados deberán estar aproximadamente de la misma altura que una silla de ruedas normal para permitir la transferencia.

CUARTO DE RECEPCION.

Es importante proporcionar espacio adecuado para los pacientes confinados en silla de ruedas.

HABITACIONES PARA EL TRATAMIENTO.

La mayoría de los sillones dentales de construcción reciente son extremadamente maniobrables. Permiten la transferencia fácil de pacientes desde una silla de ruedas.

CAPITULO SEGUNDO

NIÑO CIEGO.

Los individuos ciegos tienen la misma necesidad de amor y afecto que los demas, y en general, sus capacidades y habilidades intelectuales son iguales o no difieren en gran medida de los individuos normales.

ETIOLOGIA.

Generalmente las etiologías de la ceguera pueden clasificarse en tres grupos, que incluyen enfermedades infecciosas, envenenamiento y trauma.

a) PRENATALES.

Atrofia optica

Microftalmus

Cataratas

Colobomata

Tumores dermoideos y otros

Toxoplasmosis

Inclusión citomegalica

Sífilis congénita

Rubeola

Meningitis tuberculosa

Anormalidades de desarrollo de la órbita

b) PERINATALES.

Prematurez

Drogas ototóxicas.

Policitemia vera

Trauma

Fibroplasia retroventricular (intoxicación por oxígeno)

Hipertensión

Trastornos hemorrágicos

Leucemia

Diabetes Mellitus

Glaucoma.

Las causas antes mencionadas representan aproximadamente el 65% de los casos conocidos de ceguera, aunque en el 35% restante de los afectados la causa es desconocida o no informada, siendo un total de más de 15 millones las personas que padecen este mal.

No en todos los casos la ceguera es tan extrema como nos imaginamos, ya que se considera que una persona presenta dicho fenómeno si su agudeza visual no excede la medida de 20/200 en el ojo mejor, con lentes correctores, o si en su defecto es mayor de 20/200 pero su campo visual no es mayor de 20 grados.

REPERCUCIONES ODONTOLOGICAS.

Las afecciones que con mayor frecuencia se presentan en los niños ciegos son dientes hipoplásicos, inflamación gingival y trauma a los dientes anteriores por ser más propensos a los accidentes, debido a su más lento desarrollo de capacidades motoras. Para evitar en gran medida este problema, deben ser estimulados a desarrollar dicho tipo de -

actividades, ya que interrumpirlas por temor, puede perturbar el desarrollo de otros sistemas como el lenguaje y la percepción del tiempo y el espacio, si se les consiente demasiado, puede también acentuarse la tendencia a un desarrollo más lento en el control de esfínteres, y otras habilidades táctiles, porque para ayudarse deben tocar y oír y con esto, comenzar a valerse por sí mismo.

Es muy importante que atiendan a estímulos exteriores para reducir su egocentrismo, que combinado con la pobre función motriz, desequilibrio postural, hamacado al sentarse, chasqueo de dedos, apretar los ojos y golpearse la cabeza, hacen que el niño ciego parezca retardado, además que su desarrollo social lento dificulta en muchas ocasiones la comprobación de sus capacidades.

Así mismo, tocando el entorno familiar, los padres deben aceptar que tienen un hijo ciego y tomar en cuenta las consideraciones anteriores; en caso contrario, el odontólogo debiera presentarles una breve exposición de las mismas para evitar que caigan en las siguientes actitudes:

- A) Sentimientos de culpa
- B) sobreprotección
- C) rechazo.

Que pueden tener consecuencias como:

- a) Histeria por recepción de sentimiento de culpa.
- b) Desarrollo lento y aspecto de retardo mental.
- c) Agresivo o extremadamente pasivo.

Antes de iniciar el tratamiento odontológico para un ni

ño ciego, el odontólogo debe tener en cuenta los siguientes puntos.

1.- Determinar el grado de impedimento visual por ejemplo puede el paciente distinguir la luz de la oscuridad?

2.- Si el paciente acude acompañado, averiguar si el acompañante es un interprete, si no lo es, dirigirse al paciente.

3.- Evitar expresiones de piedad o referencias a la ceguera como 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 la 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.

La prevención de la enfermedad y la continuidad de la atención son de máxima importancia.

CAPITULO TERCERO

NIÑO SORDO.

Se le considera como la gama y clasificación de la pérdida auditiva. La sordera es un impedimento que a menudo es pasado por alto por muchos de nosotros porque no es obvio.

CLASIFICACION.

Su clasificación se relaciona principalmente con las condiciones del oído interno (que en su mayoría no son corregibles), el continuo de pérdida auditiva puede caracterizarse como:

LEVE.- (pérdida de 15 a 30 decibeles).

Los individuos que presentan una pérdida de este grado son los llamados frecuentemente como duros de oído. Está incapacidad está considerada como ligera, interfiere poco en el desarrollo, y requiere poca ayuda.

PARCIAL.- (pérdida de 30 a 65 decibeles.)

Habitualmente se requiere amplificación, combinada con lectura de los labios. Se oye razonablemente bien. Las personas con una pérdida de este grado pueden por lo general concurrir a escuelas regulares, aquí si puede ser necesaria alguna ayuda especial.

GRAVE.- (pérdida de 65 a 95 decibeles).

Aquí la amplificación puede ser útil si se complementa con la lectura labial. La conversación debe ser muy cerca y fuerte, para ser entendida. Todo tipo de tratamientos y

entrenamientos auditivos y de dicción deben iniciarse temprano.

PROFUNDA.- (Pérdida de 95 decibeles y más).

Generalmente estas personas pueden oír unos pocos sonidos, si son amplificados. A este nivel la dicción no se oye aun con amplificación, es necesario un entrenamiento temprano intensivo en lectura labial y otras técnicas, como la comunicación digital. Alguna dicción puede desarrollarse. Muy pocas personas tienen pérdida auditiva total.

Otros métodos de clasificación incluyen aquellos basados en la oportunidad del trauma:

a) Los sordos congénitos que nacen con una incapacidad, y
 b) Los sordos adquiridos o adventicios, que nacen con audición normal pero que va disminuyendo en el transcurso de la vida. La pérdida de la audición puede clasificarse también de acuerdo con la ubicación anatómica del defecto.

a) Pérdida conductiva de la audición (pérdida de audición del oído medio).

b) Pérdida de audición nervioso sensorial. La pérdida de audición conductiva es atribuible a una otosclerosis que impide a los pequeños huececillos del oído medio que funcionan bien. La pérdida del oído nervioso sensorial incluye lesiones de las vías auditivas desde el nervio auditivo en el oído interno hasta la corteza auditiva en el lóbulo temporal del cerebro.

ETIOLOGIA DE LA SORDERA.

Las causas de la sordera pueden dividirse en prenatales

perinatales y posnatales.

FACTORES PRENATALES.

Infecciones virales, como la rubéola y la gripe,
Defectos hereditarios y congénitos, (Sífilis congénita).

Trauma de nacimiento.

Prematurez.

Drogas ototóxicas

Incompatibilidades sanguíneas

Causas desconocidas (10 a 20%)

FACTORES PERINATALES.

Toxemia tardía en el embarazo

Daños relacionados al nacimiento

Anoxia

Eritroblastosis fetal.

FACTORES POSNATALES

Infecciones

Trauma

Drogas ototóxicas.

Aproximadamente la mitad de los casos en niños y una -
tercera parte de los adultos, caen en la categoría de de
fectos hereditarios o congénitos.

Las infecciones por rubéola están en aproximadamente el
20% de los casos de sordera congénita.

El trauma al hueso temporal puede producir pérdida de -
la audición, sobre todo si el hueso está fracturado trans-
versalmente, produciendo daño al oído interno y parálisis-
facial.

El individuo con está incapacida d está afectado en mu--
chas áreas del desarrollo. No sólo están perturbados la
dicción y la comunicación si no que el estímulo del sonido
mismo está disminuido.

La pérdida total o el impedimento grave de la facultad
de oír puede alterar la conducta de los individuos.

Oír y hablar están íntimamente relacionados en su desa-
rrollo. La audición, un sentido a distancia brinda impulso
aun durante el sueño.

Este funcionamiento básico lo que determina que la pér-
dida grave de la audición sea una incapacidad muy seria.

El desarrollo del niño sordo se basa en gran medida en
la vista y el tacto. Las personas sordas quieren ver que -
está pasando.

Como la comunicación es más lenta, los niños sordos tar-
dan más en adquirir habilidades para manejarse solo y en
lograr la adaptación social.

La pérdida grave del oído también tiene efecto sobre -
los padres del niño y sobre la comunidad. Los padres deben
aprender a aceptar al niño y las limitaciones de la incapa-
cidad, brindar amor y afecto como sea necesario y poner lí-
mites realistas a la conducta de su hijo sin ser sobrepro-
tectores lo que crearía una actitud de pendiente por parte
del afectado o exigiendo demasiado en sus logros y progre-
sos. El descubrimiento precoz de la pérdida auditiva es im-
portante, las pruebas de distracción que indican una res-
puesta del infante a un sonido, son utilizadas durante los

primeros estadios de la vida. Los niños con pérdida auditiva extrema pueden omitir sonidos como /f/, /d/, /sh/, y - /s/ en su dicción.

El tratamiento de un niño sordo exige comunicarle los - procedimientos a través de una demostración visual el tacto, el gusto y el olfato.

Si el niño es capaz de realizar lectura labial, se le deben dar explicaciones en forma simple y con una velocidad razonable.

REPERCUSIONES ODONTOLOGICAS.

La sordera total no es común, pero un odontólogo probablemente debe tratar a niños con perturbaciones en la audición que tienen grados variables de sordera.

Casi inevitablemente, el habla está afectada. Si un impedimento es lo suficientemente grave como para que el - odontólogo y el niño no pueda comunicarse verbalmente, es te debe usar la vista, el gusto y el tacto, para comunicar se y permitir que el niño aprenda sobre las experiencias - odontológicas.

Muchas veces, 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 auditivas más graves ya tienen trastornos Psicológicos y sociales que hacen el manejo de la conducta - frente al odontólogo más complejo.

Algunos niños requieren una extensa educación especial," pero su capacidad para leer palabras impresas o los labios

del interlocutor los faculta para recibir información que los haga pacientes dóciles.

Los tratamientos odontológicos deben avanzar lentamente mostrando que se hará en cada etapa. La paciencia con el niño sordo y la creación de una estrecha amistad conducirá seguramente a cómodas sesiones odontológicas. El niño sordo inteligente puede aprender mucho de observar el tratamiento y la visita odontológica de otro niño.

El operador debe recordar que sus labios deben ser visibles para el paciente. No hay hallazgos dentales anormales asociados con la sordera.

La prematuridad y la rubeola, dos condiciones que se encuentran con frecuencia, relacionada con sordera, están asociadas con mayores hipoplasias del esmalte.

El broxismo se encuentra con bastante frecuencia en la población sorda, especialmente en individuos con otras incapacidades.

El paciente con impedimento grave del oído depende mucho de la visión para relacionarse con el ambiente. Los rostros sonrientes y nada dudosos del personal odontológico pueden ser tranquilizadores, para estos pacientes. Los padres apoyadores y el ejemplo de compañeros cooperadores pueden reasegurar al paciente sordo en el consultorio.

Los niños sordos aprensivos no deben ver jeringas e instrumentos quirúrgicos brillando delante de ellos. La preparación debe hacerse frente a ellos tanto como sea práctico

El entrenamiento de higiene bucal requerirá una demos--

tración y ejemplo mayor que el habitual, adiestrando también a la persona que esta a cargo del cuidado del paciente. Si el paciente está usando un audifono, son necesarias algunas consideraciones adicionales. Los audifonos amplifican todo sonido, no solamente lo que se habla. Los instrumentos que caen en las bandejas o charolas pueden ser molestamente ruidosos.

Gritarle a un paciente con un audifono es también ofensivo. Si el audifono está correctamente ajustado, lo unico recomendable son tonos de conversación normal. El sonido de una turbina puede producir una respuesta adversa en el paciente.

Puede ser ventajoso bajar el volumen a los audifonos durante parte de las sesiones de tratamiento.

Se debe considerar lo siguiente cuando se trata un paciente con problemas auditivos:

1.- Preparar al paciente y al padre antes de la primera cita, por medio de un escrito de "bienvenida" y explicar todo su tratamiento paso por paso.

2.- En la primera cita, determinar por medio del padre, como el paciente desea comunicarse, esto ayudará al disminuir sus temores.

3.- Se hará una historia médica completa, hay que comprobar la capacidad del habla y lenguaje y el grado de impedimento.

4.- Hay que enfrentar al paciente y hablarle directamente a un ritmo natural sin gritar.

5.- Asegurarse de que el paciente entienda que es el -- equipo dental, que le va a suceder y como se sentira.

6.- Reasegurar al paciente con el contacto físico; sosteniendo su mano inicialmente, o apoyar una mano reaseguradora sobre el hombro.

7.- Utilizar el enfoque decir- mostrar- hacer, permitir que el paciente vea los instrumentos y mostrarle como funcionan.

8.- Sonreír y gesticular en forma reaseguradora para - promover la confianza y reducir la ansiedad.

9.- Evitar el bloqueo de campo visual del paciente.

10.- Adaptar el audífono (si el paciente lo tiene). Muchas veces, el paciente preferirá desconectarlo.

CAPITULO CUARTO

PARALISIS CEREBRAL.

Se le puede definir como un grupo de trastornos invalidantes no progresivos, que son causados por un daño cerebral, cuando el sistema nervioso central no a alcanzado to davía su etapa de madurez. Es uno de los problemas invalidantes principales de la niñez.

La incidencia es de 1.5 a 3 casos por 1000 individuos.

El paciente con parálisis cerebral se caracteriza por debilidad muscular, parálisis o rígidez, manera irregular de andar y movimientos incoordinados o involuntarios.

ETIOLOGIA

Ha sido bien establecido que cualquier factor que contribuya a una menor oxigenación del cerebro en desarrollo puede ser responsable de daño cerebral. Las causas pueden ser prenatales, perinatales y posnatales.

CAUSAS PRENATALES.

Son infecciones (rubéola), prematuréz y trastornos del desarrollo.

CAUSAS PERINATALES.

La más común es la anoxia cerebral, complicaciones del desarrollo.

CAUSAS PERINATALES.

La más común es la anoxia cerebral, complicaciones del

parto, toxemia del embarazo, la incompatibilidad de RH y - las malformaciones congénitas del cerebro.

CAUSAS POSNATALES.

Tumores, traumatismos, meningitis y encefalitis, Kernic^{terus}, envenenamiento con ciertas drogas y metales pesados.

La localización de la lesión cerebral determina el tipo de disfunción neuromuscular por medio de la cual se manifiesta el trastorno.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

La parálisis cerebral es clasificada comunmente de acuerdo al daño motor. La distribución anatómica de los cuerdos afectados del cuerpo también se utiliza para clasificar la parálisis cerebral.

ESPASTICIDAD.

Esta incapacidad corresponde a más de la mitad de los pacientes con parálisis cerebral aproximadamente el 70%. Hay hiperexcitabilidad refleja, postura anormal de los miembros, limitación de la extensión de los antebrazos, dificultades para la deglución, y babeo excesivo.

La espasticidad se suele asociar con prematuridad y anoxia.

ATETOSIS

Constituye aproximadamente el 45% de los casos. La atetosis constituye el segundo tipo más común de parálisis cerebral. Hay actividad muscular incontrolable e involuntaria distorsiones de los músculos faciales y generalmente -

presencia de babeo. Es frecuentemente resultado de Kernicterus, en el que hay un daño a los núcleos basales del cerebro.

La espasticidad junto con la atetosis constituye aproximadamente el 75% de los casos de parálisis cerebral.

RIGIDEZ.

Esta incapacidad es menos común. Hay contracción de la mayoría de los músculos, disminución del movimiento. La rigidez es causada por la actividad de los músculos antagonistas de las que se contraen al intentar un movimiento voluntario.

ATAXIA.

Es también menos común. Es una perturbación del equilibrio postural y la coordinación de la actividad muscular. Tiene dificultad para asir objetos.

TREMOR.

Es poco frecuente. Afecta todo el cuerpo con movimientos rítmicos constantes.

ATONIA.

Es poco frecuente. Disminución del tono muscular, con músculos flácidos débiles.

MIXTOS.

Se encuentra en aproximadamente el 10% de los casos.

Es una combinación de características de más de un tipo de parálisis cerebral. Por ejemplo un niño puede presentar

cuadriplegia espástica - atetoide mixta.

En algunas ocasiones la parálisis cerebral viene acompañada de retraso mental y epilepsia.

También se puede describir la parálisis cerebral y clasificarla de acuerdo con la parte afectada. Se emplean 4 términos:

- 1.- Monoplejía: Donde está involucrado un sólo miembro.
- 2.- Hemiplejía: Está involucrada la mitad del cuerpo.
- 3.- Paraplejía: Están involucradas ambas piernas.
- 4.- Cuadriplejía: Hay implicación de los 4 miembros.

CARIES DENTAL.

Es solo ligeramente más elevada que en los controles -- normales. Este aumento puede atribuirse a su incapacidad.- También se encuentra una incidencia elevada de hipoplasia del esmalte en la dentición primaria.

ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Se presenta con gran frecuencia en estos pacientes. La mayoría presenta gingivitis, siendo más frecuente en niños mayores que en los más pequeños.

A menudo el paciente no está capacitado físicamente para cepillarse o usar hilo dental en forma adecuada.

Los pacientes que toman dilantín para el control de la actividad convulsiva presentan frecuentemente una gingivitis hiperplásica. El tratamiento se basa en métodos normales.

MALOCCLUSION.

Los pacientes con parálisis cerebral presentan una mayor incidencia de maloclusión que la población general. Hay una marcada protrusión de los dientes anteriores superiores, sobremordida, mordidas abiertas y mordida cruzada-unilateral.

BRUXISMO.

Puede ser severo en algunos pacientes. Es común en pacientes con parálisis cerebral atetoide.

TRAUMATISMOS.

Estos pacientes son más susceptibles a los traumatismos, sobre todo los dientes anteriores superiores. Existe la frecuente labioversión de esos dientes.

TRATAMIENTO DENTAL.

El tratamiento para los niños con parálisis cerebral es muy importante y no debe pasar desapercibido. La atención-odontológica debe empezar a una edad temprana.

La ausencia de dientes implica una deficiencia nutricional, problemas fonéticos, además muchos de estos pacientes no pueden usar dentaduras ni ningún tipo de prótesis para evitar un accidente.

Los trabajos dentales en niños impedidos pueden lograrse solo con un buen trabajo de equipo coordinado entre el odontólogo y sus ayudantes.

El odontólogo deberá hacer su evaluación personal durante la primera visita del niño al consultorio. Esta visita

también deberá emplearse para planear el tratamiento y dar oportunidad al paciente de familiarizarse con el medio y con las personas que participan en su cuidado dental.

Deberá acomodarse lo mejor posible a los niños impedidos a la silla dental.

La anestesia local se puede administrar de manera segura, no existen contraindicaciones.

Si hay alguna duda con la enfermedad del niño hay que consultar a su médico.

Todavía no hay tratamiento odontológico completo para este tipo de pacientes, pero el odontólogo puede hacer algo por él, para ayudarlo.

ORTODONCIA.

El tratamiento debe ser sencillo. Debe realizarse dentro de los límites de tolerancia del paciente.

PREVENCION.

La higiene bucal debe recibir la máxima atención y para muchos de los pacientes merece recomendarse el cepillo eléctrico. También debe recomendarse las tabletas fluoradas tomándose fácilmente la dosis indicada.

NIELSEN, A. CARIES EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL:
RELACION CON EL DIAGNOSTICO E INSUFICIENCIA
MENTAL Y MOTOR.

PROPOSITO DEL ESTUDIO.

1) Estudiar la ocurrencia de caries en niñas danesas -- con parálisis cerebral, con una edad de 14 y 15 años, y -- que están incluidos en el sistema público de cuidado de la salud dental infantil.

2) Determinar si la ocurrencia de caries en niños CP - (con parálisis cerebral) está relacionada con el diagnóstico específico de parálisis cerebral (diagnóstico CP), el mental y/o motor.

3) Sugerir planes mejorados para el cuidado dental de - estos niños.

POBLACION

Se incluyeron los niños con C.P. provenientes de la mitad del este de Dinamarca. De estos 105, 54 (51%) de ellos habian nacido en 1968 y 51 (49%) en 1969.

Habia sesenta y un varones (58%) y cuarenta y cuatro niñas (42%). El rango de edad fue de 14 años 9 meses, a 15 años 11 meses.

METODO

Todos los niños fueron examinados por el autor. Se hicieron los siguientes registros en todos los niños.

*Diagnóstico CP. Estos fueron tomados del registro cp,

que también especifica si el establecimiento de la parálisis cerebral fue postnatal y si el niño sufre de epilepsia

*Insuficiencia motora: Los pacientes fueron clasificados en tres grupos, de acuerdo con el sistema de Kristensen:

- *pacientes que no necesitan ayuda (medios)
- *pacientes que necesitan un poco de ayuda (moderados)
- *pacientes que son totalmente dependientes (severos).

*Insuficiencia mental: Los niños fueron clasificados en tres grupos sin insuficiencia mental, ligeramente retardados, y severamente retardados.

LENGUAJE: Los pacientes fueron clasificados en cuatro grupos: lenguaje normal, lenguaje poco claro, pocas palabras o enunciados cortos, y ausencia de lenguaje.

CARIES: El registro incluía dientes presentes, caries primaria y secundaria, reparaciones, dientes extraídos por caries y dientes extraídos debido a tratamiento por ortodoncia. También se registró la frecuencia de placa, gingivitis, oclusión y función oral.

*PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANALISIS ESTADISTICO.

Los niños fueron clasificados en tres grupos, de acuerdo con el tipo de caries.

- 1) Sin caries
- 2) Solo caries fisural
- 3) caries proximal y de la superficie blanda.

RESULTADOS.

El estudio demostró que los niños de 14 y 15 años, con parálisis cerebral, como grupo tuvieron una clasificación-DMFS menor que los niños normales. Este resultado está de acuerdo con los descubrimientos en grupos de menor edad. - La diferencia en la calificación DMFS puede estar explicada por el hecho que hubo más niños sin caries en el grupo CP que en el grupo control.

Esto puede ser resultado de la aparición retardada de los dientes permanentes en niños CP.

Asimismo el presente estudio demostró que la frecuencia más baja de caries ocurrió en los niños con CP. con daño - motor y mental más severo.

CONCLUSIONES.

Las calificaciones DMFS son significativamente más bajas en niños CP que en niños normales, principalmente por que los CP no padecen caries.

El déficit mental y especialmente el déficit motor son de importancia para la tasa de caries en los niños CP, - no padecen caries.

El déficit mental y especialmente el déficit motor son de importancia para la tasa de caries en los niños CP, - mientras más severo es el daño mental y motor, más baja es la calificación DMFS.

El diagnóstico específico no parece tener influencia de definitiva en esta calificación.

Los niños con un daño motor medio, sin déficit mental -

tienen la misma tasa carial que los niños normales.

La necesidad de tratamiento por caries es generalmente más bajo en niños CP que en niños normales, y especialmente más bajo en niños CP con daño motor y mental severo, - que es precisamente el grupo CP al que es más difícil tratar por caries.

ARTICULO: PARALISIS CEREBRAL: SUS EFECTOS SOBRE LA ERUPCION
DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE Y LAS CONDICIONES DE
SALUD-ENFERMEDAD.

El objetivo del presente trabajo es determinar la relación existente entre el proceso y cronología de erupción dentaria y la parálisis cerebral, específicamente determinar el tiempo de erupción del primer molar permanente, así como - también establecer la relación que pudiese existir entre - la erupción y parálisis cerebral; la situación de salud-enfermedad bucal (caries dental) de los niños que la padecen y un análisis del índice de higiene oral de estos pacientes para determinar el grado de severidad de la enfermedad y poder así brindar atención en iguales condiciones que a la población.

MATERIALES Y METODOS.

Para el estudio del proceso salud-enfermedad bucal en - niños con parálisis cerebral, se seleccionó una muestra de 170 niños en edades comprendidas entre los 4 y 12 años, - provenientes de los Servicios Neurología y Odontología del Hogar Clínica San Rafael de Maracaibo, de los cuales 85 - diagnosticados con parálisis cerebral, el Grupo Control. Se estudiaron las variables: Variable Independiente (parálisis cerebral), Variable Dependiente (perfil de salud-enfermedad) y Variable de Control (edad y sexo). Se utilizaron los índices C.P.O.D. de Klein y Palmer para caries dental; índice I.H.O.S. de Green y Vermillon para higiene -

Oral y para el estudio de la erupción dentaria del primer-molar permanente se utilizaron los siguientes criterios :
 0= No erupcionado; 1= 1/3 de la corona; más de 1/3 de la corona.

RESULTADOS.

El índice C.P.O.D. (Índice de caries dental) fue mayor en el grupo Experimental. 1,76 que en el Grupo Control: 1,50; La categoría de obturados es significativamente mayor en el grupo Control: 54,6 por ciento en relación al Grupo Experimental: 3,33 por ciento; en las edades de 4 a 6 años y de 7 a 9 años del Grupo Experimental no se encontraron Obturados.

En la categoría de Extraídos en el Grupo Experimental no se encontraron datos y en el control sólo en las edades de 7 a 9 años con un porcentaje de 2,59 por ciento, representando un total de 1,6 por ciento; en cuanto a la categoría de Extracciones indicadas fue mayor en el Grupo Experimental; 10,0 por ciento en relación al control; 3,12 por ciento, pero sólo se registró en el Experimental en la edad de 10 a 12 años: 12,5 por ciento.

Con relación al sexo, el Índice C.P.O.D. fue siempre mayor en el Grupo Experimental tanto femenino 2,65, como el masculino 1,90.

En cuanto al C.e.o., el índice fue mayor en el Grupo Control, 3,88 contra 1,91 del Grupo Experimental, porcentualmente el índice en la categoría de Cariados fue siempre mayor en el Grupo Experimental en todas las edades,

alcanzando un total de 79,2 por ciento y de 52,4 por ciento en el Grupo Control; los Obturados encambio fueron mayores en el Grupo Control: 34,3 por ciento contra 8,9 por -- ciento del Grupo Experimental en las edades de 7 a 9 años 26,6 por ciento contra 13,8 por ciento del Control en las edades de 10 a 12 años : 35,8 por ciento contra 22,8 por -- ciento del Experimental.

Con relación a las Extracciones Indicadas el total de -- ambos sexos fue mayor en el Grupo Experimental: 15,9 por -- ciento que en el Control: 13,3 por ciento, pero hubo diferencias entre uno y otro sexo.

En cuanto al Indice I.H.O.S. (Higiene oral simplificada), se agruparon en las edades de 6-7, 8-9 y 10-12, siendo los promedios mayores en el Grupo Experimental en todas las -- edades con relación al Control, así como el total, Grupo -- Experimental: 3,25 y Control: 1,96.

Se concluye que la edad promedio de aparición (erupción de los primeros molares superiores e inferiores es menor -- en el Grupo Control que en el Grupo Experimental.

CONCLUSIONES:

- 1.- Los niños con parálisis cerebral presentan mayor -- frecuencia de caries por deficiencia en el hábito de higiene oral y dieta blanda rica en carbohidratos.
- 2.- Las extracciones indicadas son mayores en los niños con parálisis cerebral, porque es lo requerido como último recurso.
- 3.- Los niños con parálisis cerebral deben recibir aten-

ción odontológica integral en iguales condiciones - que un niño normal: educación de los padres y al niño dependiendo de su aptitud, profilaxis, control - de la placa bacteriana, uso del cepillo correctamente, visita rutinaria al odontólogo, dieta balanceada y apropiada.

- 4.- La edad promedio de erupción de los primeros molares superiores e inferiores en los niños con parálisis cerebral es mayor que en los niños normales.
- 5.- Existe poca información sobre aspectos odontológicos preventivos y curativos en la parálisis cerebral, que incide en la poca atención que se les brinda por parte de los padres y profesionales involucrados en su tratamiento.
- 6.- En los actuales momentos, no existe en el país una institución que brinde a estos niños atención odontológica integral.

CAPITULO QUINTO

SINDROME DE DOWN

El síndrome de Down o mongolismo es una de las alteraciones que se asocian con el retardo mental. La primera descripción adecuada la hizo longdon Down en 1866. A partir de este trabajo histórico, se originó el término "mongólico". Después también se le dio el nombre de síndrome de Down o trisomía 21.

Se diagnóstica al nacer. Es el síndrome mejor conocido.

El síndrome se debe a una anomalía cromosómica, en la trisomía 21, es decir, la existencia de un cromosoma super numerario en el par 21. En consecuencia, el niño posee 47 cromosomas en vez de 46, como sería la normal.

La incidencia es de aproximadamente 1 en 600 o 700 nacimientos.

ETIOLOGIA

Los factores ligados con este síndrome es en las mujeres de mayor edad que rebasan los 35 años, pero cuando la madre es joven puede haber una traslocación heredada de uno del par de cromosomas 21.

También en madres expuestas a la irradiación del abdomen con fines diagnósticos.

Los mongólicos sufren una mortalidad elevada a edades tempranas que incluyen:

La enfermedad cardíaca y problemas respiratorios; la ma

yor incidencia de anormalidades de los glóbulos blancos, y de infecciones agudas y crónicas del tracto respiratorio superior.

La incidencia de la enfermedad cardíaca asociada al síndrome de Down es aproximadamente del 40%. La incidencia de leucemia es superior a la de la población en general.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Son de estatura pequeña, las extremidades cortas, manos y pliegues simianos, con grietas palmares transversales, - la llamada línea mongolica, cuello corto y ancho, puente nasal plano y ancho, fisuras palpebrales oblicuas, pliegue epicántico prominente, lengua fisurada.

Presenta a menudo un maxilar superior pequeño, un relativo prognatismo, la lengua se ve grande pero es de tamaño normal.

Problemas oculares como el estrabismo en más de la mitad de los pacientes. En el ángulo interno del ojo existe un pliegue cutáneo o epicanto, que da al niño un caracterfacial parecido al de la raza mongolica, de ahí viene el nombre de mongolismo.

ESTADO BUCAL.

Puede haber dientes congénitamente ausentes. Hay retardo de la erupción.

Aproximadamente la mitad de los niños no tienen caries, esto se debe a su retardo de erupción.

El estado periodontal puede ser severo. Hay pérdida del

hueso alveolar con aumento de la movilidad dentaria y exfoliación de los dientes, especialmente en la parte anterior del maxilar inferior. Las raíces de los incisivos son cortas.

La oclusión suele caracterizarse por una mordida cruzada anterior y posterior debido al escaso desarrollo del maxilar superior.

TRATAMIENTO DENTAL.

El grado de cooperación depende mucho del nivel de inteligencia. El niño con menos problemas puede ser atendido en el sillón dental en forma normal. La mayoría son afectados y cooperadores y no presentan al odontólogo problemas mas para la atención dental. No hay contraindicación para la anestesia local. 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.

Los niños con enfermedad cardíaca necesitan un tratamiento especial. En esos casos, las extracciones y los raspajes profundos deben hacerse bajo cobertura antibiótica, los tratamientos de endodoncia están contraindicados.

El tratamiento gingival debe ser de tipo sencillo. Se puede desarrollar una leucemia.

Tanto los aparatos ortodóncicos como protésicos por lo general están contraindicados, por varias razones: El estado gingival en el que se encuentra la lengua relativamente grande, y el tono muscular pobre hacen difícil la reten---

ción, y la cooperación suele ser por completo inadecuada.-
Las raíces cortas también es una desventaja para el movimiento de ortodoncia.

CAPITULO SEXTO.

FIEBRE REUMATICA.

La fiebre reumática es una enfermedad inflamatoria seria que ocurre como secuela demorada de una infección faríngea con un grupo de estreptococos A., parcialmente prevenible que afecta específicamente a las clases socioeconómicamente bajas más que a las clases media y alta. Es una causa comúnmente diagnosticada de enfermedad cardiaca adquirida en pacientes menores de 40 años de edad.

Su etiología es probablemente inmune o autoinmune afectando al corazón, articulaciones, piel, SNC, tejido subcutáneo, cerebro, etc., con una sintomatología y singología relacionadas al órgano afectado y a la magnitud del ataque.

La enfermedad tiende a recurrir y las recaídas están relacionadas siempre con una nueva infección estreptocócica.

Aunque la fiebre reumática puede ocurrir a cualquier edad, es rara en la infancia, por lo que las edades tanto de ataque inicial como de las recurrencias son entre los 5 y los 15 años ya que en ese periodo son más frecuentes las infecciones por aquel organismo.

Prevalece más en zonas templadas y alturas elevadas y es más común y grave en niños que viven en condiciones inferiores.

ETIOLOGIA.

La fiebre reumática está íntimamente ligada a una infe

ción estreptocócica precedente que en general se presenta tres semanas antes de que aparezcan las manifestaciones - clínicas de la enfermedad.

Pruebas bacteriológicas, serológicas, epideológicas y de profilaxis han ligado al estreptococo beta - hemolítico del grupo A, con la aparición posterior de fiebre reumática, en general todos aquellos factores que contribuyan a una mayor diseminación de la infección estreptocócica son factores predisponentes de la enfermedad reumática.

La patogenia de la fiebre reumática aún se desconoce.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

Cuadro clínico inespecífico.

Estas manifestaciones menores pueden ser;

-Fiebre.- Casi siempre está presente al comienzo de la enfermedad.

-Anemia.- Esta anemia es moderada.

-Artralgia.- Es el dolor en una o varias articulaciones sin signos de inflamación, ni dolor a la palpación o limitación de la movilidad.

-Dolor abdominal.- Puede presentarse durante la manifestaciones clínicas de la enfermedad.

-Otras.- La anorexia, la fatiga y la pérdida de peso - han sido consideradas por muchos como datos menores de fiebre reumática.

CUADRO CLINICO ESPECIFICO.

_poliartritis.- Su presentación inicial es como monoar-

tritis su evolución posterior hacia poliartritis.

Cuando un paciente presenta una sola articulación afectada como rodilla, tobillo, etc., el diagnóstico de fiebre reumática sólo puede hacerse observando al paciente sin - tratamiento antiinflamatorio.

La articulación afectada puede volverse dolorosa antes de enrojecer; en las grandes articulaciones como rodillas, tobillos, estas son las mas afectadas, le siguen los codos muñecas.

En general el dolor de la artritis, en la fiebre reumática es intenso y provoca rápida incapacidad funcional.

-Carditis.- Cuando se presenta esta manifestación puede hacerlo en varias modalidades:

a) Carditis con pliartritis o artralgiias, una carditis puede tener síntomas que son el reflejo de la afectación - del endocardio, miocardio y pericardio.

b) En algunos casos la carditis puede presentarse como manifestaciones articulares o bien tan solo con artralgiias

c) La carditis puede acompañar a la corea o aparecer - despues de varios años de ocurrida esta manifestación.

-Corea.- Es más frecuente en niñas, los movimientos coreicos involuntarios son contracciones espasmódicas, no repetitivas, afectan cualquier musculo voluntario.

La corea pura, es decir, sin poliartritis ni carditis, - tiene un curso variable, como por ejemplo:

Movimientos ondulantes.- Son incontrolables, desaparecen durante el sueño y son más manifiestos en miembros -

superiores, aunque puede presentarse de un solo lado (hemicoorea).

La fuerza muscular.- Se encuentra disminuida en mayor o menor grado según la gravedad de la corea.

Labilidad emocional.- El paciente llora con facilidad y se manifiesta inestable emocionalmente mientras dura la corea que en general es de 3 meses, aunque un mismo ataque puede durar 6 y hasta 12 meses.

La escritura.- Está afectada en razón a los movimientos que presenta el paciente.

El lenguaje.- Es poco claro, arrastra las palabras y tiene dificultad para hablar con fluidez.

La corea es una manifestación que la mayoría de las veces es debida a una infección estreptocócica previa, pero que a diferencia de otras manifestaciones reumáticas tiene un periodo de latencia mayor (3 meses). Es muy importante mencionar que no deja secuelas neurológicas y que las alteraciones emocionales que se presentan son parte de la enfermedad y no su causa, aunque debemos admitir que en ocasiones los traumas emocionales pueden exacerbar las manifestaciones ya presentes.

-Nódulos subcutáneos.- Cuando existen nódulos éstos se presentan en las salientes articulaciones como codos, rodillas, piel cabelluda y a lo largo de la columna vertebral; a veces se presentan en racimos.

Son duros, indoloros, incoloros, se desarrollan cerca de los tendones de las articulaciones.

Su histología no es específica ni diagnóstica.

-Eritema marginado.- Esta manifestación es rara, aparece en el 5% de los pacientes.

Sus características incluyen una erupción no pruriginosa, un eritema serpenteado con bordes bien definidos y centro pálido, plana o ligeramente elevada.

El eritema puede aparecer o desaparecer en el curso de varios días. Se presenta sobre todo en el tronco y casi siempre va asociado a otras manifestaciones de la enfermedad.

MANEJO TERAPEUTICO.

Se divide en 4 partes:

- a) Manejo de la infección estreptocócica,
- b) Manejo de las manifestaciones reumáticas,
- c) Reposo y
- d) Manejo del medio ambiente familiar y escolar.

a) Manejo de la infección estreptocócica.-Ha llegado a ser costumbre el administrar una dosis terapéutica de penicilina a aquellos pacientes en que se hace el diagnóstico de fiebre reumática.

Inmediatamente después del curso de erradicación con penicilina se debe comenzar la profilaxis secundaria para -- prevenir nuevas faringitis estreptocócicas y por lo tanto nuevos ataques de fiebre reumática.

Es necesario marcar que las anteriores guías no constituyen ninguna regla, y que lo lógico sería continuar la -

profilaxis hasta que no se le pueda prometer al paciente - que no tendrá ningún riesgo de contraer una nueva infección estreptocócica al discontinuar la penicilina, y como ésto es imposible de asegurar, el tratamiento profiláctico debiera ser de por vida.

b) Manejo de las manifestaciones reumáticas.- Para obtener un tratamiento ideal debería de ser con salicilatos, - con esto se trata de obtener un nivel sanguíneo entre 20 y 25 mg. que se considera terapéutico y siempre se consigue si se utilizan las dosis señaladas.

c) Reposo.- La duración del reposo varía de acuerdo a diversos factores como la gravedad de las manifestaciones los prejuicios personales y la experiencia previa del médico tratante.

d) Manejo del ambiente familiar y escolar.- Los médicos en cierta frecuencia se preguntan cuanta actividad física debe permitirse a un paciente que se ha recuperado de un ataque de fiebre reumática.

Los niños que tienen carditis dudosa o sin prueba de ella, no deben sufrir restricción alguna.

Es importante recordarle al médico y a los familiares - que siempre que se realicen instrumentaciones quirúrgicas en el niño reumático, deberá adoptarse un régimen profiláctico especial para la prevención de la enfocarditis bacteriana subaguda.

PRONOSTICO.

Todo aquel paciente que tiene problemas de amigdalitis-

repetitivo es candidato a fiebre reumática. No todos, solo un grupo de estos, donde hay un trastorno inmunológico (antecedentes heredofamiliares predisposición).

La poliartritis no deja secuelas y la corea tampoco deja alteraciones neurológicas.

Obvio resulta, el destacar la importancia que en cuanto a secuelas reviste el número de ataques de carditis en un paciente, dado que a mayor número de ellos, más probabilidades habrá de que queden secuelas y que a ellas siga la muerte o la inválidez permanente.

TRATAMIENTO ODONTOLOGICO.

Todo paciente con antecedentes de fiebre reumática, -- cuando se van a atender dentalmente, hay que premedicarlos casi siempre cuando se van a realizar extracciones, endodencias, etc; ya que aquí estamos en riesgo de infección, por eso hay que premedicarlos por lo menos 3 días antes del tratamiento o acto quirúrgico, no solo dentalmente si no en general. Estos pacientes son controlados energicamente por su médico.

CAPITULO SEPTIMO

DIABETES JUVENIL.

Esta enfermedad se caracteriza por un defecto en el metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas con una mala utilización de la glucosa. La causa de la diabetes se encuentra en la disfunción de los islotes pancreáticos, con disminución más o menos marcada de la producción de insulina.

La incidencia de diabéticos es de 1% y los no diagnosticados es de un 2%.

El comienzo de la enfermedad puede ser a cualquier edad, y por varios factores como una infección aguda, stress emocional, obesidad o pubertad. También en bebés grandes que nacieron pesando de 4 kilos y medio o más, puede ser pre-diabéticos.

La diabetes juvenil ocurre en pacientes delgados y es común en niños y adolescentes. Se caracteriza por una falta absoluta de insulina, por lo que hace necesario administrar ésta para regular el nivel de glucosa en sangre.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

La aparición de la diabetes en los niños puede ser repentina con los síntomas de poliuria, sed, picazón, polifagia, debilidad y pérdida de peso. La excreción de cantidades excesivas de orina durante el día y la noche lleva a un aumento de la sed y de la sequedad de piel. La diabetes

juvenil si no se trata, se caracteriza por cetosis, acidosis e hiperglucemia.

Las complicaciones vasculares que se asocian comúnmente con la diabetes incluyen la arterioesclerosis coronaria y la retinopatía. El deterioro del flujo vascular disminuye la cicatrización de las heridas y aumenta la incidencia y la gravedad de las infecciones. Es frecuente el infarto al miocardio.

El paciente diabético tiene el riesgo de sufrir crisis hipoglucémicas por sobredosificación de insulina o como consecuencia de esfuerzos excesivos. Estas crisis se caracterizan por irritabilidad, trastornos de la conducta, temblor, hambre y aumento de la sudoración síntomas que desaparecen con la administración de azúcar.

En el niño diabético, el objetivo del tratamiento es lograr y mantener la salud normal controlando el nivel de azúcar por medio de la dieta y la insulina. En todos los casos diagnosticados en este grupo de jóvenes, la insulina es necesaria.

Después del diagnóstico, se determina el requerimiento de insulina del paciente.

La dosis diaria de insulina totalizará entre 10 y 100 unidades por inyección subcutánea. Se dispone ahora de muchos tipos de insulina, algunos de acción prolongada y que requieren una sola dosis por la mañana diariamente, mientras otros actúan más rápidamente y son de duración más breve.

El horario de comidas en relación con la inyección de insulina es en realidad muy importante, y la mayoría de los casos de colapso hipoglucémico o de shock insulínico se deben a errores de estos.

Puede haber una demora en su comida, también puede producirse por ejercicio excesivo o indebido que aumenta en forma repentina la demanda de hidratos de carbono. La causa más importante sin embargo, es la ingestión deficiente de alimento después de la inyección.

la supervisión y cuidado de un niño diabético incluye su educación y la de su familia, y la ayuda en las adaptaciones necesarias en su forma de vida.

Algunos niños administran su propia insulina desde los 9 a 10 años de edad.

ESTADO BUCAL.

Se debe de tratar como a un paciente normal, la probabilidad de que le de una crisis por hipoglucemia en el consultorio es muy baja. El odontólogo debe saber cómo tratar un caso así y tomar precauciones.

Las citas deben de hacerse en horarios que no interfieran con la aplicación de insulina y de su comida, por lo regular en las mañanas.

Cuando sucede el shock insulínico, los signos y síntomas son temblor, debilidad, pálidez y sudoración, acompañados por una sensación de calor o frío. Si no se trata, puede llevar a convulsiones y coma. Hay que dar de inmediato dos cucharaditas de azúcar en agua.

La anestesia puede usarse normalmente.

Los dientes infectados que no pueden ser restaurados - fácilmente suprimiendo la infección y los dientes no vitales que no pueden ser controlados es mejor extraerlos.

Hay que poner especial atención al estado gingival. Quizas sea necesario efectuar raspajes con frecuencia. La bolsas deben eliminarse por medios apropiados.

Una buena técnica de cepillado ayudará a posponer la enfermedad periodontal.

CAPITULO OCTAVO

EPILEPSIA.

No es una enfermedad en sí misma sino un síntoma de un trastorno cerebral subyacente, caracterizado por ataques - de inconsciencia o conciencia parcial y, a menudo, espasmos musculares.

Aunque se puede diagnosticar clínicamente la epilepsia por la observación del ataque o por una historia de ataques, se usa el electroencefalograma para complementar el diagnóstico y para determinar además cuánto del cerebro y qué parte está involucrada en la energía anormal liberada por las neuronas cerebrales.

La incidencia es del 0.5 al 1% de la población y aproximadamente el 5% tiene subnormalidad mental.

Los ataques son más comunes en niños que tienen adultos pero están incluidos aquellos niños que tienen convulsiones con un aumento repentino en la temperatura vinculada - con un estado febril, muy común entre las edades de 6 meses y 3 años.

El ataque se debe a una descarga repentina en la materia gris como un shock eléctrico. Es de grados variables - dependiendo de donde y cuándo está afectado el cerebro en la descarga.

ETIOLOGIA

La epilepsia puede originarse en anomalías cerebra-

les, probablemente relacionadas con traumatismos del nacimiento, o puede ser de naturaleza idioática.

Si la causa de las convulsiones resulta ser una anomalía cerebral demostrable, se dice que el paciente tiene una epilepsia orgánica o sintomática. Si no encuentra la causa, se dice que el paciente tiene una epilepsia idiopática.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

El odontólogo debe estar familiarizado con los dos tipos más comunes de manifestaciones epilépticas.

Los ataques de gran mal se caracterizan por convulsiones generalizadas con fases tónicas y clónicas de espasmos musculares. Al comienzo hay un espasmo tónico súbito en todo el cuerpo con pérdida de la conciencia.

Hay palidez facial, pupilas dilatadas, con los globos oculares habitualmente girados hacia arriba y la cabeza tirada hacia atrás.

El cuerpo esta endurecido y rígido. La lengua puede ser mordida cuando se contraen los músculos maxilares. La palidez de cara cambia rápidamente a cianosis y en medio minuto del comienzo sigue la fase clónica. Esta fase dura alrededor de 30 segundos, después el paciente despierta con dolor de cabeza y con confusión mental.

Los del pequeño mal se caracterizan por una pérdida momentánea o transitoria de la conciencia.

Puede haber una breve rotación hacia arriba a los globos oculares, un movimiento de asentamiento con la cabeza,

a un ligero temblor del cuerpo. Los ataques de este tipo - generalmente duran menos de 30 segundos, después de los - cuales el individuo reasume su actividad normal. El tratamiento para la medicación de los ataques puede ser necesario en algunos casos de actividad extensa del pequeño mal.

TERAPIA CON DROGAS.

Las dos drogas principales para el control de los ataques de gran mal y de la epilepsia psicomotora son el fenobarbital en forma de tableta es la droga de elección para uso - prolongado en el paciente con gran mal.

La dilantina es la única droga que rivaliza con los barbitúricos en el control de ataques de gran mal. Normalmente no pueden sustituirse por otros.

El efecto colateral más común de la terapia prolongada con fenitoína es la presencia de una hiperplasia gingival - consiste en un crecimiento indoloro de las encías que presentan consistencia firme, color rosa pálido y aspecto elástico, sin tendencia a la hemorragia.

TRATAMIENTO DENTAL.

Los niños epilépticos pueden ser tratados de forma convencional. Las crisis de pequeño mal y las ausencias no interfieren prácticamente en el tratamiento aparte que la medicación suele impedir la aparición de ataques durante largos periodos.

Es importante preguntar a los padres cuanto tiempo ha - transcurrido desde el último ataque y que tipo de situa---

ción lo provoca. De esto se puede juzgar la probabilidad - que un episodio así ocurra en el consultorio. Por lo regular el niño esta bien controlado y es improbable que se - produzca un ataque durante el tratamiento, especialmente - si hay una buena relación entre el niño y el odontólogo.

Durante el tratamiento puede usarse una manta restrictora como el Pedi-Wrap de malla de nylon. Aparte de dar a - los niños una sensación de seguridad, ayudará a proteger-- les del daño corporal causado por golpes en el sillón dental si tienen un ataque.

Es bueno tener disponibles unos pocos abatelenguas de - madera, envueltos en gasa y bien pegados, o usar la espatula de yeso para evitar las mordeduras.

La anestesia local no esta contraindicada.

Antes de la hora de la cita debe de darse la dosis normal de la droga que está tomando y no omitirla.

Después de una convulsión en el consultorio dental ha-- brá que posponer el tratamiento salvo los ajustes menores necesarios para terminar la operación interrumpida.

La gingivitis hiperplásica es tratada quirúrgicamente.

También recientemente se descubrió otra cura para la - epilepsia cuando el medicamento no funciona, es "Cirugía - contra la epilepsia".

Según el neurocirujano Francisco Villarejo, fundador - de Epiprogram., de la unidad de epilepsia en la clinica la luz en Madrid España nos dice que hasta hace poco, dos de cada 10 epilepsias eran intratables porque no podían con--

trolarse con fármacos. Pero ahora la cirugía ha venido en auxilio de estos desahuciados de la pastilla, consiguiendo curaciones en un 90 % de casos.

En general, el requisito imprescindible para que una epilepsia resistente a la medicación sea operable es que tenga un foco único y que su extirpación no produzca un déficit neurológico.

Está técnica quirúrgica solo pueden hacerlo los neurólogos, neurofisiólogos y neurorradiólogos.

Localizar el foco y valorar los criterios de operabilidad requiere, entre otras cosas, realizar sofisticados electroencefalogramas intracraneales antes, durante y después de la operación.

Esto es una nueva esperanza para los enfermos.

CAPITULO NOVENO

A S M A .

El asma no es un proceso patológico, sino una alteración que acompaña y complica numerosas afecciones humanas. La prevalencia del asma en el niño es del 1 al 2%. Está es una reacción alérgica relativamente común en la que hay un espasmo de los bronquiolos que angostan el lumen y va acompañado de edema y secreción de moco.

La reacción asmática se caracteriza por ~~por~~ sobrevenir en accesos, separados por períodos de tiempo en que aparentemente, no existe dificultad respiratoria. Se suele distinguir una crisis asmática con paroxismo de duración corta, y el ataque asmático, ya más prolongado. Por último, se denomina estado asmático a un acceso en que la reacción se continúa, sin mejoría durante días, agravando la situación.

El asmático con frecuencia presiente el acceso. Una sensación subjetiva de angustia le invaden. A cualquier hora puede sobrevenir la reacción asmática, la dificultad para respirar. La inspiración se hace anhelante aunque no exista ningún obstáculo que se lo impida. La espiración es la que se encuentra alargada y se hace difícil, con sensación de que existe alguna resistencia que vencer. Esta disnea espiratoria se acompaña de ruidos, roncos y sobre todo sibilantes, no solo se oye el propio enfermo sino que se aprecian a gran distancia por su intensidad. Al mismo tiempo

po da tos. La espiración difícil hace que el tórax permanezca hinchado, lleno de aire, mientras que la disnea y la insuficiencia respiratoria provocan una coloración cianótica de la piel. La angostura los impulsa a correr de un lado a otro para buscar aire, abriendo las ventanas, o adoptando las más difíciles posturas en su afán de encontrar alivio. El ataque cede, generalmente, poco a poco sin dejar huella, a no ser el recuerdo de la angustia sufrida.

Cuando un niño asmático se siente amenazado o en una situación que no le agrada, puede utilizar su enfermedad como un mecanismo de defensa tratando de provocarse un ataque. Los padres tienden a sobre-protegerlos.

Algunos niños mejoran del asma alrededor de la pubertad.

En el 90% de los casos se han identificado alérgenos extrínsecos como causantes del asma infantil.

ETIOLOGIA.

La reacción asmática aparece en cualquier edad, sexo y circunstancia.

Los alérgenos importantes que producen esta condición son el polvo en el hogar, pólenes, alimentos y a veces, infecciones respiratorias no específicas, aunque en muchos casos no se han identificado alérgenos específicos.

El tratamiento tiene como objetivo primario la evitación de alérgenos identificados, o de materiales que se sabe son alérgenos comunes.

Las drogas del grupo epinefrina, antihistamínicos, aminofilia o corticosteroides. Estos últimos se usan solamen-

te en casos severos cuando otras medidas, han fallado para controlar paroxismos. Algunos pacientes toman uno de los - barbitúricos regularmente como tranquilizadores.

ESTADO BUCAL.

No hay rasgos dentarios específicos en esta condición , excepto la sospecha de un aumento de defectos adamantinos-del desarrollo.

Los niños asmáticos padecen gingivitis.

TRATAMIENTO DENTAL.

Cualquier diente infectado debe ser extraído o tratado, con pacientes que han tenido terapia con corticosteroides hay que tomar precauciones adecuadas en el caso de extracciones. La anestesia local no esta contraindicada.

El niño asmático no debe someterse a ningún tratamiento dental, en los períodos en que se presentan síntomas de infecciones respiratorias.

Los pacientes asmáticos pueden mostrarse aprensivos respecto al tratamiento dental.

Hay que estimular la atención odontológica regular para familiarizar al niño con los procedimientos, y las visitas deben ser breves y atraumáticas.

CAPITULO DECIMO

LEUCEMIA.

El término de leucemia se refiere a un grupo de enfermedades, cuya causa es desconocida, que tiene proliferación y maduración anormal de elementos sanguíneos particulares.

La leucemia es un proceso maligno de los tejidos hematopoyéticos en los que hay una proliferación diseminada de leucocitos anormales en la médula ósea. Esas células indiferenciadas, de aspecto inmaduro reemplazan a las células en la médula y se acumulan en otros tejidos y órganos del cuerpo.

Los leucocitos generalmente están presentes en un número exagerado en la circulación, aunque en ocasiones pueden encontrarse dentro de límites normales e inclusive disminuidos; sin embargo, durante una mayor parte del curso de la enfermedad; células inmaduras o anormales son las que predominan en la sangre periférica.

ETIOLOGIA

La etiología se desconoce, aunque parecería estar relacionada tanto con los factores genéticos como los ambientales.

CLASIFICACION.

CLASIFICACION.

La leucemia es clasificada de acuerdo a la morfología - de los globulos blancos anormales predominantes en la médula ósea.

Esos tipos son luego clasificados como agudos o crónicos, dependiendo del progreso de la evolución clínica y el grado de diferenciación, o maduración, de las células anormales predominantes.

Las leucemias de tipo agudo, caracterizada por comienzo repentino, evolución rápida y la presencia del tipo celular primitivo o apropiado en la sangre.

Esta clasificación aguda es la que termina a los pocos meses de iniciada la enfermedad.

La leucemia aguda se presenta en un 96 al 99% y constituye casi la mitad de todos los procesos malignos en la niñez, y por eso, aproximadamente el 80% son linfocíticas.

Es común entre los 2 y 5 años de edad siendo más frecuente en los hombres que en las mujeres.

Ciertos grupos de niños han demostrado un riesgo aumentado para la leucemia.

Los nacidos con ciertas anormalidades cromosómicas (por ejemplo, síndrome de Down, síndrome de Bloom), los mellizos idénticos de niños con leucemia y niños con insuficiencia inmunológica.

Las manifestaciones clínicas de la leucemia aguda son - extremadamente variables. Representan complicaciones de la enfermedad misma, como anemia, trombocitopenia y granulocit

topenia, o son el resultado de una infiltración celular celular leucémica de los tejidos y órganos. El comienzo de la enfermedad puede ser insidioso, caracterizado por una historia de irritabilidad acrecentada, letargo, fiebre persistente, dolor óseo vago y lastimaduras fáciles. Algunos de los hallazgos más comunes en el examen físico inicial son: palidez, fiebre,, taquicardia, adenopatía , hepatoesplenomegalia, petequias, lastimaduras cutáneas, hemorragia gingival y evidencia de infección, de las hemorragias son frecuentes las de piel, mucosa, nariz y ojos.

Las ulceraciones de mucosas e hipertrofia de las encías son otros datos positivos en la exploración física.

Los rasgos clínicos básicos comprenden la falla de la médula ósea provocada por el desplazamiento de los elementos sanguíneos normales por las células leucémicas y la infiltración de otros tejidos por células leucémicas. Las consecuencias de la falla de la médula ósea incluyen anemia infección como resultado de una cantidad inadecuada de neutrófilos y linfocitos y hemorragia provocada por los recuentos plaquetarios disminuidos. El diagnóstico se confirma por el examen de la médula ósea que es hiper celular con 60 a un 100% de células blásticas (inmaduras).

Es muy común en el grupo de edad preescolar y el primer signo puede ser una infección respiratoria superior a una ulceración bucal. El paciente está febril, débil e indigente, el recuento de glóbulos rojos puede ser tan bajo como un millón.

Es común hemorragia interna en diversos sitios y la --- muerte se debe a menudo a hemorragia intracraneal.

LEUCEMIA CRONICA.

La leucemia crónica en niños es rara, menos del 2% de todos los casos; se da en niños bastante más grandes.

La anemia y sus síntomas de decaimiento, palidez y disnea o la incomodidad de un bazo agrandado, pueden ser el primer síntoma. Estos son progresivos y puede haber una -- fiebre intermitente leve. El recuento de glóbulos blancos suele ser mucho más elevado que en el tipo agudo de leucemia y puede llegar a 200,000 por mm^3 más, con muchos tipos inmaduros. La remisión espontánea puede ocurrir y durar - unos pocos mese o años.

En la mayoría de los pacientes leucemicos se producen - lesiones óseas que pueden aparecer como zonas osteolíticas y osteoescleróticas y como hueso nuevo debajo del periostio

Con el tratamiento es principalmente por quimioterapia. Esta enfermedad puede durar uno o más años suponiendo falta de tratamiento.

El tratamiento es principalmente por quimioterapia, y pueden usarse varios grupos de drogas.

La irradiación puede ser valiosa en los casos crónicos-- cuando todo el cuerpo o el bazo son expuestos, o en el alivio del dolor óseo que es un rasgo de esta enfermedad.

Este tipo crónico cuenta con grandes cantidades de leucocitos maduros en la sangre y los tejidos.

NOMENCLATURA Y CLASIFICACION HISTOLOGICA.

La nomenclatura está basada en las células afectadas, -
siendo las más comunes las variedades siguientes:

- Leucemia mieloblástica aguda (LMA),
- Leucemia linfoblástica aguda (LLA),
- Leucemia mielocítica crónica. (LMC),
- Leucemia monocítica aguda (LMOA), Y
- Leucemia aleucémica.

Esta última es una forma aguda, habitualmente mieloblás-
tica, cuyo nombre deriva del hecho que la proliferación ini-
cial está confinada a la médula ósea, produciendo una leuco-
penia extrema, anemia y trombocitopenia en la sangre perife-
rica.

La incidencia de la leucemia en los menores se presenta
generalmente en la siguiente proporción:

- 78% --- LLA
- 8% --- LMA
- 8% --- LMOA

LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA.

Es el tipo más común en la infancia y la que mejor res-
ponde a la quimioterapia. Los blastos son similares en su
aparición, con poco citoplasma y sin que se observen in-
clusiones en éste. El núcleo es redondo y el patrón de la
cromatina nuclear tiende a estar en masa difusa, haciendo
una condensación cerca de la membrana nuclear. Están pre-
sentes células transicionales a linfocitos maduros.

LEUCEMIA DE CELULAS INDIFERENCIADAS.

La célula predominante en la médula ósea y en la sangre periférica de niños con leucemia aguda, a veces es muy primitiva, existiendo prácticamente una ausencia virtual de - diferenciación celular dentro de los tipos mieloblástico o linfoblástico.

De esta manera es imposible la clasificación de estas - células inmaduras y el término de leucemia de células indiferenciadas es frecuentemente la única solución disponible. En la médula ósea, los blastos tienen escasa o moderada - cantidad de citoplasma basófilo y el núcleo tiene una fina cromatina en cadena con dos o más nucleolos.

LEUCEMIA DE TIPO GRANULOCITICO.

En lo que se refiere a los tipos granulocíticos de leucemia en niños, tres son los fundamentales.

- a) Mieloblástica aguda o promielocítica.
- b) Mielocítica aguda, y
- c) Mielocítica crónica o mielógena.

LEUCEMIA MIELOBLASTICA AGUDA.

Es aquella en que predominan las mieloblastos, constituyendo del 30 al 60% de las células circulantes.

LEUCEMIA MIELOCITICA CRONICA.

Es poco frecuente en niños. Se ve frecuentemente en los primeros meses de la vida como una forma de leucemia congénita. En los niños afectados, las células están bien -

diferenciadas y la evolución de la enfermedad es muy rápida.

LEUCEMIA MONOCITICA.

Se puede dividir en 2 tipos: a) si existen simultáneamente mielocitos y monocitos o células inmaduras entre mieloblastos, mielocitos o monocitos, la enfermedad se designa como leucemia mielomonocítica o tipo Naegeli.

b) Cuando las células inmaduras recuerdan monocitos o células reticuloendoteliales, se designa con el nombre de tipo Schilling.

LEUCEMIA EOSINOFILICA.

Es una forma aguda de la infancia, en la cual la mayoría de las células en la sangre periférica y en los tejidos son eosinófilos, maduros, pero en algunos casos están asociadas con mieloblastos y mielocitos. El problema para su diagnóstico es que en la mayor parte de los casos no existe un número significativo de granulocitos inmaduros.

ETIOPATOGENIA.

De acuerdo con las investigaciones epidemiológicas se han identificado 5 tipos de personas con alto riesgo para desarrollar leucemia:

1.- Gemelos idénticos con posibilidades de 1 en 5 de que uno desarrolle la enfermedad semanas o meses después de que su hermano la inicia.

2.- Pacientes con rupturas cromosómicas como son los portadores de Síndrome de Bloom, ataxia, talangiectasia y

anemia aplásica de Fanconi.

3.- Niños con rupturas cromosómicas adquiridas como consecuencia de la exposición sostenida a numerosos agentes - como lo son las radiaciones, el benceno y el LSD.

4.- Enfermos con la existencia de cromosomas extras, como el Síndrome de Klinefelter y el Síndrome de Down, principalmente.

HALLAZGOS RADIOLOGICOS.

Los cambios que más se ven son:

- a) Osteoporosis.
- b) Líneas transversas de densidad aumentada.
- c) Bandas translúcidas (metáfisis y epífisis).
- d) Lesiones osteolíticas.
- e) Adelgazamiento y destrucción de la cortical.
- f) Infiltración leucémica y hemorragia.
- g) Levantamiento del periostio y formación, de hueso nuevo.
- h) Fracturas patológicas.

CAUSAS DE MUERTE.

La causa de muerte en estos pacientes se debe al desarrollo de hemorragias y/o infecciones, así como el trastorno en el funcionamiento de los órganos infiltrados.

TRATAMIENTO.

La existencia de un mayor número de quimioterápicos para el tratamiento de este problema, es uno de los puntos - clave en el éxito que está teniendo.

El manejo de la leucemia aguda linfoblástica ha sufrido

profundos cambios en los últimos años y el programa que se sigue en la actualidad, corresponde a lo que se conoce como "Terapia total" que está basado en una prolongada experiencia sobre estudios clínicos de modelos específicos de laboratorio. Este programa consta de cuatro fases principales:

- a) Inducción a la remisión.
- b) Consolidación a la remisión.
- c) Erradicación de células leucémicas del sistema nervioso central.
- d) Mantenimiento de la remisión.

a) Inducción de la Remisión.- Se emplea una quimioterapia múltiple para disminuir la población de células blásticas con el objeto de permitir la regeneración de la médula normal.

b) Profilaxis del Sistema Nervioso Central.- La administración normal de quimioterapia no alcanza ciertas zonas del organismo, tales como el SNC y, por lo tanto, esas áreas deben ser tratadas separadamente para impedir el desarrollo de leucemia "extramedular".

c) Mantenimiento de la Remisión.- Una vez que se ha logrado la remisión, debe continuarse con la quimioterapia - no alcanza ciertas zonas del organismo, tales como el SNC, Y, por lo tanto, esas áreas deben ser tratadas separadamente para impedir el desarrollo de leucemia "Extramedular.

MANIFESTACIONES BUCALES.

Los signos y/o síntomas bucales sugestivos de leucemia

han sido informados en un 75 % de los adultos y 29% de niños afectados.

Las anomalías bucales más frecuentemente mencionadas, atribuidas al proceso leucémico, incluyen linfadenopatía regional, petequias y equimosis en la mucosa, hemorragia gingival, hipertrofia gingival, palidez y ulceraciones no específicas. Manifestaciones ocasionales son las parálisis de nervios craneales, parestesias del mentón y el labio odontalgia, dolor maxilar, dientes flojos, dientes extruidos y estomatitis gangrenosa. Cada uno de estos hallazgos han sido informados en todos los tipos de leucemia. La linfadenopatía regional es la comprobación más frecuente. Las anomalías gingivales, incluyendo hipertrofia y hemorragia, son más comunes en pacientes con leucemia no linfocítica, mientras que las petequias y equimosis lo son en la leucemia aguda.

La infiltración de células leucémicas a lo largo de conductos vasculares puede ocasionar la estrangulación del tejido pulpar y la formación espontánea de un absceso, como un resultado de la infección o zonas focales de necrosis - por liquefacción en la pulpa de dientes clínica y radiográficamente sanos.

Las lesiones esqueléticas causadas por la infiltración leucémica del hueso son comunes en la niñez.

La evidencia de lesiones esqueléticas aparece en las radiografías dentales en hasta el 63% de los niños con leucemia aguda. Las manifestaciones en los maxilares incluyen -

la pérdida generalizada de trabeculación, destrucción de la lámina dura, ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal y desplazamiento de los dientes y gérmenes dentarios.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

Antes de cualquier intervención dental para un niño leucémico, se debe consultar con el hematólogo y el oncólogo o con el médico que lo atiende. Hay que asegurarse la siguiente información:

- 1.- Diagnóstico médico primario.
- 2.- Evolución y pronóstico clínico anticipado.
- 3.- Modalidades terapéuticas presentes y futuras.
- 4.- Estado de salud, general actual.
- 5.- Estado hematológico actual.

Los procedimientos de rutina preventivos, restauradores y quirúrgicos, pueden habitualmente realizarse en el paciente en remisión completa, pero todavía en régimen quimioterápico. Antes de la cita preferiblemente el mismo día, hay que hacer un recuento completo de glóbulos y plaquetas, para confirmar que el paciente no corre el riesgo inesperado de hemorragia o infección.

La terapia pulpar en dientes primarios está contraindicada en cualquier paciente con una historia de leucemia. El tratamiento endodóncico para los dientes permanentes no es recomendable para el paciente leucémico que puede tener una supresión crónica, intermitente, de granulocitos.

El uso de un cepillo para dientes de nylon blando para

la eliminación de la placa es recomendable; aunque el paciente sea trombocitopénico. Mientras la encía permanezca sano y su manipulación por el cepillado no provoque hemorragia significativa, no es apropiado interrumpir el uso del cepillo sólo por el nivel de plaquetas. El pasaje del hilo de seda debe ser considerado individualmente.

Es importante eliminar los irritantes locales significativos. El raspaje y curetaje subgingival no debe ser considerado necesariamente como un tratamiento electivo en todos los pacientes.

Los pacientes con gingivitis leucémica clásica experimentan diversos grados de incomodidad. El uso de enjuagatorios salinos calientes varias veces por día puede ayudar al alivio de los síntomas.

Las lesiones erosivas o ulcerosas son comunes en niños con leucemia. Esas lesiones suelen ir asociadas frecuentemente con el uso de ciertos agentes quimioterapéuticos.

La candidiasis es común en niños con leucemia, especialmente susceptibles a esta infección fúngica, debido a (1) debilidad física general, (2) inmunosupresión, (3) terapia antibiótica prolongada, (4) quimioterapia y (5) mala higiene bucal. El uso tópico de nistatina en cualquiera de las formas siguientes puede ser muy beneficioso:

1.- Nystatin: en suspensión bucal, 100,00 unidades/ml.- Enjuagarse con 5 ml. durante 5 minutos y luego tragar. Repetir cada 6 horas. Continuar por 48 horas después que desaparezcan las lesiones.

2.- Nystatin chupetín 500.000 unidades cada uno. Consumir lentamente un chupetín cada 6 horas.

El chupetín de nistatina fue formulado para aumentar la aceptación de este antibiotico antifungal bucal por los pacientes pediátricos. El sabor está muy mejorado y el sabor amargo que queda con la solución bucal es eliminado.

Las inyecciones profundas, como una regional del dentario inferior, nunca deben hacerse por los peligros de una hemorragia profunda.

CAPITULO DECIMO-PRIMERO

CONTROL DEL DOLOR.

A) Farmacología

El temor al dolor y la ansiedad del paciente pueden controlarse por medio de la aplicación adecuada de distintas técnicas psicológicas, físicas y farmacológicas. Cuando se selecciona alguno de estos métodos, es importante recordar que:

-Dolor es una sensación localizada de displacer de naturaleza altamente subjetiva. Las sensaciones del paciente sobre el dolor deben aceptarse como una percepción válida.

-Temor es la respuesta del paciente frente aun peligro-externo conocido.

-Ansiedad es la respuesta del paciente a una amenaza o a lo desconocido.

La primera visita de un niño pequeño al consultorio dental puede incluir la curiosidad agradable y la mínima -aprensión o un exagerado temor o ansiedad. En la mayoría -de los casos, son efectivas las técnicas de introducción -simple y no amenazantes. Sin embargo, en algunos casos, -- existe necesidad de utilizar una premedicación para que el tratamiento tenga éxito. La necesidad de medicación puede considerarse también en un chico que ha sufrido una o mas experiencias odontológicas negativas. Cuando se emplean medicaciones, la selección por parte del profesional de un

agente específico debe ser guiada por una norma de características deseables, por ejemplo;

- 1.- Aceptación por parte del paciente.
- 2.- Amplio margen de seguridad.
- 3.- Corta duración de la iniciación.
- 4.- Rápida recuperación.
- 5.- Titulabilidad.
- 6.- Reversibilidad.
- 7.- Predecibilidad.
- 8.- Facilidad de administración.
- 9.- Costo razonable.

Los métodos farmacológicos nunca son sustitutos de la comprensión de las necesidades de la ansiedad del paciente. Los aspectos psicológicos de un buen manejo del paciente no deben olvidarse. Las medicaciones que se dan en un intento por superar este aspecto del manejo del paciente están contraindicadas. Sin embargo, el manejo Psicológico puede ser complementado con medicación, teniendo cada uno propósitos e indicaciones específicos. Las situaciones clínicas varían notablemente y por lo tanto ninguna técnica resultará efectiva en todos los casos.

B) SEDACION.

El paciente puede estar obviamente despierto, pero tranquilo y quieto o puede estar sumnoliento.

Habitualmente, hay cierto grado de relajación muscular. Esto puede tomar la forma de ausencia de flexiones musculares espásticos característicos de ciertas condiciones incapacitantes, puede ser un efecto secundario resultante del alivio de la tensión psicológica del temor y la ansiedad o puede ser una combinación de ambos.

Para los procedimientos odontológicos se necesita poca-relajación muscular, porque la boca se puede abrir si es necesario, la relajación no es un requisito para el tratamiento odontológico, pero si es ventajosa.

Los signos vitales (pulso, respiración y presión sanguínea) de los pacientes sedados deben permanecer estables y dentro de sus límites normales.

Los pacientes sedados responden a los estímulos aplicados externamente, como el dolor, pero lo hacen de manera alterada, cuantitativamente menos y cualitativamente en forma diferente que los pacientes no sedados.

SEDACION LEVE.

Este paciente recuerda todo lo que ha ocurrido en secuencia correcta, esta persona puede cooperar activamente en el tratamiento abriendo su boca cuando se le pide, probablemente no necesitará abre bocas. Puede decir exactamente le está yendo en cualquier momento.

Los pacientes pueden ser dirigidos a un marco de referencia favorable durante el tratamiento, ayudándoles a interpretarlo de manera positiva.

SEDACION MODERADA.

Luego sigue una medicación más profunda, una zona intermedia en la que los pacientes responden a una orden, pero reaccionan en una forma alterada y perciben las cosas diferentemente de lo que ocurren en realidad.

Pueden perder por completo la noción del paso del tiempo, o el recuerdo puede parecer el de un sueño. El tratamiento será más rápido si se usa un abre bocas.

Estas personas conservan sus vías de aire muy adecuadamente y sus signos vitales son estables.

SEDACION PROFUNDA.

El otro extremo es el de los pacientes que virtualmente no se dan cuenta de nada. Aunque perciban algo, no lo recuerdan.

Se requiere mucha vigilancia.

El odontólogo debe preocuparse por la duración del efecto de cada vía de administración. La sedación debe durar - lo que el procedimiento operatorio y luego desaparecer rápidamente para no prolongar la recuperación.

TIPOS DE ADMINISTRACION.

1) Administración bucal.

La ventaja principal es la sencillez y la conveniencia. Las drogas son tomadas en forma sólida y líquida no se

necesita instrumental.

Su desventaja es que el paciente debe cooperar.

2) Administración rectal.

Las drogas administradas por vía rectal son introducidas generalmente por supositorios que se disuelven a temperatura del cuerpo y liberan el medicamento para que sea absorbido por el torrente sanguíneo.

3) Administración por inhalación.

Los agentes en forma de gas o vapor llegan a la circulación después de ser inhalados en los pulmones, desde donde el flujo pulmonar los llevará a la circulación sistémica. Como hay un área muy grande disponible para la absorción y debido a la marcada solubilidad del óxido nitroso, la incorporación y eliminación son extremadamente rápidas.

Para que la sedación por inhalación con óxido nitroso sea eficaz, es necesaria una función respiratoria normal.

4) Administración por inyección.

La duración del periodo de latencia y el grado de respuesta suelen ser bastante predecibles.

No se requiere cooperación del paciente por adelantado.

Cualquier droga que se use debe tener características clínicas afines con la meta de mejorar un estado transitorio de ansiedad leve, esto debe lograrse sin deprimir indbidamente las funciones vitales.

El éxito con la sedación se limita a controlar a los pacientes moderadamente ansiosos o no cooperadores.

DRUGAS.

Hay muchas drogas sedantes, pero pocas son las que se usan.

Aparte del óxido nitroso, hay tres categorías básicas:

-Narcóticos -Meperidina (demerol).

-Barbituricos-Secobarbital (seconal).

-Tranquilizantes -Prometazina (fenegan).

La sedación es aplicable en todas las áreas de la odontología, sean restauradoras o quirúrgicas, ya se trate de tejidos duros o blandos. La sedación no es una técnica única para niños o para adultos; se adapta a pacientes de distintas capacidades intelectuales y diferentes características físicas.

Todo esto puede hacerse sin que el odontólogo se fatigue física o emocionalmente y le permitirá trabajar mejor y conseguir la aceptación del paciente.

ARTICULO: RIESGO DE MUERTE DESPUES DE LA SEDACION ORAL.

Los pasos a seguir para la sedación oral, deben ser desarrollados cuidadosamente, ya que de ellos depende la ocurrencia o no de situaciones peligrosas que puedan tener - consecuencias lamentables.

No es recomendable adoptar actitudes de absoluta confianza, a pesar de no haberse presentado nunca una situación de emergencia en el consultorio durante años. Los - Los años de práctica sin ningun problema no son excusa para tomar una inadecuada o inapropiada acción cuando un accidente ocurre.

Cuando la sedación es usada en el consultorio, las normas locales de sedación para pacientes pediátricos deben - ser seguidas. Por otro lado, para el uso de ciertas drogas y medicamentos el practicante debe recibir entrenamiento - adecuado para su uso correcto.

El paciente debera ser monitoreado adecuadamente durante el procedimiento de tratamiento, en aspectos como ritmo cardíaco, temperatura del cuerpo (oral), color de la piel así como dilatación pupilar para detectar, cualquier situación anormal, para la cual el odontologo debera estar preparado siempre.

C) ANALGESIA.

La analgesia es la disminución o la eliminación del dolor en el paciente consciente.

Al tipo de sedación por inhalación de óxido nitroso o/y-oxígeno se volvió cada vez más popular.

Las fases de la anestesia son primero (analgesia) en "Analgesia relativa" y "analgesia total".

Aunque el óxido nitroso tiene propiedades analgésicas, el objetivo principal de la técnica es sedar al enfermo.

La analgesia moderada se caracteriza por relajación y analgesia ligera, el paciente puede experimentar sensación de cosquilleo en los dedos de los pies y las manos o en otras partes del cuerpo. La analgesia es más pronunciada en los valores más bajos de la analgesia por disociación, la persona aún reacciona al dolor, pero siente desapego y poca preocupación al respecto. El paciente puede comunicar ligeras sensaciones de somnolencia, de separación de su ambiente inmediato o de euforia similar a la vinculada con la intoxicación alcohólica; en general; pero no siempre, se consideran estas sensaciones como agradables. Con analgesia por disociación, con valores más altos, tales sensaciones se tornan más notorias y desagradables, haciéndolas incompatibles con la relajación. En consecuencia, el valor deseado de sedación se halla en la zona de la analgesia moderada o en los valores menores de la analgesia por disociación.

CAPITULO DECIMO-SEGUNDO

A) ANESTESIA LOCAL.

La administración hábil de un anestésico local brinda - al profesional una excelente oportunidad para dar al niño, la anestesia local debe hacerse de forma cuidadosa y considerada.

Hay que explicar al niño por adelantado el procedimiento. Con los niños muy pequeños es a veces aconsejable introducir algún elemento de fantasía, mientras que a los mayores es mejor tranquilizarles con prudencia.

Hay que distraer su atención, pedirle que se concentre - haciendo respiraciones profundas, es un recurso que distrae la mente del niño, y alavez, tiene un efecto fisiológico - positivo. Hay que preparar al pequeño paciente explicándole la sensación de adormecimiento a hinchazón que sentirá.

Tambien hay que avisar al niño sobre que no se muerda - o lesione los tejidos anestesiados.

La negativa o incapacidad del niño para cooperar constituyen una de las pocas contraindicaciones que tiene la anstesia local.

Existen algunas enfermedades que hay que tener en cuenta a la hora de elegir el anestésico. Por ejemplo, algunas cardiopatías, el hipertiroidismo, la hipertensión y la hipotensión.

En los casos dudosos hay que consultar al pediatra del niño.

Existen 2 métodos de anestesia:

1) Anestesia por infiltración.

Como la estructura del hueso cortical joven permite una infiltración adecuada, los procedimientos operatorios y - las extracciones en las denticiones temporal y mixta.

Esto solamente se logra en el maxilar superior, debido- como ya se menciona a su estructura porosa.

2) Anestesia de bloque mandibular.

En el maxilar inferior se anestesian eficazmente todos los dientes anteriores mediante infiltración en el pliegue vestibular. En la zona molar el hueso es más denso y por - lo tanto se recomienda usar el bloqueo mandibular, que la técnica es distinta de la usada en adultos.

El anestésico de elección es aquel que sea menos tóxico más profundo y de la más breve duración para procedimien- - tos que se tengan que realizar.

Mientras que la profundidad es una cuestión de confian- - za, la duración es una cuestión de elección.

Es recomendable usar agujas cortas.

COMPLICACIONES.

Las complicaciones generales y locales que pueden se- - guir con la anestesia local son mordeduras o raspados del tejido anestesiado, esto puede suceder si el anestésico es de duración muy prolongada.

Los niños también pueden sufrir desvanecimientos Psico- - genos.

Los pródomos más frecuentes del desvanecimiento son -

sudoración fría, inquietud, palidez, náusea y dolor gástrico. La verdadera causa del desvanecimiento es una disminución de la presión arterial y puede restablecerse la conciencia colocando al paciente en decúbito supino con la cabeza pendiente. Inmediatamente hay que comprobar que las vías aéreas se encuentren libres y si el grado de inconsciencia es profundo, administrar oxígeno. A estos pacientes hay que darles después una explicación tranquilizadora y apoyo psicológico.

ARTICULO: REACCIONES ADVERSAS A LOS ANESTESICOS LOCALES -
EN ODONTOPEDIATRIA.

Se realiza una revisión actualizada de las complicaciones producidas por los anestésicos locales. En cada una de las situaciones que pueden presentarse existen diversos tipos de prevención esto es gracias a la historia clínica -- que se le hace al paciente antes de cualquier tipo de intervención y por lo tanto se toman las medidas de preven-ción y tratamiento.

Los anestésicos locales, en odontopediatría, son indispensables para lograr la cooperación del paciente, pero -- pueden producir, al igual que en el adulto, reacciones ad-versas.

Dentro de las reacciones adversas sistémicas las más co-munes son las tóxicas y las sicogenas, que pueden ser fá--cilmente evitadas.

Dentro de las reacciones locales, la más común en niños es la úlcera traumática por mordedura.

El odontólogo debe estar preparado, y su consultorio - equipado, para tratar pronta y eficazmente una reacción ad-versa por administración de anestésicos locales.

ANESTESIA PEDIATRICA.

B) ANESTESIA GENERAL.

Algunos niños carecen de la capacidad física o mental - de cooperar durante el tratamiento, o no toleraran la anestesia local. En estos casos la única solución es realizar el tratamiento dental bajo anestesia general.

La administración de la anestesia general corresponde - al médico especializado y debe realizarse en un ambiente - que ofrezca las máximas seguridades.

El dentista debe actuar únicamente como tal, dejando en manos de un médico legalmente habilitado y moralmente respaldado el manejo con fines anestésicos de poderosos fármacos que alteran profundamente la fisiología humana.

Cualquier pérdida de conciencia... puede representar -- una salida de la vida, esto es, la muerte.

Los pacientes para los que se emplea este método deben ser seleccionados rígidamente y se deben determinar cuidadosamente el método y el sitio de administración. Es posible que surjan complicaciones, se debe emplear en aquellos niños que están severamente disminuidos físicamente o que son mentalmente incapaces de cooperar con un anestésico local. En algunos impedidos (paralíticos cerebrales, debiles mentales, etc).

El manejo de estos pacientes es relativamente complejo y requiere el esfuerzo del equipo. Los problemas pueden - ser anatómicos, fisiologicos, emocionales, intelectuales o

Psicológicos y en algunos individuos pueden encontrarse -- combinaciones de todas las anormalidades.

Sus programas de medicamentos pueden ser farmacológicamente complejos y los deberes de atención pueden exigir su mayor dedicación. Esos pacientes requieren una estrecha relación preoperatoria entre su odontólogo, sus familias y los medicos actuantes.

El conocimiento del paciente permitirá anotar indicaciones más completas, lo que ayudará mucho a los otros miembros del equipo a brindar una atención óptima.

Tambien se usa en todos aquellos casos en los que no es posible, una comunicación positiva ni el logro de la cooperación necesaria y la intervención odontológica se impone, o cuando por la magnitud del proceso inferior, pensamos - que la anestesia local no dará resultado, recurrimos al - tratamiento bajo anestesia general.

Se pone en contacto al niño y a sus padres con el anestesiólogo. En esta sesión se realizará el examen clínico - que permitirá evaluar al niño como riesgo anestésico y confirmar si no existen contraindicaciones para la anestesia.

Se le tratará de explicar que es la anestesia general.

El equipo deseable de personal incluye un pediatra, un anestesista, una enfermera y un odontólogo.

Se prefiere usar las anestесias generales de corta duración. Al emplear algún anestésico general, siempre incurre en riesgo de vómito, espasmo y apnea.

La reacción del niño, especialmente si está abjo premedicación, es generalmente de cooperación siempre que el -

odontólogo sea paciente y comprensivo.

Esto se verifica incluso en niños que parezcan incapaces del control físico y mental requerido por tratamientos dentales acertados.

Si necesitar amplio tratamiento dental un niño gravemente impedido, el empleo de anestesia general ofrece una posible solución del problema.

Aceptado el tratamiento, el médico decidirá la premedicación que considere oportuna y dará las indicaciones preoperatorias pertinentes, no omitiendo los consejos sobre la preparación Psicológica del niño. "Cuanto mejor la preparación en el hogar, menor la incidencia de cambios en la personalidad.

INDICACIONES.

Los niños que pertenezcan a alguna de las siguientes categorías necesitarán usualmente anestesia general:

1.- El niño no cooperativo, que se resiste al tratamiento, a pesar de haberse intentado todos los procedimientos de manejo comunes.

2.- El niño con trastornos de la hemostasia que requieran tratamiento dental extenso.

3.- El niño retardado mental cuyo impedimento sea tan grave, que dificulte toda comunicación entre odontólogo y paciente.

4.- El niño afectado de trastornos del sistema nervioso central que se manifiesten por movimientos involuntarios y extremos.

5.- El niño con grave cardiopatía congénita, considerado incapaz de tolerar la excitación y cansancio provocados por extenso tratamiento.

PROCEDIMIENTOS PREOPERATORIOS.

Cuando el tratamiento de un niño requiere hospitalización y anestesia general, la mejor manera de lograr la cooperación de sus padres es orientarlos respecto al programa planeado para su hijo y las responsabilidades que tienen en su hospitalización.

PROCEDIMIENTOS DE TRATAMIENTO.

El anesthesiólogo determinará el límite de tolerancia de cada paciente al anestésico general.

Se probó por primera vez en anestesia pediátrica el Flutano (halotano) ha ganado gran aceptación por su calidad poco irritante, su no inflamabilidad y el despertar rápido de los pacientes sometidos a él.

Después de la intubación deberán cubrirse los ojos del paciente con una gasa húmeda para protegerlos contra desechos materiales y dentales. Deberá tenerse gran cuidado de evitar que sangre, o cualquier tipo de desecho, penetre en la garganta del paciente. Después de anestesiar completamente, deberá colocarse un apósito de gasa húmeda sobre la abertura faríngea, a través del área de las amígdalas y debajo de la lengua. Para extraerlos fácilmente, la extremidad del apósito de la garganta, con un hilo firmemente atado a él, deberá extraer de la cavidad bucal.

El empleo del equipo de aspiración facilita el procedi-

miento dental en niños anestesiados. En caso necesario pue
de emplearse algún instrumento para mantener abierta la bo
ca.

El empleo de dique de caucho proporciona al odontólogo campo seco y mejor visibilidad, y sirve de ayuda al apósi-
to de gasa para evitar la entrada de desechos en la gargan
ta del paciente.

Antes de extracciones u otro tratamiento quirúrgico, de-
beran terminarse todos los tratamientos restaurativos, en
primer lugar se realizan los drenajes y tallados de cavida-
des y a continuación los tratamientos pulpares y procedi-
mientos de restauración, por último, se hacen las extrac-
ciones en caso necesario.

Al realizar esto, deberá limpiarse la boca, substituir-
se el apósito de la garganta con gasa nueva e iniciarse --
después los procedimientos quirúrgicos.

Al terminar el tratamiento planeado, deberá controlarse
toda hemorragia y evacuarse cuidadosamente de la cavidad -
bucal todos los desechos.

Después de esto, se puede extraer el apósito de la gar-
ganta y enviar al niño a la sala de recuperación.

La odontología en el hospital es compensadora para el -
odontólogo, asegura una atención de calidad y brinda un mé
todo de tratamiento que está siendo cada vez más accesible
al paciente impedido.

ARTICULO: ANESTESIA GENERAL, UN NUEVO PROGRAMA DE ATENCION
ODONTOPEDIATRICA EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

Los pacientes con problemas especiales carecen en la mayoría de los casos de los beneficios del tratamiento odontológico y son quienes más que nadie necesitan de un tratamiento preventivo y/o curativo como parte de su cuidado general. Los problemas que acarrea el tratar a estos pacientes no son de restauración de las estructuras bucales, sino derivados del control de sus variaciones emocionales y físicas.

La creación de este programa garantiza la atención de un grupo de población ausente hasta ahora de los beneficios del tratamiento odontológico y constituye un campo más amplio de capacitación para los estudiantes. Lo que permite suponer la constitución, en un futuro, de servicios de atención odontológica a pacientes especiales tanto a nivel público como privado.

ARTICULO: ENCUESTA DE 200 CASOS DE ANESTESIA GENERAL EN -
PEDIATRIA DENTAL.

El manejo del niño es el mayor componente dentro de la odontología infantil. La mayoría de los niños pueden ser adecuadamente tratados con una técnica de modificación de conducta como por ejemplo mostrar instrumentos, decir para que sirven y usarlos.

Algunos niños mas fuertes requieren analgesia con óxido nitroso y sedación para completar su tratamiento. Otros -- más requieren hospitalización.

Son estos, niños con caries muy extensas mismos que representan problemas de manejo.

La rehabilitación oral completa del niño con el auxilio de la anestesia general, es un procedimiento aceptado en muchos hospitales. Sin embargo, a pesar de que la administración de la anestesia general es relativamente segura, pueden ocurrir complicaciones, amenazas de muerte como reacciones alérgicas y espasmos bronquiales, usualmente ocurren cuando el anestésico es administrado.

Las complicaciones que no son mortales, se presentan después, aunque en su mayor parte tienen su inicio durante la administración del anestésico. El proposito de este estudio es evaluar las complicaciones que ocurren más frecuentemente despues de la administración de anestesia general:

Nausea con vómito, fiebre, dolor de garganta y faringitis, inflamación labial, y lenta y/o prolongada recuperación.

La náusea con vómito puede ser causada por tragar sangre de los sitios de extracción, o por las diferencias individuales respecto al metabolismo postoperatorio de reacción a los medicamentos.

El incremento en la temperatura puede ser causado por trauma tisular, bacterias, drogas como el sulfato de atropina, depresión anestésica de los cilios traqueobronquiales, lo cual provoca un estado de secreción que resulta en liberación de toxinas que elevan el termostato hipotalámico, ó infección pulmonar.

La temperatura elevada en el niño incrementara las posibilidades de vómito y convulsiones.

El dolor de garganta y la faringitis ocurren comunmente en el periodo postoperatorio, puede ser causado por canalización inadecuada que lastime los tejidos faríngeos y adenoides, la inflamación postoperatoria es atribuible a trauma en tejidos blandos, infección o reacción alérgica.

La recuperación retardada ó prolongada es poco frecuente, aunque no inexistente. Puede ser por premedicación pesada, hipotensión ó apoxia.

La canalización nasotraqueal es el método más usado por la cirugía dental. Es mucho más tolerable, que el tubo oral y además no interfiere con el campo de operación durante la intervención. La única desventaja es que puede dañar tejidos del tracto respiratorio aumentando el riesgo de una infección.

Refiriéndose ahora a la medicación de uso preoperatorio

aumentando el riesgo de una infección.

Refiriendose ahora a la medicación de uso preoperatorio, el tipo y la dosis quedan a cargo del anestesista.

RESUMEN Y CONCLUSIONES.

El motivo principal que nos condujo a la elaboración de este tema en especial, se debe básicamente a la ausencia - de información práctica y específica acerca del manejo y - tratamiento de estos pacientes.

Con la clasificación de las afecciones presentadas con mayor frecuencia y la descripción de sus etiologías, sub-- clasificación y manifestaciones sistémicas, podemos identificar su gravedad y como consecuencia las manifestaciones bucales a tratar en todos sus grados.

De acuerdo al nivel de afección que presente el paciente se aplicarán criterios acerca de los cuidados preoperatorios y postoperatorios, así como también décisiones acerca de modificaciones al consultorio en especial la unidad dental.

Es de suma importancia la elaboración y análisis detallado de la historia clínica del menor, ya que esto puede proporcionarnos valiosa información respecto a puntos favorables que pueden ser aprovechados de la conducta del pa-ciente.

Basandonos en la información anterior se puede determinar el manejo del paciente por medio de anestesia local o general, analgesia, sedación o por medio de fármacos.

En lo particular el presente tema a cubierto nuestras - necesidades teoricas que para un futuro nos permitan de manera satisfactoria el llevar a cabo el manejo de un paciente excepcional.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Odontología Pediátrica.
Finn. S.B. 4a. Edición.
pag. 491-492, 503 -506, 509-513.
- 2.- Odontopediatria enfoque sistemático.
Bengt O. Magnusson; 1985
pag. 49-59, 301-324
- 3.- Paidodoncia Atlas.
Davis/ Law/ Lewis 2a. ed. 1984.
pag. 450-455, 461-463, 468-469, 472-473, 478-479, 483-485
- 4.- Odontología Pediátrica.
Samuel Leyt
Pag. 149-153
- 5.- Odontología para niños impedidos
Joan Weyman 1976
- 6.- Odontología Pediátrica
Braham Raymond . Merle E. Morris.
pag. 561-565, 570-572, 575-577.
- 7.- Odontología Pediátrica.
Barber Thomas K; Luke Larry S.
pag. 383-410.
- 8.- Síndromes Pediátricos-Fisiopatología
Clínica y Terapéutica.
Max Salas Alvarado.
pag. 204-212, 217, 303-314, 463-470.
- 9.- Odontología para el niño y el adolescente
Mc. Donald.

10.- Odontología para el niño incapacitado

Arthur J. Nowak.

11.- Odontología Pediátrica.

ARTICULOS

- Acta Odontológica Venezolana 1987.
Parálisis Cerebral: Sus efectos sobre la erupción del -
ler. molar permanente y las condiciones de salud-enfer-
medad. 1987
pag. 13-33
- Acta Odontológica Venezolana.
Reacciones adversas a los anestésicos locales en odonto-
pediatría, 1987.
pag. 119-143
- Acta Odontológica Venezolana
Anestesia general. Un nuevo programa de atención odonto-
pediatrica en la facultad de Odontología. 1987.
pag. 375-378.
- Journal of Dentistry for children
Vol 57 Nos 1-6, 1990
Caries among children with cerebral palsy:
relation to CP-diagnosis, mental and motor handicap.
- Journal of dentistry for children
vol. 55 nos 1-3 1988.
Death following oral sedation
pag. 123-124
- Journal of dentistry for children
vol. 52 nos 1-6 1985

Voices control: an old technique reexamined.

pag. 199-202

- Journal of dentistry for children

Vol 52 Nos 1-6 1985

A survey of 200 pediatric dental
general anesthesia cases.

pag. 36-41

- Conocer

Año 1 No. 103 1992

Cirugía contra la epilepsia

pag. 30-31