



318322
1
2e;
UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ASPECTOS GENERALES EN ODONTOLOGIA PARA
EL NIÑO IMPEDIDO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
ELENA IVONNE AVALOS HERNANDEZ

MEXICO, D. F.

1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

Introducción	1
Capitulo I	
El paciente Impedido	3
a.- Definición	
Capitulo II	
Padecimientos Medicos Y tratamiento.	5
a.- Trastornos Sanguineos	
1.-Hemofilia	
2.-Sindrome Von Willebrand	
3.-Anemia	
4.- Enfermedad Drepanocitica	
b.- Trastornos Cardiovasculares	
1.- Congenitas	
2.- Adquiridas	
c.- Trastornos Endocrinos	
1.-Diabetes Mellitus	
2.-Disfunción Gonadal	
3.-Trastornos Hipofisiarios	
4.-Trastornos Paratiroides y del Metabolismo del Calcio	
d.- Trastornos Respiratorios.	
1.-Asma	
2.-Bronquiectacia	
e.- Trastornos Renales.	
1.-Sindrome Nefrotico	
2.-Pielonefritis Cronica	
3.-Glumeronefritis Cronica	
Capitulo III	59
Limitaciones Fisicas y Tratamiento	
a.-Escoliosis	
b.-Paralisis Cerebral	
1.-Epasticidad	
2.-Rigidez	
3.-Atetosis	
4.- Ataxia	
5.- temblores	
6.- Atonia	
7.- Mixtos	

- 8.-Cuadriplejia
- 9.-Hemiplejia
- 10.-Monoplejia

- c.- Displasia Ectodermica
- d.- Distrofia Muscular
- e.- Subnormalidad Mental
- f.- Mongolismo
- g.- Epilepsia
- h.- Autismo
- i.- Ceguera
- j.- Sordera
- k.- Hendidura de Labio y Paladar

Capitulo IV	Corticoesteroides e Irradiación	109
	a.- Corticoesteroides	
	b.- Irradiación	
	c.- Osteogenesis Imperfecta	

Capitulo V	Neoplasias	115
	a.-Linfoma	
	b.- Leucemia	
	c.- Tumores Solidos	
	1.-Neuroblastoma	
	2.-Rabdomiosarcoma	
	3.-Sarcoma Osteogenico	
	4.-Histiocitosis X	

Capitulo VI	Tipos de Tratamiento	126
	a.- Atención en la practica privada	
	b.- Pacientes que no pueden salir de su casa e internados	
	c.- Tratamiento en el Hospital Utilizando Anestesia General.	
	d.- Manejo con Sedantes	

Capitulo VII	Enfoques Comunitarios Y de Equipo	197
--------------	-----------------------------------	-----

- a.- Tratamiento en equipo del paciente impedido
- b.- El papel del Médico
- c.- El papel del Padre
- d.- El papel del Trabajador Comunitario
- e.- El papel del Maestro

Conclusiones.	213
Bibliografía.	214

INTRODUCCION

El tratamiento dental para el niño con algún problema médico necesita la comprensión básica del trastorno específico y de las limitaciones físicas que son parte del estado general de salud del pequeño. Para que el odontopediatra o el odontólogo de práctica general pueda proporcionar cuidados dentales óptimos, es esencial la colaboración y consulta estrecha con el médico del niño. ya que muchas veces es necesario instituir algún tipo de tratamiento médico preoperatorio o profiláctico antes de iniciar el tratamiento dental. La mayoría de las veces es conveniente la modificación de la terapia dental habitual y en algunos casos se interrumpe o se cambia los esquemas médicos para poder llevar a cabo el tratamiento dental.

Para el bienestar físico de los niños con problemas médicos-tenemos que tener en cuenta la importancia de salud bucal. La Patología bucal tiene efectos importantes sobre el progreso de muchos trastornos sistématicos y puede influir en el éxito o fracaso del programa médico terapéutico. Se puede asegurar un buen resultado siempre y cuando el médico y el odontólogo cooperen en la planeación del esquema del tratamiento.

Durante los últimos 20 años el enfoque del tratamiento odontológico de los niños ha cambiado radicalmente y el paciente niño ya no es considerado como una versión pequeña de un adulto, sino como un individuo en desarrollo con sus propios problemas especiales. Esta materia se enseña ahora a nivel de pregrado en todas las escuelas de odontología y el odontólogo se gradúa con el conocimiento y la experiencia que le permite tratar a todos los niños normales. Por lo tanto, la mayoría de los pacientes pequeños están recibiendo una atención odontológica mejor que nunca, pero ha surgido un nuevo problema el del niño odontológicamente impedido.

Se le define como quien no puede recibir el tratamiento - odontológico normal en razón de una incapacidad que puede ser médica física, mental o emocional, o una combinación de cualquiera de ellas.

Los niños con impedimentos médicos están aumentando numéricamente como consecuencia de los grandes adelantos en pediatría. Están sobreviviendo con ese tipo de daño en otra época hubieran muerto y aun aquellos con impedimentos bastante graves están llevando su vida dentro de la unidad familiar.

Niños física y mentalmente impedidos están recibiendo más atención para entrenarlos a ser más independientes y de adecuarlos en la comunidad. Estos niños necesitan tratamiento odontológico de la mejor calidad como parte de su cuidado general.

Hasta hace poco a la mayoría de esos niños sólo se hacían extracciones para el alivio del dolor, pero cada vez ha más conciencia que esta es una área de descuido en un grupo importante y de la necesidad de entrenar personal odontológico.

En el momento actual su cuidado corresponde al odontólogo general y a las autoridades sanitarias locales, y pocos de ellos pueden tener mucha experiencia en sus necesidades especiales.

Como ningún paciente puede ser tratado correctamente salvo que se disponga de una información adecuada sobre su estado, se hablara brevemente de los problemas bucales importantes que se relacionan con muchas manifestaciones en los niños con problemas médicos y limitaciones físicas, se hará hincapié en el tratamiento odontológico de cada uno de estos.

Se incluyen algunas descripciones de las entidades patológicas ya que sirven de información necesaria para que el odontólogo pueda hacerse cargo, con propiedad del tratamiento de estos niños.

Para finalizar se habla del equipo y papel del médico, padre y maestro del niño impedido.

CAPITULO I
EL PACIENTE IMPEDIDO

A.- Definición:

Las comparaciones entre estudios son dudosas debido a las numerosas definiciones para identificar los impedimentos. La estandarización de una clasificación ha sido intentada por la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD en Suiza, pero hasta ahora todavía no hay un acuerdo internacional sobre los procedimientos para tal clasificación. Aún así existe una cantidad de términos y definiciones utilizadas por varias disciplinas que permiten la clasificación y la comunicación.

Debe señalarse que los términos lisiado, incapacitado por desarrollo, incapacitado excepcional, impedido, retardo mental, y especial, serán a partir de aquí unificados en el término impedido y utilizado como adjetivo para describir a un paciente. (6)

INCAPACITADO POR DESARROLLO:

- Personas con una incapacidad atribuible a:
- 1.- retardo mental
parálisis cerebral
epilepsia o autismo
 - 2.- Cualquier otra condición estrechamente relacionada con retardo mental que resulta de un deterioro del funcionamiento intelectual general, o de la conducta adaptativa, similar al de las personas mentalmente retardadas o que requieren tratamiento y servicios similares a los de esas personas.
 - 3.- Dislexia resultante de una incapacidad descrita anteriormente, que se origina antes que la persona alcance los 18 años de edad, ha continuado o puede esperarse que continúe indefinidamente, y constituye un-

impedimento sustancial para que esa persona pueda desenvolverse normalmente en la sociedad. (8)

INCAPACITADO:

las personas con limitaciones físicas causadas por herencia, enfermedad, daño traumático o proceso de envejecimiento. (8)

EXCEPCIONAL:

El niño que se desvía del niño promedio o normal en sus características mentales, físicas o sociales, en tal medida como para requerir una modificación en las prácticas escolares o servicios educacionales especiales a fin de poder desarrollar su capacidad máxima. (8)

IMPEDIDO:

Son considerados impedidos los niños si no pueden dentro de los límites, jugar, aprender, trabajar o hacer cosas, que otros de su edad pueden hacer, o si están trabados para alcanzar sus potencialidades completas físicas, mentales y sociales.

Los individuos que, debido a una incapacidad física o mental, están en desventaja para realizar una o más actividades principales en la vida, incluyendo comunicación, movimiento, empleo, educación, socialización y autocuidado.

Las personas limitadas por barreras sociales y físicas dentro de la sociedad. (6)

CAPITULO II

Padecimientos Medicos y Tratamiento TRASTORNOS SANGUINEOS

Son de interés para el dentista los problemas de sangrado ya que muchos procedimientos dentales necesitan cirugía. El control de los diversos tipos de padecimientos hemorrágicos debe hacerse con el tratamiento de ese problema en particular a través de la comprensión total de la entidad patológica específica. Quizás no exista otro ejemplo en la medicina y odontología en que la cooperación entre el médico y el dentista sea tan importante. Es indispensable entender la causa específica del sangrado como serían aquellas relacionadas con deficiencias específicas de factores de coagulación, trombocitopenia, enfermedad Von Willebrand o disfunción causada por sustancias químicas. (6)

La deficiencia del factor VII es un ejemplo de los problemas dentales que pueden relacionarse con trastornos hemorrágicos. Es frecuente que los problemas dentales específicos no se relacionen desde el punto de vista etiológicos con el trastorno hematológico. Sin embargo el tratamiento dental es más agudo en un niño con padecimientos de ese tipo. Las respuestas fisiológicas normales más sencillas como la caída de un diente, puede ser un problema agudo para estos pequeños. Por lo tanto es importante iniciar cuanto antes los cuidados dentales regulares y mantener la boca en un ideal estado óptimo de salud. (6)

Quando se esté contemplando algún procedimiento dental deberán tenerse en cuenta las siguientes situaciones terapéuticas encada niño:

1.- Antes de inyecciones o procedimientos quirúrgicos puede ser necesario el reemplazo de factores para elevar la concentración hasta por lo menos 50% de su actividad. Esto puede lograrse con la administración del concentrado de factor indicado 30 minutos antes de la cita. Sin embargo, el reemplazo de factores antes de inyecciones alrededor del cemento o infiltrativas simples, puede no ser necesario.

2.- A menudo se puede realizar procedimientos rutinarios sin el reemplazo de factores. El dentista que conoce el procedimiento podrá efectuar procedimientos de restauración sin producir más que un ligero sangrado que se pueda controlar con facilidad.

3.- Pueden efectuarse en estos niños, si se hacen con cuidado los procedimientos de restauración, sobre la pulpa o de ortodoncia.

4.-El niño con problemas específicos de hemostasia debe ser evaluado con regularidad para detectarle trastornos dentarios. En estos casos en particular, es de primordial importancia la prevención de las enfermedades dentales.

5.- Pueden estar indicadas las técnicas de sedación y hasta la anestesia general para el tratamiento de problemas dentales graves, en especial cuando se planean procedimientos quirúrgicos .

6.- La hemostasia adecuada puede lograrse con agentes hemostático del tipo Gel-Foam o Suiргical. En ocasiones, pueden usarse junto con trombina tópicamente.

7.- Se aconseja que las suturas a tensión no hagan presión después de la extirpación quirúrgica de los dientes, ya que puede haber hemorragia prolongada cuando la sutura penetra a los tejidos.

8.- En todos los procedimientos quirúrgicos se rempazan los factores antes de realizarlos y mantenerlos en el posoperatorio con el ácido épsilonaminocaproico para disminuir la actividad fibrinolítica de las enzimas de la saliva.

9.- Los dentistas que conozcan bien los diversos esquemas para los problemas de hemostasia son los indicados para tratar niños con estas alteraciones y el equipo medicodental debe conocer los esquemas para prevenir o controlar cualquier reacción.

10.- Como cualquier niño que haya recibido factores de la sangre, deberán instituirse las medidas preventivas adecuadas por parte del equipo dental para disminuir al mínimo la posibilidad de transmisión de hepatitis al personal consultorio o a otros pacientes. Si algún pequeño ha adquirido hepatitis o se sabe que es portador del virus, el medico debe proporcionarle esta información al dentista.

11.- A menudo, el sitio ideal para llevar a cabo el tratamiento es algún centro en el que existe programas para hemofílicos. (4)

1.- HEMOFILIA

Después de los primeros estadios de control de la salida de sangre de una herida por vasoconstricción y formación de un tapón de plaquetas, se inicia el mecanismo de coagulación de la sangre. Esta complicada reacción implica una gran cantidad de factores y una deficiencia en uno de ellos puede romper la cadena.

Los factores implicados en la coagulación sanguínea son:

Factor I	-Fibrinógeno
Factor II	- Protrombina
Factor III	- Tromboplastina
Factor IV	- Calcio
Factor V	- Proacelerina, acelerador globulinico o factor lábil
Factor VI	- Factor lábil activado (a veces omitido).
Factor VII	- Factor estable o proconvertina
Factor VIII	- Factor antihemofílico, globulina antihemofílica (GAH)
Factor IX	- Componente tromboplastina plasmática (CTP) o Factor - Christmas.
Factor X	- Factor Stuart-Prower
Factor XI	-Antecedente tromboplastina plasmática (ATP)
Factor XII	- Factor Hageman. (9)

Un defecto así suele ser heredable, siendo el más común de ellos la hemofilia clásica o deficiencia del factor antihemofílico, y que corresponde a tres cuartos de los casos. Otro es la deficiencia del componente tromboplastina plasmática - enfermedad de Christmas, que solo fue diferenciada de la verdadera hemofilia - hace relativamente poco cuando las técnicas de laboratorio se desarrollaban suficiente. Es más raro que el factor XI u otros sean defectuosos.

Los hemofílicos generalmente tienen un tiempo de coagulación prolongado y muestran una tendencia anormal a la salida de sangre continuada de las heridas, en los tejidos y típicamente en las articulaciones. (9)

A.- HEMOFILIA "A"

Hemofilia Clásica, Deficiencia de Factor Antihemofílico (FAH), de Globulina antihemofílica (GAH), o del factor VIII.

La hemofilia verdadera es una deficiencia del Factor VIII, que afecta principalmente a los varones, y se hereda como un carácter recesivo vinculado al sexo. El defecto es llevado en el cromosoma X, de manera que un padre hemofílico y una madre normal tendrán hijos normales e hijas portadoras, mientras que un padre normal y una madre portadora tendrán hijos normales y afectados e hijas portadoras. (9).

Una mujer portadora puede tener cierto grado de deficiencia del factor VIII y un tiempo de coagulación bastante prolongado, aunque raramente una tendencia a la sangría de verdadera importancia clínica. Más de un cuarto de los casos no parecen tener historia familiar del defecto y aunque algunos de ellos deben ser consecuencia de la pequeñez de números en la familia, de todas maneras la velocidad de mutación que produce casos primarios parece bastante elevada. (9)

El grado de severidad que afecta miembros de la misma familia tiende a ser muy similar, y algunas familias tendrán casos graves, mientras otras tienen casos leves. Los problemas clínicos surgen en pacientes con 30 por ciento o menos del factor VIII, pero raramente con niveles superiores a éste. El tiempo de coagulación de la sangre total sin embargo, puede ser normal con solamente 5 por ciento o menos, y la historia y condición clínica del paciente debe ser considerada también al un diagnóstico posible. Aquellos con hemofilia leve tienen un nivel de 30 por ciento o más bajo, y pueden seguir sin que se descubra un estado hasta la adultez, aunque pueden dar una historia de una extracción dentaria en la niñez en la que la salida de sangre fue prolongada pero no tan grave como para requerir ayuda del hospital. Los más severamente afectados, quienes tienen poco o nada del factor VIII, sufren episodios hemorrágicos repetidos desde el comienzo de la niñez sobre todo cuando están aprendiendo a caminar y las caídas son frecuentes con contusiones extensas o un hematoma por un golpe trivial. Un tipo común de salida de sangre externa en esa época es por un golpe en la nariz, o en los dientes frontales, lo que no es infrecuente en un niño que hace pininos. (9)

Aparte de la dificultad principal de la sangría uno de los problemas mayores es el de la hemorragia en las articulaciones. Esto ocurre tarde o temprano en todos los casos más severos y episodios repetidos conducen a la anquilosis y la deformidad.

Cuando sucede esto, el paciente tiene dolor intenso, y hay hinchazón y limitación del movimiento. Se necesita tratamiento temprano en el hospital, y el miembro es inmovilizado, habitualmente en yeso. Para prevenir o ayudar en la reparación de este tipo de daño en las articulaciones que soportan peso de los miembros inferiores, al niño se le deben adaptar calibradores. (6)

Otro efecto posible de la hemorragia interna es el desarrollo de quistes sanguíneos que producen erosión ósea.

Después de los primeros años de niñez el paciente ha aprendido a cuidarse mejor contra el daño y los períodos en el hospital se hacen menos frecuentes. Si se produce la muerte la causa suele ser una pérdida de sangre grave, asfixia por sangría en los tejidos del piso de la boca o del cuello, o por hemorragia intracraneal.

El tratamiento en el hospital para controlar la hemorragia puede incluir el empleo de sangre total, plasma fresco congelado o fracción GAH. La sangre total habitualmente se da solamente cuando ha habido una pérdida de sangre intensa y se necesita reemplazarla de otro modo se usa plasma fresco congelado o GAH. No sólo se usa GAH humana sino animal, y como es concentrado, el nivel en la sangre del receptor se eleva más fácilmente que cuando se usa plasma. Desafortunadamente, puede surgir una complicación seria con el desarrollo de un inhibidor en la sangre que es específico para el factor VIII y lo destruye. Puede desarrollarse contra la GAH humana o cualquiera de los tipos animales, o contra todos ellos. Es, por lo tanto de vital importancia que la presencia del inhibidor sea cuidadosamente investigada antes de someter al paciente a la cirugía. (9)

B.- HEMOFILIA " B "

Enfermedad de Chirstmas, Deficiencia del Factor IX o como componente Tromboplastina Plasmática (CTP).

La deficiencia del factor IX es un defecto transmitido como un carácter recesivo vinculado al sexo exactamente la misma forma que la hemofilia clásica, pero las portadoras mujeres tienen una mayor tendencia a algún grado de anomalía de sangría. Clínicamente, los efectos son los mismos que los de la deficiencia que los del factor VIII y no se los distingue de ellos. En el tratamiento de la hemorragia, sin embargo, un concentrado del factor IX no es normalmente asequible y el plasma parece ser la mejor fuente para elevar el nivel sanguíneo del factor, idea que esos pacientes presentan un problema clínico muy difícil. Los pacientes con síntomas leves pueden tener aproximadamente un nivel del 5 por-

ciento del factor en la sangre, mientras que los afectados gravemente no tienen nada detectable. Estos tienen tendencia a las sangrías espontáneas, mientras los primeros tienen sangría prolongada y considerables magulladuras después del trauma (8).

C.- HEMOFILIA " C "

Deficiencia del factor XI, Deficiencia del antecedente de Tromboplastina - Plasmática (ATP), .

Esta es una deficiencia en la que hay un tiempo de coagulación prolongado como la deficiencia de los factores VIII y IX. Pero el modo de herencia es diferente. Se transmite como un carácter dominante no vinculado al sexo y un gen defectuoso de cualquiera de los padres resulta en un niño afectado. Se puede esperar que los hijos de un padre defectuoso sean numéricamente la mitad normal y la mitad afectados. El grado de severidad en miembros de la misma familia es muy variable, pero los efectos clínicos son similares a los que aparecen en las deficiencias de los factores VIII y IX, aunque tienden a hacer menos severos y varían en grado de tiempo en tiempo en el mismo paciente. El nivel sanguíneo del factor XI puede ser mejorado por la administración de plasma para el tratamiento de la hemorragia. (6)

2v- SINDROME DE VON WILLEBRAND:

Los pacientes con el síndrome completo de la enfermedad de Von Willebrand tienen tiempos de sangría prolongados, baja adhesividad de plaquetas y niveles bajos de factor VIII. Sin embargo muchos pacientes tienen una enfermedad leve o parcial y el grado de anomalía de cualquier test de laboratorio puede variar de tiempo en tiempo en el mismo paciente. En la mayoría de las familias el patrón hereditario parece ser dominante autosómico con expresión variable. Esto es, algunas personas afectadas en la misma familia pueden tener una afección moderadamente grave. Mientras otros tienen una condición leve escasamente detectable. (8)

El tiempo de sangría prolongado se debe probablemente a la disfunción de las plaquetas, la cual se refleja en su incapacidad de adherir al vidrio "in vitro" y puede ser corregida lavándola en plasma normal. Esto es, las no son intrínsecamente defectuosas: les falta un cofactor necesario para la adhesión normal.

El bajo nivel de factor VIII es causado por una menor producción de la molécula

la de factor VIII normal. Si aun paciente se le hace una transfusión de plasma normal su nivel de factor VIII aumentará inmediatamente la cantidad calculada y luego continuará subiendo durante las proximas 24 horas aproximadamente. Esta elevación secundaria demorada en el factor VIII se atribuye a la producción del factor VIII adicional por el paciente, quien necesitaba algún precursor o sustancia reguladora, provista por el plasma normal. (8)

Los pacientes con enfermedad de Von Willebrand tienen el mismo tiempo de eflujo sanguínea que los pacientes con hemofilia A con niveles de factor VIII similares. Además, debido al problema con las plaquetas, los pequeños cortes superficiales en la piel y mucosa sangran excesivamente, y las epistaxis son comunes. Las mujeres suelen sufrir de menorragia.

Para tratar una hemorragia aguda en un paciente con una deficiencia leve de factor VIII, una dosis de plasma fresco congelado puede corregir la deficiencia y la disfunción de las plaquetas los pacientes con deficiencias de factor VIII -- grave pueden requerir crioprecipitado o concentrado de factor VIII para alcanzar un nivel adecuado inmediato de factor VIII. La duración de la mejoría en la adhesividad de las plaquetas después de una transfusión de plasma es sólo de unas 5 horas, de modo que la salida de sangre de lesiones mucosas puede volver a producirse en unas pocas horas cuando la adhesividad retorna a niveles base bajos aunque el nivel de factor VIII puede todavía ser normal.

Para un procedimiento quirúrgico, el plasma debe darse de antemano a fin de corregir los defectos en la adhesividad de las plaquetas y en el factor VIII. Si vuelve a salir sangre después de la operación, puede darse plasma nuevamente. En cirugía mayor, el plasma puede darse dos veces en el día durante el periodo de recobramiento posoperatorio. (4)

- Estado bucal:

No hay rasgos distintivos especiales asociados con hemofílicos. Su higiene bucal suele ser pobre ya que pueden no cepillarse los dientes regularmente por miedo a iniciar una sangría, por supuesto este desuido tiende a producir gingivitis y una más fácil salida de sangre de las encías.

La proporción de caries puede ser bastante elevada en algunos pacientes. Estos niños a menudo son consolados con dulces para impedirles hacer algo indeseable, o para que no se lastimen, y tienden no sólo a consumirlos en demasía sino también a toda hora.

Las comidas pueden estar compuestas en gran parte por hidratos de carbono debido a la ansiedad de provocar una sangría gingival con alimentos duros o fibrosos. Estos factores y la falta de higiene bucal predisponen a las caries. (2)

La exfoliación de dientes primarios no suele causar ningún trastorno. En el caso ocasional donde ocurre, hay una prolongada salida de sangre de la encía con el diente primario adherido muy flojamente a parte del tejido blando marginal.

La molestia constante de la corona floja por la lengua y el labio impide el cese normal de la sangría capilar por contracción y tapón de plaquetas, el desprender el diente de las adherencias remanentes permite que ese mecanismo funcione satisfactoriamente. (2)

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO:

El odontólogo debe, en primer término, familiarizarse con la historia médica del paciente. Necesita saber especialmente la gravedad del defecto sanguíneo ya que esto influirá la elección del tratamiento. (9)

Un niño afectado severamente puede llegar para tratamiento odontológico en algunas ocasiones en una silla de ruedas, con una pierna enyesada, o usando calibradores, y debe tener un soporte adecuado cuando se sienta en el sillón dental. Aparte de proporcionar un descanso adecuado para la pierna si es necesario, el sillón dental suele estar satisfactoriamente mullido, pero en algunos modelos el asiento adicional para pacientes pequeños tiene un borde duro en el frente que puede producir un hematoma en la parte posterior de las piernas si no se lo acolcha un poco más. (9)

El primer procedimiento con un paciente nuevo debe ser un examen bucal completo y un fichado minucioso. Hay que anotar el estado de las encías y la higiene bucal, y la presencia y extensión de todas las caries y maloclusión. Las radiografías interproximales deben ser parte del control regular de rutina. La cooperación del niño debe lograrse luego del tiempo empleado para conocerle. (9)

La prevención es una parte muy importante de la atención odontológica de un paciente hemofílico y hay que considerar los aspectos periodontales y de caries. Debe darse instrucción sobre el cepillado dental y repetirse a intervalos. El niño y los padres deben estar plenamente informados de las razones y el valor de esta tarea bastante tediosa y la lección puede llevarse al hogar usando soluciones o pastillas reveladoras.

El cepillo de dientes no debe ser duro y es mejor usar uno blando más vivamente. Un cepillo a baterías es una ayuda valiosa, no sólo porque facilita el cepillado, sino que su cabeza pequeña permite limpiar correctamente la cara bucal de los molares superiores y la lingual de los molares inferiores sin trauma o arcadas. El cepillo corriente operado a mano ocasionalmente resbala y produce abrasiones -- que pueden alarmar al paciente, un inconveniente que no es posible con el cepillo a baterías. Este tiene cerdas blandas y puede usarse muy eficazmente para brindar estímulo gingival. (6)

Es útil tratar con los padres la importancia de una buena dieta, poniendo énfasis en la necesidad de alimentos fibrosos y de evitar comidas a base de hidratos de carbono. Hay que mencionar la importancia de ir a la cama con dientes limpios y no beber ni comer nada que no sea agua después del cepillado. :

Si la zona de residencia del paciente no tienen aguas fluoradas entonces hay que recetar tabletas con fluoruro como medida preventiva de rutina, por cierto en todos los pacientes menores de 8 a 10 años. Hay que averiguar si hay carones más pequeños en la familia y en ese caso insistir para que se controlen sus dientes. -- Los síntomas del defecto no suelen manifestarse en la infancia y es bueno estimular a los padres para que den tabletas con fluoruro a los infantes varones en familias hemofílicas, como una medida precautoria para proteger los dientes contra la caries tan pronto como sea posible y , por lo tanto, contra la posibilidad de necesitar extracciones. (9)

Si las extracciones son inevitables, por supuesto deberán realizarse en el hospital con internación del paciente y por un cirujano bucal experimentado, junto con el hematólogo y los médicos correspondientes. Esto suele hacerse bajo anestesia general y con la preparación hematológica adecuada. Se confecciona antes una gotera para proteger el coágulo sanguíneo en los alvéolos, y si hay que extraer varios dientes entonces puede ser una ventaja limitar la cirugía aun máximo por vez, pero esto es asunto para consultar con el cirujano. Ningún paciente así debe ser admitido como listo para extracciones hasta que todos los dientes dudosos hayan sido investigados y fichados claramente los dientes insalvables. (9)

La construcción de una gotera removible no presenta problemas. Se necesitan buenas impresiones, superior e inferior, en alginato y los modelos se hacen en yeso piedra. La oclusión debe ser registrada de manera que los modelos pueden ser articulados, si es necesario. Los dientes a extraer se cortan de los modelos

sin ningún desgaste de los reborde gingivales de manera que el resultado represente la boca después de la operación. Se hace una placa de acrílico para cubrir el paladar, en la superior, o la cara lingual del maxilar inferior, según se requiera, y se extiende sobre los alvéolos de los dientes extraídos asía el lado bucal. El objeto de esto es proteger los alvéolos y sus coágulos y no presionar sobre ellos. El aparato se retiene en los ganchos de adams.

Cuando se extraen todos los molares en el arco la retención es por ganchos en los dientes anteriores y, si es necesario, un agregado al aparato sobre las partes distales del arco hasta el nivel oclusal, en forma de bloque de mordida para ocluir confortable pero no forzadamente con los dientes antagonistas. Esto se usa varios días después de la operación y se sacan sólo para limpieza, reubíndolos inmediatamente. (9^a).

Aparte de la gingivitis debida a pobre higiene bucal, esta no suele ser un problema en niños pequeños. En el adolescente puede haber los mismos signos que en un paciente normal. El raspaje no representa un problema real siempre que se tenga cuidado de no traumatizar la encía indudablemente. Cualquier salida de sangre que ocurra es superficial y de tipo capilar y cesará normalmente. Ese raspaje debe ser meticuloso ya que el más pequeño residuo de cálculos puede causar irritación gingival con sangría y formación de bolsa. Sin embargo, una gingivectomía está contraindicada ya que afecta más que las pequeñas terminaciones capilares y puede originar una sangría considerable y persistente. Cualquier zona localizada pequeña de gingivitis debe ser investigada cuidadosamente y puede ser el resultado de un trozo de cálculo, un pequeño cuerpo extraño, una obturación sobresaliente o una zona de oclusión traumática.

Ocasionalmente el colgajo de encía sobre un molar en erupción se inflama y debe ser tratado pintando debajo de él cuidadosamente con violeta de genciana al 1% o con ácido tricloroacético y glicerina. Cualquier infección bucal aguda debe ser tratada pronta y eficazmente, y si hay alguna duda en cuanto al tratamiento, debe solicitarse el consejo del médico a cargo del paciente. Los antibióticos deben darse solamente por vía bucal o intravenosa y nunca intramuscular.

En la conservación la dificultad principal es la contraindicación de la anestesia local. Las inyecciones profundas para bloqueo del dentario inferior y en el piso de boca nunca debe darse, ni siquiera en un caso leve.

En esas inyecciones ocurre con frecuencia un daño a los vasos y esas zonas tienen espacios tisulares por los que la sangre puede pasar sin dificultad. Aunque en un paciente normal puede producirse un hematoma, y en el hemofílico la sangre no coagulada puede pasar a los tejidos del cuello y hasta al mediastino, provocando grave trastorno respiratorio y muerte.

En casos leves puede ser permisible infiltrar en los tejidos firmemente adheridos en el borde gingival en el lado bucal, si la preparación de la cavidad es muy dolorosa. En una zona así la hemorragia suele ser autolimitante y accesible para el control si es necesario. La anestesia por infiltración solamente debe usarse con el acuerdo del médico responsable quien conoce las comprobaciones hematológicas. (4)

En casos de especial dificultad los procedimientos conservadores pueden hacerse bajo anestesia general con el consentimiento de los médicos responsables de los médicos responsables de la atención general del paciente. Esto se realiza con administración endotraqueal, pasando el tubo por la boca mejor que por la nariz, para evitar trauma a las adenoides. Se necesita intervención en el hospital por un mínimo de dos a tres días, con facilidades a la mano para control de la hemorragia en caso de dificultades para pasar el tubo. (4)

La preparación de la cavidad debe efectuarse cuidadosamente con un buen apoyo de los dedos para evitar cualquier escapada de instrumentos, y siempre que sea posible hay que extenderse profilácticamente a zonas susceptibles. Si el diente es especialmente sensible a los instrumentos es útil usar frezas de diamante y hacer toda la extensión a una profundidad justo por sobre el límite amelodentina-rio.

Las cavidades que afectan el borde gingival no deben inquietar demasiado si se tiene cuidado y se usan con cautela los recortadores del margen cervical. Cualquier salida de sangre gingival ligera cesa normalmente.

La banda matriz, sin embargo, debe ser colocada cuidadosamente evitando empujarla demasiado hacia abajo, para no dañar innecesariamente las fibras periodontales. El eyector de salida debe usarse con cautela y cualquier daño al piso de boca se atrapan los tejidos blandos en la punta del eyector debe ser controlado. Un hematoma en piso de boca es un asunto serio y si se produce hay que buscar consejo en el hospital. (9)

Las grapas del dique de goma no deben usarse porque con frecuencia aprietan o lastiman en forma marcada la papila interdientaria y el borde gingival. Si se usa el dique debe ser retenido con seda encerada. (9)

Tratamiento Pulpar: Las exposiciones vitales en dientes permanentes pueden ser protegidas, si el operador tiene buen éxito con este tipo de tratamiento. La pulpomotomía presenta un problema de anestesia pero puede ser efectuada con anestesia por inhalación, si se dispone de ella con un buen anestesista. Antes de iniciar la inducción hay que insertar un buen abre bocas ya que es menos traumático que abrir la boca forzosamente después. Se dice que no hay problema de hemorragia de la pulpa asociada con este tipo de operación pero parece posible que la presión debida a la sangría pueda surgir en la cámara sellada y producir así la muerte pulpar. Cuando está indicada la extirpación de una pulpa vital, esta se realiza mejor con la ayuda de una pasta desvitalizadora ya que la anestesia local está contraindicada. Después de esto, se pueden emplear los procedimientos corrientes de terapia radicular.

En dientes primarios, la exposición de una pulpa vital debe ser tratada por desvitalización más que intentar una protección. El material de obturación debe ser reabsorbible para permitir la exfoliación normal. Los molares primarios, por otra parte, no se prestan para obturación radicular, y se puede emplear una técnica de esterilización y momificación. Este tratamiento debe ser seguido periódicamente, controlado por medio de radiografías de estado apical.

Dientes con extensas zonas radiolúcidas que indican infección periapical, e incisivos permanentes muertos con ápices abiertos, pueden ser tratados satisfactoriamente limpiando a fondo los conductos por los métodos corrientes y colocando pasta reabsorbible después del secado. (5).

Maloclusión: Cualquier plan de tratamiento para la maloclusión en un paciente hemofílico debe tomar en cuenta la severidad del problema de sangría. La necesidad de extracciones para aliviar apinamiento, la actitud del niño con respecto a la maloclusión y el grado de defecto sanguíneo, debe ser discutidas con el hematólogo y el médico a cargo del paciente. Normalmente, las extracciones serán consideradas solo en el hemofílico menos grave, pero en el caso más serio hay que tomar en cuenta si un diente puede traumatizar los tejidos blandos. Un ejemplo de esto es el camino superior ubicado fuera del arco bucalmente, en tal forma que constituye una amenaza constante de trauma al labio.

La aparatología debe ser mínima para el niño gravemente afectado, pero algunas maloclusiones son más dañinas si se las deja.

En los hemofílicos más leves se puede hacer un tratamiento ortodóntico más elaborado y se pueden usar aparatos fijos con mucho cuidado.

3.- ANEMIA:

Es una reducción anormal de la cantidad de eritrocitos circulante cantidad de hemoglobina y volumen de células rojas consertradas en na determinada uidad de sangre. (6)

Las manifestaciones bucales y otras de niños con anemia suelen presentar se por cambios en el metabolismo del epitelio mucoso. Estos se presentan como ca racterizaciones poco usuales de la geografía epitelial. A menudo hay afección de la lengua con atrofia de las papilas. Pueden haber modificaciones en la mucosa que incluyen ulceración o reacciones inflamatorias como gingivitis o periodontitis. En ocasiones estos pacientes tienen alterado el sentido del gusto que puede estar relacionado con cambios en el epitelio de la lengua, también son susceptibles a la moniliasisbucal y con frecuencia tienen queilosis angular. Pueden presentar manifestaciones bucales relacionadas con deficiencias de vitaminas que en ocasiones les causen sensación de quemadura dolorosa en los tejidos bucales. (4)

Hay algunos signos bucales y físicos comunes a todas la anemias hemolíticas,

Cuando la hemólisis llega al punto de producir anemia hay palidez que se observa más fácilmente en el lecho de las uñas y la conjuntiva. También se puede observar palidez de la mucosa bucal sobre todo al nivel del paladar blando, lengua y región sublingual al progresar la anemia. A diferencia de las anemias por sangrado o la insuficiencia de determinados factores, las anemias hemolíticas producen ictericia, debido a la hiperbilirrubinemia por destrucción de los eritrocitos. Esta ictericia se percibe mejor en la esclerótica, pero también puede notarse en la piel, paladar blando y piso de la boca al ir aumentando la bilirubina del suero. Hay hiperplasia de los elementos eritroides de la médula, en un intento por compensar la anemia. Esta hiperplasia produce un aspecto característico de los dientes a rayos X. A causa del agrandamiento de los espacios medulares las trabéculas se hacen más prominentes, creando una mayor transparencia radiológica de los huesos, con estriaciones laminares prominentes. En ciertas anemias hemolíticas puede haber esplenomegalia pero este signo es inconstante. (4)

En otros casos el tratamiento médico puede modificar los procedimientos dentales normales. Cuando el paciente recibe esteroides, el dentista debe conocer el esquema específico para proporcionar un adecuado tratamiento. Estos niños son más susceptibles a las infecciones por lo que la prevención de los padecimientos dentales es de mayor importancia. Debe tomarse en cuenta la posibilidad de una bacteriemia aguda e instituir medidas preventivas indicadas antes de realizar cualquier procedimiento dental. Muchas veces es necesario el tratamiento paliativo cuando existen cambios anormales en los tejidos. Estos pueden incluir desqueratinización y atrofia epitelial de la lengua. En ocasiones se pueden aliviar las molestias con enjuagues bucales.(6)

4.- ENFERMEDAD DREPANOCITICA:

El tratamiento dental para los niños con enfermedad drepanocítica puede ser complicado y amerita modificaciones. Hay capacidad disminuida para la oxigenación de los tejidos en situaciones de estrés. Por lo general, tienen osteoporosis generalizada de la mandíbula y mayor posibilidad de infección ósea o subperiosteica que otros niños.

Desde el punto de vista radiológico, hay tendencia a zonas de radioluminiscencia en el hueso con un patrón trabecular rústico y lamina dura prominente. Hay pérdida del hueso alveolar y mayor susceptibilidad a la enfermedad periodontal en los casos inestables con múltiples crisis. Los negros deben someterse a una revisión para conocer el estado del padecimiento antes de iniciar cualquier procedimiento dental. El médico dará a conocer al dentista la enfermedad y la extensión de las manifestaciones físicas. (6)

En estos niños es importante la prevención de las enfermedades dentales ya que éstas pueden modificar su capacidad para tolerar la sedción o la anestesia general en el caso de restauraciones. Los procedimientos dentales deben realizarse con un mínimo de estrés. A menudo, esto se logra con un acercamiento psicológico. El médico y el dentista deben discutir la necesidad de mantener las vías aéreas permeables y evitar las citas largas y estresantes. Se recomiendan los sedantes que no disminuyan la respiración. Están indicados los anestésicos locales sin vasoconstrictores. La prilocaína se ha relacionado con la formación de metahemoglobina por lo que se debe advertir al dentista de este probable efecto indeseable. Los anestésicos generales tienen mayor riesgo para estos pacientes, y se requiere una buena evaluación médica para descubrir organomegalias y valoración de

concentración de hemoglobina antes de escoger esta alternativa. (6)

Aunque no está indicada la administración profiláctica de antibióticos antes del empleo de tratamientos dentales habituales, deben tenerse en cuenta las infecciones bucales odontogénicas o no odontogénicas. Se usan antibióticos profilácticos de amplio espectro en niños con antecedentes de episodios infecciosos -- múltiples o en procedimientos quirúrgicos en los que se espere curación tardía o infecciones. Una complicación posoperatoria puede ser la invasión por estafilococos o salmonela que originen osteomielitis. (6)

Se toman la precauciones necesarias para la hepatitis durante el tratamiento dental cuando haya antecedentes de transfusiones sanguíneas. (6).

TRASTORNOS CARDIOVASCULARES

Las urgencias cardíacas mortales son raras en el consultorio del dentista - pero esto no significa que el dentista deba ignorar los posibles problemas que plantean los enfermos del corazón. La amplia gama de fármacos potentes que reciben en la actualidad este tipo de enfermos del sistema cardiovascular constituye también un problema para el dentista que los trata. Las infecciones de origen dental o bucal pueden además ocasionar o agravar una endocarditis, en ciertos casos de enfermedades cardiacas, cualquier intervención o anestesia representa un riesgo considerable. El dentista también desempeña un papel importante al descubrir en fase temprana enfermedades cardiovasculares que pueden tratarse, como la hipertensión. (1)

Existen muy pocos padecimientos bucales con etiología específica en pacientes con padecimientos cardiovasculares adquiridos o congénitos; estos niños ameritan gran cooperación entre el dentista y el médico para disminuir al mínimo el riesgo de cualquier trastorno dental. Las manifestaciones bucales pueden incluir cianosis de labios y encías, gingivitis, estomatitis, glositis, retraso en la erupción de los dientes, defectos estructurales del esmalte relacionados con situaciones de hipoxia durante el principio del crecimiento, cambios en el color de los dientes por medicamentos o productos de la sangre y aumento de la actividad de la caries por mala higiene bucal. El problema más importante para el dentista es asegurar el bienestar físico del chico durante el procedimiento dental. A los padres se les debe informar la naturaleza del trastorno cardíaco específico y de si se empleará o no algún esquema profiláctico de antibióticos para el procedimiento dental. (1)

El médico y el dentista deben discutir la cobertura de los antibióticos, de anestesia, sedación, tratamiento medicamentoso y otras consideraciones médicas y dentales antes del inicio de cualquier procedimiento dental o quirúrgico. Se debe informar al médico la naturaleza del procedimiento que efectúara y llegará a un acuerdo mutuo del mejor plan para cada niño en particular. (4)

La atención a problemas odontológicos en pacientes con enfermedades cardiovascularvasculares requiere una estrecha cooperación entre el médico y el dentista. El médico debe tener presente los problemas que confronta el dentista, y a su vez, el dentista debe conocer el problema médico, y las limitaciones a las que obliga.

Se requiere comprensión, respeto y cooperación mutua entre el médico y el dentista, en interés del propio paciente(4).

El médico insistirá en la importancia de recibir cuidados óptimos para la salud de la boca. Las evaluaciones regulares y la prevención de los padecimientos dentales disminuirán la posibilidad de complicaciones infecciosas del aparato cardiovascular.

Esta indicada la profilaxia con antibióticos para proteger de la endocarditis bacteriana subaguda en los procedimientos dentales que pudieran causar bacteriemia transitoria en un paciente con antecedentes de cardiopatía reumática, cardiopatía congénita o algún defecto corregido del corazón. (4)

Es importante recurrir, en el paciente con angina de pecho, enfermedad coronaria o enfermedad cardiaca hipertensiva, como premedicación, a un barbitúrico de acción corta antes de la anestesia local o de la realización de maniobras quirúrgicas dentales.

El dentista debe consultar al medico tratante antes de administrar antispasmodicos como atropina o metantelina. las dosis empleadas en odontología pueden dar lugar a taquicardia, lo que es inconveniente en ciertos enfermos del corazón.

La mayoría de los procedimientos dentales deben realizarse en el consultorio con el empleo de las técnicas adecuadas para disminuir la ansiedad. Está indicado el control del dolor con anestésicos locales. El control de la ansiedad es un punto importante para el tratamiento en niños con cardiopatías congénitas. Se tendrá cuidado al escoger los sedantes. Sólo utilizarán aquellos que produzcan depresión respiratoria mínima o ninguna, en especial cuando el chico algo de cianosis. El control del dolor es, quizás, el aspecto más importante del tratamiento de la ansiedad. La disminución del estrés puede incluir el empleo de tranquilizantes, psicosedación con oxígeno y óxido nítrico, con una concentración de oxígeno por arriba de 50% , en ocasiones, un anestésico general para producir un ambiente adecuado que permita cuidados dentales óptimos.(4)

Suele recomendarse algún anestésico local con un vasoconstrictor ligero para obtener anestesia profunda. Se pueden escoger anestésicos como la carbocaina sin vasoconstrictor para disminuir al mínimo cualquier efecto sistémico que pudiera presentarse; sin embargo, se alteran la profundidad y duración de la anestesia. Se evitará la introducción intravenosa de cualquier anestésico con las técnicas cuidadosas. (1)

Se informará al dentista si el niño tiene marcapaso. Muchos de los aparatos que se utilizan en el consultorio dental pueden interferir con la conducción del marcapaso y producir trastornos del ritmo cardíaco. Se recomienda tener a la mano equipo para la reanimación cardíaca para el caso hubiera interrupción del marcapaso.

Si el chico está recibiendo anticoagulantes después de alguna reparación cardiovascular o ingiere aspirinas durante mucho tiempo, se le informara al dentista. En este caso, se tomarán las medidas adecuadas para evitar la hemorragia prolongada antes de cualquier tratamiento dental.

Es necesario ajustar la dosis antes del empleo de anestésicos generales. Los agentes que inhiben la saliva pueden afectar al corazón y producir taquicardia. Por esta razón, es probable que el agente de elección sea el oxígeno con óxido -- nitroso ya que no deprime al miocardio y tiene poco efecto sobre el ritmo cardíaco o la circulación periférica. (1)

1.- ENFERMEDAD CARDIACA CONGENITA:

La etiología de los defectos de desarrollo del corazón es desconocida, pero se ha sugerido la asociación con rubeola materna durante las primeras 12 semanas del embarazo, y otras infecciones virales como el sarampión y las paperas. Los defectos cardíacos congénitos ocurren en aproximadamente un tercio de los pacientes mongólicos.

Muchos defectos son tan leves que pueden no causar incapacidad y no ser descubiertos hasta que se encuentra un murmullo durante un examen médico de rutina. En el caso más marcado, el niño puede quedar sin aliento durante el ejercicio, cansarse fácilmente y tener ataques recurrentes de infección respiratoria. En el caso grave, hay limitaciones de esfuerzo, y posible falta de crecimiento y falla de prosperar. (9)

Un niño con defecto cardíaco congénito habitualmente tiene poca o ninguna restricción en su actividad porque ha crecido con él y ha aprendido cuál es su capacidad para el esfuerzo. Si hay agrandamiento cardíaco o signos de falla, es probable una prohibición en los juegos organizados, pues estos exigen momentos de esfuerzo continuado que podrían ser perjudiciales en esas circunstancias. Otra excepción puede ser un paciente con estenosis aórtica, una condición en la que puede producirse la muerte repentina después de un ejercicio intenso, lo que es raro en la enfermedad cardíaca congénita. (9)

Se espera que estos pacientes lleven vidas normales, o lo más normales posibles en el caso más grave. Cualquier infección debe ser tratada pronta y vigorosamente, ya que la prevención de la endocarditis bacteriana y de cualquier tendencia a la falla cardíaca congestiva es un aspecto importante de la atención. Un paciente quien ha tenido signos de falla cardíaca puede encontrarse en dosis de mantenimiento de digital generalmente en forma de digoxina. Esta se toma por boca, habitualmente dos veces por día, y tiene el efecto de reforzar las contracciones del músculo cardíaco y aumentar su impulso, reduciendo así la congestión del lado venoso. (9)

Hay muchos tipos de combinaciones de defectos cardíacos de desarrollo y es bueno tener algún conocimiento de lo que se presentan más comúnmente. El patrón general es que donde ocurre una abertura anómala, la sangre fluirá del lado con mayor presión al de menor presión, esto es, habitualmente del lado izquierdo del corazón al derecho. Si no obstante, el defecto es una barrera en la ruta normal y una estenosis, entonces se produce presión detrás de esta, causando agrandamiento

to, y puede resultar en la inversión de la dirección normal de flujo. La ciano-
sis aparece donde la anomalía o anomalías permiten que un considerable volumen de
sangre se desvie de los pulmones y vuelva a circular por el cuerpo sin oxigena-
ción. (9)

CARDIOPATIAS CONGENITAS:

A) De tipo Acianogenos

B) De tipo Cianoticos

A) Acianogenos: Por falta de Oxígeno hay cianosis, disnea y anoxia, defecto-
septal interauricular (comunicación de aurículas), ó interventricular, esteno-
sis de valvula pulmonar, persistencia del conducto arteriovenoso, coartación de -
aorta, estenosis de la valvula aortica.

B) Tetralogía de Fallot (se presenta en la sífilis) transportación de gran
des vasos, síndrome de Einsennenger, atresia de la tricuspide, retorno venoso pul-
monar anormal en forma total. (7)

2.- ENFERMEDAD CARDIACA ADQUIRIDA:

Son provocadas por ataque de fiebre reumatica -
aguda.

La fiebre reumática es un estado agudo caracterizado por fiebre, poliar-
tritis, enfermedad cardíaca y corea. Ocurre en niños y en adultos jóvenes con la
mayor incidencia alrededor de los 8 años, y rara por debajo de los 3 años. Puede-
afectar más de un miembro de la misma familia pero es difícil determinar hasta
donde se debe a un medio ambiente común o a una susceptibilidad hereditaria. La -
incidencia de la enfermedad se está haciendo menor, probablemente debido a un me-
joramiento en el ambiente y al tratamiento más temprano de las dolencias en gene-
ral. (9)

Se ha establecido una asociación con el estreptococo hemolítico grupo A
Lancefield por medios bastante indirectos. Cuando se produce fiebre reumática, ca-
si siempre se puede demostrar que sigue a una infección estreptocócica, como una
tonsilitis o escarlatina, y las pruebas serológicas casi siempre muestran elevados

anticuerpos anti-estreptocóccicos presente, con o sin historia previa de una infección así. Es evidente que la enfermedad no es el efecto directo del microorganismo, pero como hay una demora de pocos días a pocas semanas en su iniciación, parece probable que sea una hipersensibilidad al microorganismo o sus toxinas. Una sugerencia como alternativa es que se trata de algún tipo de reacción autoinmune. Después de un ataque inicial las recurrencias son comunes y tienden a presentar el mismo patrón clínico del primero en la predominancia de síntomas en cuanto a poliartritis, corea y carditis. (3)

El comienzo de la enfermedad puede ser agudo o tan insidioso que no se lo reconoce como tal. Suele haber fiebre y malestar al principio, pero no muy marcados. La artritis ocurre en casi la mitad de todos los casos y habitualmente afecta varias articulaciones, aunque no siempre en forma simultánea. Las articulaciones afectadas se ponen rojas, se hinchan y se hacen sensibles, pero suelen mejorar en pocos días. (3)

La corea (Baile de San Vito) es una manifestación neurológica en la que hay movimientos anormales y sin propósito de los músculos voluntarios, fattleos al hablar y dificultades similares. Si el comienzo es sin fiebre, esos síntomas pueden ser los primeros que se noten en la escuela, pero suelen desarrollarse con bastante rapidez. Remiten en pocas semanas. La asociación de corea con fiebre reumática ha sido puesta en duda. El daño cardíaco es el aspecto más serio de la fiebre reumática y todos los tejidos del corazón pueden estar afectados en la inflamación. La severidad de la miocarditis influirá el curso inmediato del estadio agudo. La complicación de la válvulas es común y cuando la inflamación cede hay ciertas cicatrices residuales. Repetidos ataques de fiebre reumática se agregan a esto de modo que hay acumulación del daño. (3)

Al hacer el diagnóstico de fiebre reumática, se comienza inmediatamente con la penicilina para eliminar cualquier infección estreptocóccica todavía presente. El tratamiento implica reposo en cama, bastante prolongado cuando hay daño cardíaco severo, muy gradual retorno a la actividad. Para controlar los aspectos inflamatorios de la enfermedad, se pueden dar al paciente salicilatos o corticosteroides durante semanas.

La prevención de una recidiva es de toda importancia y se toman vigorosas medidas para eliminar cualesquiera focos de infección, y para tratar cualquier infección, y para tratar cualquier infección intercurrente del tracto respiratorio superior. Es una regla bastante general que estos pacientes deben continuar con

un tratamiento profiláctico de penicilina por muchos años para prevenir cualquier invasión estreptocócica, pero esto no es a nivel suficiente para combatir la bacteremia que ocurre durante un procedimiento quirúrgico, como una tonsilectomía y extracciones dentarias. Para estos casos se necesita una dosis terapéutica total, y se recomienda usar un antibiótico diferente para el caso. (3)

CARDIOPATIAS ADQUIRIDAS:

- A) Defectos Cardíacos Residuales
- B) Endocarditis Bacteriana

A) Defectos Cardíacos Residuales:

Son el resultado de cicatrices y muy comúnmente afectan las válvulas mitrales, ya sea como una insuficiencia o una estenosis. Ocasionalmente, el daño a la válvula aórtica causa regurgitación. Cualquiera de estas lesiones puede resultar en agrandamiento del corazón y conducir a una insuficiencia con la posibilidad adicional de combatir la endocarditis bacteriana. (4)

B) Endocarditis Bacteriana:

Es una complicación muy seria que puede afectar a cualquier paciente con cualquier defecto cardíaco congénito o adquirido. Se debe a una infección derivada de algún foco en el cuerpo y en el 80% de los casos el microorganismo ofensor es el estreptococo viridans. El comienzo de la enfermedad suele ser insidioso, probablemente por la baja virulencia del microorganismo infectante, aunque ocasionalmente es súbito con fiebre alta. El patrón habitual es una elevación diaria de temperatura, el paciente pierde un poco de color, con pérdida de apetito. Está pálido e indiferente, hay una anemia de desarrollo lento, y pérdida de peso. Estos signos y síntomas se deben a la toxemia, y en un paciente con un defecto cardíaco conocido hay que sospechar inmediatamente la posibilidad de endocarditis bacteriana. (4)

El daño al corazón es temprano y se desarrollan vegetaciones en el sitio de la infección, que puede ser una válvula cardíaca, un defecto congénito o la zona inmediatamente opuesta a este último. Hay ulceración y destrucción de la cubierta endocárdica y posible invasión en los tejidos más profundos. Las vegetaciones están formadas por plaquetas, fibrina y racimos del microorganismo infectante y pueden desprenderse trozos que forman émbolos. Estos causan lesiones secundarias en

Órganos distantes y se producen infartos en el riñón, bazo, cerebro y ojo entre otros, con signos y síntomas acompañantes. (4)

Donde la lesión cardíaca primaria era un defecto congénito con un pasaje de izquierda a derecha los émbolos pasan a los pulmones más que a otros órganos y pueden simular ataques de neumonía. Aparecen petequias, muy escasas y profusas, y pueden encontrarse especialmente debajo de las uñas, donde semejan hemorragias astilladas y en la mucosa bucal.

El tratamiento debe ser precoz para minimizar el daño al corazón y otros lugares, y consiste en descanso y terapia antibiótica enérgica. (4)

ESTADO BUCAL:

No hay rasgos dentarios especiales en pacientes con enfermedad cardíaca congénita o reumática, excepto en el caso de niños con cianosis. El examen de las encías en esos pacientes, mostró que el color estaba relacionado con el grado general de cianosis y que la higiene bucal tendía a ser pobre, y algunos presentaban cierto grado de recesión gingival. Weyman ha notado que hay una mayor incidencia de placas blancas o claras en el esmalte de esos pacientes que en los casos no cianóticos. (9)

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO:

El aspecto fundamental en estos niños con enfermedad cardíaca congénita, o con historia de fiebre reumática, en lo que respecta a cuidado odontológico, es el de la prevención de la endocarditis bacteriana y la recurrencia de la fiebre.

Se enfoca en 2 formas:

- 1.- Mantenimiento de una boca libre de sepsis en todo momento.
- 2.- Preparación de la bacteriemia que resulta de ciertas formas de tratamiento, especialmente exodoncia endodoncia y tratamiento periodontal. (9)

No hay evidencia de que los procedimientos conservadores normales (excepto endodoncia), o la anestesia local utilizada para ellos, produzca ningún grado de

bacteriemia. Por lo tanto, pueden efectuarse normalmente.(9)

Endodoncia:

Hay informes de casos en los que se desarrolló endocarditis bacteriana después de tratamiento endodónico. La evidencia, no obstante, señala la producción de bacteriemia solamente cuando los instrumentos pasan a los tejidos periapicales y ocurre igualmente en dientes en los que se ha extirpado la pulpa vital o no vital. Esto fue demostrado en adultos, y podría dudarse si aceptar esta aplicación de terapia intracanal a dientes con dentina joven o ápices abiertos. Se considera que sería razonable excluir la terapia de conductos como forma aceptable de tratamiento, salvo en dientes anteriores. En este caso, las condiciones en las que puede hacerse tratamiento endodónico son las siguientes:

- 1.- Ausencia de inflamación o de cualquier rarefacción periapical.
- 2.- Un ápice cerrado.
- 3.- Instrumentos confinados al conducto radicular sin penetración en el ápice.
- 4.- Cobertura antibiótica durante el tratamiento.
- 5.- Control radiográfico de los tejidos periapicales una vez al año sin falta.

La pulpotomía vital en un incisivo con ápice abierto sería aceptable siempre que pudiera hacerse un control regular y el procedimiento se realice bajo cobertura antibiótica.(9)

COBERTURA ANTIBIOTICA:

Cuando se necesita cobertura antibiótica para combatir la bacteriemia resultante de un procedimiento dental, hay que hacer una distinción entre los pacientes quienes ya están recibiendo una terapia penicilínica, o la han recibido durante los seis meses previos, y aquellos que no tienen historia en este sentido. Se ha demostrado que los individuos en tratamiento con penicilina, muy frecuentemente tienen microorganismos penicilino resistentes en su flora bucal, mientras aquellos sin experiencia reciente de penicilina sólo raramente los tiene. También se encuentra que esos microorganismos resistentes pueden presentarse poco después del comienzo de la ingestión antibiótica y es, importante por lo tanto que la profilaxis no comience antes de 12 horas previa a la operación. La cobertura más eficaz es, indudablemente la que brinda la inyección porque asegura un nivel en sangre adecuadamente elevado.(6)

A.- Niños mayores de 4 años o más de 20 kg. de pesoadolescentes; Aplicar penicilina procaína 800,000 U. V.I. c/24 hrs. un día antes de la intervención hasta un día después, 30min. antes de la sesión aplicar 500,00 U. de penicilina sódica --- cristalina V.I.

Esto con el objeto de elevar los niveles de penicilina.

B.- Niños menores de 4 años o de menos de 20kg. de peso. Aplicar penicilina procaínica de 400,000 U. V.I. c/24 hrs. un día antes de la intervención y un día después, 30 minutos antes de la intervención 500,000 U. de penicilina sódica cristalina.

C.- Niños mayores de 4 años alérgicos y de más de 20kg. y adolescentes; Aplicar-. 250mg. de eritromicina c/6hrs. V.O. o 500mg. c/12hrs. desde 2 días antes hasta 2 días después.

D.- Niños menores de 4 años y de menos de 20kg. de peso y alérgicos a penicilina;= Aplicar V. O. 30mg. de eritromicina/kg. c/6 hrs. desde 2 días antes hasta 2 días después. (6)

Tratamiento Periodontal:

Hay mucha evidencia en el sentido que la gingivectomía y el raspaje producen bacteriemia. Cuanto más extenso el trauma, más severa la bacteriemia. Cuando más extenso el trauma, más severa la bacteriemia. Aun después de raspajes leves muchos pacientes tienen un cultivo de sangre positivo. todos los procedimientos de este tipo deben, por lo tanto, hacerse bajo cobertura antibiótica. Adicionalmente, la extensión debe ser limitada, y es más seguro hacer cualquier operación considerable en varias visitas, cada una con cobertura antibiótica. (2)

Extracciones;

Este es un riesgo bien conocido para los pacientes con enfermedad cardíaca y fiebre reumática y debe siempre estar cubierto por un antibiótico. Donde es necesario extraer varios dientes es sensato reducir el trauma haciéndolos en más de una visita. Puede usarse normalmente anestesia local en estos pacientes, y no hay necesidad de excluir la adrenalina, salvo que la contracción sea mayor que

la usual de 1:80.000. (9)

Anestesia general:

Muchos cardiólogos prefieren que sus pacientes con signos positivos de lesión cardíaca sean internados para anestesia general, en las mejores condiciones posibles, ya que siempre existe un riesgo agregado. Si se necesita un anestésico general, entonces debe consultarse al especialista respecto al estado del paciente y sus deseos en el caso particular. (9)

Pacientes Cianóticos:

En algunos de ellos, hay peligro de complicaciones trombóticas y el médico puede tener que prescribir drogas anticoagulantes. Antes de efectuar cualquier tipo de cirugía, hay que controlar este aspecto.

Terapia con Corticosteroides:

Algunos pacientes, quienes han tenido fiebre reumática aguda y grave, habrán estado con terapia corticosteroidea durante dos o más semanas. Antes de emprender cualquier forma de cirugía debe consultar al médico. (9)

TRASTORNOS ENDOCRINOS

Los pacientes con trastornos endocrinos requieren una historia detallada para determinar el diagnóstico, la gravedad del trastorno, el modo de regulación o corrección, el grado de control y la sintomatología de la enfermedad, si la hay. Las recomendaciones o contraindicaciones, si existen, junto con el pronóstico de la enfermedad deben ser discutidas con el médico del paciente. Personas con una historia de diabetes están generalmente bien informadas sobre su enfermedad y el paciente o el padre estará familiarizado con la extensión del "DERRAME DE AZÚCAR" en la orina, que se registra de 1+ a 4+. Esto es especialmente importante en la persona con diabetes juvenil.

Es necesario recordar que hay un porcentaje de la población que son prediabéticos o diabéticos latentes. Por lo tanto, una historia de micción frecuente, pérdida de peso, hambre aumentada o un aliento cetónico, debe suscitar sospecha y el paciente debe ser derivado para un estudio. Los trastornos endocrinos influyen fuertemente en el crecimiento y desarrollo; por consiguiente, preguntas y observaciones vinculadas con la cronología y patrón eruptivo de la dentición, serán valiosas. (8)

Ocasionalmente, el odontólogo es el primero en descubrir una anomalía que puede, mediante la investigación detallada, conducir a un diagnóstico de un trastorno endocrino. (8).

1.- DIABETES MELLITUS

Representa un síndrome con alteraciones metabólicas de los carbohidratos, grasas y proteínas como consecuencia de una deficiencia absoluta o relativa y así mismo funcionalidad biológica disminuida de la insulina. Esta se produce en las células beta - de los islotes de Langerhans del páncreas. Causa un transporte alterado de la glucosa, reducción en el almacenamiento y síntesis de lípidos, proteínas que originan manifestaciones clínicas específicas de tipo agudo y crónico. (1)

Además las alteraciones vasculares como:

Aterosclerosis
Arteriosclerosis
Microangiopatía
Uremia
Ceguera

Las causas son:

Herencia	Infecciones virales
Alteraciones genéticas	Alteraciones inmunológicas
Pancreatitis	Pancreatectomía
Acromegalia	Síndrome Cushing.
Hipertiroidismo	

Las alteraciones genéticas son influenciadas por su expresividad por factores como:

Dieta
Peso
Stress(6)

Se mencionan dos tipos de diabetes mellitus. El tipo adulto o crónico, que ocurre en pacientes mayores de cualquier edad, ha

tenido indudablemente un período prediabético largo, o quizás muy largo, y tiende a ocurrir en individuos obesos. Es generalmente de carácter leve y habitualmente no produce cetosis y sus consecuen-

La variedad juvenil o de comienzos del crecimiento, en contraste con el tipo adulto, ocurre en pacientes delgados, y es la común en niños y adolescentes. Muestra todos los signos clásicos de la diabetes aguda, aunque los niños presentan alguna variedad

Ciertos casos se describen como frágiles y son particularmente inestables, con fluctuación rápida de hipoglucemia a hiperglucemia. (9).

La diabetes mellitus en niños constituye aproximadamente el 5 por ciento de los casos conocidos y suelen ser del tipo agudo, con un comienzo que tiende a ser más comúnmente sonnolencia sed y apetito y poliuria aumentados, cualquiera de los cuales, o todos, pueden desarrollarse durante un período considerable. Si la cetosis aparece rápido, sin embargo, pueden no notarse, el estu- por o el coma ser el síntoma presente. En un caso así suele haber una infección aguda causante del rápido comienzo. Los síntomas de la cetosis son somnolencia, piel seca y mejillas sonrosadas, náusea y vómitos, posiblemente dolor abdominal, un olor a acetona en el aliento e hiperpnea. Esta última es una indicación importante de la gravedad de la cetosis y tienen el carácter de una respiración muy profunda más rápida o superficial, cuando es grave, el paciente necesita desesperadamente tratamiento. El pulso es entonces débil y rápido y la presión sanguínea por debajo de lo normal. Aunque el comienzo de la crisis diabética es rápido, aun la más veloz toma varias horas o más para desarrollarse. De inmediato hay que buscar ayuda hospitalaria tan pronto se sospeche ese estado, porque cuanto más rápido se pueda administrar insulina y líquidos mejor para el paciente. (9)

En el niño deabético, el objetivo de 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 y aunque algunos niños comienzan con un tipo de desorden leve, suele haber una deterioro eventual a un tipo más grave con tendencias a la que tosis. Puede anotarse aquí que en los tropicos y en aquellos originarios de los trópicos la diabetes aguda y la que tosis son in frecuentes y la tendencia es el tipo crónico más leve en la gente joven, aunque la incidencia total no es aparentemente distinta. (9)

Después del diagnóstico, se determina el requerimiento de insulina del paciente, pero es importante comprender que este no es firme y la necesidad puede variar de tiempo en tiempo. Un niño deabético puede permanecer estable por muchos meses, pero surgen períodos de inestabilidad por razones no explicables fácilmente. La inestabilidad se produce también como resultado de infección, inmovilización, trauma o stress emocional, cuando se eleva el requerimiento de insulina. Por otra parte el ejercicio físico regular y el contento general contribuyendo a la estabilidad. 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 temprano diariamente, mientras otros actúan más rápidamente y son de duración más leve. Un paciente puede estar con una combinación de ellos, tomados a diferentes momentos del día. (9).

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-

en esto. Diversos grados de hipoglucemia son muy comunes en pacientes diabéticos y ese estado suele desarrollarse como resultado de un período demasiado prolongado entre la toma de insulina y la absorción de carbohidratos.

Puede haber una demora en una comida o su omisión también, pero el efecto de una sobredosis de insulina también puede producirse por ejercicio excesivo o indebido que aumenta en forma repentina la demanda de hidratos de carbono, o factores que varían el control diabético y la susceptibilidad a la insulina. Por lo tanto, la causa más importante, sin embargo, es la ingestión deficiente de alimento después de la inyección. (9).

Los síntomas de hipoglucemia tienden a seguir un patrón -- similar para cada individuo diabético y el paciente, por lo tanto no suele darse cuenta de qué está sucediendo. Los primeros signos y síntomas son los de liberación de adrenalina, a saber, una sensación de debilidad y temblor con palidez y sudoración, una sensación de frío o de calor, y también palpitaciones, dolor de cabeza, algún trastorno visual, y hambre o náuseas y vómitos. Un síntoma particularmente significativo de esta condición es la impresión de cierta parestesia alrededor de la boca. Más allá de este signo están los de falta de glucosa por el sistema nervioso central y el paciente puede aparecer inquieto, irritable y conservador, o deprimido y quieto. Bostezo frecuentemente, la dicción no es clara y puede estar confundido. Si se demora el tratamiento, se vuelve somnoliento y comatoso. En un niño puede ocurrir convulsiones, recaer en cualquier grado de inconsciencia. (9)

Aunque es posible el recobro espontáneo de un ataque hipoglucémico, nunca debe dejarse al paciente que se recupere sólo si se reconoce el estado, pues muchos no lo hacen. Todos los diabéticos diagnosticados son instruidos para que siempre lleven azúcar y la utilicen en esa situación y debe ingerirla tan pronto como sospechen el comienzo de hipoglucemia.

Como el control por insulina ha mejorado tanto, hay una tendencia a permitir una mayor libertad con respecto a la dieta y en lugar de una dieta baja en hidratos de carbono, alta en grasas, pesando cuidadosamente las porciones, se acerca más de una familia sensible con la condición básica de evitar excesos. Se pone énfasis en el termino "bien balanceada" de manera que el niño recibe el alimento que requiere para la salud, crecimiento y ejercicio normal, como sus hermanos. En el caso grave o inestable, la dieta será más restringida y el padre puede tener que controlar con bastante exactitud las cantidades de carbohidratos y otros alimentos que el niño reciba. Este tipo de control, sin embargo, es mucho menos satisfactorio ya que el paciente es tratado como diferente del resto de su familia inmediata cuando el propósito debe ser que se siente lo más normal posible. (9).

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. Son estimulados para que se manejen solos y sean independientes de la constante ayuda médica, dentro de su capacidad para hacerlo, y algunos niños administran su propia insulina desde los 9 a 10 años de edad. Ellos, o sus padres, pueden ser capaces de hacer ajustes menores en los requerimientos de insulina y controlar la glucosuria. Se estimula al niño para que sea normal posible, pero es importante que la familia no trate de ocultar la presencia de la diabetes y hacer de ella algo de lo que avergonzarse u ocultarla de quienes necesitan conocer la circunstancia. (9)

-ESTADO BUCAL:

Se relaciona con el diagnóstico primario de diabetes mellitus en cuanto a síntomas bucales, o el estado bucal en el momento del diagnóstico. (5)

Caries dental;

Caries Dental:

Antes de advenimiento de la insulina, habían informes de una susceptibilidad desusadamente elevada a la caries, sobre todo el tipo cervical. Esto a pesar de una dieta muy estricta alta en grasa-baja en carbohidratos que producía una severa hiponutrición especialmente en juveniles. La teoría del alto contenido de azúcar de la saliva para justificar eso ha sido ahora desaprobada. Se sugiere que el comienzo repentino de una excesiva cantidad de nuevas cavidades cariosas en un adulto previamente sano debe hacer sospechar diabetes mellitus, pero si esto es también verdad en el caso de niños, es defícil de decir en vista de su susceptibilidad normalmente elevada a la caries y la frecuencia de casos de caries aguda en una población infantil..

Los estudios de niños diabéticos en tratamiento, sin embargo, muestran que la proporción de caries no es aparentemente más-elevada que en los grupos de control. También parece no haber menos a pesar del control dietético, pero esto puede muy bien deberse al consumo de carbohidratos distintos de los azúcares concentrados que ellos pueden tomar. Un aspecto en que parecen diferir de un grupo normal tiende a una disminución de cavidades nuevas a fines de la adolescencia, en el niño diabético parece aumentar -- gradualmente con la edad.(9)

Enfermedad Periodontal:

Este es el mayor problema dental en los pacientes diabéticos adultos y se ve en sus estadios iniciales en el niño. Es probable que su origen esté en los cambios capitales que ocurren tarde o temprano en todos los pacientes diabéticos y se han demostrado en las encías con la consiguiente reducción en el aporte sanguíneo. También hay una susceptibilidad inherente a la infección aunque esto es mucho menos aparente en el diabético controlado.

En el paciente pequeño bajo control, las encías tienen a menudo un color violáceo característico. La profundidad de la hendidura gingival está aumentada y hay algún engrosamiento de las encías. Parece existir una mayor tendencia al depósito de cálculos y las radiografías pueden mostrar algún grado de atrofia ósea. En los niños mayores, estas lesiones son más marcadas y progresan hacia el estado adulto de depósito de cálculos, formación de bolsas profundas y pérdida de soporte óseo. Pueden ocurrir abscesos periodontales. Siempre que hay irritación local, como un fragmento de tártaro o un borde saliente de una obturación, se produce una reacción inflamatoria más intensa que en el individuo normal.

(9)

Tratamiento Odontológico:

Los dos objetivos principales de la atención odontológica del niño diabético, son primero, eliminar y prevenir cualquier infección bucal que tienda a perturbar la estabilidad del balance de azúcar, y segundo, tratar de mantener los tejidos periodontales. (7)

Debe insistirse en que la atención odontológica rutinaria de un niño que se sabe tiene diabetes mellitus no es un procedimiento riesgoso y la posibilidad de una crisis por hipoglucemia o por hiperglucemia en el consultorio dental, es bastante remota. De todas maneras, el odontólogo debe saber cómo tratar un caso así y tomar razonables precauciones para prevenir la posibilidad. Siempre que sea posible, las citas para tratamiento de rutina deben ser en las mañanas cuando el paciente ha recibido su insulina después del desayuno. Se encuentra más estable a esa hora del día que a cualquier otra. Si esto no es factible, debe cuidarse que el horario de sus inyecciones y comidas no se altere en ninguna forma. (7)

La única crisis que puede razonablemente ocurrir en el con

sultorio dental es un ataque hipoglucémico, o un shock insulínico que puede ser el resultado de haber omitido o pospuesto una comida después de una inyección de insulina. Como ya se ha dicho, los signos y síntomas preliminares son temblor, debilidad, palidez y sudoración, acompañados por una sensación de calor o frío y el paciente se siente pegajoso al tacto. Esto ocurre en muchos niños normales temerosos y se debe a la liberación de adrenalina. Si ven en el niño diabético, el odontólogo debe estar alerta a la posibilidad de un colapso hipoglucémico e interrogar al paciente y al paciente y al padre inmediatamente sobre si debe ingerir azúcar. Estos síntomas progresan a inquietud, bostezos, dicción confusa, etc., y en ese momento el tratamiento es realmente urgente ya que el próximo estado es el coma y la pérdida de la conciencia. Hay que dar de inmediato dos cucharaditas de azúcar en agua, pero si no se dispone de ellas inmediatamente, entonces hay que optar por la alternativa más rápida, como pulpa de naranja concentrada o hag tagalletitas, aunque esta se absorbe más lentamente. Si no hay mejoría en cinco minutos, se debe repetir.(7)

Si el estado hipoglucémico ha progresado hasta la inconsciencia, el paciente debe ser colocado de costado o inclinado, el tratamiento recomendado es 50ml. de glucosa al 50 por ciento, por vía intravenosa, usando una aguja gruesa por la viscosidad.-- Hay que tener mucho cuidado de no permitir ningún escape a los tejidos vecinos. Este preparado puede obtenerse listo para administrar en ampollas para tal emergencia.

Alternativamente, una inyección intramuscular de 1mg. de glucagón (dosis adulta), que se consigue ya preparada, es probablemente un tratamiento más seguro y de más fácil administración que la glucosa intravenosa para el odontólogo, quien no está habituado a esta última técnica. Tiene la gran ventaja de no hacer daño si el diagnóstico como insulínico fue equivocado. El recobro de la conciencia suele ser rápido, dentro de los 15 minutos, y el paciente hay que darle luego carbohidratos por boca para estabilizar el recobro. (7)

En el consultorio dental es muy improbable que un niño bajo control diabético de rutina desarrolle quetosis, excepto en presencia de una infección aguda, si ha obedecido sus reglas, Ese estado sólo ocurre si le falta insulina y no es de comienzo repentino sino que se desarrolla en varias horas en los casos más rápidos. En este caso, el paciente y su padre estarán al tanto de la posibilidad, y debe ir inmediatamente al hospital, si es posible a aquel que se responsabiliza por su atención.(7)

La conservación no presenta problemas. La anestesia local puede usarse normalmente ya que el contenido habitual de adrenalina 1:80.000 ó menos en los 2 a 4 ml. de solución que se dan, es insuficiente para significar cualquier diferencia material al balance en total. En tratamientos de muchas visitas, hay que tener en cuenta el horario de las inyecciones de insulina y las comidas. Los dientes infectados que no pueden ser restaurados fácilmente-- suprimiendo la infección y los dientes no vitales que no pueden ser controlados correctamente, es mejor extraerlos. (9)

Tratamiento Periodontal:

Hay que poner especial atención al estado gingival. Quizás sea necesario efectuar raspajes con frecuencia y deben efectuarse a fondo, aunque en la forma menos traumática posible. Las bolsas deben eliminarse por medios apropiados. En niños aun cuando no hayan aun evidencias de enfermedad periodontal, las medidas preventivas son importantes. La instrucción sobre el cepillado correcto y el masaje gingival, y cuando sea necesario el desgaste de los puntos de oclusión traumática, ayudará a posponer la enfermedad periodontal.(9)

No hay contraindicación para el tratamiento ortodóntico, aun que es bueno reducir el uso de aparatos al mínimo razonable, de acuerdo a los principios generales. Si es necesario un aparato pro

tético, debe supervisarse en forma regular y, llamar la atención - del paciente sobre la necesidad de cuidado especial, en el cepi_ llado y masaje de las encías (7)

Las extracciones bajo anestesia local no suelen crear pre_ blemas en los niños diabéticos bajo control insulínico. Los muchos informes de alvéolos secos y cicatrización lenta no son aplicables al paciente pequeño sino a diabéticos mayores quienes tienen con_ siderable degeneración vascular y enfermedad periodontal grave. En niños, la extracción no tiene problemas, pero el odontólogo debe_ asegurarse que se ha seguido el régimen de insulina y de comidas normales y que el paciente no ha tenido ningún signo reciente de inestabilidad sangre-azúcar. En este último caso, sería más sensa_ to referirle a su médico del hospital para consejo y, posiblemente hacer las extracciones internándolwe un día. Como ya se ha dicho, la solución anestésica local normal con 1:80.000 de adrenalina es muy adecuada en esos niños.

La anestesia general nunca debería emplearse en un niño dia_ bético como paciente ambulatorio en un consultorio dental. Esto_ requería un ayuno de por lomenos de treshoras antes de la operación y casi seguramente precipitaría un shock insulínico. Si esté - indicada la anestesia general, el paciente debe ser referido a su médico dehospital para que se disponga su internación.

Cualquier extracción que vaya acompañada por algùn grado de infección debería ser apoyada por un antibiótico, como una ayuda adicional a los tejidos para combatirla y eliminar una fuente po_ tencial de inestabilidad diabética tan pronto como sea posible.(9)

2.-DISFUNCION GONODAL:

Sólo unos cuantos defectos dentales se ven en el desarrollo sexual precoz, tardío o aberrante. Sin embargo - pueden ser evidentes algunos cambios en el hueso craneofacial cuando hay retraso en el crecimiento y en la maduración sexual tardía o aberrante. En ocasiones se observa prognatismo mandibular en el síndrome de turner.

Los padecimientos y medicamentos que afectan la reproducción pueden tener un efecto queratinizante sobre la mucosa bucal en especial durante lapubertad, menstruación o embarazo. El embarazo. El embarazo en mujeres jóvenes a menudo ocasiona gingivitis y tumores del embarazo que se relaciona con las concentraciones de las hormonas además de factores locales. (5)

3.- TRASTORNOS HIPOFISIARIOS:

Los cambios en la secreción de las hormonas de la hipófisis pueden ocasionar alteraciones en el crecimiento de la cara, según la edad en que se presente.

Puede ser deficiente (enanismo) o excesiva (gigantismo). - - cualquiera de las dos alteraciones ocasiona problemas en la erupción de los dientes y en el crecimiento de los huesos y, por lo general, hay maloclusión importante. A menudo se necesita un plan en equipo para el tratamiento de las alteraciones craneofaciales. (1).

4.-TRASTORNOS DE PARATIROIDES Y DEL METABOLISMO DEL CALCIO:

En los casos de deficiencia, el mantenimiento del calcio sérico determina la naturaleza del trastorno dental. Las anomalías craneofaciales pueden incluir parestesias circumorales, hipoplasia del esmalte, hipodoncia, formas anormales de los diente, retraso en la erupción, candidiasis bucal, retraso en el crecimiento de los huesos de esqueleto y tetania muscular.

En el hipertíroidismo las anomalías craneofaciales aparecen por aumento en la movilización del calcio sérico y los efectos casi son opuestos. Estos pueden incluir desplazamiento de los dientes y movilidad de los mismos, y tumores recurrentes de la encía, hay ensanchamiento del ligamento periodontal y el hueso se ve osteoporosis generalizada. El tratamiento dental se enfoca en las manifestaciones craneofaciales específicas haciendo énfasis en los intentos de preservar la dentición.(1).

TRASTORNOS RESPIRATORIOS

Las siguientes enfermedades respiratorias como son asma y bronquiectasia.

El asma es básicamente un problema alérgico, su sintomatología principal se refiere al sistema pulmonar. Y la bronquiectasia es una dilatación crónica de los bronquios con pérdida de elasticidad. (8)

Es importante preguntar al paciente o al padre, si se estableció un diagnóstico específico y cuándo. En el caso del asma, el odontólogo debe averiguar la frecuencia de los paroxismos y si fueron identificados los alérgenos que los desencadenan. La información relacionada con dificultad para respirar y las limitaciones en la actividad, si existen, es valiosa, porque dará al odontólogo alguna idea sobre la duración y oportunidad de las citas dentales. Muchos pacientes con enfermedad pulmonar crónica se sienten más confortables a medida que avanza el día y pueden eliminar algunas de las secreciones que se acumulan en la noche. Los medicamentos que hayan sido recetados al paciente para profilaxis y tratamiento y cualquier contraindicación específica recomendación para el tratamiento odontológico, deben ser registrados en la historia médica. (8)

1.- ASMA

Esta es una reacción alérgica relativamente común en la que hay un espasmo de los bronquiolos que angostan el lumen, y va acompañada por edema y secreción de mucus. Esto produce disnea sibilancia, y frecuentemente hay sudoración, tos y vómito. Los paroxismos varían considerablemente en severidad y pueden ser infrecuentes y cortos, con alivio completo entre uno y otro, o frecuentes y severos, en cuyo caso las cubiertas de los bronquiolos se engrosa y puede ocurrir un enfisema crónico. En el caso de larga duración, la postura es afectada, la espalda se redondea y el esternón se hace prominente, en un esfuerzo por aumentar la expansión del pecho.

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. Hay frecuentemente una historia de tensión emocional que produce al ataque y a menudo existe cierto grado de complicación psicológica. Muchos pacientes dan una historia de eczema infantil antes del comienzo del asma, pero habitualmente cesa para los 2 ó 3 años de edad, aunque en algunos continúa y los dos son concurrentes. Hay una elevada asociación familiar con otras manifestaciones alérgicas.(9).

En algunos niños hay una tendencia a la mejoría del asma alrededor de la pubertad, pero el tratamiento puede habitualmente controlar la mayoría de los casos durante la niñez, de manera que pueden llevar vidas relativamente normales. que en algunos, sin embargo, que son impedidos en grado variable. El tratamiento tiene como objetivo primario la evitación de alérgenos indetificados, o de materiales que se sabe son alérgenos comunes.(9).

Estado Bucal:

Generalmente, no deben existir variaciones especiales en el estado dental del paciente. Sin embargo, los medicamentos--tomados durante un período de tiempo, pueden producir algunos cambios bucales.

Si el paciente es propenso a ataques respiratorios recurrentes junto con paroxismos, como los asmáticos tienden a serlo en la niñez, el cambio de color de la dentición en desarrollo por la terapia con tetraciclina puede presentar un problema. La pigmentación de los dientes por tetraciclinas era un problema relativamente común en los años 60, pero los pediatras son ahora más cautos--con respecto a esos antibióticos y tienden a evitar las tetraciclinas, salvo que sean absolutamente necesarias. Si el paciente ha estado en una prolongada terapia corticoesteroides, como es común en casos graves de enfermedad respiratoria crónica, puede haber --cierre temprano en los sitios de crecimiento, lo que resulta en una falta de crecimiento. Esto es especialmente notable en las epífisis de los huesos largos. Muchos niños pequeños toman medicamentos por boca con una base azucarada por largos periodos. Si no se mantiene una buena higiene bucal, esos niños pueden desarrollar grandes cantidades de placa, lo que posiblemente conduzca a un mayor desarrollo de caries. (9)

Tratamiento Odontológico:

Es importante comprender que existe un componente emocional en el asma y aunque hay desacuerdo en cuanto a su magnitud, se acepta que la ansiedad, en algunos pacientes puede desencadenar un episodio. El uso de analgesia con óxido nítrico en un paciente aprensivo puede ser beneficioso para relajarlo.

Muchos pacientes pequeños con asma, debido a su trastorno médico, pueden ser sobreprotegidos o consentidos por su padres. Además, esos niños pueden haber aprendido a usar esas condiciones para manejar a los adultos, especialmente a los padres. El profesional debe darse cuenta de la posibilidad de un ataque asmático simulado y sospechar esa simulación si el niño tiene ataques asmáticos repetidos en el consultorio odontológico, especialmente antes de los procedimientos que temen o le disgustan. El profesional podrá hacer una evaluación de la rapidez con que el paciente se recupera de esos ataques y también interrogar a los padres sobre el uso que el niño hace de ellos como medio de obtener lo que desea. . .

La anestesia general, aunque no está absolutamente contraindicada, no es recomendable para los pacientes asmáticos y su uso depende mucho de la extensión del daño pulmonar. Si es necesario realizar un tratamiento odontológico con anestesia general debe efectuarse en un hospital en consulta con el médico, donde el estado posoperatorio del paciente puede ser monitoreado de cerca. (8)

Salvo que haya una emergencia, el cuidado de rutina debe ponerse si el paciente tiene un paroxismo, un resfrío o una infección respiratoria superior que pueda llevar a un ataque asmático o a otras dificultades respiratorias. Algunos pacientes niños, tienen brotes infecciosos del árbol broncopulmonar en forma continuada. Por lo tanto, son muy propensos a una reinfección respiratoria. Si es posible, en casos especiales serán citados cuando la sala de espera no haya mucha gente.

En las concentraciones contenidas en los carpules para anestesia local, la epinefrina puede ser tolerada fácilmente por pacientes que toman broncodilatadores, salvo que se encuentren en período de ataque y ya estén recibiendo efedrina o epinefrina para controlar los paroxismos. En esos casos, pueden producirse un efecto sinérgico.

No hay razón valedera para la cobertura antibiótica profiláctica como rutina, antes de procedimientos odontológicos. Selectivamente, pueden darse a un paciente si su historia pasada ha mostrado una pobre resistencia a la infección o si el médico actuante recomienda el antibiótico.

En algunos pacientes el uso de aspirina puede desencadenar un ataque asmático.

Aun cuando el asma es un trastorno alérgico, no hay evidencia que estos pacientes muestren una mayor hipersensibilidad a cualquier otra droga utilizada en odontología.

Los pacientes que están o han estado en terapia con cortisona por períodos prolongados, en el año anterior, deben recibir un refuerzo del medicamento antes de que haya anestesia general o cirugía dental extensa.

La infección periodontal o periapical puede tener una influencia agravante en los pacientes asmáticos debido a sensibilidad microbiana. Esto no significa que todos los dientes con pulpas -- afectadas están condenados a la extracción, pero si hay un diente o varios, con pronostico dudoso y el estado asmático del paciente parece agravarse, el foco de infección dentario debe verse sospechoso. Las pulpotomías no vitales y las pulpectomías parciales están contraindicadas porque pueden no ser posible eliminar el foco de infección. La terapia endodóncica donde puede lograrse un sellado apical rápidamente debe efectuarse para minimizar la pérdida de dientes en esos pacientes. (8)

Los pacientes se sentirán a veces incómodos si el sillón está en posición absolutamente horizontal. Se sugiere que el paciente sea consultado al respecto, modificando la posición del sillón. Muchos de estos pacientes son respiradores bucales por tener pólipos nasales. Si se utiliza dique de goma se recortara lo suficiente para facilitar la respiración bucal.

2-. BRONQUIECTASIA:

Es una dilatación crónica de los bronquios con pérdida de elasticidad, Hay una tos persistente que produce un esputo mucopurulento y la infección respiratoria es común. El paciente suele estar en pobre condición física y puede existir anemia, El tratamiento se dirige a la eliminación de cualesquiera focos de infección, drenaje postural, yantibióticos, particularmente - poraerosol. La cirugía se deja habitualmente hasta que se haya - utilizado el tratamiento conservador hasta su límite razonable.

Estado Bucal:

El único rasgo dentario es la posibilidad del color por tetraciclinas que muchos niños reciben durante el desarrollo de los dientes.

Tratamiento Odontológico:

La eliminación de dientes sépticos debe ser parte del ataque general a la enfermedad, con el subsiguiente mantenimiento de la salud bucal. El tratamiento odontológico es normal, con excepción de la anestesia general que no es un método de elección. Si resulta inevitable, entonces debe hacerse con el paciente internado y una adecuada atención posanestesia.

Los dientes suelen estar intensamente pigmentados se ha necesitado una terapia tetraciclínica frecuente durante los años formativos y los incisivos permanentes pueden necesitar tratamiento por razones estéticas. (9).

A continuación el tratamiento de la pigmentación por tetraciclina.

Tratamiento de la pigmentación por tetraciclina:

El paciente no acepta un cambio en su dentición permanente en el color por la tetraciclina, salvo que sea muy leve y pueda estar genuinamente perturbado por los efectos más severos. Aun no se ha encontrado ningún método de blanqueamiento y la única técnica conservadora posible es cubrirlos con coronas de acrílico - sobre los incisivos jóvenes, se sugiere la adaptación de coronas de acrílico sobre los incisivos centrales superiores, tan pronto como erupcionado lo suficiente como para ubicarlas.

Usando anestesia local, los dientes pueden ser reducidos -- parcialmente para permitir un aspecto bastante bueno sin parecer demasiado gruesos. Es importante en este estado de inmadurez dentaria no eliminar más de la mitad del espesor de esmalte y no exponer a la dentina. No se debe hacer un hombro adecuado, el color no debe ser demasiado claro si no debe estar de acuerdo con el de los otros dientes. Las coronas pueden cementarse con cemento de silicato sin perjuicio, ya que solamente está en contacto con el esmalte. Y cuando el paciente tiene alrededor de los 18 años - se puede considerar la preparación con hombro para coronas de porcelana o acrílico.

Si el cambio de color está limitado a la parte cervical de los dientes, un método consiste en eliminar solamente la zona pigmentada hasta la unión amelodentinaria, y reemplazarla con cemento y una obturación de silicato o de acrílico. El color debe ser uno de los tonos oscuros en consonancia con el resto del diente.(9)

TRASTORNOS RENALES

El tratamiento de los trastornos renales crónicos incluye las siguientes áreas:

Síndrome Nefrótico(nefrosis)

Pielonefritis crónica

Glomerulonefritis crónica

La historia debe determinar el tipo y la gravedad del problema renal, el período de iniciación, la sintomatología actual, se la hay, y el pronóstico. La historia proporcionada por el paciente o por el padre puede ser esquemática y debe ser complementada por la comunicación con el médico. Si el paciente está en diálisis, debe anotarse la frecuencia. Como los pacientes con problemas renales crónicos pueden reflejar sintomatología de enfermedad cardiovascular, no deben descuidarse cuestiones relacionadas con la hipertensión y dificultad respiratoria.

Debe registrarse la medicación que el paciente está tomando, y, si el odontólogo no está seguro sobre su acción farmacológica debe tener a mano un libro para referencia. Cualquier modificación para modificar el tratamiento, también debe anotarse.(8)

1.-Síndrome Nefrótico:

La etiología de este síndrome es desconocida, pero hay una razonable posibilidad de que sea una enfermedad auto inmune. Comienza a menudo aproximadamente a la edad de 2 o 3 años y la duración puede ser meses o años. Hay cambios glomerulares y una pérdida de proteína. El edema es una característica importante que recurre durante el curso de la enfermedad, y puede haber anemia secundaria. Esos niños son muy susceptibles a la infección y son comunes las respiratorias superiores. En esas ocasiones pueden producirse exacerbaciones de la condición renal. (9)

El tratamiento por terapia con corticosteroides ha cambiado mucho el curso de esta enfermedad, Su duración se ha reducido mucho y han mejorado considerablemente las posibilidades de un recibo completo. Esta terapia probablemente la sea intensa y prolongada y puede ser continua o interrumpida. El uso de agentes antibacterianos ha reducido el número de muertes por infección. (9)

Estado bucal:

En algunos niños afectados se produce hipoplasia del esmalte, y puede haber algún grado de cambio de color en los dientes por las tetraciclinas.

Tratamiento Odontológico:

En vista de la naturaleza prolongada de la enfermedad y su relación con la infección, el mantenimiento de la salud dental es importante.

En los períodos de remisión el paciente lleva una vida relativamente normal y el tratamiento odontológico puede realizarse regularmente en esa época. (9).

La sepsis dentaria debe eliminarse, incluyendo cualesquier -
dientes dudosos. La terapia de conductos radiculares está contra_
indicada.

Todas las extracciones deben hacerse con la abertura antibióti_
ca adecuada y será necesaria la consulta con el médico a cargo ~
para establecer el estado de la terapia con corticosteroides, y-
si hay que suplementarlo.

La anestesia general debe hacerse con internación del paci_
ente. La hipoplasia del esmalte se trata según las necesidades y
y el paciente puede buscar una mejora en el aspecto de los incisi_
vos permanentes cuando han cambiado mucho de color por la frecuen_
teterapia con tetraciclinas durante los primeros años.(9)

2.- PIOLONEFRITIS CRONICA:

Aunque la mayoría de los casos parece deberse a una infección ascendente, hay algunos que son causados por una infección sanguínea del tipo coco desde un foco distante.

La infección recurrente o persistente resulta en cicatrización y pérdida de la función del riñon pero en algunos también - hay una lesión obstructiva preexistente. El tratamiento es base - el empleo prolongado de antibióticos o sulfonamidas. La hipertension puede ser una característica. (9)

Estado Bucal:

No hay rasgos dentarios especiales asociados con esta condición.

Tratamiento Odontológico:

Debe dirigirse a la eliminación de los focos sépticos y al mantenimiento de la salud dental. Las extraciones deben hacerse con cobertura profiláctica, la elección de la cual debe tomar en cuenta la terapia previa o actual, preferiblemente en consulta con el médico del paciente. La salida de - sangre posoperatoria puede ser un problema en los casos con hipertensión.

la anestesia general está contraindicada generalmente, salvo que el paciente sea internado en el hospital, pero la anestesia - local es aceptable. Es mejor evitar la terapia de conductos en un diente desvitalizado, aunque una extirpación vital puede ser aceptable se hay seguridades de seguimiento de rutina. (9)

3.- GLOMERULONEFRITIS CRONICA:

Esta condición puede seguir el tipo agudo o al síndrome nefrótico en niños, o tener un comienzo insidioso sin causa demostrable. Con frecuencia hay exacerbaciones agudas consecutivas a infecciones respiratorias superiores por estreptococos hemolíticos B y cada ataque aumenta el daño renal. Muchos de los glomérulos pueden ser dañados, los túbulos se atrofian o se hacen quísticos, y se presentan tejido cicatrizal y otros cambios degenerativos. Puede haber una falla completa en la época de la pubertad. La condición produce un estado de fatiga significativo y puede haber anemia. El pronóstico es negativo y la muerte puede seguir a un daño cerebral o a una falla cardíaca. Los tipos de tratamiento corrientes no alteran materialmente el pronóstico, pero los progresos modernos en la cirugía de trasplante bien puede cambiar esta situación. Esos pacientes son altamente susceptibles a las infecciones y cualquier medidas que las prevengan prolongarán la vida y mantendrán al paciente en mejor estado bucal. (9)

Estado Bucal:

No hay rasgos dentarios especiales asociados con esta condición. (9)

Tratamiento Odontológico:

La eliminación de la sepsis dentaria debe ser la primera consideración en vista de la susceptibilidad a la infección y es mejor extraer cualesquiera dientes dudosos. Esto debe hacerse bajo cobertura antibiótica y la consulta con el médico a cargo es aconsejable.

La anestesia local sería el método de elección y la anestesia general debería utilizarse solamente como procedimiento en un paciente internado.

Una vez eliminados los dientes sépticos y dudosos, hay que mantenerla salud dental. Los planes de tratamiento deben ser sencillos y no prolongados en vista del pronóstico, pero al paciente no se le debe negar tratamiento ortodóntico sencillo si lo desea. Estas medidas no solamente mantienen buenas condiciones bucales sino que ayudan a promover una actitud esperanzada en el paciente. La terapia de conductos radiculares está contraindicada. (9)

COBERTURA ANTIBIOTICA:

Cuando se requiere de una cobertura antibiótica para combatir la bacteremia resultante de un procedimiento dental, hay que hacer una distinción entre los pacientes quienes ya están recibiendo una terapia penicilínica, o la han recibido durante los seis meses previos, y aquellos que no tienen historia en ese sentido. Se ha demostrado que los individuos en tratamiento con penicilina, muy frecuentemente tienen microorganismos penicilinoresistentes en su flora bucal, mientras aquellos sin experiencia de penicilina sólo raramente los tiene. También se encuentra que esos microorganismos resistentes pueden presentarse poco después del comienzo antibiótico y es, importante por lo tanto que la profilaxis no comience antes de 12 horas previa a la operación. La cobertura más eficaz es, indudablemente la que brinda la inyección, porque asegura un nivel en sangre adecuadamente elevado. (9)

A continuación la tabla #1 da una cantidad de tipos recomendados de cobertura antibiótica, y la tabla # 2 la dosis para niños de tamaño promedio. (5).

Tabla # 1

Pacientes con una historia de terapia penicilínica dentro de los seis meses previos.

1.- Ceefaloridina por inyección i.m. 30 min. antes de la operación, seguida por eritromicina por vía bucal, cada 6hrs. durante 4 días.

Pacientes sensibles a la penicilina debe recibir - eritromicina o tetraciclina (nocefaloridina).

2.- Eritromicina por vía bucal 12 hrs. antes de la operación, cada 6 hrs. por 4 días, (menores de 8 años deben recibir oxitetraciclina en lugar de cualquier otra, en vista de los efectos dentarios colaterales).

Pacientes sin una historia de terapia penicilínica.

1.- Triplopen una inyección i.m., 30 minutos antes de la operación.

2.- Procaina penicilina y benzil penicilina por inyección i.m., 30 minutos antes de la operación seguida por penicilina bucal V cada 6 hrs. por 3 días.

3.- Penicilina bucal V comenzada 12 hrs. antes de la operación y continuada cada 6 horas. por 4 días.

Nota: En cada grupo los tipos de cobertura antibiótica se dan en orden de preferencia, siendo el primero el más eficaz.

DOSAJE PEDIATRICO DE ANTIBIOTICOS (5)

ANTIBIOTICOS	VIA	PRESENTACION	IPSDA 1 año	1-5 años	6-12 años	Adulto	Frecuencia
PENICILINA- PROCAIN.	Iny.i.m.	Suspensión para iny. 300 mg por ml.	150mg	300mg	600mg	300- 900mg	Una iny.inicial de ambas,seguida por penicilina V bucal.
PENICILINA- BENZIL	Iny.i.m.	Suspensión para iny. 150 mg por ml.	62.5mg	150mg	300mg	; más de 1.5mg	Reparación combine es penicilina para m fortificada H
PENICILINA-V	Bucal	Cápsulas o tabletas 125mg, 250mg	—	125mg	250mg	250mg	cada 6 hrs.por lo menos 4 días
PENICILINA-V	Bucal	Mezcla 125mg por ml.	62.5mg	125mg	—	—	cada 6 hrs.por lo menos 4 días
PENICILINA- TRIFLOPEN	Iny.i.m.	Ampollas conteniendo Benzetamina Pen.475mg Procaina Pen. 250mg Penicilina sodica 6300mg	1/4 amp	1/2 amp	1/2 amp	1 amp	2 dosis con- intervalo de 48 hrs.
CEFALORIDINA	Iny.i.m.	Amp. 250mg, 500mg, 1G	—	125mg	250mg	0.5-1G	Dosis inicial- seguida por cetro- micina bucal por 3 días.
ERITROMICINA	Bucal	Tabletas 100mg, 250mg.	—	100mg	200mg	250mg	cada 6 horas por lo menos 4 días
ERITROMICINA	Bucal	Mezcla 100mg por 5ml.	50mg	100mg	200mg	250mg	cada 6 hrs. mínimo 4 días.
GENTERICICLINA	Bucal	Tabletas 100mg-250mg	—	100mg	150mg	250mg	cada 6 hrs. mínimo 4 días
GENTERICICLINA	Bucal	Jarabe 125mg por 5ml.	62.5mg	125mg	150mg	250mg	cada 6 hrs. mínimo 4 días.

CAPITULO III

LIMITACIONES FISICAS

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

Las tres condiciones principales que les impiden trabajar y llevar una vida normal son problemas cardíacos, artríticos y reumáticos y medulares o de la espalda. Esta elevada incidencia de condiciones incapacitantes en la población de ese país, determinan que es muy probable que el odontólogo general será requerido para brindarles tratamiento odontológico en sus consultorios privados o en un ambiente institucional.(8)

El odontólogo general debe entender y familiarizarse con los problemas médicos de esos pacientes para tratarlos lo más -- atraumáticamente posible. Los odontólogos generales deben aprender a flexibilizar sus métodos de tratamiento y equipo, a fin atender adecuadamente en sus consultorios al individuo físicamente impedido.

Además de estar familiarizado con las manifestaciones médicas de la condición específica incapacitante que afecta al paciente individual, sea niño o adulto, el odontólogo debe conocer las manifestaciones bucales que pueden estar asociadas con esa enfermedad particular, y que suelen encontrarse en el niño con parálisis cerebral, el adolescente en tratamiento por escoliosis, el adulto joven con esclerosis múltiple, y el anciano con osteoartritis o enfermedad articular degenerativa.

Hay muchas condiciones sistémicas, tanto congénitas como - adquiridas, que convierten a un individuo en "físicamente impedido" .

A.-ESCOLIOSIS:

La escoliosis es una curvatura lateral o desviación de la columna, que puede dividirse en dos categorías:

1.- Escoliosis Funcional; una curvatura dentro del margen normal de movimiento de la columna que puede ser corregida voluntariamente por el niño. Esas curvaturas suelen ser causadas por una pierna más corta que la otra y se puede corregir colocando un elevador bajo la pierna corta o que el niño se incline hacia el lado convexo de la curva de la columna. Una escoliosis funcional también puede ser producida por un trauma que resulte en un espasmo-muscular de la espalda. (4).

2.- Escoliosis Estructural; Una curvatura fija de la columna causada por una deformidad de la misma que no puede ser corregida voluntariamente por el niño. La escoliosis puede deberse a lesiones como hemivértebra, fusión de costillas, ausencia o parálisis de los músculos de la espalda, destrucción vertebral por infección o tumores. Más comúnmente, este tipo de escoliosis es idiopática y se presenta durante el período de crecimiento, sobre en niños preadolescentes y adolescentes que han madurado rápidamente. La escoliosis estructural requiere tratamiento, después del pronóstico es excelente, gracias a los métodos mejorados de tratamiento utilizando el corsé Milwaukee o mediante otros de corrección mecánica de la curvatura espinal, seguida por fusión espinal. (4).

Los sistemas digestivo, respiratorio y cardíaco pueden estar tan seriamente afectados por la escoliosis que el individuo se convierte en un impedido grave, salvo que se le trate.

El cirujano ortopedista ha usado con buen éxito el corsé -

Milwaukee o algún otro dispositivo de fijación extraesquelética, como un molde de Risser, para influir y modificar el crecimiento del individuo y establecer una columna vertebral recta. El corsé Milwaukee ejerce una fuerzarecíproca de 2,5 a 4,5kg por un período de 18 a 22 horas por día sobre la mandíbula en desarrollo, a medida que guía el crecimiento de la columna vertebral. El crecimiento normal de las estructuras faciales ocurre durante el mismo período de tiempo en que la escoliosis es tratada mejor. Se ha demostrado que los efectos de la fuerza intensa ejercida sobre la mandíbula por el soporte mentoniano del corsé Milwaukee producen resultados indeseables en la dentición. Los dientes anteriores superiores e inferiores son inclinados hacia labial y los molares son instruidos, especialmente los inferiores; esto resulta en una profundización de la mordida, con una disminución de la distancia de la nariz al mentón.

El corsé Milwaukee combina las fuerzas más eficaces necesarias para corregir la escoliosis. Está hecho de tal forma que un ceñidor pélvico ajusta la cintura y apoya sobre la cresta ilíaca y a él están unidas barras verticales; una está colocada en la parte anterior y dos en la parte posterior, y se extienden hasta el cuello del paciente, donde encajan en los soportes para la mandíbula y el occipucio. A medida que la curvatura de la columna disminuye durante el tratamiento, las barras pueden alargarse para ejercer una mayor presión sobre la mandíbula y el occipucio. Es esta fuerza ejercida sobre la mandíbula durante el período de crecimiento del paciente lo que causa efectos perjudiciales sobre la oclusión dentaria y el desarrollo normal de la parte inferior de la cara.

Durante el tratamiento activo con el corsé de Milwaukee y por un corto período después, los pacientes experimentan dificultad para abrir la boca normalmente, probablemente a causa de la inactividad de la articulación, con los cambios resultantes en la elasticidad de las capsulas articulares. La acción de la articulación temporomandibular vuelve a la normalidad por tiempo

después que el paciente deja de usar el corsé Milwaukee.

Durante el tratamiento activo de la escoliosis, los pacientes en tratamiento odontológico experimentarán dificultad para - abrir la boca, lo que dificulta la realización del mismo(4).

B.- PARALISIS CEREBRAL:

Pertenece a un grupo de trastornos relacionados que se superponen etiológicamente y se ubican bajo el encabezamiento de síndrome de disfunción cerebral que también incluye tipos de deficiencia mental y epilepsia. Se coloca una etiqueta diagnóstica particular donde predomina ese aspecto, y en la parálisis cerebral es el neuromotor, pero puede no ser el único efecto del factor o factores causales originales; por ejemplo, un niño paralítico cerebral puede sufrir de convulsiones, y tanto en los grupos paralítico cerebral y epiléptico puede haber diversos grados de deficiencia mental.

La causa de la parálisis cerebral puede ser aparente en algunos casos y haber ocurrido antes, durante, o después del nacimiento. Entre las más comunes están la hemorragia y, posiblemente las infecciones virales durante el embarazo, anoxia fetal prematura, trauma en el nacimiento, Kernicterus y meningitis tuberculosa. Algunas son familiares. Hay casos, sin embargo donde no se puede descubrir una causa evidente, de manera que el término "niño con daño cerebral" no es verdaderamente adecuado.(9)

El grado de complicación del sistema neuromotor varía muchísimo, desde quienes están afectados tan ligeramente que pueden llevar vidas normales hasta los afectados tan severamente que deben ser internados en instituciones especiales.

El término "Parálisis Cerebral" cubre una variedad de trastornos que se clasifican de acuerdo al tipo de trastorno motor, de la manera siguiente:

1.- Espasticidad;

Este tipo ocurre en más de la mitad de todos los pacientes paralíticos cerebrales y se debe al daño que afecta los tractos piramidales, resultante en un impedimento de la capacidad para controlar los movimientos voluntarios. Existe un reflejo de estiramiento exagerado y contracciones tendinosas aumentadas. Hay el aspecto de rigidez muscular severa y el movimien-

to planeado de un miembro afectado resulta en un reflejo tendiendo a hiperactivo. Esto sucede especialmente cuando se intenta un movimiento rápido, pero menos con un movimiento pasivo lento. (4)

Rigidez:

Es un tipo no frecuente en el que hay resistencia al movimiento pasivo, aunque este puede a veces ser superado por la acción rápida. La mayoría de estos niños son defectuosos mentalmente. (4)

3.-Atetosis:

Este es el segundo tipo más común de parálisis cerebral, se presenta en aproximadamente un sexto de los casos, y el kernicterus juega un gran papel en su causa. Se caracteriza por movimientos musculares involuntarios frecuentes y a menudo incoordinados que pueden dar lugar a la aparición de contorsiones. Fácilmente, esto puede resultar en muecas, babeo, defectos de dicción y otros problemas. (4)

4.- Ataxia:

Es también menos común. Hay un trastorno en el equilibrio y dificultad para tomar objetos. Sentarse erecto puede ser difícil. (4)

5.- Temblores;

o temores, forma en la cual el paciente muestra movimientos involuntarios de las extremidades, cuerpo, cuello y cabeza. (1)

6.- Atonía:

Forma tipificada por el pobre tono muscular y capacidad muscular comprometida. (1)

7.- Mixtos:

Se aplica este término a los casos en que hay

una gama de manifestaciones de mala función motriz, de modo que se observa una superposición de los tipos antes mencionados.(1)

También se puede describir la parálisis cerebral y clasificarla de acuerdo con la parte del cuerpo afectada de la siguiente manera:

- 8.-Cuadruplejía: Involucración de los cuatro miembros.(1)
- 9.- Hemiplejía: Involucración de una mitad del cuerpo.(1)
- 10.- Monoplejía: Involucración de un solo miembro.y Páraplejía: involucración de las piernas.(1)

Estado Bucal:

La mayoría de los estudios que se han efectuado sobre la experiencia de caries de estos niños muestra que es sólo ligeramente más elevada que en los controlés normales.

Hay un incidencia más elevada de hipoplasia de esmalte en la dentición primaria sobre todo en aquellos pacientes con historia de prematuridad o kernicterus, como era de esperar.

Más de tres cuartos de los pacientes parálíticos tienen algún grado de gingivitis, siendo la incidencia más elevada en los niños mayores que en los más pequeños. Se presenta más en el grupo espástico y menos en los atetoides. La enfermedad periodontal-severa con formación de bolsas ocurre en el 10% de los casos. Aquellos pacientes cuyos problemas médicos incluyen episodios convulsivos pueden estar tomando una de las drogas del grupo dilantina y, como resultado, se producen casos de gingivitis hipertrofica y una cantidad de afecciones periodontales severas. La higiene bucal en los parálíticos cerebrales suele ser bastante pobre.

Un estudio de 253 pacientes da el estado como 15% bueno, - 45% regular y 40% pobre. El problema de mantener una buena higiene

ne bucal en muchos de esos niños puede ser muy grande. El despeje bucal con la lengua, labios y carrillos, suele ser anormal, la deglución puede ser difícil y puede ocurrir babeo. La mecánica del cepillado dentario puede ser tan difícil como para desanimar al paciente o al padre en su perseverancia. El tipo de dieta puede también estar contra el despeje bucal ya que los niños con los músculos de la masticación y la deglución afectados tienden a comer alimentos blandos que se tragan con facilidad con una proporción muy alta de hidratos de carbono. Los que están en sus hogares sin una supervisión correcta, pueden mostrar algunas deficiencia vitamínica a consecuencia de una dieta mal balanceada, con algunos signos periodontales.

Los pacientes paralíticos cerebrales tienen una más elevada incidencia de maloclusiones que lo habitual, debido a la actividad muscular anormal. Puede relacionarse con el grado de tonicidad de los músculos faciales, masticatorios o de la deglución, y con la función anormal o movimientos involuntarios de estructuras que influyen los arcos dentarios. Así, el tipo espástico, con hipertonicidad del labio la musculatura facial, tiene preponderancia de maloclusión de clase II de Angle división 2, con apiñamiento y, a veces una mordida cruzada unilateral. El atetoide, por otra parte tiene labios hipotónicos, a veces babeo, y tiende a presentar una maloclusión de clase II división 1, con un paladar angosto y alto empuje lingual, produciendo una mordida abierta anterior. Además, cada caso puede complicarse por la pérdida temprana de dientes primarios y permanentes. (9)

El estado dentario puede empeorar, además por trauma. Las caídas no son infrecuentes en niños con controles musculares incompletos y se producen traumatismos a los incisivos. Es probable que esto sea más común en el atetoide con incisivos en la labio versión, siempre más susceptibles a un daño de este tipo.

El bruxismo puede ser severo en algunos pacientes, muy comúnmente en el atetoide. (9)

Tratamiento Odontológico:

El buen cuidado dental en los niños-paralíticos cerebrales, y esocialmente en aquellos con complicaciones en la cabeza o el cuello, es de vital importancia porque:

- 1.- Tienen dificultades masticatorias que aumentan con la pérdida de dientes. Esto contribuiría más a deficiencias nutricias.
- 2.- Muchos de estos pacientes nunca podrán usar dentaduras por su incapacidad muscular.
- 3.- Los problemas fonéticas aumentan por la pérdida de dientes.
- 4.- Los aspectos emocionales no deben ser pasados por alto. Un niño cuyas necesidades dentales son dejadas de lado o descuidadas, - estará más frustrado que aquel cuya estética dental y tratamiento con servadosr se cuidan en la misma medida que sus hermanos normales. . . .

Desafortunadamente, el tratamiento odontológico completo para - estos pacientes aun no es asunto de rutina en todas las áreas - pero el odontólogo puede contribuir mucho a su servicio. (9)

Problemas de tratamiento;

A niño afectado tan ligeramente que puede concurrir a la escuela normal es posible tratarlo como a un paciente normal el consultorio mientras aquellos tan severamente impedidos física y mentalmente, como para estar internados en instituciones especiales, sólo son adecuados para extracciones y un buen cuidado con relación a su higiene bucal. Es a quienes se encuentran entre esos dos extremos que debe dirigirse la tensión odontológico-especial. Si un niño está en condiciones de asistir a una escuela o centro especial entoces se le puede ayudar.

El niño con algún grado de complicación en la cabeza o en el cuello, presenta problemas para su atención odontológica y quizás las dificultades sean de orden mental, físico y dental. (9)

Dificultades Dentales;

- 1.- Aprensión. Puede ser un gran problema-- al principio hasta que el niño se familiarice con el odontólogo y - con el tipo de tratamiento. Se refiere especialmente a un niño retenido en su hogar y quien raramente ve a nadie que no sea miembros de su propia familia. El niño quien concurre a una escuela o centro-

especial está más acostumbrado a conocer otras personas. El espástico es esencialmente propenso a la aprensión.

2.- Dificultad de comunicación. Puede existir defectos auditivos o visuales que dificulten la conversación y explicaciones junto al sillón, o el niño puede tener un defecto de dicción que hace sus respuestas incomprensibles. En esos casos, el odontólogo no debe suponer ninguna deficiencia en la inteligencia sin otra evidencia.(9)

3.- Baja de Inteligencia. En pacientes de baja inteligencia, la comunicación y el entendimiento pueden ser difíciles de alcanzar cuando se intenta obtener cooperación.

4.- Distracción. En algunos pacientes con disfunción cerebral hay inquietud y una deficiente capacidad para concentrarse. Las cosas triviales tienden a distraer la atención del paciente.

5.- Convulsiones. Una cantidad de niños paralíticos cerebrales sufren de algún grado de convulsiones. Aunque la ansiedad puede precipitar un ataque, es casi seguro que el paciente está recibiendo drogas que controlan el estado, y un episodio así es raro en el sillón dental.

Dificultades Físicas:

1.- Posición Postural. Un paciente con algún grado de ataxia no será capaz de sentarse en el sillón dental sin ayuda, debido al trastorno del equilibrio. El atetóide y los espásticos con complicación de los músculos del cuello, tienen dificultad en lograr y mantener la postura sentada normal, con la cabeza apoyada sobre el cabezal.

2.- Capacidad para cooperar. Como regla general, un niño que puede entrar al consultorio, aun con alguna ayuda, sentarse en el sillón y abrir su boca, puede ser tratado sin mayor dificultad. Los niños con complicaciones mayores, sobre todo de la cabeza y el cuello, y pueden presentar serios problemas de cooperación, no por falta de voluntad, sino por su incapacidad para producir las adecuadas acciones musculares.

En el espástico la rigidez muscular tiende a desaparecer cuando se sienta quieto y relajado, pero cuando se intenta accionar los músculos para abrir la boca, hay una reacción excesiva y los músculos

labiales, aunque producen un cierto grado de apertura, pueden estar tan fuertemente contraídos y tensos como para presentar una barrera al examen de la cavidad bucal. Producir suficiente separación de los arcos dentarios constituye un problema similar.

En el atetoides, los constantes movimientos musculares involuntarios dificultan el tratamiento, los músculos faciales y masticatorios -- producen contracciones y quizás el cierre repentino de la boca.

La proporción de caries es sólo marginalmente más elevada que lo normal, pero la conservación es por lejos más importante debido a los mayores problemas que pueden encontrarse en relación con una prótesis. Desafortunadamente, cuanto mayores las dificultades de conservación, menos probable es que el paciente pueda usar un aparato, pero si los problemas físicos y mentales pueden superarse entonces la conservación misma no presenta verdaderos inconvenientes.

Los pacientes con bruxismo no son adecuados para un aparato protético u ortodóncico, salvo que se puedan hacer irrompibles.

La higiene bucal es siempre un verdadero problema, pero importante en el campo preventivo. La terapia con drogas del grupo dilantínico produce una gingivitis hipertrófica persistente(9).

Introducción al consultorio:

Antes de ver al niño por primera vez, el odontólogo debe buscar información del médico sobre su condición. Necesita conocer el tipo de complicación neuromotora y su gravedad, culaquier historia de convulsiones, terapia con drogas, otros defectos sensoriales, visuales o auditivos, y una estimación de su nivel de inteligencia. Con este conocimiento, el odontólogo puede -- adecuar su actitud a las necesidades de ese paciente en particular. -- El acercamiento debe ser amistoso y simpático, pero firme y siempre con plena confianza. Cualquier falla de seguridad es percibida por -- el niño y produce una actitud adversa. Paciencia y persistencia son de suma importancia, y es necesario establecer varias visitas para -- lograr una relación amistosa y de confianza, con exámenes y explicaciones sencillas, antes de iniciar tratamientos. El objetivo debe ser

un trabajo en equipo entre el odontólogo y el niño, haciendo este su parte y dándose cuenta cabal de ello.

Postura:

Muchos de los pacientes paralíticos cerebrales pueden sentarse en el sillón dental, pero éste debe inclinarse algo hacia atrás, de manera que haya una sensación de mayor seguridad en cuanto a no caerse hacia adelante. En algunos casos, puede necesitarse un asistente junto al sillón para controlar los movimientos de la cabeza cuando el odontólogo está trabajando frente al paciente. Si lo hace desde atrás, sin embargo, el odontólogo puede habitualmente lograr este control sosteniendo la cabeza entre su brazo izquierdo y el codo, quedando libres su muñeca y su mano.

El uso de tiras de retención para soporte es aconsejado firmemente por algunos, pero condenado por otros. Un soporte así debe ser útil siempre y cuando el niño entienda que es para soporte y no para restricción, y no lo considere con aversión. (9)

Hay pacientes quienes pueden ser controlados más fácil y completamente si se sienta en el regazo de un padre o un asistente. Si el padre es sensible y cooperador y entiende verdaderamente qué se está haciendo, entonces resultara una persona adecuada para brindar control y el niño está más seguro. Si se considera que el padre no es la persona indicada ese soporte puede brindarlo un asistente. El niño se sienta en las rodillas de la persona, con sus piernas entre las de ella, para controlarlas si es necesario. Se inclina hacia atrás con su cabeza apoyada en el hombro de quien le ayuda, o en un cabezal, y es sostenido tranquilamente con los brazos del asistente alrededor del cuerpo y brazos del niño. Puede necesitarse otro asistente para mayor soporte o control de la cabeza.

Debe estimularse al paciente para que se relaje, explicando y demostrando primero todas las acciones propuestas. Los movimientos repentinos pueden precipitar una acción muscular y por eso es esencial un acercamiento suave. En el espástico, el intento de abrir la boca puede producir una contracción muscular intensa pero si el ---

odontólogo le enseña a hacerlo con presión suave, a veces se puede vencer esa contracción. No hay que poner los dedos entre los dientes en los casos en que los maxilares pueden contraerse, salvo que se use un protector digital metálico. Un dedal puede ser útil, pero debe ser de acero y no de algún metal más blando. Es aconsejable agregarle un trozo de cadenita o un cordón perforando un pequeño orificio con una fresa cerca del borde, de manera que si se sale del dedo no hay peligro de que se trague. En esos casos, un espejo de vidrio puede resultar peligroso para el paciente, porque si se astilla, puede no ser posible recobrar los trozos de vidrio sin hospitalizar al niño y sin anestesia general. Es aconsejable un espejo de acero. Hay que tener cuidado en la colocación de un explorador agudo para que, si se cierra la boca intempestivamente, la punta no constituya un riesgo para los tejidos blandos. Las películas radiográficas son difíciles de ubicar y mantener sin movimiento, y quizás habrá que omitirlas, aunque posiblemente las interproximales puedan tener mejor éxito. De ser así se puede simplificar mucho el descubrimiento de caries intersticiales.(9)

Con la comprensión y confianza del paciente, la conservación debería ser posible, con o sin anestesia local, y por cierto en aquellos con razonable inteligencia. Habitualmente, resulta esencial un separador bucal, pero hay que cuidar que sea de un tipo, y se encuentre en posición tal, que dificulte su desplazamiento. El separador sencillo no ajustable debe usarse en su máxima apertura, para que el paciente no lo desaloje si abre un poco más su boca, o por la presión de la lengua. Un separador tipo trinquete con manijas de tijera es útil, especialmente si las superficies que contactan con los dientes están cubiertas con metal blando, o con goma dura, para minimizar la incomodidad y el desplazamiento sobre los dientes.

El separador puede ser controlado por el asistente quien sostiene la cabeza del niño. Al paciente hay que permitirle descansos frecuentes de la posición de la boca abierta.

Un atomizador de agua y un eyector de saliva, son esenciales para limpiar rápidamente el campo de restos, ya que no le es factible enjuagarse la boca.(9).

En algunos casos, puede necesitarse un retractor para la lengua- especialmente cuando se tratan dientes inferiores. Al colocar cemen- to y obturaciones plásticas suele ser útil mantener el campo limpio- y seco colocando una grapa para goma dique (sin la goma) sobre el- diente a tratar o el vecino. Puede colocarse y retirarse muy rápida- mente, según necesidad, y controla la posición de los rollos de algo- dón, del eyector de calida y hasta de la lengua en alguna medida.

Si bien la mayoría de los paralíticos cerebrales pueden ser tra- tados con buen éxito en esta forma, hay una cantidad en quienes esto no es posible por razones físicas o emocionales. Como alternativa, - toda la conservación puede hacerse bajo anestesia general.

Este es el método preferido, sobre todo para el tratamiento inici- al, porque se elimina una larga serie de visitas y el niño queda con su problema dental resuelto. Una vez que esto se logra el mantenimiento de rutina se hace más fácil. (9)

El tratamiento de la enfermedad periodontal se basa en métodos normales y los niños que están tomando dilantina pueden presentarse- uno de los problemas más grandes en virtud de la gingivitis hiperplás- tica resultante. En los casos graves, la consulta con el médico puede significar la posibilidad de un cambio de la droga. Algunos de esos - pacientes pueden haber tenido una dieta mal balanceada, especialmente con exceso de hidratos de carbono. Si existe enfermedad periodontal- marcada, habrá que considerar con el médico una suplementación vita- mínica.

El tratamiento ortodóncico sencillo debe realizarse siempre que quea sea posible dentro de los límites de la tolerancia del pacien- te, y no olvidando los riesgos de roturas en algunos de los casos. -- La consulta con un ortodoncista sobre tratameinto de compromiso sue- le ser útil.

Cuando se considera necesario y aconsejable colocar una prótesis su diseño quizás debga ser un compromiso, tanto a nivel de eficacia como de aspecto. El odontólogo también debe tomar en cuenta el mane- jo y la posibilidad de reemplazo frecuente.

El odontólogo puede ser invitado a ayudar en la rehabilitación de un paciente cuadriplégico con la construcción de una pieza bucal para sostener una herramienta. Se hace de acrílico y se parece a un apar- to de Andresen. Después de las impresiones en alginato y un registro de la mordida, se hacen los modelos en yeso piedra y se articulan en

oclusión. Se eliminan los retenciones y se tallan en cera bloques demordida con una cubierta oclusal plana pero delgada. Se procesan en acrílico por separado y luego se ajustan en la boca adaptándolas según necesidad. Las superficies oclusales desgastan hasta que la separación vertical de los dientes se reduzcan aproximadamente a 1,0mm. Se juntan con cera dura y se retiran de la boca. Se completa la unión de los bloques de acrílico con acrílico de curado en frío, Las superficies anteriores del aparato entre los labios puede construirse ahonto requerido. Se puede hacer en forma de un prisma para presionar las teclas de una máquina de escribir, en cuyo caso se perfora con fresala extensión de acrílico en la angulación requerida, habitualmente a unos 45° debajo de la horizontal, para insertar el prisma. Otra posibilidad consiste en perforar el acrílico por completo para pasar una pajilla, de manera que el paciente pueda alimentarse solo, además de entrenar y ejercitar los músculos en la succión y el soplido.

La higiene bucal debe recibir la máxima atención y para muchos de los pacientes merece recomendarse el cepillo accionado a batería. Si es usado por el paciente, debe tener una llave que no requiera presión sostenida para manejarlo, sino que continúe una vez conectado.

Estos cepillos son más fáciles y eficazmente usados por el padre o la enfermera, cuando el paciente es incapaz de hacerlo.

La prevención de la caries en estos pacientes es tan importante - que debe recomendarse el aporte de tabletas con fluoruro en las áreas no fluoruradas comenzando tan pronto como el síndrome es evidente. Pueden tomarse fácilmente en la dosis recomendada cuando se las disuelve en jugo de naranja u otra bebida. (9)

C.- DISPLASIA ECTODERMICA:

Es un síndrome que se hereda unido a x se caracteriza por hipotricosis y oligodontia o anodontia. A -- los pacientes con agenesia parcial o total de los dientes hay que preguntarles y examinarlos en busca de signos y síntomas de otros -- defectos ectodérmicos, como falta de pelo o glándulas sudoríparas, -- o deformidades de las uñas. Algunos pacientes pueden tener varios -- dientes de forma cónica en ambos maxilares. Estas personas son di_ -- fíciles para el cuidado dental y pueden poner a prueba la capaci_ -- dad y el ingenio del clinico(5).

Se señala que aun cuando exista anodoncia completa, el creci_ -- miento de los maxilares no se detiene. De esto se deduce que el de_ -- sarrollo de los maxilares, excepto la ápofisis alveolar, no depen_ -- de de la presencia de los dientes. Además el arco palatino es alto_ -- y puede haber fisura del paladar. (5)

En esta enfermedad las glándulas salivales, incluidas las acco_ -- sorias intrabucuales, suelen ser hipoplásticas. Esto produce xeros_ -- tomía, y los labios protuberantes pueden estar secos y fisurados con seudorragadas. Como fenómeno relacionado, hay hipoplasia de las -- glándulas mucosas nasales y faríngeas que lleva a la rinitis o farin_ -- gitis crónica, o ambas, a veces con disfagia y ronquera(3).

El niño con displasia ectodérmica casi siempre tendrá variacio_ -- nes en la dentición y dientes congénitos faltantes. A menudo los -- dientes malformados tienen raíces cortas.

Tratamiento: No hay tratamiento para esta anomalía, aunque -- desde el punto de vista odontológico, es menester confeccionar pró_ -- tesis parciales o completas con finalidad tanto funcional como esté_ -- tica. Este tratamiento debe iniciarse desde etapas tempranas o sea -- en pacientes muy jóvenes, pero han de ser rehechas periódicamente a_ -- medida que los maxilares sigan creciendo. (3).

D.-DISTROFIA MUSCULAR:

El término distrofia muscular se aplica a un grupo de enfermedades musculares en las cuales los síntomas son atrofia y debilidad progresivas de los músculos esqueléticos, con una creciente incapacidad y deformidad. La degeneración de las fibras musculares ocurre lentamente y es reemplazada por tejido fibroso y adiposo. Las distrofias musculares constituyen el grupo aislado más grande de enfermedades musculares en la niñez. Se produce en varios patrones clínicos; sin embargo, la atrofia muscular ocurre en todas las formas más comunes son los tipos pseudohipertrófico y facioescapulo humeral, ambos transmitidos genéticamente. (1)

La forma pseudohipertrófica (tipo Duchenne) suele transmitirse por un gen recesivo ligado al sexo.

La forma facioescapulo humeral (tipo Landouzy-Déjerine) sigue un patrón genético dominante. Cuando se trata de un modo de transmisión dominante, el comienzo de la enfermedad suele ocurrir en los años de la adolescencia. La forma transmitida por un gen recesivo ligado al sexo aparece principalmente en varones, iniciándose antes de los 6 años de edad. Cuando la enfermedad aparece en mujeres suele ser menos grave y progresa menos rápidamente. (1)

El cuadro clínico de la forma pseudohipertrófica es inicialmente de debilidad que puede notarse primero en la infancia. Se observa que el niño tiene dificultad para ponerse de pie o aprender a caminar y se cae frecuentemente. Puede haber agrandamiento de ciertos grupos musculares, la denominada pseudohipertrófia; otros músculos sufren cambios atróficos, seguidos por atrofia de los músculos que inicialmente estaban agrandados. A medida que la enfermedad avanza, aparecen contracturas, habitualmente primero en los miembros inferiores, causando deformidades esqueléticas del tronco y miembros inferiores. En los estadios más avanzados de la enfermedad, se produce también la complicación del músculo cardíaco y la falla cardíaca congestiva puede convertirse en problema. (1)

El comienzo de la forma facioescapulohumeral o progresiva, ocurre con más frecuencia en los años preadolescentes. Los músculos afectados primero, son los de la cara y los de la cintura escapular. La cara pierde expresión, lo que en algunos pacientes trae un leve impedimento en la dicción. Se observa inicialmente que los pacientes carecen de la capacidad de levantar sus brazos sobre la cabeza, cerrar los párpados, levantar las cejas o fruncir la frente. Durante un período de años el proceso avanza lentamente a los músculos de la pelvis y las piernas. (1)

La distrofia muscular puede eventualmente afectar a la mayoría de los músculos estriados del cuerpo. La atrofia de los músculos que tienen que ver con la respiración reduce la capacidad vital de los pulmones e interfiere con la capacidad de toser y eliminar las acumulaciones de moco de la tráquea durante los episodios de infecciones respiratorias. Es importante que el odontólogo tenga en cuenta ese reflejo de tos disminuido y la incapacidad de estos pacientes para expulsar cualquier material extraño que pueda caer en la garganta durante el tratamiento odontológico. (4)

No hay tratamiento específico para esta enfermedad. Se considera esencial mantener la moral del paciente y del padre. El paciente debe ser estimulado a mantenerse activo tanto como sea físicamente posible. (4)

Varios autores han descrito el efecto que la distrofia muscular tiene sobre la oclusión dentaria. Algunas de las manifestaciones observadas por los autores son los arcos dentarios expandidos como consecuencia de la reducción en la función y contractibilidad de los músculos de los carrillos y labios. Esos músculos fueron más afectados en el proceso de la enfermedad que la lengua, lo que resultó en una fuerza desproporcionada ejercida por ésta sobre los arcos, que la fuerza recíproca desde bucal y labial; mordidas abiertas; labio y bucoverción de los dientes e irregularidades en la relación intercuspídea de los dientes superiores e inferiores. (8)

El tratamiento odontológico debe hacerse sobre base regular para conservar los dientes y la boca en la mejor condición de salud-

y eliminar así la posibilidad de infecciones bucales causadas por dientes abscedados o problemas periodontales. Los anestésicos generales deben evitarse debido a las funciones pulmonares afectadas. (8)

E.- SUBNORMALIDAD MENTAL:

La deficiencia mental no puede definirse medio de reglas precisas, ni puede comprobarse exactamente. Un niño puede carecer de inteligencia pero, aunque esto puede probarse, - los resultados no son siempre constantes. Puede carecer de capacidad para ser educado, pero en realidad puede ser tardío en desarrollarse. Muchos de los pacientes considerados como ligeramente deficientes - pueden, con la misma facilidad ser incluidos en el extremo inferior de la escala normal, de manera que no hay un nivel real al que se pueda decir que comienza la verdadera deficiencia. (9)

Una de las clasificaciones usadas más comúnmente es la del Acta de Deficiencia Mental de 1927, la que divide los grados de severidad en idiota, imbecil y débil mental.

Un idiota es un individuo "incapaz de cuidarse solo contra un peligro físico común". Es severamente defectuoso y su CI es menor de 25.

Un imbecil es una persona "incapaz de manejarse a sí mismo o a sus asuntos, o, en el caso de niños, de ser enseñado a hacerlo". Es menos defectuoso que el idiota y puede ser enseñado a "defenderse contra los peligros comunes", y hasta realizar ciertas tareas bajo supervisión. Su CI varía entre 25 a 49.

Una persona débil mental o deficiente "requiere cuidado, supervisión, y control para su propia protección y para la protección de los otros, o, en el caso de niños, es "incapaz de recibir educación en la escuela". La clasificación lo coloca en la categoría de CI de 50 a 74. (5)

Hay una gran confusión en la terminología y la OMS recomienda el término general "subnormalidad mental" con el agregado de LEVE, - MODERADA o GRAVE para su uso general, pero sin desplazar ninguna nomenclatura clínica. Por lo tanto los términos recomendados son:

- 1.- Subnormalidad Leve; con CI de 50 a 69 y edad mental en el adulto de 8 a 12 años.
- 2.- Subnormalidad Moderada; con CI de 20 a 49 y edad mental en el adulto de 3 a 7 años.
- 3.- Subnormalidad Grave; con CI de 0 a 19 y edad mental en el adulto de 0 a 2 años. (5)

La etiología de la deficiencia mental cubre una gran cantidad de factores que pueden dividirse ampliamente en hereditarios y ambientales.

El aspecto hereditario de la causa es importante y hay una elevada incidencia de padres defectuosos y quienes producen niños defectuosos. Este grupo incluye también estados reconocidos en los que ocurre deficiencia mental, como la fenilquenoturia, cretinismo, sordomudez, microcefalia, neurofibromatosis y corea de Huntington. El mongolismo puede deberse en unos pocos casos a un defecto heredado pero en la mayoría lo es por un error cromosómico.

Los factores ambientales que afectan el desarrollo mental incluyen infecciones en los períodos prenatal, perinatal, y posnatal: rubeola materna en el tercer mes y otras infecciones virales; irradiación al feto, incompatibilidad rhesus, meningitis bacteriana y encefalitis viral en el período perinatal y en la niñez; anoxia en el momento del parto y daño traumático al cerebro en el parto o poco después. En muchos casos, la investigación puede descubrir una cantidad de posibles factores etiológicos.(9)

La subnormalidad mental puede no ser reconocible al nacer, pero más tarde se nota la lentitud de desarrollo y excepto en casos graves no es posible por varios años una comprobación razonable exacta del nivel mental. Se reconoce que es mejor para un niño mentalmente subnormal permanecer dentro de la familia, aun en casos graves si es posible, y por el mayor tiempo posible, que se haya comprobado plenamente la competencia de los padres y las consecuencias familiares. Esos pacientes quienes permanecen en el hogar son supervisados-

por una enfermera de salud pública y pueden concurrir diariamente a un centro ocupacional o de entrenamiento.(9)

Estado Bucal:

Debido a la pobre higiene bucal y a la dieta blanda en este tipo de pacientes, la proporción de caries tiende a ser un poco más alta que lo normal y el estado periodontal es pobre. Aparte de esto, solamente el niño mongoloide muestra rasgos especiales.

Tratamiento Odontológico:

El niño con un grado leve de subnormalidad mental puede ser tratado en cualquier consultorio como parte de su propia familia, sin gran dificultad. Su nivel mental debe ser conocido, de manera que el acercamiento del odontólogo pueda adaptarse a la situación y el plan de tratamiento se modifique de acuerdo al grado de tolerancia. La paciencia es fundamental en el tratamiento de estos niños, pero en los casos en los que la cooperación es pobre, debe considerarse la rehabilitación bajo anestesia general. Los niños con daño cerebral por anoxia, o quienes están propensos a convulsiones pueden no ser considerados por el anestesista como sujetos adecuados. Habrá que pensar entonces en la terapia con drogas anticonvulsionantes o tranquilizadoras, y si existe alguna duda, consultar con el médico.(9)

El estado periodontal de estos niños requiere atención especial y el cepillado de los dientes es difícil, pero sumamente importante. El uso de cepillo accionado por baterías es de gran ayuda para el paciente o para la madre, si ella lo maneja.

El niño más disminuido probablemente nunca tolerará dentaduras para reemplazar los dientes perdidos y cuanto más dientes pierda, mayor la dificultad para comer alimentos correctos. Por lo tanto, el tipo de dieta será más pobre. La posibilidad de rehabilitación bucal bajo anestesia general debe considerarse seriamente en estos casos.(9).

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

F.- MONGOLISMO:

El mongolismo es un estado que ahora se sabe está asociado con una normalidad cromosómica. Esta se presenta habitualmente en la forma de tres en lugar de un par de cromosomas 21, de allí el nombre "trisoma-21". En unos pocos casos están presentes los 46 cromosomas normales, pero hay una traslocación de un cromosoma 21 extra a otro sitio. El estado es más frecuente en niños nacidos de madres mayores, sobre todo en aquellas quienes han pasado los 35 años, pero cuando la madre es joven puede haber una traslocación heredada de uno del par de cromosomas 21. Este puede entonces convertirse en un tercero en la decadencia, resultando en mongolismo. Se ha hecho importante identificar aquellas familias con traslocación heredada en el campo del consejo sobre planeamiento familiar, y un examen cromosómico así es ahora posible.

Los niños mongoloides son todos mentalmente retardados en alguna medida. Están demorados en sus mojones para sentarse, pararse, caminar y hablar, y se desarrolla a un ritmo más lento que lo normal, de manera que continúan perdiendo terreno. Son niños contentos, afectuosos y quizás traviosos, aunque ocasionalmente pueden ser agresivos. (4)

El grado de retardo mental es muy variable. Algunos están afectados tan severamente como para ser totalmente dependientes y estar internados en instituciones. La mayoría son imbeciles y se les puede adiestrar, pero hay un grupo más elevado al que se puede educar en medida variable. Probablemente, concurren a una escuela especial, aunque raramente la normal. Debe notarse, no obstante, que muchos de los clasificados sólo como adiestrables se les puede ahora enseñar a hacer mucho más de lo que se suponía y con el ambiente correcto pueden pasar al grupo educable.

El niño mongoloide típico tiene características físicas que lo distinguen del normal. Es generalmente más pequeño que el promedio en estatura para su edad, un proceso gradual que es menos evidente en el niño más pequeño que en el mayor. Es regordete y camina pesadamente e inclinado hacia adelante. Sus dedos son cortos y fofos y su piel puede ser seca y áspera. El cráneo es branquicefálico, y en algunos hasta hiperbraquicefálico, y hay un menor desarrollo del tercio medio

de la cara. Esto resulta en un aplazamiento del puente nasal en tres cuartos de los casos, y una nariz fíata. Hay defectos oculares y en la mayoría de los casos las fisuras palpebrales se inclinan hacia abajo en la línea media y suelen existir epicantus. Otras anomalías oculares son el estrabismo, en más de la mitad de los pacientes, nistagmus y opacidades en el cristalino. Son comunes las anomalías en la forma del oído externo. El cabello puede ser fino y escaso y a menudo hay un enrojecimiento de las mejillas. (4)

Hay hipotonía en los músculos labiales y el labio inferior habitualmente cuelga flojo, muy a menudo con grietas persistentes y la lengua protruye sobre él, con frecuencia se la describe como agrandada, pero en la mayoría de los casos este aspecto se debe a la falta de espacio bucal con la consiguiente protusión. Existen fisuras marcadas y las papilas circunvaladas están hipertroficadas.

Hay algunas anomalías médicas importantes de especial relevancia. Aparecen defectos cardíacos congénitos en aproximadamente un tercio de estos niños y puede haber cianosis. Es posible un trastorno de la tiroides, con deficiencia, y también se menciona el hipopituitarismo. Los niños mongoloides son especialmente propensos a las infecciones respiratorias y esto es una de las principales razones de por qué tan pocos sobreviven hasta una edad avanzada. También hay una incidencia de leucemia más elevada que lo normal (4).

Estado bucal:

Casi un tercio o más de estos pacientes pueden tener dientes congénitamente ausentes, siendo los más frecuentes uno o ambos incisivos laterales superiores.

La morfología dentaria también puede estar afectada. Son más pequeños que lo normal y tienden a ser redondeados o bulbosos. Los patrones fisurales pueden ser variados y tienden a ser más superficiales. Los incisivos pueden ser de una forma más simple, con menor desarrollo de los mamelones laterales. Y existen algún retardo en la erupción. (9)

Los niños mongoloides tienen una notable resistencia a la caries y por lo tanto la mitad de ellos están libres de caries. En desarrollo de caries, el número de cavidades es aún mucho menor que lo que se esperaría en un niño normal. Esto puede relacionarse en parte con la forma más simple de los dientes con menos fisuras profundas

pero esto no es la razón principal de que las cavidades intersticiales sean infrecuentes. (9)

Casi todos los niños mongoloides sufren de un grado moderado o severo de enfermedad periodontal. La comparación con defectuosos mentales no mongoloides en las mismas instituciones muestra que el mongoloide tiene una incidencia más elevada de enfermedad periodontal y que es considerablemente más grave. Es muy frecuente en la zona incisiva inferior y aún a la edad de 3 años puede haber desmoronamiento tisular y pérdida temprana de los incisivos centrales primarios. Y la de sus sucesores permanentes, antes de promediar la pubertad, es común.

Hay una separación del borde gingival insertado con formación de bolsas y pérdida progresiva del hueso de soporte. Esto continúa con la edad, y la complicación de los incisivos inferiores es seguida por la de los superiores y más tarde por mucho del resto de los arcos dentarios. Radiográficamente, hay falta de claridad de la lámina dura y las trabéculas óseas parecen más cortas y gruesas, con espacios medulares más pequeños. Las raíces de los incisivos son cortas. Aunque la higiene bucal suele ser pobre, tiene poca correlación con el grado de enfermedad periodontal. La presencia de cálculos no es una característica. (2)

El tamaño pequeño del maxilar superior con su falta de desarrollo hacia adelante y abajo suele resultar en una maloclusión de Clase III de Angle, en un tercio o más de esos niños.

Puede haber una mordida cruzada posterior en uno en en ambos lados, agregada a una sobremordida incisiva invertida. La mitad de los pacientes tiene un empuje lingual, debido en unos pocos casos a una lengua agrandada, pero en la mayoría a una falta de espacio para una lengua de tamaño aparentemente normal. Esto puede producir una mordida anterior abierta. (9)

Suele haber falta de sellado labial y posible labioversión de los incisivos inferiores, acentuada la relación incisiva invertida.

Tratamiento Odontológico:

El grado de cooperación depende mucho del nivel de inteligencia. El mongoloide más inteligente puede ser tratado en el sillón dental en forma razonablemente normal pa_

ra procedimientos conservadores. Para los de grado más bajo el tratamiento debe ser adaptado a las necesidades inmediatas y puede limitarse a extracciones en el caso de niños internados. No hay contraindicaciones para la anestesia local. (9)'

Los niños con enfermedad cardíaca congénita necesitan un plan de tratamiento especial que tome en cuenta esa condición. En esos casos, las extracciones y los raspajes profundos deben hacerse bajo cobertura antibiótica y la terapia de conductos radiculares está es tá contra indicada. Esto y la susceptibilidad a la infección a la infección torácica influirán cualquier decisión para usar un anestésico, ya sea para extracción o para conservación.

El estado periodontal constituye la dificultad principal en su logro de la salud dental. La enfermedad es progresiva y aún en el mon ga loide de alto grado, la extracción puede ser inevitable. El tratamiento gingival se hace de acuerdo a los principios generales, pero habitualmente debe ser de tipo sencillo. Hay que tener en mente la posibilidad del desarrollo de una leucemia.

Tanto los aparatos ortodóncicos como protéticos suelen estar-- contraindicados por varias razones. El mal estado gingival, la len gua relativamente grande, y el tono mucular pobre hacen difícil la retención, y la cooperación suele ser por completo inadecuada. Las-- raíces cortas también son desventajosas para el movimiento dentario-ortodóncico. (9)

G.- EPILEPSIA:

La epilepsia no es una enfermedad en sí misma si no un síntoma de un trastorno cerebral suyacente. Ocurre en el 0.5- a 1 por ciento de la población y aproximadamente el 5% tiene subnormalidad mental. Está presente en más o menos la mitad de todos los espásticos y en un cuarto de los atetoides. Los ataques son más comunes en niños que en adultos, pero están incluidos aquellos niños que tienen convulsiones con un estado febril, muy común entre las edades de 18 meses y 3 años.

Hay dos tipos de epilepsia: en la que puede demostrarse daño cerebral físico y un posible factor genético, como la fenilquetonuria; y la variedad idiopática, en la que suele haber una anomalía cerebral funcional demostrable(9).

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

El gran mal; es un ataque mayor que puede ser precedido por una advertencia de tipo visual o motor, o por irritabilidad o jaqueca, poco antes del ataque. Al cominzo 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 está endurecido y rígido. La lengua puede ser mordida cuando se contraen los músculos maxilares. La palidez de la cara cambia rápidamente a cianosis y en medio minuto del comienzo sigue la fase clónica. El paciente despierta eventualmente con dolor de cabeza y en estado de confusión mental. (6)

El pequeño mal; es una forma de ataque donde hay solamente pérdida momentánea de la conciencia, aunque pueden existir otros efectos menores. Dura menos de medio minuto y puede ser considerado como un mareo, o el paciente puede no darse cuenta que ha ocurrido. A veces ocurren otros tipos de ataque, aparente del gran y pequeño mal, que muestra una variedad de patrones de conducta y se clasifica como mioclónicos infantiles, focales y psicomotores.

El tratamiento de estos estados convulsivos es a base de drogas--- para suprimir los episodios. Las más frecuentes son el Epanutin (Dilantina), o uno de los barbitúricos con Mysoline, aunque también se usan otros. Ocasionalmente, también puede seguirse una dieta quetogéna. Se está haciendo un intento muy positivo para adaptar a estos pacientes a la vida comunitaria normal y tratar de educar al público - para que los acepte. (6)

Estado Bucal:

El unico rasgo esencial se encuentra en los pacientes tratados con Epanutin. En ellos, puede haber una gingivitis hiperplástica de naturaleza fibrosa, a veces tan intensa como para cubrir casi todas las coronas dentarias, o demorar la erupción. Está asociada sobre todo con un pobre estado de higiene bucal (6)

Tratamiento Odontológico:

Muchos de estos pacientes son particularmente aprensivos y el tiempo destinado para conocerlos está bien empleado. Es útil preguntar al padre cuánto tiempo ha transcurrido desde el último ataque y qué tipo de situación lo provoca. De esto se puede juzgar la probabilidad que un episodio así ocurra en el consultorio. Habitualmente, el niño está bastante bien controlado y es improbable que se produzca un ataque durante el tratamiento, especialmente si hay una buena reacción entre el niño y el odontólogo. Si un paciente que sufre de gran mal concurre para tratamiento dental, es bueno que la asistencia conozca los procedimientos a seguir si se produce un ataque. Inmediatamente se lo colocará en un lugar del que no pueda caerse, y un espacio vacío en el piso es la más fácil. Debe ponerse de costado, con su cabeza en una posición que impida la aspiración de saliva a los pulmones. Puede necesitarse un instrumento para forzarlo entre los dientes antes que haya ocurrido un espasmo total de los músculos maxilares para prevenir la mordedura de la lengua, pero debe evitarse el daño a los dientes y a los tejidos blandos. En el consultorio dental el instrumento adecuado, es la espátula plástica para alginato, dura pero resiliente, y que no causará trauma. Si el paciente no sale de su ataque con bastante rapidez, el padre advertirá sobre el patrón normal, habra que suministrarle oxígeno si está muy cianótico y disponer los medios para trasladarle al hospital de inmediato. Cuando sale de su ataque normalmente tendrá dolor

dolor de cabeza y estará mentalmente confuso, de manera que habra - que posponer el tratamiento, salvo los ajustes menores necesarios - para terminar la operación interrumpida. (6)

La conservación puede realizarse normalmente y se puede usar a nestesia local. En el caso de la anestesia general, sin embargo, so lamente debe darla un anesthesiólogo muy experimentado, siempre que- considere al paciente como adecuado para recibirla. Se debe recor- dar al padre que antes de la cita debe darse al niño la dosis nor- mal de la droga que está tomando y no omitirla.

El estado periodontal puede requerir atención especial en los- pacientes quienes toman Epanutin. Periódicamente hay que hacer un - raspaje y limpieza escrupulosos y al paciente y al padre hay que en señarles el cepillado correcto. Si la gingivitis hiperclásica es - grave, puede ser necesario tratarla quirúrgicamente, pero tiende a- recurrir. Si causa un gran problema, y puede serlo especialmente en aquellos mentalmente normales y están perturbados por el aspecto, - entonces sería razonable discutirlo con el médico para ver si se - puede cambiar el Epanutin y pasar a otra como alternativa. (6)

H.- AUTISMO:

El autismo que se encuentra dentro de los trastornos emocionales que convierten a los niños en pacientes difíles pueden - ser de origen no dental o dental.

Causas no Dentales:

Las psicosis en la niñez son muy frecuentes.

La esquizofrenia es rara y se manifiesta por un deterioro en el interés y la concentración, y así puede notarse por primera vez en - la escuela. El paciente se aísla y más tarde puede desrrollar inquie tud e impulsividad, o permanecer indiferente.

El autismo infantil temprano se caracteriza por la aparición de extrema soledad. El niño se interesa en objetos en exclusión de per- sonas y parece incapaz de formar relaciones emocionales. Muchos tie- nen serias dificultades de dicción. Tan indiferente es el niño que- la condición puede sospecharse sólo después que pruebas para medir - tanto la sordera como la inelngencia han resultado normales. (9)

La hiperquinesia puede presentarse en niños después de un --

trauma cerebral y acompañar a la epilepsia. Se caracteriza por una intensa sobreactividad durante mucho tiempo, posiblemente años. Un paciente así puede tener arranques de rabia y agresión pero su estado de ánimo es inestable. No tiene timidez o miedo, pero su nivel de inteligencia puede ser alto o muy bajo.

Las razones no dentales de las dificultades en el tratamiento odontológico se deben con más frecuencia a trastornos de conducta, y - los problemas de larga data suelen relacionarse con:

- 1.- Un ambiente hogareño inestable.
- 2.- Cierta grado de rechazo por uno o ambos padres.
- 3.- Expectativas intelectuales, por parte de los padres de un nivel más elevado del que el niño es capaz de alcanzar.
- 4.- Un defecto físico que hace que el niño se sienta diferente a los otros.

Además, un padre demasiado ansioso puede tener un hijo rebelde, y un padre demasiado indulgente puede tener un hijo con conducta inmadura y propenso a las lágrimas o berrinches. Cualquiera de estos puede producir patrones de conducta que crean problemas al odontólogo con respecto a la cooperación.

Hay niños que no cooperan odontológicamente por razones más inmediatas que las mencionadas hasta aquí. No es infrecuente encontrar un paciente muy pequeño con una buena historia odontológica - previa que se ha vuelto no cooperador por razones tales como:

1.-Una hospitalización reciente, cuando es demasiado pequeño - para entender que su madre en realidad no lo está abandonando en un lugar extraño.

2.-Su madre misma ha tenido que ser internada, con un sentimiento de inseguridad resultante en el niño.

3.- El agregado a la familia de un segundo niño, de manera que el primero pierde parte de la atención de su madre cuando hasta ahora la ha recibido totalmente. (9)

Esas situaciones son trmendas para un niño de 3 a 4 años, pero para los 5 o más debe estar lo suficientemente adelantado como para entender las circunstancias y aceptarlas más fácilmente, sobre todo que ya tiene una vida escolar que es independiente de su familia. Aunque en la mayoría de los casos esta crisis emocional se supera - bastamente pronto luego de reestablecida, en algunos los efectos pueden

ser prolongados. (4)

Una causa muy importante de falta de cooperación odontológica es el temor de una experiencia desconocida. Este se debe comunmente a la ansiedad de la madre, o es acentuada por ella, ya que la señora misma tiene miedo o desconoce el tratamiento odontológico. Ese temor es sentido por el niño y se agrega a cualquier aprensión que ya pueda haber tenido, y no parece estar relacionado con el tipo de operación dental a realizar, ya sea tratamiento o simplemente una extracción. (9)

CAUSAS DENTALES:

Una de las causas más potentes y comunes de no cooperación es, desafortunadamente, una experiencia previa desagradable a manos de un odontólogo. En este sentido no parece haber ninguna asociación de dolor dentario con el odontólogo en la mente de un niño muy pequeño, aun cuando pueda ser la razón de varias visitas

Uno de los errores principales es que el odontólogo provoque dolor a un niño sin, en la mente del niño una razón aceptable. Un paciente inteligente, con confianza en su odontólogo, puede aceptar dolor si se le da una buena razón para ello, y a un nivel tolerable y por un período breve. Una falla en la consideración de cualquier de estos factores puede provocar la ruptura de la relación. (9)

Otra causa de antipatía al tratamiento odontológico puede ser una técnica defectuosa para la administración de la anestesia general nasal; defectuosa, esto es, en el acercamiento al niño. Nada es más aterrador que recibir una máscara firmemente apretada sobre la nariz y la boca sin una introducción preliminar amable, y entonces puede esperarse que el paciente entre en pánico o luche por liberarse. Siempre guardará memoria de esto, sea consciente o inconsciente.

Debe decidirse aquí que la incapacidad para obtener cooperación de un paciente niño determinado no debe considerarse como una culpabilidad de la capacidad de un odontólogo, sino como que no ha logrado tener la misma longitud de onda que el paciente. El tratamiento odontológico es esencialmente cuestión de cooperación entre-

odontólogo y paciente y si a uno le disgusta o es indiferente al otro, entonces no se logra la mejor cooperación. (9)

Tratamiento Odontológico:

En la atención odontológica de un paciente aduersivo, debe adaptarse el procedimiento normal.

Cada niño es diferente, de modo que sólo se puede sugerir guías para tratar que el paciente acepte cooperar.

Muchos de esos niños, de cualquier edad, necesitarán la seguridad de uno de los padres en el consultorio. Si bien suele ser la madre, en algunos casos el padre puede producir un efecto mejor, en cuyo caso habrá que un esfuerzo para fijar citas que el señor pueda cumplir. (9)

El período introductorio, en la mayoría de los casos, debe ser prolongado considerablemente y puede llevar varias visitas hasta que se pueda hacer un trabajo eficaz. La aprensión intensa requiere un manejo muy cuidadoso y los elementos de pulido son muy útiles. Se estimula al niño para que sienta la taza de goma blanda que luego se coloca en el mango. Se presenta la pasta para dientes y se comenta como un tónico familiar, y después se puede pulir con ella una moneda de cobre. El odontólogo puede pulir un lado y estimular al paciente para que el mismo pulga el otro lado. Después se pulen las uñas del odontólogo, las del padre y, finalmente, las del niño.

A partir de aquí puede ser posible pulir los dientes anteriores o habrá que esperar hasta la próxima visita en la se repite primero el pulido de la uña. Una vez que se pueden pulir los dientes no debe ser demasiado difícil cambiar a una piedra de diamante, presentándola como un cepillito especial para los dientes de atrás y que también puede sentirse con el dedo. Un paciente pequeño y bastante difícil tratado así acepta la fresa como un cepillo y está dispuesto a la preparación de la cavidad siempre que se use pasta dentífrica. Esto ilustra bien la mente muy lógica que tienen los niños pequeños. (9)

El niño debe ser bien advertido de que la fresa será más ruidosa que el cepillo para los dientes de adelante. Solamente una pequeña cantidad de preparación dentaria debe hacerse inicialmente, y el operador no debe dejarse llevar por el buen éxito que pudiera haber

tenido. El paciente tiene un nivel muy bajo de tolerancia y cualquier trabajo debe hacerse dentro de ese límite, y no en el límite. Si es necesario, deben tomarse varias visitas para la primera obturación.

Hay que tener especial cuidado para no realizar movimientos -- inesperados. El operador debe hablar la mayor parte del tiempo con términos de reaseguro, pero mencionando qué vá a hacer o usar después, y cuando es posible, recordar al niño que eso ya lo ha experimentado y que todo fue muy bien.

Mientras se habla a cualquier paciente niño, hay que esforzarse en obtener sus respuestas. Esto es aún más importante con el impedido emocionalmente, ya que lo implica en el esfuerzo de pensar, -- de desplazar sus temores dentales por el momento. El intercambio de información, saber, por ejemplo, que ambos tienen un perro o están interesados en el mismo equipo de fútbol, ayudará en la relación. -- Aún mejor es encontrar un tema que el paciente conozca y sobre el que pida información. (9)

Si el paciente tiene una cantidad considerable de trabajo a realizar, la fase introductoria debe suprimirse y quizás realizar primero una obturación pequeña. Es entonces aconsejable, si es posible someterlo a una anestesia general para hacer el resto de la preparación de cavidad corriente. Las cavidades se obturan con apósitos -- temporarios, y el paciente vuelve para una visita corriente en la que se reemplacen los apósitos con obturaciones permanentes con bastante sencillez pero de manera que el niño todavía necesita cooperar. En esta forma, el entrenamiento puede continuar sin deterioro en el estado dental y gran cantidad de trabajo no significa una serie interminable de visitas que desanimen al paciente y a su familia. Las visitas periódicas para examen de control deben incluir, siempre, por lo menos, el pulido de los dientes para recordar al paciente las lecciones que ha aprendido. (9)

I.- CEGUERA:

La ceguera legal se define en términos de agudeza visual. Una persona será considerada legalmente ciega si su agudeza central no excede 20/200 en el ojo mejor con lentes correctores o - cuya agudeza visual sea mayor que 20/200 pero acompañada por una limitación en el campo de visión tal que el diámetro más ancho del campo visual subtende un ángulo no mayor de 20 grados. (8)

Antes de describir las causas de la ceguera y los efectos que presentan la pérdida de visión, debe establecerse una perspectiva de desarrollo. Los ojos de un recién nacido obtienen su crecimiento posnatal máximo en el primer año. Continúan creciendo rápidamente, pero a una velocidad cada vez menor, hasta el tercer año. En el período neonatal pueden observarse algunas irregularidades, como un estrabismo constante y fijo, los ojos semicerrados y pliegues epicónticos, - que indican que pueden desarrollarse problemas más tarde durante la vida. Al nacer, la visión es limitada; hacia las 2 semanas de edad, - pueden mirarse los objetos relativamente pequeños; los objetos móviles pueden seguirse hacia las 8 a 10 semanas. La capacidad de eludir la luz brillante también está presente alrededor de esta época. - Las otras normalidades sensoriales también se van desarrollando e integrando en esta época. En infantes no afectados, este desarrollo e integración conducen a la adquisición de habilidades y propiedades que caen dentro del margen de lo normal. Si uno de los sentidos es afectado adversamente en su desarrollo, la integración de los otros queda afectada y no prosigue normalmente. (8)

Hay varias formas de clasificar las causas de ceguera. Quizás el método más convencional es dividir las causas en categorías pre-natales y posnatales.

Las causas prenatales de ceguera incluyen:

- 1.- Atrofia óptica
- 2.- Microftalmus
- 3.- Cataratas
- 4.- Colobomata
- 5.- Tumores dermoides y otros
- 6.- Toxoplasmosis

- 7.- Enfermedad por inclusión citomegálica
- 8.- Sífilis
- 9.- Rubéola
- 10.- Meningitis Tuberculosa
- 11.- Anormalidades de desarrollo de la órbita

Las causas posnatales de ceguera son:

- 1.- Trauma
- 2.- Fibroplasi retroental
- 3.- Hipertensión
- 4.- Prematurez
- 5.- Policetemia verdadera
- 6.- Trastornos Hemorrágicos
- 7.- Leucemia
- 8.- Diabetes Mellitus
- 9.- Glaucoma.

La atrofia óptica y el mecrofatamus están asociados más frecuente con daño cerebral que con otras causas como glioma o cataratas. Esas condiciones también requieren frecuentes visitas al hospital y separación de los niños de sus familias. Esto puede resultar en un desarrollo social lento, lo que dificulta la comprobación de las capacidades de los niños. Esos niños son representados a menudo como atrasados o retardados. (8)

La rubéola puede estar asociada con un impedimento catastrófico de los sentidos de la visión, audición y otras condiciones debilitantes del feto, si la infección ocurre en los primeros estadios de vida embrionaria.

Algunos efectos, como las cataratas congénitas, fueron aparentes de inmediato. Otros desarrollos anómalos, como enfermedad cardíaca congénita, sordera, retardo mental y defectos dentarios, no aparecen hasta más tarde. Las malformaciones y defectos del infante -caudados por la rubéola, están asociados con infección primaria de mujeres no inmunes. El riesgo de anomalía fetal es mayor en las 16 semanas de embarazo, en menor medida, en el primer trimestre en general. Los defectos congénitos mayores se producen en el 16 al 18%

de los casos. Si hay infección, el daño puede ocurrir hasta el final del embarazo y más allá. Los defectos múltiples son más comunes como resultado de infecciones durante este lapso. Se han mencionado cataratas, estrabismos, visión defectuosa, pérdida significativa de la audición, defectos cardíacos congénitos, espasticidad, retardo mental y alteraciones en impresiones digitales y palmares en varias combinaciones.(6)

Características Psicológicas de Comportamiento del ciego:

Los individuos ciegos tienen la misma necesidad de amor y afecto que los videntes. En general, difieren en su capacidades y habilidades intelectuales igual que los individuos normales. El desarrollo temprano del niño ciego puede requerir más en la forma de demostración de afecto. El estímulo hacia el desarrollo de habilidades para valerse por sí mismo puede ser promovido por este medio. Es ven tajoso para esos niños que otros no cumplan sus funciones por ellos. Si se les consiente demasiado, puede acentuarse la tendencia a un desarrollo más lento en el control de esfínteres y otras habilidades para autoayudarse. Deben tocar y oír si van a aprender. Combinar esos dos sentidos ayuda en el desarrollo de la dicción y el conocimiento. Con el estímulo suficiente, la dicción puede desarrollarse tan rápidamente en los niños ciegos como en los videntes.(6)

La actividad motora es importante en el desarrollo de otras funciones y la interrupción de tal actividad tiende a perturbar el desarrollo en los otros sistemas, como el lenguaje y la percepción de tiempo y espacio. El niño ciego tiende a tener más accidentes durante el desarrollo de la ambulación. Los niños ciegos deben ser estimulados a continuar con las actividades motoras mayores mientras se les protege adecuadamente, pero no demasiado.

La socialización, también debe ser estimulada para ayudar al desarrollo total. El niño ciego tiende a ser egocéntrico y autoestimulante, como lo muestran actividades repetitivas estereotipadas: ba lancearse, golpearse la cabeza, chascar los dedos y apretar los ojos. Atender a estímulos exteriores tiende a reducir tales actividades. El niño parcialmente vidente, según sea la gravedad de la condición puede aprender tanto como un niño vidente; pero presentan problemas de frustración a no poder distinguir los objetos tan bien como el vidente y no ser tan veloces en la adquisición de las habilidades.(6)

Las actitudes parentales son sumamente importantes para modelar la conducta de los niños ciegos. Es difícil para los padres aceptar el hecho que tienen un hijo ciego. Su respuesta puede caracterizarse por sentimientos de culpa, sobreprotección, en el otro extremo, rechazo. El niño ciego sobreprotegido, mimado, se vuelve exigente, carece de habilidades para valerse por sus propios medios - su desarrollo es más lento y, a menudo, parece tener el aspecto de un retardado mental. El niño rechazado puede volverse agresivo o extremadamente pasivo. Por fortuna, muchos padres después de su período inicial de adaptación enfocan realísticamente los problemas y necesidades de su hijo ciego. Las buenas actitudes parentales forma la base para la respuesta del niño al ambiente, ya sea en la escuela, en el parque de juegos o en el consultorio odontológico. (8)

Estado bucal:

Varios investigadores han comunicado relaciones entre las causas de impedimentos serios de los sentidos y el desarrollo anómalo de los dientes. Los trastornos hipoplásticos de la dentición primaria han sido asociados con condiciones como la incompatibilidad Rh, diabetes materna y prematurez, ellas mismas estrechamente vinculadas con el impedimento de la visión, audición y otras anomalías. Anomalías de la dentición permanente pueden encontrarse en la población ciega, por lo tanto menos, con la misma frecuencia que en la población normal. (8)

Tratamiento Odontológico:

El tratamiento relacionado con el cuidado del ciego, sordo, o de quienes tienen incapacidades sensoriales múltiples.

Las sugerencias serán generales al principio, seguidas por otras específicas para las incapacidades de la visión y audición.

La atención odontológica para el ciego, sordo y sordo ciego, debe ser necesariamente un esfuerzo de equipo, compuesto por el odontólogo, la asistente, la higienista, los padres, maestros, terapeutas, médicos y el paciente. El campo en el que opera el equipo es el mundo total del paciente. La continuidad en la atención es esencial, sobre todo si las técnicas preventivas van a ser eficaces. (8)

La prevención es la clave para un programa de atención bucal-

exitoso. Ese programa debe incluir la comunicación entre los miembros del equipo. Los padres o el paciente sirven como foco de atención y deben ser también los monitores del programa en cuanto se refiere a la continuidad.

El respeto por el mantenimiento de la vida establece que el odontólogo o la higienista comprendan bien los antecedentes físicos del paciente lo que exige una historia médica completa, exacta y la consulta con el médico del paciente, si existen condiciones como -- problemas cardíacos o trastornos convulsivos. La consulta puede estar indicada también con terapistas de otras disciplinas, como los psicólogos, audiólogos y foniatras.

El conocimiento del estado físico y psicológico del paciente es importante, no solamente para protegerle de situaciones riesgosas, sino también para establecer un puente entre el operador, el asistente y el paciente. Es necesario crear esa situación compartida para disminuir los sentimientos de inseguridad y ansiedad, lo que a su vez permite a los miembros del equipo funcionar más normalmente.

Los padres y los maestros de los niños con incapacidad sensorial deben comprometerse en cualquier programa preventivo eficaz. Las consideraciones dietéticas, como la reducción de la frecuencia de la ingestión de azúcares muy refinados y la introducción de alimentos detergentes, es tan importante durante las horas de clase en la escuela, como en el hogar. Indudablemente, podría producirse confusión si los niños son instruidos por el equipo odontológico en la selección correcta de los alimentos y luego fueran recompensados con golosinas u otros productos muy azucarados en la escuela por cumplir ciertas tareas. El cepillado de los dientes y la instrucción dietética pueden realizarse como parte de las actividades en el aula, como también ser parte de la vida hogareña del niño. (8)

El odontólogo, la higienista y el asistente deben utilizar cualquier información disponible sobre el paciente, como ayuda para guiarle en su tratamiento. No deben hacer suposiciones sobre sus capacidades para entender y comprender, si no tienen información respecto a esas facilidades. La experiencia brindará la guía. Si el paciente es un niño, los padres pueden dar información valiosa sobre cómo acercarse al paciente para obtener la máxima cooperación. (8)

Los pacientes ciegos han aprendido a confiar en sus sentidos- del tacto y de la quinestesia y su comunicación con los otros es esencialmente verbal. Esa dos condiciones son la base del enfoque- que el profesional debería emplear en el tratamiento odontológico - Hay que tener cuidado de explicar qué se va a hacer y conviene permitir al paciente tocar los instrumentos a usar. Las explicaciones - deben omitir lo más posible referencias de sitio. Una vez que el paciente está sentado, no hay que cambiar abruptamente la posición- del sillón sin informarle primero. Suele ser ventajoso tocar al paciente, reasegurándolo a medida que se acomoda el silló. Esto es especialmente importante con el niño. (8)

El paciente ciego aprende a ser un buen probador de objetos con la boca. Los sabores fuertes pueden ser rechazados. Por esta razón- con niños hay que usar pequeñas cantidades de pasta dentífrica, porque los aceites esenciales que contienen muchas pastas pueden ser irritantes. Los pacientes ciegos pueden rechazar los medicamentos por la- boca, debido al sabor o la textura. Las tabletas habrá que pulverizar las finamente y mezclarlas con compota de manzana u otro medio aceptable para el paciente.

El consultorio odontológico debe estar equipado con modelos y cepillos para dientes, como ayudas en la enseñanza de los procedimientos de higiene bucal. Se puede dar a los padres materiales describiendo una visita al consultorio que les puedan leer a su hijo anticipadamente. (8)

J.- SORDERA:

La definición de sordera se entiende muy fácilmente si se considera la gama y clasificación de la pérdida auditiva. El sistema de clasificación siguiente se relaciona principalmente con las condiciones del oído interno (que en su mayoría no son corregibles).

LEVE: (pérdida de 15 a 30 decibeles).

Los individuos que presentan una pérdida de este grado son los llamados a menudo duros de oído. La incapacidad es ligera, interfiere poco con el desarrollo, y requiere poca ayuda.

PARCIAL: (pérdida de 30 a 65 decibeles).

La conversación (60 a 70 decibeles a 1 metro o 1 metro 20 en circuns

tancias normales) se oye razonablemente bien. Habitualmente, se requiere amplificación, combinada con lectura de los labios. Los individuos con una pérdida de este grado pueden a menudo concurrir a escuelas regulares, aunque puede ser necesaria alguna ayuda especial.

GRAVE: (pérdida de 65 a 95 decibeles).

La conversación debe ser muy cerca y fuerte, para ser entendida. Los esfuerzos de entrenamiento auditivos y de dicción deben iniciarse temprano. La amplificación puede ser útil si se complementa con lectura labial.

PROFUNDA: (pérdida de 95 decibeles y más).

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

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

- a) Los sordos congénitos, que nacen con una incapacidad.
- b) Los sordos adquiridos o adventicios, que nacen con audición normal que va disminuyendo a lo largo de la vida.

La pérdida de la audición puede clasificarse también de acuerdo con la ubicación anatómica del defecto en:

- A.- pérdida conductiva, que afecta el aparato del oído medio.
- B.- pérdida sensorineural, que afecta el caracol, los nervios del caracol o las vías centrales.

Las pérdidas conductivas reducen la diferencia entre sonidos conducidos por el aire y sonidos producidos por vibración directa del cráneo (conducción ósea). Las palabras o sonidos que exceden el umbral de una persona para percibirlos no son perturbados por la pérdida conductiva. (8)

A la inversa, en la sordera sensorineural, la discriminación de la palabra está impedida. Algunas pruebas para ambos tipos de pérdida auditiva se basan en fenómenos paradójicos. En los tests de pérdida conductiva como el test Bing, las vibraciones producidas por un diapason sostenido directamente contra el cráneo o un incisivo central se lateralizan hacia el oído enfermo. Esto es producido por la mayor

resonancia en el oído medio, a pesar de la menor conducción aérea.- Las pruebas para el daño del caracol pueden utilizar el fenómeno de reclutamiento. Un sonido de baja intensidad seguido rápidamente por un sonido de intensidad elevada, es oído mejor por el oído más dañado. (8)

El descubrimiento precoz de la pérdida auditiva es importante.- Las pruebas de distracción, que indican una respuesta del infante a un sonido, son utilizadas durante los primeros estadios de la vida.- Las respuestas como el parapadeo y el volverse en dirección a un sonido, pueden ser interpretadas por clínicos expertos. Esas respuestas requieren una integración de la audición y el sistema neuromuscular. Los audífonos pueden usarse para pruebas, alrededor de los 4 años de edad. Los niños con pérdida auditiva extrema pueden omitir sonidos como /f/, /d/, /sh/, y /s/ en su dicción. Este hecho es útil en el diagnóstico. (5)

Las causas de la sordera se dividen en prenatales y posnatales;

Causas Prenatales:

- 1.- defectos hereditarios y congénitos
- 2.- Infecciones
- 3.- trauma de nacimiento
- 4.- prematuridad
- 5.- incompatibilidad sanguíneas
- 6.- causas desconocidas (10 a 20%)

Causas Posnatales:

- 1.- Infecciones
- 2.- Herencia
- 3.- Trauma
- 4.- drogas
- 5.- sordera central (Lesiones corticales)

Las infecciones por rubéola están en aproximadamente el 20% de los casos de sordera congénita. En algunos, la pérdida auditiva no se detecta en la infancia, sino más tarde. La asociación de infección del feto de mujeres embarazadas no inmunes y defectos de visión, pérdida-

auditiva, condiciones cardíacas congénitas y anomalías dentarias, ha sido discutida previamente. (8)

Hay una marcada relación entre prematuridad, sordera y mortalidad infantil. La prematuridad puede ser causada por varias condiciones que tienen una marcada relación con la sordera, como las incompatibilidades Rh, anoxia, meningitis y rubéola.

La prematuridad fue el único factor asociado con la incapacidad en la mayoría de los sujetos..

Posnatalmente, la otitis media serosa crónica es la causa más común de pérdida de audición conductiva en niños. La terapia antibiótica y el avasamiento suelen tener éxito en el tratamiento de las infecciones del oído medio.

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

Algunos antibióticos, como la estreptomina, neomicina y vancomicina, en concentraciones suficientemente elevadas, son ototóxicos. (8)

Características psicológicas y de comportamiento en la sordera.

El impedimento serio en la audición tiene consecuencia de largo alcance. El individuo con esa incapacidad está afectado en muchas áreas del desarrollo. No sólo están perturbados la dicción y la comunicación, sino que el estímulo del sonido mismo está disminuido. La integración de la audición con los otros sentidos sufre, la actividad motora puede estar reducida y los placeres derivados de los sonidos agradables pueden no experimentarse. Los sonidos de advertencia no son percibidos claramente. La vida familiar puede estar alterada a veces en tal medida que hay un rechazo del niño por los padres. Sin embargo, la distribución de marcas de inteligencia en tests que no dependen de la dicción o de instrumentos verbales, es casi la misma que en poblaciones normales (8).

El desarrollo del individuo sordo se basa en gran medida en la vista y el tacto. Las personas sordas quieren ver que está pasando. En sus años infantiles, a los niños sordos les falta los sonidos reasguradores de la voz materna y de los miembros de la familia y en consecuencia, seguirán a su madre para tenerla a la vista.

ESTADO BUCAL:

El impedimento de los sentidos, como la sordera - combinado con defectos dentarios, ha sido mencionado con condiciones y síndromes como la displasia ectodérmica y la displasia oculodento_ digital. (ODD). (8)

La prematuridad y la rubéola, dos condiciones que se encuentran con frecuencia relacionadas con ceguera y sordera, están asociadas - con mayores hipoplasias del esmalte.

El bruxismo se encuentra con bastante frecuencia en la población sorda, especialmente en individuos con otras incapacidades. La razón de esto no se conoce, aunque puede servir posiblemente como una forma de autoestimulo. (8)

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO:

El paciente con impedimento grave del - oído depende mucho de la visión para relacionarse con el ambiente. - Los rostros sonrientes del asistente, la higienista y el odontólogo- pueden ser tranquilizadores. Los padres apoyadores y el ejemplo de - compañeros cooperadores pueden reasegurar al paciente sordo en el con_ sultorio.

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. Gestos de reaseguro y sonri_ sas mientras se trabaja son necesarios para reducir las ansiedades.

El entrenamiento de higiene bucal requerirá una demostración y ejemplo, mayor que el habitual. Si el paciente está usando un audífono, son necesarias algunas conside_ raciones adicionales. Los audífonos amplifican todo sonido, no sola_ mente lo que se habla. Los instrumentos que caen en las bandejas o en las cubetas pueden ser moleestamente ruidosos. Gritarle a un paciente- con un audífono es también ofensivo. Si el audífono está correctamen_ te ajustado, todo lo que se requiere son tonos de conversación normal. El sonido de una turbina puede producir una respuesta adversa en el paciente(4).

Los audífonos pueden emitir sonidos chillones, porque la parte- que va dentro de la oreja está colocada incorrectamente, el volumen está demasiado alto o el odontólogo, el asistente o la higienista,-- están demasiado cerca del paciente. (4).

El paciente Sordo-Ciego:

Las mismas consideraciones que se tomen para el sordo, y para el ciego corresponden al sordo-ciego. También en este caso aparecerán algunos de los hábitos del ciego, como mirar fijo a fuentes luminosas intensas, meter los dedos en sus ojos y el balanceo rítmico. (4)

Estos pacientes pueden parecer bastante pasivos o inactivos, salvo que se les toque.

El sordo ciego se siente más cómodo en situaciones familiares. tanto como sea posible, los procedimientos en el consultorio deben mantenerse uniformes en cada visita. Esta uniformidad es, generalmente, parte de los procedimientos dentales, pero necesita señalarse aquí debido a su importancia para la población sorda ciega. (4)

El sordo-ciego confía en el tacto y movimientos corporales para fijar ideas en su mente. Por estas razones se les debe permitir que toquen los instrumentos a utilizar. También pueden desear tocar las manos y los rostros de los operadores y asistentes. Cuando se enseñan los movimientos para el cepillado dental, el maestro necesitará sostener la mano del paciente y repetir reiteradamente el procedimiento, pero suavemente, para ayudar a establecer un patrón. En todas las situaciones es necesario un contacto reasegurado para mantener la comunicación. (4)

K.- HENDIDURAS DEL LABIO Y DEL PALADAR:

Estas son las más graves de las anomalías congénitas que afectan la boca y estructuras relacionadas. Constituyen uno de los defectos congénitos más comunes y ocurren aproximadamente una vez en 1000 nacimientos. Hay una historia familiar en sólo un tercio de los casos. Las hendiduras del paladar solas son más comunes en las niñas, mientras que las hendiduras del labio, con o sin complicación palatina, son más comunes en varones. Es interesante notar que el lado izquierdo suele estar más afectado que el derecho. (1)

En ausencia de una historia familiar, la aparición de una anomalía congénita puede deberse a la acción de una mutación, o a algo casual durante el embarazo. Los labios y el paladar se desarrollan durante la quinta a octava semanas de vida intra-uterina y cualquier factor que perturbe su formación debe ejercer su influencia durante este período relativamente corto. A este respecto, es difícil ofrecer conceptos positivos sobre factores relacionados con la salud materna durante el embarazo. Se acepta que la rubéola y el examen radiográfico durante los comienzos del mismo pueden producir anomalías congénitas y deben evitarse. La acción teratogénica de ciertas drogas, particularmente la talidomida, es bien conocida. En realidad, la mujer embarazada está ya advertida de que debe evitar toda droga innecesaria durante los primeros estadios del embarazo.

Una clasificación útil de las hendiduras es la de Kernaham y Stark, basada en una consideración embriológica de los tejidos afectados. Hay esencialmente tres grupos principales. (1)

GRUPO 1.- Comprende las que afectan el labio, alvéolo y parte anterior del paladar, hasta el agujero palatino; son hendiduras del paladar primario.

GRUPO 2.- Representa las hendiduras del paladar blando que pueden extenderse hacia adelante para afectar el paladar duro hasta el agujero palatino; son las hendiduras del paladar secundario.

GRUPO 3.- Comprende hendiduras de los paladares primario y secundario; pueden ser unilaterales o bilaterales.(1)

Las hendiduras del labio y del paladar dan origen a un grupo de problemas relacionados con las estructuras afectadas. En general, las hendiduras del labio crean problemas estéticos, las del alvéolo originan problemas dentarios y las palatinas plantean problemas de dicción. Estas estructuras están por supuesto, estrechamente inter-relacionadas y entonces los problemas no están siempre tan aislados, por ejemplo,-- los rasgos relacionados con una ficura del alvéolo pueden también contribuir a un problema de dicción. De manera similar, las hendiduras labiales y palatinas se agregan a la complejidad de los problemas dentarios derivados de una hendidura que afecta el alvéolo. Una hendidura alveolar raramente ocurre en ausencia de una labial o palatina. Todas las hendiduras del labio y del paladar presentan un desafío quirúrgico.

La vasta mayoría, más del 90%, de los niños afectados desarrollan dicción normal, y una minoría requiere la ayuda de un foniatra. Muchos de ellos parecen presentar problemas de dicción a los otros niños normales y parecería que no se relacionan con la hendidura misma. En ocasiones, surgen problemas de dicción especiales que se benefician de la estrecha relación entre el foniatra y el odontólogo.(3)

ESTADO BUCAL:

Cuando el alvéolo está afectado por la hendidura, la oclusión está interrumpida. Esto ocurre debido a la acción de un grupo de fuerzas relacionadas. Primeramente, la ruptura en la continuidad del hueso basal produce un colapso. Además, la tendencia a una regidez del labio superior, después de la reparación quirúrgica, tiene también a un colapso, debido a la fuerte acción modeladora del labio, en ausencia de una forma estable del arco.

La forma típica de un arco en caso de hendidura unilateral; Hay una tendencia de los premolares y canino del mismo lado de la hendidura a estar en oclusión lingual. Los incisivos también ocluyen frecuentemente por lingual. (9)

La forma típica de un arco en caso de hendidura bilateral; Hay un colapso bilateral de los premolares y caninos. los incisivos supe-

rios pueden estar en oclusión lingual, aunque en algunos casos -- pueden existir una prominencia de esos dientes. La unidad premaxilar que tienen los incisivos centrales puede estar móvil en relación con el resto del maxilar.

Con frecuencia hay una deficiencia del desarrollo maxilar, tanto en la dimensión anteroposterior como en la vertical. Esto aumenta la tendencia al desarrollo de una oclusión de Clase III y de la mordida abierta en el sector anterior que se ve frecuentemente.

El incisivo lateral del mismo de la hendidura suele faltar, o cuando está puede encontrarse del lado mesial o del distal de la hendidura. Generalmente aparece rotado y su raíz puede estar delacerada. El incisivo central puede ser hipoplástico y a menudo está inclinado distalmente. (9)

Aparte de lo mencionado, puede presentarse cualquiera de las anomalías dentarias corrientes junto con una hendidura del labio o del paladar.

Los niños con una deformidad de labio/paladar hendido suelen presentar un estado gingival pobre, elevada proporción de caries y una tendencia a descuidar la atención general de sus dientes. Estos rasgos parecen estar estrechamente relacionados, porque en presencia de buen cuidado dental los problemas gingivales y de caries están disminuídos.

Sin embargo, cualquier tendencia a una rigidez del labio superior aumenta las dificultades para que el niño cuide sus dientes y reduce la acción de auto-limpieza natural. (9)

Tratamiento Odontológico:

El cuidado dental es extremadamente importante para estos niños. Desde muy temprano en la vida que llamar la atención sobre lo fundamental de una buena dieta en relación con la caries, comenzando con conversaciones entre la madre y el odontólogo-poco después del nacimiento del niño, antes de la repación quirúrgica-debe estimularse cepillado diario, primero con un cepillo blando tan pronto como euciona el primer diente. Es más fácil en este estadio, dando a la madre la oportunidad de desarrollar sus habilidades y al niño aceptar los procedimientos más rápidamente. (1)

A medida que aumenta el número de dientes erupcionados también aumentan las dificultades y el grado de "perturbaciones" para el niño. Por lo tanto, es indudablemente deseable comenzar temprano. A veces, la madre tiene una profunda preocupación en el sentido que un trauma accidental, mientras está cepillando los dientes, especialmente con un niño lloroso que se resiste, puede crear un daño más permanente para el paladar. El odontólogo debe estar alerta a la posibilidad de ese temor, listo para reasegurar que un trauma así es improbable que ocurra. En presencia de un buen patrón dietético y un cepillado eficaz, muchos de los problemas serios de tipo gingival y de caries que se ven en el período de dentición mixta pueden reducirse al mínimo y hasta evitarse. Si las aguas de bebida no son fluoradas, se recomienda la prescripción de tabletas de fluoruro desde la infancia para reducir la susceptibilidad a la caries. (1)

El odontólogo general puede dar al paciente con paladar hendido y al ortodoncista muy valiosa ayuda, primero entrenando al niño para aceptar la atención odontológica, y luego conservando tanto los dientes primarios como los permanentes a la más temprana indicación de problemas. Esto reducirá muchísimo los problemas que trae este impedimento y tiene gran valor psicológico al indicar al niño y al padre que el aspecto desagradable de los dientes no es excusa para el descuido de la higiene bucal que con demasiada frecuencia se produce.

Un labio superior rígido, en los casos bilaterales, puede dificultar la conservación de los dientes anteriores superiores y afectar también las normas para la limpieza en esa zona. Si la cooperación es pobre, debe considerarse la conservación bajo anestesia general, que estos niños merecen toda la ayuda que puedan obtener. La anestesia local no produce problemas, pero en el caso de extracciones en la región de la hendidura, deben tomarse radiografías adecuadas para asegurarse sobre la dirección de la raíz. Si hay alguna dilaceración, es aconsejable consultar con un cirujano bucal. La extracción de dientes premaxilares en un caso de hendidura bilateral, debe hacerse con buen apoyo en vista de la movilidad del hueso.

Los primeros molares permanentes pueden estar en malas condiciones, con un pronóstico casi sin esperanzas en cuanto a su restauración. Esos dientes son especialmente importantes si se requiere terapia con aparatología ortodóncica durante el estadio de la dentición mixta. (1)

De ser así, se imponen todos los esfuerzos por conservar esos dientes, aunque solo sea temporariamente, y vale la pena tener en mente que suele ser deseable evitar su pérdida muy temprana. Se obtienen mejores resultados estrayendolos aproximadamente a los 9 años de edad en una época en que hay evidencia radiografica de calificación interradicular en el segundo molar permanente inferior. (1)

Tratamiento Quirurgico:

Es deseable proporcionar continuidad de los tejidos blandos, de manera que las diversas unidades de ellos puedan asumir sus funciones normales en una época lo más cercana a lo normal posible. La cirugía para reparar la hendidura labial se efectúa habitualmente más o menos a los 3 meses de edad, cuando el bebé pesa unos 5,5kg. En el caso de hendiduras bilaterales, el segundo lado se repara unos tres meses más tarde. La parte anterior del paladar se repara al mismo tiempo que el labio. El defecto palatino principal se repara entre los 15 y los 18 meses, en una época en la que faltará poco para el desarrollo de la dicción. (5)

Tratamiento Ortodónico:

Se puede lograr mucho por medio de procedimientos ortodónicos bastante sencillos para mejorar la oclusión de estos niños, evitando el tratamiento ortodónico complejo prolongado. En general, es aconsejable corregir la oclusión lingual de los incisivos permanentes superiores poco después de su erupción. La expansión de la zona premolar es mejor comenzarla cuando ha erupcionado aproximadamente la mitad a tres cuartos de la cara palatina y la retención consecutiva a esa expansión es esencial. Si falta el incisivo lateral, o está muy rotado, puede requerirse una dentadura parcial. En esos casos, si el incisivo central es de calidad pobre, o está muy inclinado hacia distal, puede ser aconsejable extraerlo también y agregarlo a la dentadura parcial ya necesaria. En casos bilaterales, en los que la unidad premaxilar está móvil, hay que hacer todos los esfuerzos para conservar los incisivos centrales, debido a la complicación que plantea esta premaxila flotante cuando se requiere una dentadura para reemplazar a los incisivos centrales. (9)

Problemas Especiales:

Diente en la Hendidura;

Con frecuencia se ve un diente dentro de la hendidura, o pliegue residual en los tejidos blancos después de la reparación, alto en el paladar. Ese diente a veces causa irritación local a la punta de la lengua. A menudo preocupa la posibilidad que -- la extracción de un diente así permita un mayor colapso del arco dentario. En presencia de una fístula se puede temer que la extracción produzca la extensión de la fístula. Ninguna de estas posibles secuelas ocurre tan frecuentemente, si es que ocurre alguna vez, como para crear una resistencia tan grande a extraer ese diente si es una fuente de - irritación. Esos dientes tienden a cariarse y eventualmente se pierde la corona. La raíz residual puede producir síntomas y en ocasiones, - especialmente si la mucosa la ha cubierto, resulta difícil de extraer. Si ese diente muestra evidencia de caries es mejor eliminarlo.(6)

Fístula Palatina;

Ocurren a veces pero habitualmente no presen-
tan un problema especial. Muy ocasionalmente, el niño se queja de que la comida, sobre todo chocolate o mezclas lácteas, entra en la cavidad nasal. Raramente, hay quejas de que partículas más grandes de alimen-
tos entren en la nariz. El reaseguro suele ser todo lo que se necesita. A veces, en presencia de un tono nasal en voz, se considera responsa-
ble a la fístula. En esos casos, puede ser deseo del foniatra que se adapte una placa obturadora simple para ocluir la. Esas placas no-
suelen tener un efecto beneficioso en el tono de la voz. En general, -
son más perjudiciales que beneficiosas y requieren muy buena supervi-
sión y ajuste frecuente. También tienden a aumentar la actividad de la caries, lo que significa un gran problema. Si se coloca uno de esos obturadores, hay que estudiar cuidadosamente la dicción, con la placa-
colocada y nuevamente sin ella, para determinar si en realidad tiene-
algún valor verdadero.(6)

Defecto Lateral "S";

Este es un defecto de dicción característi

co en el que, cuando el niño trata de hacer el sonido "S", hay un escape de aire lateralmente en la comisura bucal, en lugar del flujo central normal durante la formación de un sonido "S". Cualquiera tendencia para que esto ocurra es favorecida por la presencia de una mordida abierta del sector bucal, y es por supuesto acentuada si se han perdido precozmente los molares primarios. difícilmente pueda el odontólogo ayudar respecto a la "brecha lateral" hasta que hayan erupcionado los premolares y el tratamiento ortodóncico, si es que se piensa hacerlo, haya finalizado. En este estadio, si se requiere una dentadura parcial, puede agregarse un overlay bucal. Sin embargo, habitualmente en esta época el paciente ya habrá superado el problema de dicción por sus propios esfuerzos y con la ayuda del foniatra. (6)

Ortopedia Dental Pre-quirurgica;

Es posible reducir mucho en el recién nacido el grado de desplazamiento de los segmentos individuales del paladar antes de la cirugía por medio de aparatos. Ese tratamiento puede ser de gran valor, especialmente en los casos bilaterales graves. Para lograr el máximo beneficio, en realidad hasta para hacerlo posible, debe comenzarse dentro de los primeros días siguientes al nacimiento. (6)

Los niños con labio y paladar hendidos se beneficia con el enfoque en equipo de los requerimientos de tratamiento especial. Ese equipo conducido por el cirujano plástico debe incluir un foniatra y un ortodoncista, con rápido acceso al servicio de pediatría, y facilidades para tratamiento odontológico.

Las medidas preventivas odontológicas deben considerarse a temprana edad, comenzando con el conejo a la madre, poco después del nacimiento del niño.

Puede requerirse tratamiento odontológico extenso, pero no debe hacerse más extenso o complejo que lo necesario para alcanzar un grado razonable de perfección dental. (6)

CAPITULO IV

CORTICOESTEROIDES E IRRADIACION

A.- Terapia con Corticoesteroides:

El uso de corticoesteroides en el tratamiento de ciertos estados ha producido otro riesgo para el cirujano dental debido a la posibilidad de una crisis adrenal aguda, durante o después de la cirugía o de la anestesia general.

En el principio, la terapia con esteroides estaba confinada a - pacientes con insuficiencia adrenal (enfermedad de Adison), pero entre otros efectos es antiinflamatoria y antialérgica, de modo que ahora se usa como un agente terapéutico en pacientes con fiebre reumática y agma grave. El aporte esteroide de la corteza adrenal, sin embargo, es también una protección contra el stress, durante y después del cual - hay una demanda aumentada por él. Está bajo el control de la glándula pituitaria que segrega hormona adrenocorticotrófica (ACTH) y estimula la producción corticoesteroide aumentada requerida en el estress.

Cuando se dan esteroides adicionales por razones terapéuticas hay un exceso en circulación, de modo que el aporte de la corteza adrenal cae y si la terapia continúa por algunas semanas o más, hay atrofia de la corteza. Después del retiro de los esteroides terapéuticos, la degeneración de la corteza adrenal significa que hay una respuesta reducida a la estimulación por el ACTM cuando ocurre la demanda. hay in suficiencia adrenal y cuando se produce una situación de estress, un paciente en esas condiciones puede hacer una crisis adrenal aguda. Afortunadamente, la atrofia adrenal parece ser reversible, de modo que dado el tiempo la situación debe volver a la normalidad, pero en el in terin el paciente debe ser protegido contra el riesgo de una crisis.(4)

Un paciente quien está tomando esteroides, o los ha estado tomando durante los dos años previos, tiene, por lo tanto un margen de seguridad reducido contra el estress y la anestesia general y la cirugía.- Son situaciones en las que puede ocurrir una crisis incluyendo sucesos

relativamente menores como una extracción dental. Si un paciente en esas condiciones requiere cualquier procedimiento quirúrgico bucal, especialmente bajo anestesia general, entonces debe recibir esteroides adicionales, o comenzar una nueva serie de ellos para cubrir el período. Esto no debe hacerse por propia iniciativa del odontólogo sino solamente en consulta con el médico a cargo del paciente. Lo ideal es que cualquier operación así se realice en un hospital, de manera que se pueda observar culequiera signos de colapso cardiovascular.(4)

No hay razón para que otros procedimientos dentales de rutina no se efectúen en el consultorio dental, siempre que no sean demasiado stressantes para el paciente. En un caso así, sin embargo, el odontólogo debe tener succinato sódico de hidrocortisona para caso de emergencia. Este viene en una dosis para adulto de 100mg. en dos ampollas que contienen un polvo desecado y un solvente. Puede darse por vía intravenosa o intramuscular mezclados en el momento y administrar se tan pronto como sean evidentes los signos y síntomas.

El odontólogo debe observar si hay palidez, sudoración, pulso débil, o náuseas y vómitos. Los aspectos de una crisis adrenal son los de un desmayo y pueden ser difíciles de diferenciar, pero si hay duda debe darse el succinato sódico de hidrocortisona ya que no hará daño. El paciente debe ser transferido al hospital tan pronto sea posible.

En un paciente que está tomando corticosteroides, la reacción inflamatoria puede estar suprimida, pero cualquier evidencia de infección exige la aplicación de antibióticos. Cuando los esteroides se usan tópicamente, o en una articulación, la dosis es tan pequeña que puede ser descartada para el propósito de este tema. (4)

B.- IRRADIACION:

Los niños pequeños que tienen alguna forma de tumor de la cara o la boca, pueden ser tratados por irradiación, A aquellos que un odontólogo general es muy probable que vea para atención de rutina son quienes han sido tratados por un hemangioma. El efecto de esto sobre los dientes es variable, y los que se están desarrollando en el trayecto directo de los rayos pueden dejar de formarse o detenerse el desarrollo que había comenzado, de manera que puede haber ausencia falla en la formación radicular, o falta de erupción. Además, los dientes tienden a ser ligeramente más pequeños o las raíces más afinadas. (9)

En la periferia del campo, o donde la dosis ha sido leve, la erupción puede estar algo acelerada, pero la mineralización del esmalte puede ser defectuosa. Microscopicamente, los odontoblastos parecen ser los más afectados. Si las glándulas salivales reciben una dosis sustancial puede haber una reducción del flujo salival y es común encontrar mayor proporción de caries. (9)

Los pacientes que han recibido irradiación deben ser mantenidos en buena salud dental para salvaguardarles especialmente contra la infección ósea. Es importante el cuidado de los tejidos periodontales y la conservación de los dientes, y estos nunca deben ser extraídos sin consultar primero con el médico a cargo del caso.

La anestesia local en la zona del tumor tratado está también contraindicada. (8)

C. _ OSTEOGENESIS IMPERFECTA:

(Fragilitas Osseum); Esta es una enfermedad en la que hay una fragilidad aumentada de los huesos y una tendencia a la fractura con solamente un trauma leve. El hueso cortical es mucho más delgado que lo normal debido a la actividad osteoblástica perturbada y el hueso esponjoso tiene amplios espacios y trabéculas finas. Después de la fractura, el callo se forma normalmente, pero puede ser reemplazado por hueso que es más inferior aún que el original. El defecto es mesodérmico y al igual que el hueso, otros tejidos están afectados. El paciente puede tener escleróticas azules debido a su delgadez o transparencia, ligamentos laxos con tendencia a dislocaciones, y un trastorno de la formación dentaria (dentinogenesis imperfecta). (6)

Algunos desarrollan sordera por otesclerosis cuando adultos.

Existen dos tipos ligeramente diferentes de la enfermedad, congénita y una variedad tardía, tarda u osteopsatirosis.

En el tipo congénito, las fracturas pueden ocurrir en el útero y cicatrizan con los huesos en posición anormal y como resultado hay una considerable deformidad al nacer. (6)

Las fracturas se producen también durante el parto y el infante puede sufrir varias que afectan los huesos largos, costillas y cráneo. Hacia la adolescencia puede haber una historia acumulada de una docena o más episodios. Este tipo se debe probablemente a un carácter recesivo heredado.

En la osteopsatirosis, la fragilidad no se hace aparente hasta que el niño ha pasado su primer año, o más tarde, y como generalización, cuanto más tarde aparecen las manifestaciones, menos grave el estado. Como ocurre con el tipo congénito, hay una mejoría en la pubertad. Esta variedad se hereda como un rasgo dominante y puede esperarse que la mitad de la segunda generación la posea. (6)

Tratamiento Odontológico:

Problemas;

Fractura.- Una dificultad importante en el tratamiento odontológico de un paciente con osteogénesis imperfecta es el estado óseo, y una extracción aparentemente sencilla puede resultar en fractura de la mandíbula o del alvéolo. Cualquier paciente en quien se observen escleróticas azules debe ser interrogado a fondo por cualquier historia de fractura, ya que más de la mitad de ellos sufren de fragilidad ósea. (9)

Dislocación.- Durante el tratamiento y con la boca ampliamente abierta, hay que tener en mente la tendencia a la dislocación y si bien se puede reducir fácilmente, el cuello del cóndilo mandibular es delgado y frágil.

Estructura Dentaria.-Una proporción de pacientes con osteogénesis imperfecta también sufren de dentinogénesis imperfecta (dentina opalescente). En este caso, los dientes aparecen más translúcidos que lo normal, con un cambio de coloración parduzco o gris parduzco. Aunque el esmalte parece ser normal, se quiebra mucho y su atrición es característica. Radiográficamente, las raíces pueden ser cortas y delgadas, angostándose repentinamente en el cuello y los conductos pulpares pueden estar ocluidos, o son tan finos que resulta difícil identificarlos. La infección periapical es relativamente común y el tratamiento de conductos suele ser imposible. Los dientes son quebradizos y por esta razón las extracciones son riesgosas. Histológicamente, la dentina es anormal, con túbulos ocluidos en la periferia, pero tan desarreglados centralmente que hay inclusiones vasculares. Existe calcificación defectuosa y falta de sustancia cementaria.(9)

Se ha observado que el aspecto radiográfico típico de raíces delgadas, conductos radiculares ocluidos y el cambio y el cambio de coloración clínica, puede ser menos evidente cuando va acompañado por enfermedad ósea que cuando se presenta solo. (9)

El objetivo del tratamiento odontológico debe ser prevenir la necesidad de extracciones, al menos hasta después de la pubertad cuando mejora la fragilidad ósea. Hay que tener en cuenta, sin embargo, los

casos en los que la dentinogenesis imperfecta hace esto muy difícil por razones estéticas y por el intenso desgaste. (6)

Extracciones.- No deben intentarse, salvo por un odontólogo con experiencia considerable en cirugía bucal. Para evitar el trauma puede ser necesario hacer un colgajo y eliminar el hueso de soporte con una fresa, pero no con elevadores. Cuando los dientes están afectados con dentinogénesis imperfecta esta debe ser la técnica, ya que no solamente el hueso es frágil sino que los dientes son quebradizos. Bajo anestesia general, hay que usar un apósito con gran cuidado para evitar dislocación de la articulación o fractura del cóndilo.

El objetivo de conservar dientes muy cariados, por lo menos-- hasta mediados de la pubertad, los que tengan pulpas expuestas deben ser tratados en sus conductos, si es posible. Si no se puede hacer - por espacios vasculares anormales, o por la pérdida de un conducto - radicular patente, entonces los remanentes pulpares deben ser tratados por una técnica de momificación en un intento de prevenir el desarrollo de un foco séptico.

En un caso con registro especialmente malo de fracturas, donde las extracciones están contraindicadas, puede ser oportuno considerar la factibilidad de la apicectomía del diente ofensor con sellado retrógrado del conducto radicular. (6)

No hay contraindicación al anestésico local en estos pacientes- pero puede no ser necesario para la preparación de cavidad en aquellos con el defecto dental, ya que la dentina no es sensible. (6)

CAPITULO V

NEOPLASIAS

En menos de una generación ha habido un aumento espectacular en las expectativas de vida de pacientes con procesos malignos, especialmente en niños. Esto ha sido posible gracias al desarrollo y refinamiento de las técnicas de radioterapia y agentes quimioterapéuticos.

Con estos aumentos en el tiempo de supervivencia y la investigación constante que pone a disposición de los profesionales nuevas técnicas y ofrece agentes más eficaces en la lucha contra la enfermedad neoplásica, más pacientes con neoplasmas pueden ser diagnosticados por los odontólogos. Como resultado, los odontólogos han pasado a integrar el equipo que atiende al paciente desde el período inicial de diagnóstico hasta la terapia definitiva y el apoyo a la familia. (7)

A.-LINFOMA:

El linfoma es la proliferación neoplásica de linfocitos en los nódulos linfáticos u otro tejido linfoide. La enfermedad de Hodgkin se caracteriza por la presencia de células Reed-Sternberg; Todos los otros linfomas se consideran como no de Hodgkin. (8)

La terapia correcta depende del estadio de la enfermedad, que es determinado por la historia, exámenes físicos, estudios radiológicos, rastreos con isótopos, pruebas de laboratorio y biopsia. El método para rastrear la enfermedad de Hodgkin y los otros linfomas es el siguiente:

Etapas I.- Complicación de un área de nódulo linfático aislado "I", o un sitio extralinfático aislado "I_E".

Etapas II.- Complicación de dos o más nódulos linfáticos en el mismo lado del diafragma "II". o complicación localizada de un órgano o sitio extralinfático y una o más regiones de nódulos linfáticos en el-

mismo lado del diafragma "II_E".

Etapa III.- Complicación de regiones de nódulos linfáticos en ambos lados del diafragma "III", que puede también incluir complicación extralinfática localizada " III_E ", o ambas "III_{ES}".

Etapa IV.- Complicación difusa o diseminada de uno o más sitios extralinfáticos, con o sin complicación de nódulo linfático.

Para incluir a todos los pacientes con complicación hepática o de la médula ósea, cada etapa se divide además como:

A- sin síntomas sistémicos o

B- con síntomas sistémicos.

Los pacientes con pérdida de peso inexplicada que excede el 10% del peso corporal en los 6 meses previos a su admisión, fiebre inexplicada por sobre los 38°C, sudores nocturnos o anemia con hemoglobina de 10,0 gramos o menos, serán clasificados como B. Aquellos pacientes sin esos síntomas serán clasificados como A. (8)

Una vez que la enfermedad ha sido clasificada, el odontólogo podrá determinar en cierta medida su correcto curso de acción. Los pacientes de Hodgkin en Etapas I a IIIB recibirán radiación en un campo extendido en dosis que exceden los 3500 rds al sitio o sitios afectados. La quimioterapia es empleada también junto con la radiación. Los pacientes incluidos en la clasificación de la etapa IV reciben quimioterapia con radiación después de 6 semanas de quimioterapia. Si los nódulos supraclaviculares o los cervicales están afectados, el odontólogo puede esperar xerostomía resultante de la disfunción de la glándula parótida y mucositis.

Si se emplea quimioterapia, puede presentarse ulceración mucosa y supresión de la resistencia del huésped, de manera similar a la que se encuentra en el paciente leucémico.

Los pacientes que presentan los primeros estadios de la enfermedad de Hodgkin, en contraste con quienes sufren de leucemia aguda, no suelen desarrollar septicemia, sino que a menudo son infectados por varicela zoster. Si el tumor está muy diseminado y el paciente se encuentra en

tratamiento de quimioterapia intensiva, entonces la infección aumenta en gravedad y frecuencia y la neumonía en cualquier de sus formas (bacteriana, fungal, viral), zoster diseminada, infecciones del tracto urinario y hepatitis, resultan más frecuentes.(8)

El linfoma de Burkitt es un linfoma no de Hodgkin es un linfomahodgkin que se presenta con mucha frecuencia en los maxilares y visceras abdominales. Los informes varían ampliamente respecto a la incidencia de esta enfermedad en aproximadamente el 9% de pacientes con linfomas no de hodgkin tienen síntomas similares a los del linfoma de Burkitt (linfoma Africano).(8)

B.- LEUCEMIA:

La leucemia es una enfermedad fatal en la que la producción de glóbulos blancos está fuera de control y aparecen en la sangre muchos tipos inmaduros y anormales. Las células blancas más comunmente afectadas son los linfocitos, mielocitos o monocitos, pero las células inmaduras resultantes pueden ser difíciles de identificar. Es habitual dividir las leucemias en tipos agudo y crónico, siendo los primeros los que terminan a los pocos meses de iniciados, y los segundos durando uno o más años, suponiendo falta de tratamiento. La terapia moderna que ha extendido la expectativa de vida en alguna medida ha hecho esta división bastante arbitraria en algunos casos. hay una incidencia particularmente alta de esta enfermedad entre los niños con mongolismo.(9)

Leucemia Aguda:

El comienzo en el tipo agudo es muy común en el grupo de edad preescolar y el primer signo puede ser una infección respiratoria superior o una ulceración bucal. El paciente está febril débil e indiferente y más postrado de lo que pudiera esperarse en una situación así. La anemia que se desarrolla rápidamente produce palidez y hay una tendencia a la hemorragia debida a una caída en el nivel de plaquetas. Estos síntomas son causados por la invasión y desplazamiento de la médula ósea por tejido leucémico, resultando en una disminu

ción en la producción de células rojas, plaquetas y células blancas-normales. El recuento de glóbulos rojos puede ser tan bajo como un-millón. El tejido leucémico produce también un agrandamiento de los nódulos linfáticos, bazo, hígado, riñón y otros órganos, por invasión y reemplazo del tejido normal, resultando en síntomas de función deficiente de esos órganos. Es común hemorragia interna en diversos sitios y la muerte se debe a menudo a hemorragia intracraneal. Suele haber un recuento de glóbulos blancos aumentando de 15.000 a 30.000,- pero en una cantidad de casos es más bajo que lo normal.

Las remisiones espontáneas que ocurren duran solamente unos pocos meses, pero a veces hay un cambio de una evolución aguda a una más -- subaguda o crónica. (9)

Leucemia Crónica:

El comienzo de este tipo de leucemia es más insidioso que en la variedad aguda y 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. Aunque en unos pocos casos hay un recuento de plaquetas elevado, suele ser bajo y existe por lo tanto, una tendencia a la sangría prolongada y petequias. 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 o más, con muchos tipos inmaduros. La remisión espontánea puede ocurrir y durar - unos pocos meses o años o meses. (9)

En la mayoría de los pacientes leucémicos se producen lesiones óseas que pueden aparecer como zonas osteolíticas y osteoescleróticas y como hueso nuevo debajo del periostio. Con el tratamiento antileucémico pueden desaparecer.

La leucemia aguda es rápidamente progresiva sin tratamiento, y la terminación fatal puede deberse a infección o hemorragia. Con la - terapia, sin embargo, la vida puede prolongarse y, en el caso crónico por varios años. El tratamiento es principalmente por quimioterapia y pueden usarse varios grupos de drogas. Los corticosteroides producen una remisión espectacular que puede durar algunas semanas o meses. Se

dan series de por lo menos seis semanas de duración. Las drogas anti-metaabolito, particularmente la aminopterina y el metotrexato, son valiosas y probablemente interfieren con el uso del ácido fólico por el que las células leucémicas tienen una mayor demanda que las células normales. La 6-mercaptopurina, una purina análoga, es otra droga que se emplea con frecuencia. El grado de remisión obtenido de cada serie de una droga se hace gradualmente menor, y la terapia se cambia entonces a otra. Muchos de estos niños están en dos o más terapias simultáneamente. 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. En el primer caso el doseaje es del orden de 15 a 20 roentgens durante varios días sucesivos y en el último, 50 a 100 roentgens localmente, en días alternados. El uso prolongado de antibióticos para el control o prevención de la infección no es recomendable en vista de los peligros de infección por microorganismos resistentes, pero períodos cortos intensivos son deseables.

Los padres de un niño así reciben educación sobre su cuidado y se hacen esfuerzos para permitirle llevar una vida casi normal, sin sobreprotección o emocionalismo. Vive en su hogar y concurre a la escuela normal siempre que sea posible, ya que el propósito es un ambiente sensible y feliz. Solo cuando la familia es bastante inadecuada se considera la hospitalización, excepto para una necesidad médica real. (9)

Estado Bucal:

No hay rasgos dentarios especiales en el niño leucémico sometido a quimioterapia. Las lesiones bucales típicas que se describen en los textos de patología no están presentes en este estadio. (8)

Tratamiento Odontológico:

La extensión de la expectativa de vida de los pacientes leucémicos por la quimioterapia moderna los ha llevado ahora a la categoría de aquellos que necesitan atención odontológica preventiva y de soporte. Los dos problemas clínicos principales de-

infección y hemorragia con una posible terminación fatal pueden surgir del estado del descuido de los dientes y los esfuerzos por mantener la boca sana pueden prolongar la vida. La primera necesidad de eliminar la sepsis, y luego mantener la boca en un buen estado. (9)

Extracciones; Cualquier procedimiento quirúrgico bucal, aún menor, debe hacerse en el hospital bajo la atención del médico a cargo y en consulta con el hematólogo. Si bien la eliminación de los dientes no causa dificultades, el potencial hemorrágico es elevado y hay que observar un cuidado posoperatorio escrupuloso para prevenir la infección. El tipo de anestésico a utilizar debe decidirse después que se han considerado todos los aspectos del caso. Las inyecciones profundas, como una regional del dentario inferior, nunca deben hacerse por los peligros de una hemorragia profunda, pero una inyección superficial es permisible. Algún tipo de anestésico general puede ser el método de elección. El problema asociado con la terapia con corticosteroides no debe ser pasado por alto. (9)

Cuidado Periodontal; el tratamiento de las infecciones bucales agudas debe ser referido al médico quien decidirá la terapia a emplear. Los pacientes que están en terapia antileucémica habitualmente no presentan ningún problema periodontal crónico, pero de todas maneras deben ser instruidos en el cepillado dentario para mantener las encías saludables. (2)

Ortodoncia; Solamente si el paciente mismo está muy ansioso por el tratamiento de una maloclusión habrá que considerar la posibilidad y principalmente desde el punto de vista psicológico. Aunque la expectativa de vida es breve, puede justificarse hacer una terapia adecuada, y en ese caso debe ser lo más corta y sencilla posible, y planeada sobre todo para lograr un efecto estético inmediato.

Conservación; Aparte de evitar las inyecciones, la conservación no presenta problemas especiales. El objetivo es mantener los dientes libres de sepsis y donde la cooperación no es toda la que hubiera de desearse, la atención debe dirigirse principalmente a la eliminación de caries y retención de una obturación que selle la cavidad. Si es necesario, los ideales de extensión y buena forma cavitaria deben sacrificarse. El tratamiento debe ser tan corto como resulte razonable, tan placentero como sea posible. (9)

C.- TUMORES SOLIDOS:

Los tumores incluidos son los siguientes:

- I.- Neuroblastoma
- II.- Rbdomiosarcoma
- III.- Sarcoma Osteogénico
- IV.- Histiocitosis X.

I.- Neuroblastoma; Es un tumor sumamente maligno que se origina en el tejido nervioso simpático. Aunque puede ser una lesión localizada, en el momento que se lo diagnostica habitualmente está extendido. Ocupa el segundo lugar después de la leucemia, como el proceso maligno más común en niños. Si bien antes se lo consideraba raro respecto a la complicación bucal, se ha demostrado que tiene implicaciones en por lo menos el 25% de los pacientes tratados por procesos malignos durante un período de 10 años. (6)

Estado bucal; Entre las manifestaciones bucales clínicas del neuroblastoma pueden citarse, la hinchazón facial, masas intrabucales, dientes flojos o desplazados y alteraciones en la función nerviosa. La hinchazón facial suele ser unilateral y puede ser prominente. Las hinchazones, tanto las faciales como las intrabucales, pueden parecer abscesos dentarios, pero suelen ser indoloras. Como consecuencia, hay que tener mucho cuidado de no diagnosticar equivocadamente las hinchazones como abscesos dentarios para evitar la extracción de dientes no afectados. (6)

Radiográficamente, en casos de neuroblastoma, los folículos dentarios en desarrollo pueden estar muy distendidos y el hueso que los rodea puede presentarse erosionado. Otros cambios radiográficos pueden incluir destrucción del borde esclerótico bando de las criptas dentarias, dientes flotantes y lesiones radiolúcidas destructivas, con contornos irregulares.

El pronóstico para niños diagnosticados, es a menos de 12 meses

de edad, es muy bueno en general, pero el pronóstico para individuos diagnosticados a más de 12 meses de edad es muy reservado. El tipo de atención odontológica es, por lo tanto, muy diferente. La prioridad principal en los grupos mayores es prevenir la infección. Ningún problema dental debe interferir con el tratamiento de la enfermedad primaria. Como se ha señalado previamente, en el caso del paciente leucémico, las técnicas restauradoras están indicadas. Los grupos más pequeños deben ser tratados como individuos normales. (6)

II.- Rbdomiosarcoma:

Es el sarcoma del tejido blando más común en niños. Excluyendo los tumores del sistema nervioso central, el rbdomiosarcoma es superado numéricamente sólo por el neuroblastoma y el tumor de Wilms.

Se presenta a cualquier edad y puede encontrarse al nacer. La edad pico de incidencia es de 2 a 6 años de edad, aunque puede haber otro--por debajo de 1 año de edad.

Básicamente, el tumor se presenta en cualquier ubicación anatómica del cuerpo donde haya músculo esquelético. Los rasgos clínicos varían según el sitio de origen de la lesión primaria. El más común es la región de la cabeza y el cuello. Weber (1854) según lo informa Stout describió probablemente el primer caso registrado de rbdomiosarcoma de la lengua en un hombre de 21 años. El 30% de los rbdomiosarcoma de las zonas de cabeza y cuello se presenta en la región orbitaria. Otros sitios afectados en esta región son la laringe, nasofaríngeo, seno maxilar y oído medio. Cuando están ubicados en la zona nasofaríngea y senos paranasales, los signos y síntomas clínicos generalmente incluyen obstrucción nasal, descarga, epistaxis, dolor local e hinchazón. Si el tumor está ubicado en el nasofaríngeo hay comúnmente voz nasal acompañada por dolor, epistaxis, disfagia y obstrucción nasal. (6)

Los tumores en el cuello se manifiestan por ronquera, disfagia o masas de tejidos blandos en el cuello; según su ubicación, el diagnóstico diferencial debe excluir al granuloma, glioma del nervio óptico, hemangioma, neuroblastoma metastásico, histiocitosis X, linfoma, retinoblastoma, y abscesos dentales. Como en el neuroblastoma, la hinchazón de la cara puede estar entre las manifestaciones bucales clínicas del-

rabdomiosarcoma nasofaríngeo.

El tumor tiene, en general, un pronóstico pobre, siendo muy rápido en su extensión local y general. La terapia es una combinación de cirugía radical, radiación y quimioterapia, según la ubicación del tumor.

La mayoría de las recidivas (90%) ocurren dentro de los 2 años del diagnóstico original.

El cuidado odontológico se centra nuevamente en la prevención de la infección, extrayendo dientes con pronóstico pobre y restauraciones en todos los dientes con pronóstico pobre y restauraciones en todos los dientes cariados. El cuidado posradiación es esencial cuando se trata de la cabeza y el cuello. La radiación impedirá, en muchos casos, la erupción de los dientes permanentes cuando están en el campo; en consecuencia, es necesario que los dientes erupcionados puedan prestar servicio por un período de tiempo prolongado. Algunas de las terapias con drogas potenciarán los efectos de radiación y dan por resultado una mucositis grave. (6)

III.- Sarcoma Osteogénico;

Este tumor surge presumiblemente del mesénquima formador de hueso; se caracteriza por la producción de osteoide maligno por el estroma sarcomatoso.

Es un tumor que con mucha frecuencia afecta los huesos largos en la región yuxtaepifiseal, pero también aparecen en los maxilares. Un síntoma precoz suele ser el dolor, causado por presión o parestesia del labio en el lado afectado de la mandíbula. La zona afectada muestra agrandamiento y el resultado puede ser una hinchazón dura externamente en el proceso alveolar, con subsiguiente desplazamiento de dientes. Si el seno maxilar es invadido pueden ocurrir varios síntomas de distensión.

Las radiografías muestran diversos grados de cambios óseos osteoclásticos y osteolíticos. La respuesta perióstica es irregular e interrumpida y puede mostrar espículas "quemadas". El sarcoma osteogénico se presenta muy frecuentemente en los grupos de edad menores (edad pi

co va de 10 a 25 años), con una relación de preponderancia varón a mujer de 1,6:1, aproximadamente. (6)

Las condiciones predisponentes con respecto al sarcoma osteogénico pueden ser la displasia fibrosa, osteocondroma, tumor a células gigantes, enfermedad de Paget y radiación. Aunque se ha demostrado que un pequeño porcentaje de casos de enfermedad de Paget (osteítis deformante) desarrolla sarcomas, debe señalarse que esta enfermedad no ocurre en niños.

El sarcoma osteogénico da metástasis principalmente en los pulmones, habitualmente en un período de 6 a 9 meses desde el momento de la amputación, si no ha sido controlado. La velocidad de la expansión metastásica es muy rápida, con un considerable aumento de tamaño y cantidad de lesiones. Una siembra hematogena extensa se hace aparente si la enfermedad está avanzada.

La complicación de los nódulos linfáticos no es común. El tratamiento consiste en varias combinaciones de terapia en forma de cirugía, radiación y quimioterapia suplementaria. El pronóstico es muy reservado. A estos pacientes, como regla, no se les irradia, pero se les hace una quimioterapia intensa. No se sabe, en el momento actual, cómo se alterará la historia natural. La necrosis grave de los tejidos bucales es común. (6)

IV.- Histiocitosis X:

En 1893, Hand informó sobre un niño con poliuria y tuberculosis. En 1905, Kay describió un caso similar y Schüller agregó dos casos más a la bibliografía en 1915.

Desde la tríada de Christian (exofthalmia, defectos óseos membranosos y diabetes insípida), la terminología ha variado por la enfermedad de Hand-Schüller-Christian a la tríada de Kay al síndrome Hand-Kay-Schüller-Christian.

Letterer, en 1923 y Siwe, en 1933, comunicaron la descripción clásica de la histiocitosis diseminada. (6)

Lichtenstein afirmó la interrelación de los tres síndromes, granuloma eosinófilo, síndrome Hand-Schüller-Christian y enfermedad Letterer-Siwe, y dio al trío el nombre general de "HISTIOCITOSIS . . .

Las manifestaciones clínicas en el niño con histiocitosis X son muy variables, como lo es la patología de la enfermedad. Los granulomas eosinófilos aislados de hueso muestran una predilección por el cráneo y huesos largos (costillas, pelvis, y vertebras, son los menos comúnmente afectados). Los granulomas eosinófilos del cráneo se ven generalmente como hinchazones indoloras.

No es infrecuente que la proptosis unilateral sea el primer signo de la enfermedad. Las radiografías de la lesión revelan lesiones líticas claramente demarcadas con bordes bien definidos. En un pequeño número de casos hay numerosas lesiones líticas que dan un aspecto de "queso suizo" a las radiografías del cráneo. (6)

La poliuria y la polidipsia son síntomas de diabetes insípida que pueden verse en el diagnóstico o aparecer en un estadio posterior.

La destrucción ósea de la mandíbula y del maxilar superior o la complicación del tejido blando de la encía puede resultar en pérdida o daño, de los dientes, dando el cuadro radiográfico clásico denominado dientes flotantes.

Pronóstico. La quimioterapia ha mejorado la perspectiva para este grupo de enfermedades. Remisiones prolongadas y supuestas curas son ahora posibilidades precisas. Sin embargo, han ocurrido recidivas tardías, de modo que es aconsejable tener reserva cuando se habla de una cura.

El pronóstico para el granuloma eosinófilo aislado es excelente al margen de la terapia. otras variantes de la enfermedad muestran diversos grados de predicción en cuanto al pronóstico. En general, la enfermedad es más diseminada en niños pequeños y más localizada en niños mayores.

Para controlar estas enfermedades , se usan dosis bajas de radioterapia y quimioterapia . Las consecuencias dentales son, por lo tanto, causadas principalmente por lesiones líticas del maxilar. En el pequeño los gérmenes de los dientes primarios pueden estar afectados y perderse. En individuos mayores, los dientes tienden a desviarse e inclinarse. (6)

CAPITULO VI

TIPO DE TRATAMIENTO

Muchos autores opinan que la atención odontológica correcta para las personas impedidas es inadecuada o descuidada. Esto puede atribuirse en general a dos factores básicos:

- Ignorancia y temor de la situación odontológica por parte de la persona impedida y sus padres.
- Ignorancia y temor de tratar a la población impedida por parte de la profesión odontológica.

A.- Atención odontológica en la práctica privada;

El objetivo de este es discutir las condiciones que corresponden a la atención odontológica de la población impedida, dentro del marco del consultorio privado.

Gran parte de la profesión cree que esa atención requiere en trenamiento especial y cantidades considerables de equipo adicional.- Además, muchos odontólogos piensan que esos pacientes deben ser hospitalizados para recibir el tratamiento necesario. Ciertamente, hay un sector de esa población que necesitará ser hospitalizado para el tratamiento odontológico; sin embargo, la gran mayoría puede ser tratada en el consultorio privado por el odontólogo general. Muchos creen que los factores importantes en el manejo del impedido en el consultorio son comprensión, compasión y paciencia. Como profesionales, los odontólogos deben considerar a las personas impedidas como individuos con problemas dentales que tienen, además una condición médica. (8)

Aunque el impedido constituye un porcentaje relativamente pequeño de la clientela total de un profesional, es importante que todo el personal del consultorio esté psicológica y técnicamente preparado para ese tipo de paciente.

Inicialmente, es muy importante que el odontólogo mismo esté convencido de su propia capacidad para tratar al impedido dentro de

los límites del consultorio odontológico típico. En general, las técnicas utilizadas comúnmente con las que el odontólogo está familiarizado, no necesitan ser modificadas significativamente. Se ha dicho que el manejo eficaz del impedido en el consultorio implica más un cambio de actitud que de técnica. (8)

Papel del Odontólogo;

El objetivo principal del odontólogo en el tratamiento del impedido es brindar la mejor atención posible a cada paciente, de acuerdo con sus necesidades. En término de tratamiento efectuado, esto variará de un paciente a otro. Surgirán compromisos y modificaciones y los planes de tratamiento a menudo se desviarán del ideal, pero deben hacerse con el bienestar del paciente en mente y no como conductas de evitación por parte del odontólogo.

El odontólogo debe armonizar psicológicamente con las necesidades del individuo impedido si desea lograr el objetivo principal de la atención odontológica. Hay dos razones básicas para esto;

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

El odontólogo debe poseer un conocimiento activo de psicología-básica y mucha experiencia práctica, las cuales le permitirán tratar con comodidad las ansiedades del individuo normal en la situación odontológica. En el trabajo con el paciente impedido esas ansiedades suelen pluralizarse. Un estudio de las reacciones de un equipo médico/psicológico frente la paciente impedido, mostró que:

- 1) Cuanto más grave era el impedimento, menos sutil era el equipo para trabajar con el individuo.
- 2) Cuanto mayor el conocimiento del profesional, más consecuente era con el paciente gravemente impedido.

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

en un círculo vicioso.

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

Papel del asistente dental;

El asistente dental entrenada puede dividirse en tres áreas principales:

- 1.- Como ayuda para el odontólogo en el tratamiento directo.
- 2.- Como una fuente de información para el individuo o los padres respecto a la prevención y otros aspectos del tratamiento.
- 3.- Como un intermediario o coadyuvante de la comunicación entre el padre, el paciente y el odontólogo.

El papel del asistente junto al sillón durante los procedimientos de tratamiento es sumamente importante. Sería muy difícil, si no imposible, para un odontólogo, tratar un paciente impedido sin la ayuda de un asistente técnicamente capaz y psicológicamente sensible, quien además de sus deberes normales junto al sillón, debe estar familiarizada con las modificaciones en las técnicas y de cualquier equipo adicional o especial que pueda ser utilizado. Debe ser capaz de ayudar al paciente en el control de sus movimientos irracionales, que a menudo se presentan durante el tratamiento para que el tratamiento prosiga tan rápida y eficazmente como sea posible, tanto desde el punto de vista del paciente como del odontólogo, ya que el asistente está en una posición única para lograr que esta ocurra. (8)

El asistente dental es también un miembro importante del equipo para educar al padre y al paciente, ya que muchos programas terapéuticos preventivos dependen de la utilización de personal auxiliar entrenado.

Quizas el aspecto más importante del asistente dental en la atención del paciente impedido es como facilitador de la comunicación. Para ayudar en la tranquilización de un padre ansioso y hacer que el paciente se sienta más cómodo y bien recibido, reduciendo así algo de su ansiedad. A menudo, los padres de niños impedidos pueden sentirse incómodos haciendo al odontólogo una cantidad de preguntas "sin sentido". Para prevenir esto, el asistente debe estar listo antes e inmediatamente después de las visitas a fin de contestar cualquier pregunta adicional que el padre pueda hacer. Si el odontólogo no es hábil en este aspecto, un asistente astuto puede ayudarle a que se dé cuenta de esas barreras. Es importante entonces, que el asistente pueda anticipar las necesidades del odontólogo del paciente y del padre en la situación odontológica, y ayudar a resolverlos.

Papel de la recepcionista:

El papel de la recepcionista del consultorio en la atención del impedido es quizás el más importante de todo el personal. Es ella, en la gran mayoría de los casos, quien establece el contacto inicial con el padre. Una recepcionista correctamente informada y bien preparada debe reflejar la filosofía del odontólogo hacia el tratamiento del impedido y ayudará a eliminar problemas de comunicación que pudieran presentarse. La recepcionista debe estar enterada de los problemas vinculados con la atención del impedido y poder contestar preguntas que un padre ansioso o cauto puede hacer cuando fija la primera cita para su hijo. En el momento del contacto inicial, la recepcionista debe interrogar sobre cualquier problema especial que el paciente pudiera tener o la información adicional que el odontólogo debe conocer antes de la visita. A menudo un padre es renuente a informar sobre la condición incapacitante, ya que la atención odontológica puede ser difícil de obtener. En este momento hay que anotar la naturaleza del impedimento, lo mismo que el nombre del médico responsable de la atención del individuo. Esto es importante porque la consulta médica suele estar indicada con frecuencia antes de la cita inicial. (8)

De la recepcionista depende también la programación de las citas y tendrá que coordinar las necesidades del paciente o del padre con las del odontólogo.

Sabiendo escuchar y observar cuidadosamente, la recepcionista puede aprender mucho sobre las capacidades y posibilidades de una persona impedida. Esta información valiosa puede entonces ser pasada a los otros miembros del personal para ayudar en el tratamiento y manejo del paciente.

Como puede verse, el papel de la recepcionista es crítico en cuanto ella refleja los sentimientos de todo el consultorio hacia la atención del paciente impedido.(8)

Papel del padre o del Paciente;

Una condición incapacitante cambia el estilo de vida de un individuo y afecta a su familia hasta el punto en que la persona impedida se convierte en el factor central o dominante en la vida familiar. El individuo puede requerir atención constante debido a su estado. Muchas y variadas demandas dificultan a la familia corriente concentrar la atención odontológica como prioridad para este individuo, aunque su importancia sea esencial.

Los padres de un niño impedido pueden volverse sobreprotectores y tratar de evitar los riesgos percibidos que una cita odontológica implica. El embarazo y el estigma que todavía rodean algunas formas de impedimentos físicos y mentales, se agregan a esta situación. Las actitudes encontradas en experiencias odontológicas previas, con frecuencia dan al padre renuente amplia justificación para el descuido del tratamiento.

Es con el conocimiento de estos antecedentes que el odontólogo y el personal del consultorio deben enfocar al individuo impedido y a sus padres. Esto debe hacerse con cuidado y sinceridad para ganar la confianza. Una vez superadas las barreras iniciales y ganada la confianza, el apoyo de los padres es un elemento valioso para la realización de los servicios odontológicos.

Los padres serán llamados con frecuencia para administrar medicación y brindar apoyo psicológico, antes de la visita. Ocasionalmente, la presencia de padre será necesaria en el consultorio para ayudar a sostener físicamente al niño y, según la filosofía del odon

tólogo y el tipo de paciente, para apoyo psicológico. Además, los padres deben ser motivados para que cumplan las medidas preventivas de atención odontológica en el hogar; higiene bucal, terapia dietética o suplementos con fluoruros. En resumen, los padres son un esbón importante entre el paciente impedido y el consultorio odontológico. (8)

Diseño del consultorio;

La barreras arquitectónicas y estructuras están entre las más visibles que el impedido físico enfrenta para su atención odontológica.

Las siguientes sugerencias ayudarán en el diseño de un consultorio libre de barreras.

- 1.- Espacios para estacionamiento reservados, fácilmente accesibles y cercanos a la instalación.
- 2.- Nivelación del piso para lograr que corresponda con la entrada normal.
- 3.- Provisión de una rampa con una inclinación no mayor de 30cm. de elevación con pasamanos de un lado, una superficie no deslizante y una plataforma nivelada en la parte superior.
- 4.- Pasillos laterales de por lo menos 1,20 cm. de ancho.
- 5.- Por lo menos una entrada principal utilizable para individuos en sillas de ruedas.
- 6.- Puertas con una abertura clara no menor de 80 cm, operables con un solo movimiento.
- 7.- Escaleras con barandas de 80 cm. de altura con elevación que no excedan 17,5 cm.
- 8.- Superficies no deslizantes en los pisos.
- 9.- Lavatorios, bebederos y teléfonos en cantidad apropiada, fácilmente accesibles a individuos con movilidad perturbada.
- 10.- Letras en relieve para identificar los números de habitaciones, etc., para el individuo visual.
- 11.- Señales visuales y auditivas apropiadas para advertir a los individuos sobre áreas riesgosas. (8)

Cuando se diseña y compra un equipo para un consultorio, hay varias cosas a considerar si se van a tratar pacientes impedidos. Puede ganarse flexibilidad adicional en un consultorio pequeño con el uso de una base inflable en el sillón dental. Ciertos estilos de unidades, como las que tienen mangueras colgando, pueden dificultar los movimientos del individuo impedido. De manera similar, unidades móviles pueden ser engorrosas cuando se intenta manejar pacientes impedidos cuyos movimientos pueden ser incontrolables.

ES importante incorporar ideas en el diseño que presenten todas las áreas rápidamente accesibles a los pacientes en sillas de ruedas o individuos con muletas. Esas áreas incluyen corredores en salas de recepción, salas de tratamiento, oficinas privadas y cualquier lugar del consultorio donde un individuo impedido puede tener que entrar en el curso del tratamiento. (8)

Secuencia del tratamiento:

Está organizado de tal manera como para seguir a un paciente desde su contacto inicial con el consultorio, a través del tratamiento, hasta las citas recordatorias de control. Se pensó que este enfoque brindaría una forma práctica y consisa de cómo se atiende un paciente impedido en el consultorio.

Áreas generales en secuencia de un tratamiento de un paciente impedido:

- Preparación preexamen.
- Visita Inicial.
- Consideraciones de tratamiento.
- Manejo de Paciente
- Procedimientos Preventivos
- Recordatorio Periódico.

- Preparación Preexamen;

Como el manejo del individuo impedido depende del conocimiento y comprensión del paciente, este período para reunir información es crítico.

La recepcionista comenzara con esta tarea, ayudando al paciente o al padre a completar las fichas corrientes del consultorio. (80)

A menudo, el contacto inicial se hace por teléfono, si la cita no es por una emergencia, esas fichas, junto con otra información sobre las normas del consultorio. Esto permite al odontólogo obtener la consulta médica, si está indicado, fijar tiempo adicional para el examen bucal. En general, contar con esta información antes de la primera visita, permite a todo el consultorio estar mejor preparado para el paciente.

Historia Médica; Para todos los pacientes, cualquiera sea su condición física o mental, debe obtenerse una historia médica completa, cuyo propósito es informar al odontólogo sobre el estado de salud - pasado y presente del enfermo.

Los siguientes ayudarán a tener una ficha médica adecuada:

- 1.- Nombre de la madre, padre, cuidador o cónyuge del individuo
- 2.- Nombre de la persona que acompañará al paciente, si no puede conseguir transporte.
- 3.- Nombre, domicilio y número telefónico del médico.
- 4.- Estado de salud general.
- 5.- Condición incapacitante específica, cuando está diagnosticada, períodos de hospitalización y terapia.
- 6.- Si está actualmente en tratamiento con un médico u otro profesional.
- 7.- Cualquier medicamento que se esté tomando o haya sido tomado en los últimos 6 meses.

Esos puntos pueden ser incorporados fácilmente, a los de la historia médica corriente, como historia de alergias, problemas de sangría, convulsiones, diabetes, etc. Hay que dejar espacio suficiente y estimular al individuo para que agregue cualquier información adicional que considere ayudará a comprender su condición. (8)

Historia Odontológica; Como en el caso de la historia médica-- el propósito es aquí proporcionar al odontólogo tanto conocimiento de las experiencias previas del paciente como sea posible.

Los siguientes puntos ayudarán a tener una ficha de la historia odontológica:

- 1.- Ha sido atendido por un odontólogo antes?. Si es así, que tipo de tratamiento recibió?.
- 2.- Tuvo problemas para conseguir atención odontológica?
- 3.- Tiene usted problemas que pudieran influir en nuestro tratamiento?
- 4.- Cual fue la razón para buscar atención odontológica?
- 5.- Cual es su principal preocupación dental?

Estos puntos de la historia médica y odontológica pueden combinarse en una sola ficha y deben completarse fácilmente en 10 a 15 minutos por el paciente, con o sin ayuda, o el padre o cuidador del individuo. (8)

Consentimiento y autorización del tratamiento; El tratamiento se realiza con la indicación del paciente, excepto cuando éste dice que confía en el criterio del odontólogo. Los menores no están legalmente capacitados para dar consentimiento, ni lo están los individuos mentalmente impedidos. El consentimiento legal verdadero cumple dos propósitos principales:

- Protege al odontólogo en los casos de denuncias por asalto técnico y
- Brinda evidencia de que el paciente quería que le hicieran el tratamiento indicado.

Es por estas razones que debe obtenerse el consentimiento legal confirmando lo siguiente:

- 1.- Que el paciente firmó con conocimiento de los hechos relevantes.
- 2.- Que el paciente tenía capacidad para consentir.
- 3.- Que el consentimiento fue para tratamientos específicos. (7)

Los formularios de consentimiento deben ser guardados junto a formularios corrientes del consultorio completados por el paciente y estar firmados por un padre o cuidador legal en el caso de un menor o de un impedido mental. (7)

Consulta Médica; El médico puede dar mucha información respecto del impedimento del individuo y su incapacidad para desenvolverse con él. Se recomienda que el odontólogo proporcione la información siguiente cuando pide una consulta con el médico del paciente:

- 1.- Nombre, fecha de nacimiento y domicilio del paciente.
- 2.- Fecha de la derivación o consulta.
- 3.- Motivo de la derivación
- 4.- Naturaleza específica del tratamiento odontológico a completar
- 5.- Preguntas específicas para las que el odontólogo requiera respuestas.

El odontólogo debe tener un formulario impreso para este tipo de consulta. Además, hay que enviar un sobre estampillado para la respuesta. El médico del paciente es una fuente valiosa de información y el odontólogo no debe vacilar en utilizar sus servicios. (7)

- Cita Inicial:

Las metas y objetivos del examen inicial del paciente impedido deben ser los mismos que los del paciente normal. Se recomienda lo siguiente para la cita inicial:

- 1.- Evaluación de la capacidad del paciente para cooperar.
- 2.- Examen bucal, historia y recomendaciones a los padres.
- 3.- Evaluación de la cooperación de los padres.
- 4.- Planes para el tratamiento futuro.

El examen bucal debe incluir todas las radiografías necesarias y un examen clínico completo. A menudo es imposible lograr todos estos objetivos durante una sola visita, y entonces la prioridad es establecer una buena relación con el paciente y el padre y completar todo -- cuanto sea posible de una manera positiva. Si el paciente tiene una situación de emergencia en la visita inicial, se debe dar prioridad pero encarada cuidadosamente como para no crear problemas de manejo posteriores.

Examen clínico: Antes del examen bucal, hay que hacer un estudio general del paciente, incluyendo estatura, forma de caminar, dicción y cualquier asimetría notable. Esas observaciones, que pueden hacerse rápidamente y anotarlas en la ficha, darán alguna visión sobre patrones de crecimiento, defectos motores, dificultades de comunicación y el enfoque general del paciente a las situaciones nuevas.

Después del estudio general, ya con el paciente sentado, se examina la cabeza y el cuello, observando el estado del cabello y la piel si hay hinchazón facial, la articulación temporomandibular, orejas, ojos, zona nasal y palpación del cuello.

El examen clínico de la boca debe seguir al de la cabeza y cuello. Antes de examinar el tejido duro, corresponde hacerlo en forma completa con los tejidos blandos, incluyendo labios, mucosa labial y bucal, lengua y espacio sublingual, paladar faringe y amígdalas. Las variaciones de lo normal deben anotarse en la ficha. El examen clínico del tejido debe ser previo a la toma de radiografías, ya que a menudo podrá ser necesario incluir áreas adicionales en el estudio. El examen del tejido duro debe incluir número, tamaño, color, oclusión y malformaciones de los dientes. Las caries deben ser controladas al final en la secuencia del tratamiento. (7)

Examen Radiográfico: La necesidad del examen radiográfico es mayor en la población impedida, ya que eos individuos con frecuencia tienen una incidencia más elevada de anomalías bucales que la población general. (8)

Las técnicas intrabucales periapical e interproximal corrientes pueden utilizarse a menudo con éxito en el impedido impedido.

Las tomas oclusales superior e inferior ser útiles y se logran con facilidad. El tamaño de la película está determinado por la tolerancia del paciente, se usarán aletas de mordida y sostenedores de películas, con la película sostenida entre los dientes y el carrillo.

La radiografía extrabucal puede ser utilizada para completar un estudio radiográfico general. Esto es particularmente eficaz con el paciente no cooperador, ya que se adapta bien al uso de personal auxiliar y técnicas de inmovilización que a menudo son necesarias. Utilizando el equipo existente, pueden lograrse proyecciones laterales que dan mucha información diagnóstica. Esta técnica se utiliza la película oclusal corriente sostenida contra la mejilla del paciente. La película se ubica de tal manera que una línea imaginaria que pasa por la mitad del eje largo de la película sea paralela y en línea imaginaria que pasa por la mitad del eje largo de la película sea paralela y en línea con el plano oclusal. La cabeza del paciente es rotada e inclinada y el cono se coloca justo por debajo y detrás del ángulo mandibular en el lado opuesto. El rayo central se dirige al punto medio de la película y el tiempo de exposición se equilibra usando película: ultra rápida, de acuerdo con el KV y MA deseado. (3)

La radiografía panorámica se está haciendo cada vez más popular, por las siguientes cuatro razones básicas siguientes:

- 1.- Capacidad diagnóstica
- 2.- Consideraciones económicas
- 3.- Comodidad del paciente
- 4.- Seguridad del paciente y el operador.

La radiografía panorámica se adapta bien al paciente impedido porque permite un estudio completo con mínima cooperación. (3)

La capacidad del odontólogo para hacer un diagnóstico exacto y formular un plan de tratamiento depende de un estudio radiográfico completo, que le permitirá detectar lesiones de caries, procesos patológicos y evaluar el crecimiento y desarrollo. (8)

Consideraciones de tratamiento:

Un plan de tratamiento realista para el individuo impedido sólo se puede establecer después de la sesión inicial en que se reunieron los datos médicos y odontológicos. La condición médica del paciente dictará con frecuencia el tipo de tratamiento que puede hacerse. Si el pronóstico médico es pobre, el tratamiento odontológico debe ser de naturaleza paliativa con el énfasis en la eliminación del dolor e infección, seguido por atención de mantenimiento. Si el pronóstico médico es favorable no debe haber compromiso en el tratamiento odontológico. En general, los individuos impedidos tienen los mismos problemas dentarios que la población normal y hay que preocuparse por brindarles las técnicas preventivas y restauradoras más nuevas de que se dispongan.

Las comprobaciones de la sesión diagnóstica, junto con el tratamiento propuesto, deben ser presentadas al padre. En este punto, es importante que se discuta el pronóstico odontológico del paciente y queden bien claras las responsabilidades del odontólogo, padre y paciente. Al padre hay que darle oportunidad de hacer preguntas para evitar malos entendidos respecto del tratamiento. (8)

El planeamiento de las citas es importante para integrar al paciente impedido suavemente en una práctica privada. La recepcionista debe estar informada de la cantidad de tiempo necesario para el procedimiento y las diversas alternativas durante el día para fijar la cita. Un paciente impedido debe entrar al consultorio poco después de llegar. Como pueden haber atrasos en el programa del consultorio, es mejor fijar las citas temprano en la mañana o la tarde, cuando las posibilidades de que eso ocurra son menores. Al padre hay que ofrecerle varias elecciones para fijar las citas y todas deben ser aceptables - para el consultorio, permitiendo cierta flexibilidad para un individuo cuya rutina diaria puede ser bastante complicada.

La duración de la cita debe ser determinada por el odontólogo, de acuerdo con la capacidad del paciente para cooperar y la cantidad de tratamiento a realizar. Cuando se usan sedantes pueden ser aconsejable fijar citas más largas y completar la mayor cantidad de tratamiento - posible. La odontología por cuadrantes debe ser practicada rutinariamente siempre que sea factible para disminuir el número de visitas. (8)

La presencia del padre en el consultorio con un niño impedido es la mejor política es permanecer flexible y hacer lo más apropiado para el paciente. Si la presencia del padre ayuda en el manejo, debe permitirsele que quede en el consultorio. A menudo la ayuda del padre puede ser útil para inmovilizar al paciente. (6)

Manejo del Paciente:

Esencialmente la diferencia principal entre tratar al impedido y al normal es el manejo del paciente. Se han descrito seis clasificaciones generales de pacientes y las acciones apropiadas a seguir en el tratamiento de los individuos en cada clase.

Clase I.- Estos pacientes permitirán los procedimientos odontológicos sin vacilación. Son excelentes y mucho mejores que la mayoría de los pacientes que se ven a diario en el consultorio.

Clase II Son al renuentes al tratamiento. Tienen la capacidad de razonar y hay que explicarles los procedimientos. La mayoría-

de los individuos normales están en esta clasificación. La restricción física no es necesaria, pero el asistente debe estar alerta a movimientos indeseables. (8)

Clase III.- No permitirán los procedimientos ebido a su incapacidad para razonar. El uso de restricciones físicas menores, como cinturones de asiento o inmovilizadores de brazos, está indicado en esos individuos. Además, con frecuencia son necesarios abre bocas. Después de un tiempo, los paccintes de clase III se convertirán a menudo en buenos pacientes.

Clase IV.- Constituyen problema, aun cuando se usen inmovilizados físicos y la terapia con drogas está indicada para controlar su conducta. Con frecuencia estos individuos están internados y no figuran entre los pacientes en una práctica privada. No obstante, pueden ser tratados eficientemente con una combinación de premedicación y restricción física.

Clase V.- Son problemas de manejo, graves y no pueden ser tratados en el consultorio requeriendo anestesia general.

Clase VI._ Son pacientes no cooperadores que necesitan una cantidad mínima de tratamietno odontológico y no merecen el riesgo de la anestesia general. Para ellos corresponde una restricción más completa.

Debe insitirse en que esas técnicas deben ser utilizadas correctamente para inmovilizar y no como castigo. (8)

Procedimietos Preventivos:

El mantenimiento de una salud bucal ópti ma debe ser la meta para todos los pacientes dentales. Esto es crítico- sobre todo para los individuos física y mentalmente impedidos, por la dificultad que frecuentemente tienen para conseguir tratamiento y los problemas que pueden presentrse en su manejo. Un programa preventivo para el impedido debe tener los mismo objetivos y contenido que para el paciente de rutina. Hay un's pocas modificaciones básicas que pueden

hacerse para que el programa sea más aplicable al paciente impedido.

La comunicación es quizás el factor más crítico en un programa preventivo exitoso. Establecida una comunicación abierta, las actitudes y creencias del paciente pueden ser discutidas respecto al programa preventivo y las responsabilidades involucradas. Los programas preventivos, como los planes de tratamiento deben ser individualizados una vez identificadas las necesidades del paciente.

El mantenimiento de una buena higiene bucal puede ser una tarea difícil para el impedido físico o mental. En la mayoría de las situaciones, otra persona debe aceptar la responsabilidad de la higiene bucal del paciente, y habra que hacerle una demostración paso por paso y darle la oportunidad de realizar las técnicas. Esto permite hacer correcciones y ganar apoyo y refuerzo adicional.

El cepillado y el pasaje del hilo de seda pueden efectuarse eficazmente después de poner al paciente en posición correcta y luego de usar la solución reveladora. Los cepillos eléctricos han demostrado ser efectivos en el programa de higiene bucal del impedido. Sin embargo, también puede serlo el cepillado manual, si el individuo es diligente en su realización. El cepillo recomendado debe tener una cabeza pequeña, cerdas de nylon redondeadas y ser multipenachos. El pasaje del hilo dental debe efectuarse en la manera normal o se pueden usar algunos de los portahilos que se obtienen en el comercio, y tienen la ventaja que pueden usarse fácilmente con una mano; se recomienda hilo sin cera. Este procedimiento de higiene bucal debe efectuarse en forma sistemática y con una rutina definida. Una limpieza a fondo cada día antes de acostarse, basta generalmente para mantener una buena higiene bucal. (8)

Los suplementos de fluoruro han demostrado ser eficaces en la reducción de la caries. Aunque se consiguen comercialmente en varias formas, los geles parecen actuar bien en los individuos impedidos.

La aplicación diaria después de una limpieza minuciosa resultará en mayor protección contra la caries. Los enjuagatorios con fluoruro también se pueden utilizar, pero requieren la cooperación adicional del paciente, ya que el tiempo habitual para el buche es de 3 minutos. Una técnica sencilla pero eficaz para el hogar, es utilizar una cubeta termoplástica, que requiere mínima cooperación del paciente y utilizar el gel en forma muy electiva. (8)

Cuando el paciente reside en una comunidad con sus aguas fluoradas, esos auxiliares deben ser revisados periódicamente. Es importante que se utilicen solamente como agentes tópicos y no se traguen, si la persona recibe niveles adecuados de fluoruro en el agua de bebida. (8)

La utilización de sellantes de fosas y fisuras se está haciendo cada vez más popular en los programas preventivos en el consultorio. Esta medida debe aplicarse a los individuos impedidos lo mismo que a los pacientes comunes. Es importante, sin embargo, que las otras medidas preventivas sean aplicadas antes de sellar las fisuras oclusales. Los sellantes deben ser examinados regularmente y reaplicados. (6)

La programación de los exámenes de control periódicos para el impedido debe estar determinada por la situación del paciente individual. La susceptibilidad a la caries, la higiene bucal y otros factores de desarrollo, deben ser tomados en consideración cuando se establecen los intervalos recordatorios. Hay que hacer los exámenes clínicos y radiográficos más frecuentes, para diagnosticar y tratar los problemas dentarios en sus estadios iniciales. (8)

B.- Tratamiento para pacientes que no pueden salir de su casa o que se encuentran internados:

Pacientes Manejables:

Pueden ser tratados en el consultorio como cualquier otro paciente. Los que están en silla de ruedas o los sordos o ciegos, pueden ser tratados de forma corriente, con excepción de los modos de comunicación.

Pacientes Inmanejables:

Que vive en su hogar puede ser controlado por el padre o la persona que le cuida. Si un odontólogo es llamado a tratar un paciente así, debe intentar una visita a la casa.

Debe preguntar a la persona responsable cómo manejar al paciente cuál sería la mejor forma de examinar los dientes, y pedirle que demuestre cómo son limpiados los dientes. Siendo observador, puede formar se una idea de cómo examinar los dientes con detalle. El paciente puede ser sujetado a una silla con tiras almohadilladas blandas. Las manos y piernas pueden ser inmovilizadas al costado de la cama o el paciente puede ser inmovilizado a una silla de ruedas.

Los problemas más importantes deben ser determinados primero. Esto es, si hay necesidad de atención restauradora y se hace el tratamiento hay que determinar si la salud bucal puede o no mantenerse en el hogar después. Esta pregunta debe ser contestada en forma realista antes de comenzar cualquier tratamiento, y sólo después se puede planificar la salud bucal. Sin embargo, si hay un dolor de emergencia, es necesario proceder al tratamiento sin tener en cuenta la capacidad o el deseo de quienes intervienen para mantener la buena salud bucal y general del paciente. (8)

Algunos odontólogos internan este tipo de paciente en el hospital una o dos veces al año, para que los dientes puedan ser examinados y limpiados.

Se ha observado que los padres o cuidadores dispuestos a pagar y emplear el tiempo necesario para internar a este paciente cada año para atención odontológica, son buenos pacientes para brindar atención en el hogar, si se les instruye. También están dispuestos a compensar al odontólogo por este servicio y suelen agradecer mucho la instrucción y preocupación de un odontólogo de orientación preventiva. (8)

El hogar unidad-pequeña;

El hogar unidad/pequeña probablemente consiste en una familia interesada que ha decidido tener tres o cuatro niños impedidos en su casa como un ingreso adicional o posiblemente como ingreso total. En hogares como este, la madre y el padre suelen estar bien orientados odontológicamente. En este caso, los pacientes impedidos son llevados al consultorio como lo sería cualquier paciente. Se hace el examen completo, hasta donde permitan los límites físicos del paciente. Los padres adoptivos deben estar presentes, lo mismo que en los llamados periódicos de control.

Muchos de esos pacientes están en programas de asistencia médica. Uno de los acuerdos que se hace generalmente con los padres adoptivos es que la trabajadora social llevará a los pacientes al odontólogo y al médico. (5)

Se necesitará una historia médica y odontológica completas.

Durante el examen, el padre adoptivo debe estar presente para observar el descubrimiento de la placa y su eliminación con un cepillo (cuando es posible), procedimiento que puede no ser fácil. Si no se puede enseñar al padre adoptivo a ocuparse de la atención bucal en el hogar, entonces hay poca razón para intentar la limpieza, raspaje y tratamiento del paciente en el consultorio, como no sea por emergencia. (5)

Después que el paciente ha sido examinado minuciosamente, debe ser conducido a la sala de recepción, y si es posible, que el padre adoptivo lo deje solo por unos minutos, la consulta con él se hace inmediatamente después del examen.

El propósito de esta consulta es explicar el papel del consultorio odontológico en la atención del paciente. Debe dejarse bien claro en este momento, que el personal del consultorio ayudará en todo lo que sea necesario para enseñar buenos procedimientos de cuidado hogareño, incluyendo consejos sobre la dieta y se menciona el papel del programa de llamados recordatorios, con énfasis en visitas más frecuentes que cada 6 meses o una vez por año.

Si hay cavidades, pueden ser tratadas en la forma usual, salvo que el paciente sea un problema de manejo. Si es obvio que se requieren otros métodos, como tratamiento en el hospital con anestesia ge-

neral.

Es necesario que el padre responsable acompañe al paciente al consultorio y asuma compartir la responsabilidad de todos por su salud dental. Se empleará el tiempo con el paciente impedido y sus padres adoptivos en la unidad, lo mismo que con el paciente que vive en su propia casa. Si alguna vez el odontólogo permite que alguien haga excepción se hará continuamente y el cúmulo de pacientes impedidos llegará a tal punto que no aprovechará de este tipo de paciente. (5) Después de un tiempo y en las visitas periódicas de refuerzo, es posible que el padre responsable sea tan eficiente que ya no necesite acompañar al paciente en visitas futuras. Cuando esto sucede, se envía a la casa un resumen escrito con el informe sobre el programa de cuidado hogareño (7)

Visita al consultorio Odontológico: Cuando estos pacientes llegan al consultorio, la misma persona que los visito en la casa les dará la bienvenida. En esta primera visita, es necesario que la persona responsable por la salud dental del paciente lo acompañe. Si el asistente ha visitado la unidad hogareña antes de esta primera visita, entonces la mayoría de la historia ya está registrada. Si no es así, es el momento de completarla. Si el asistente ha comenzado con las instrucciones sobre cuidado en el hogar, es el momento para que el acompañante descubra la placa y muestre las técnicas utilizadas para cepillar y pasar el hilo de seda dental. Si no ha habido una sesión de instrucción en la unidad hogareña, entonces el asistente comenzará descubriendo la placa y pidiendo al paciente o a su acompañante de la unidad que muestre cómo limpian los dientes.

Luego el paciente es ubicado en el sillón dental y el odontólogo termina el examen la higienista puede completar su examen y limpieza según las normas del consultorio.

Finalizando el examen, habrá una breve consulta entre el odontólogo y la especialista en cuidado de la salud que acompañó al paciente, para discutir el papel de la atención hogareña y la necesidad de visitas de seguimiento y restauración. Cuando es necesario, puede registrarse una instrucción adicional en la unidad hogareña o que regresen al consultorio para ayuda. Si varios pacientes necesitan cuidado especial

suele ser más económico y más motivador hacer la enseñanza en el ambiente de la casa. (7)

Pacientes entrenables en la Unidad grande o Internados:

Las instituciones en esta categoría son generalmente privadas y tienen de 50 a 1000 pacientes, habitualmente con enfermeras registradas a tiempo completo y un dietista. El personal suele actuar en turnos de 8 horas y los pacientes se mueven bastante, ya sea en sillas de ruedas o sin impedimentos físicos. Una gran cantidad de estas personas trabajan afuera en talleres o en otros innumerables empleos.

La mayoría pueden mantener una buena higiene bucal y responsabilizarse por su propia limpieza; no obstante, necesitan supervisión y entrenamiento.

Casi todos los estados exigen que esas instituciones tengan un odontólogo en su personal de consulta y la atención rutinaria de los pacientes. Cuando un odontólogo es invitado como consultor, debe hacer una cita con el administrador y el especialista de salud de la institución y tratar con ellos los siguientes puntos.

- 1.- Historia de la atención odontológica de los pacientes.
- 2.- Necesidades de la institución según el administrador y la enfermera.
- 3.- Necesidad de la historia de salud y odontológica de cada paciente.
- 4.- Necesidad de información sobre bienestar, asistencia médica o seguro.
- 5.- Necesidad del nombre y domicilio del padre o cuidador de cada paciente.
- 6.- Papel de la institución en la atención de la salud bucal.
- 7.- Papel del odontólogo y su consultorio en la atención de la salud bucal.
- 8.- Necesidad de entrenar al personal de la institución en técnicas de higiene bucal correcta.
- 9.- Papel de la dieta y medios de modificación.
- 10.- Pasos en el entrenamiento del personal.

El odontólogo se enfrenta luego con todo el personal, especialmente con los miembros responsables de la atención de la salud bucal. (8)

Es mejor tener esta sesión por la noche, después que los pacientes han acostado o antes del cambio de guardias, en un día en que todo el personal ha sido citado por el administrador para que venga a trabajar una hora más temprano. El odontólogo explica la etiología de la caries y la enfermedad periodontal, el papel de las técnicas de cepillado correcto, el papel y la necesidad del hilo de seda dental en ciertos pacientes y el papel de la sucrosa en la caries. Demuestra en unos pocos pacientes difíciles las técnicas de higiene bucal. Explica el teñido de la placa y cualquier otro procedimiento que pueda usar. (8)

La primera visita del paciente al consultorio Odontológico;

El paciente es traído por la persona responsable de su atención dental diaria en la institución y no por una voluntaria o el chófer. El paciente debe ser colocado en el sillón dental lo más pronto posible, de modo de no prolongar su ansiedad en la sala de recepción. Si se dispone de toda la información preliminar antes de esta cita, la persona que lo trajo colorea los dientes y califica la placa. Se pide a esa persona que elimine la placa que pudiera existir. Si el paciente y su acompañante no están familiarizados con esos procedimientos, la terapeuta dental o la higienista, deben demostrar los métodos correctos. El odontólogo completa el examen y el diagnóstico y planifica el tratamiento restaurador sobre la base a las necesidades del paciente.

Los controles periódicos para los internados en este tipo de instituciones pueden hacerse en dos formas: La terapeuta o higienista dental puede ir a la institución y, junto con la persona responsable por el cuidado del paciente, realiza la parte preliminar del examen de control. Este debe incluir coloración y calificación de la placa, repaso del uso de fluoruro desde la última visita y cualesquiera otras pruebas que puedan ser útiles. El paciente es llevado al consultorio en fecha posterior, y entonces se limpian sus dientes, se aplica fluoruro por topicación y se toman radiografías, si es necesario; el odontólogo completa el resto del examen y hace las sugerencias adicionales para una mejor atención, si corresponde.

El programa recordatorio es también eficaz si los pacientes son traídos al consultorio por la persona responsable, quien entonces colorea los dientes y los cepilla, con la guía de la terapeuta o hi-

gienista dental. Luego el odontólogo completa el examen, hace las recomendaciones y planifica las citas de tratamiento si son necesarios.

Pacientes Cooperadores:

Postrados en cama; La mayoría de los pacientes impedidos postrados en cama, pueden recibir todo el tratamiento preventivo en la institución, con poca dificultad, utilizando un equipo dental portátil. Un miembro entrenado del personal odontológico puede enseñar en la institución las técnicas de cuidado hogareño y el examen y equipo radiográfico portátil se pueden traer una o dos veces al año, para tomar las radiografías necesarias cuando haya suficientes enfermos que lo justifiquen. Si se trata sólo de uno o dos pacientes que lo necesiten, serán transportados en ambulancia al consultorio, donde se los ponen en el sillón dental, se les sujeta y se toma las radiografías que correspondan. (8)

Pacientes No cooperadores:

Postrados en cama; Estos enfermos suelen estar internados en instituciones más grandes, que tienen instalaciones odontológicas; cuando no es así pueden seguirse los siguientes procedimientos.

Las manos y piernas del paciente pueden ser inmovilizadas al costado de la cama con toallas o cintas retractoras. La cabeza se levanta con varias almohadas, se inserta el abrebocas y se usan espejos dentales irrompibles. Se examinan los dientes y se determina si son necesarias restauraciones y, de ser así, se requiere hospitalización -

Es imperativo que estos enfermos tengan buena higiene bucal y habrá que inmovilizarlos cada día para lograrlo. También hay necesidad de consideraciones dietéticas especiales para ellos y el odontólogo debe intervenir en el asunto con el médico y la dietista. (8)

Actualmente, con los nuevos requisitos para la atención de la salud dental del paciente impedido, muchas instituciones han encontrado más práctico tener sus propias salas para tratamiento odontológico a tiempo parcial en la institución. Se han propuesto muchas innovaciones en los consultorios, la más sencilla de las cuales es un sillón con una pieza de mano y un contraángulo para profilaxis. Las ventajas de esa

pieza de mano es que debe esterilizarse en autoclave, se pueda acetar y usarla una y otra vez.

En cuanto al sillón dental debe ser fuerte, seguro para el paciente luchador, portátil o no y tener en cuenta el costo. Los sillones puenen ser rectos, reclinados, ajustables, mesas de operación planas o camas.

Unidades Dentales: Pueden ser desde un torno sencillo de laboratorio al tipo más elaborado de equipo moderno. Son portátiles, semiportátiles y fijos, según la necesidad de la institución. Los factores a considerar son para qué y cuánto se van a usar, conveniencia, costo mantenimiento y tipo de torno (eléctrico, accionado a aire o CO_2).

Instrumentos: Estará determinada por la necesidad, técnicas a realizar y la preferencia del odontólogo.

Esterilización: En un ambiente institucional es necesario llevar la mayoría del instrumental al autoclave, con que habitualmente se cuenta. El problema serio es la mezcla de los instrumentos dentales con otros instrumentos en la sala de esterilización.

Diseño de un consultorio odontológico adecuado para el tratamiento del paciente impedido, en una institución:

Para determinar el tamaño y tipo de consultorio odontológico necesario para una institución dada, hay que hacer un estudio básico. Los pacientes deben ser examinados para determinar sus necesidades, que pueden requerir extracciones quirúrgicas, dentaduras completas y parciales. Sin embargo, si la población de la institución está principalmente por debajo de los 21 años, las necesidades de los pacientes sólo pueden incluir extracciones simples, coronas de acero y mantenedores de espacio. En algunos establecimientos, se necesita rutinariamente anestesia general, mientras en otras basta el uso corriente de un anestésico local.

La institución puede ser un complejo de todos los problemas dentales. La instalación puede tener que acomodar varios miles de pacientes, --sirviendo a instituciones vecinas en la misma ciudad o puede ser una instalación que usará parte del tiempo un odontólogo a tiempo parcial una vez entendidas las necesidades de la institución, una entrevista con el administrador determinará cuánto dinero hay disponible para tal diseño del consultorio..'

Puede ser un área pequeña de 3 metros por 3 o un local grande para una docena de personas sentadas. Debe estar bien iluminada, con espejos adecuados, piletas, equipo de demostración, paneles para anuncios y estantes para material educativo. El diseño y funcionamiento puede ser consultado con gran detalle en muchos libros y artículos en la bibliografía dental. (8)

El consultorio Odontológico:

El sillón en el consultorio debe ser reclinable y contar con la aprobación del anesthesiólogo. Hay casos que requieren anestesia general y la instalación debe permitir el tratamiento en el ambiente habitual. El equipo debe ser de un tipo que permita esterilización en autoclave y moverlo para facilidad de camillas y sillones dentales.

Debe contar con aire comprimido y equipo de vacío o de succión y tanques de CO_2 , que puedan adaptarse para el funcionamiento de la turbina. (8)

C. Tratamiento en el Hospital Utilizando Anestesia General:

La anestesia general es un auxiliar valioso para controlar al paciente impedido que no puede ser tratado con las técnicas de acondicionamiento psicológico, sedación u otros procedimientos en el consultorio. Brinda también más seguro para la mayoría de los enfermos impedidos médicamente. No obstante, para la mayoría de los odontólogos, el ambiente hospitalario ofrece mas ventajas, especialmente para la seguridad del paciente. Algunas de las desventajas principales de la hospitalización están siendo eliminadas en el hospital moderno. Estas incluyen la internación con el padre o cuidador y la preparación psicológica para la experiencia, lo que reduce el trauma psíquico. Además, más hospitales están brindando anestesia general para el paciente ambulatorio o con un día de internación, lo que reduce el costo de la atención y elimina también la separación del paciente de su padre o cuidador. (1)

Selección de un Hospital:

Al elegir un hospital que ofrezca anes-

tesia general para tratamiento odontológico, hay que considerar varios factores:

- 1.- Asociación de otros odontólogos en el personal del hospital.
- 2.- Una actitud positiva del personal del hospital hacia los odontólogos.
- 3.- La actitud positiva de los médicos hacia el tratamiento restaurador con anestesia general.
- 4.- La experiencia del personal de anestesiología con la anestesia para procedimientos odontológicos.
- 5.- Disponibilidad de médicos consultores.
- 6.- Existencia de reglamentos hospitalarios que permitan personal odontológico auxiliar en el quirófano.
- 7.- Disponibilidad de tiempo en el quirófano.
- 8.- Disponibilidad de camas.
- 9.- Disponibilidad de equipo dental, incluyendo: a) Equipo portátil para radiografía dental.
b) Unidad portátil dental
c) Gabinetes portátiles para instrumentos dentales.
d) Modificación adecuada de las mesas quirúrgicas.
- 10.- Ubicación del hospital (conveniente para el consultorio o el domicilio del odontólogo).

A esto, un odontólogo puede agregar:

- 1.- Una sección pediátrica bien iluminada y decorada, con amplio espacio para terapia de juego.
- 2.- Para pacientes pediátricos, el hospital de niños de la comunidad sería muy probablemente la mejor elección.
- 3.- La existencia de una visita preoperatoria para pacientes pediátricos.
- 4.- La provisión de cirugía "diurna" o anestesia general para pacientes ambulatorios.
- 5.- La buena voluntad del hospital y la disponibilidad de personal entrenado para admitir pacientes impedidos. (5)

Indicaciones para la hospitalización de un paciente dental:

- 1.- El niño muy pequeño con caries irrestricta o destrucción masiva por síndrome de biberón.

- 2.- El paciente que requiere tratamiento odontológico extenso, in capaz de colaborar en el consultorio mediante sedación y/o inmovilizadores; puede incluir, pero no está limitado, a impedidos físicos, retardados mentales, e inestables emocionales o psicológicos.
- 3.- El paciente con diagnóstico médico que requiere una calidad de atención médica que no puede darse como ambulatorio, por ejemplo, enfermedad cardíaca, enfermedad renal, descarasias sanguíneas fibrosis quísticas y alergias.
- 4.- El paciente con traumatismos extensos en los dientes y estructuras de soporte, como fracturas dentarias múltiples y/o maxilares.
- 5.- El paciente que requiere tratamiento odontológico extenso y vive muy lejos de los centros que se lo pueden brindar.. (5)

Efectos psicológicos de la hospitalización:

En general, existe acuerdo en que es más difícil para los seres humanos enfrenar lo desconocido que lo conocido. El paciente que entra en el hospital, especialmente por primera vez, está enfrentando lo desconocido y su ansiedad en esta situación puede ser extrema.

En los últimos 20 años se han hecho muchos estudios para determinar los efectos emocionales de la hospitalización sobre el paciente. Se han observado cambios significativos en la conducta que no existían antes de la internación así como en su duración y se han señalado grupos de edades en los que ocurrieron. Las comprobaciones de esos estudios mostraron que desde el 20 y hasta el 50% de los niños mostraron cambios de conducta notables después de la hospitalización, manifestados por:

- 1.- Conducta regresiva, esto es, muchísima dependencia, pérdida de control intestinal y urinario, pérdida en la capacidad de autoayuda.
- 2.- Temores-temores excesivos a los hospitales, casacas blancas, oscuridad, extraños y daño corporal.
- 3.- Trastornos durante el sueño, como terrores nocturnos y dificultad para dormirse.
- 4.- Trastornos en el habla, concambios en la voz y negativa al hablar

5.- Trastornos en la alimentación.

6.- Reacciones negativas, tales como desobediencia, berrinches, pro voción y conducta destructiva.

La duración de esos cambios iba desde varios meses a 3 ó 4 años.- Aproximadamente, el 50% de estos niños eran menores de 4 años en el momento de la hospitalización .

De esos estudios se sacó la conclusión que el trauma emocional en la experiencia hospitalaria podía prevenirse mediante:

- 1.- Una relación adecuada padre-hijo.
- 2.- Preparación correcta del padre y el niño para la experiencia de internación, permanencia y dada de alta.
- 3.- Modificación de la experiencia hospitalaria tanto como sea posible para enfrentar el sufrimiento del niño y sus padres.

La pediatría moderna insiste en la importancia de la ayuda a los padres para establecer una relación adecuada con sus hijos. Este punto, sin embargo, no está dentro del objetivo de este capítulo. Se refiere a que los odontólogos pueden hacer como preparación de los pacientes y sus padres para la hospitalización y como modificar la experiencia de acuerdo a las necesidades de los niños y sus padres, para lo cual es necesario ver la situación a través de los ojos de los niños y entender así su capacidad de elaborar lo que están pasando.

Los niños tienen muchas fantasías y temores respecto a todas las experiencias y eso cobra más importancia aun ante una situación tensio nante como es la hospitalización. Fundamentalmente, los niños tienen cinco temores básicos.

1.- Temor al castigo. Tanto el padre como el niño pueden tener sen timientos de culpa respecto a la hospitalización, que surgen de su falta de conocimiento de la salud dental que obligó a la internación para el tratamiento. Esto puede ser cierto sobre todo en el padre demasiado indulgente y, especialmente, en el paciente impedido, que ha recibido una dieta elevada en hidratos de carbono fermentables.

2.- Temor al abandono. Llegar al hospital, ser separado de sus padres y ambientes familiares y quedar al cuidado de extraños, constituyen una de las situaciones más difícil que tienen que enfrentar los niños pequeños, especialmente los menores de 4 años y los mentalmente retar_

dados o impedidos.

3.- Temor al daño corporal. A cualquier edad el niño tendrá miedo a los procedimientos dolorosos durante una visita al hospital. Todos los padres han experimentado el estadio "bandita" de los niños de 3 a 4 años de edad.

4.- Temor a lo desconocido. Como ya se dijo antes, todos tememos a lo desconocido; debido a su imaginación y fantasía, los niños muest^{ran} este temor más intensamente. Además, en la mayoría de los casos el niño no tiene un repertorio emocional o verbal de expresar este temor.

5.- Temor a la muerte. Afortunadamente, los odontólogos no tienen relación con la muerte de muchos pacientes; sin embargo, el niño puede relacionar el hospital con la muerte si un pariente o amigo falleció allí. (5)

Los estudios han permitido llegar a la conclusión que es mejor - prevenir los temores y fantasías infantiles que tratar las neurosis subsiguientes. Por lo tanto, como en la salud dental, la prevención es el tratamiento de elección

Examen Dental: Antes de la admisión hay que hacer un examen dental minucioso, un diagnóstico y plan de tratamiento. Sin embargo, las radiografías necesarias, modelos de estudio y otros registros diagnósticos, no siempre son factibles. La falta de un conocimiento completo de la patología dentaria dificultará más la planificación del tiempo en el quirófano. Por consiguiente, hay que intentar el mejor examen posible. (1)

Examen Físico: Una buena práctica médica requiere una historia y una revisión que hace generalmente el médico de la familia dentro de las 72 horas de la intervención planificada. Si el médico de la familia no pertenece al personal del hospital, se suelen conceder permisos temporarios. Si este no es el caso, se pueden hacer arreglos con un médico del personal o, si se trata de una institución docente con los residentes.

Si el paciente, por cualquier razón, no puede ser examinado de pie, habrá que disponer que un médico le revise después de una leve inducción anestésica. También pueden tomarse radiografías, para que el departamento de radiología las revele. Si se avisa con tiempo, es

tarán listas antes que el caso adelante demasiado. (5)

Principios de Anestesia General:

Consideraciones Generales:

Existen muchas teorías sobre anestesia, pero ninguna puede más que teorizar respecto a por qué un paciente se duerme cuando se le administra un anestésico.

Aunque las disciplinas varían, es costumbre que el anestesiólogo del hospital seleccione la medicación preanestésica y el régimen de anestesia. Debido a esta responsabilidad, él debe conocer la historia del paciente. Partes de la información necesaria viene en la ficha que proporciona el médico del paciente. El balance de su orientación resulta del encuentro y conversación con el paciente o el padre y de un repaso de los análisis de laboratorio efectuados por orden del odontólogo.

Si no hay anestesiólogo entre el personal del hospital, la anestesia será administrada y manejada por una enfermera especializada. En cualquier anestesia, el odontólogo, igual que el médico actuante y el cirujano jefe, es responsable. Su conocimiento de la técnica anestésica debe ser lo suficientemente amplio como para permitirle saber de que manera actuar en una emergencia. Si el odontólogo no está cómodo con esta responsabilidad, entonces otro odontólogo con esa experiencia debe estar disponible para ayudar en el caso. (5)

Técnicas utilizadas en operaciones dentales;

La anestesia comienza con la premedicación, para aminorar la excitabilidad refleja por depresión del sistema nervioso central. Los barbitúricos, narcóticos y tranquilizantes mayores, son las drogas que se usan comúnmente. Después se realiza la inducción, que puede ser suplementada con otras drogas complementarias para lograr un curso suave, como la succinilcolina o el curare.

Siguiendo a la inducción, se efectúa la intubación endotraqueal. Es habitual que el odontólogo pida intubación nasal y no bucal, para aumentar el campo operatorio y evitar el trastorno del tubo.

El mantenimiento del estado anestésico se consigue corrientemente con un agente, o combinaciones de agentes inhalatorios, como el halothane o el óxido nitroso, que pueden ser reforzados, o no, con drogas suplementarias, como la succinilcolina, barbitúricos, o curare.

Al terminar el caso, se efectúa la recuperación. Se interrumpen todos los anestésicos, excepto los que se utilizan para antagonizar las drogas de inducción y mantenimiento; luego el paciente es oxigenado.

Cuando el paciente está suficientemente alerta y respirando espontáneamente, se retira el tubo, y se le pasa en una camilla al área de recuperación posanestésica, donde se controlan los signos vitales hasta que se haya producido la estabilidad y sensibilidad. Luego el paciente es devuelto a su habitación, donde queda en observación para control de sus signos vitales hasta la recuperación total.

El antedicho bosqueja la técnica anestésica usual. Existen muchas modificaciones para el manejo del paciente delicado, debilitado o impedido. Cuando se trata de un paciente cuyos sistemas orgánicos o fisiología, están perturbados, corresponde la consulta con el médico y el anesthesiólogo. Puede ser aconsejable el estadio I de anestesia, reforzando con anestesia local y sedación. Si se requiere mínima anestesia o anestesia local, para apoyar mejor la fisiología del paciente, entonces debe consultar aparte donde existe cientos de complicaciones con drogas complementarias. (5)

El enfoque en equipo:

La actuación en el ambiente hospitalario no será la función independiente acostumbrada en el consultorio odontológico. Cada movimiento reflejará un esfuerzo de equipo establecido para la atención total del paciente, con una cantidad de personas que ayudan en la atención del paciente dental. El odontólogo debe estar completamente familiarizado con el protocolo y procedimiento del hospital. Así preparado, la responsabilidad será clara y su actuación contribuirá al esfuerzo de todos. (8)

Odontólogo:

Está a cargo del paciente y asume la responsabilidad total por su seguridad, lo que significa estar presente a la hora establecida, ayuda al anesthesiólogo, dirigir al personal auxiliar y diagnosticar y tratar al paciente.

El anesthesiólogo es responsable por el manejo anestésico seguro del paciente, pero sigue siendo obligación del odontólogo ayudarlo en toda forma durante la inducción, tanto mientras el paciente está siendo controlado, como durante el retiro de la intubación y pasa_je al área de recuperación.

El manejo de pacientes impedidos es relativamente complejo y requiere el esfuerzo del equipo. Los problemas pueden ser anatómicos, fisiológicos, emocionales, intelectuales o psicológicos y en algunos individuos pueden encontrarse combinaciones de todas las anomalidades. (8)

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 médicos 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.-

Medico examinador:

El médico certificará si el paciente presenta un riesgo quirúrgico y anestésico aceptable. Repasará la historia y hará el examen físico. Si no descubre una condición que ponga en peligro al paciente, comparte la responsabilidad con el odontólogo y el anesthesiólogo. Si los datos del laboratorio reflejan anomalías, es responsabilidad del odontólogo solicitar la consulta médica o, por lo menos, repasa los valores anormales con el anesthesiólogo a cargo. Es una cortesía dictar y enviar una copia del resumen del alta al médico para sus registros.(8)

El odontólogo, médico, o especialista que deriva al paciente o lo trata:

Un odontólogo que deriva al paciente puede querer ayudar en un caso y prepararse así para el trabajo en hospital. El odontólogo principal puede admitir un paciente, pero solicitar a la vez la ayuda de un periodoncista, cirujano bucal, protesista u odontopediatra. Un caso puede disponerse de manera tal que los tratamientos combinados del odontólogo y el cirujano se realicen con una sola sesión de anestesia.

La orbilidad aumenta mucho en los casos que exceden las dos ho rasy media de duración, de modo que a pesar de la elaboración y segu ridad de la anestesia moderna, es muy importante considerar el tiem_ po total de anestesia.

En circunstancias en que intervienen dos o más doctores, cada uno es responsable del informe operatorio de su parte del tratamiento. - Las indicaciones posoperatorias pueden ser dadas por uno o todos los doctores. El alta del paciente se suele dejar al operador principal - quien realiza el tratamiento de prioridad. Como ejemplo, si un ciruja no opera una hernia, seguida por varias extracciones dentarias, la su ya es la cirugía más importante y su manejo posquirúrgico tiene prio ridad.

Anestesiólogo:

Es responsable de repasar la ficha del paciente an tes de la inducción. En muchas instituciones, él ve al paciente la_ la noche anterior a la cirugía para revisar la historia, examen físi_ co, notas odontológicas e indicaciones.

Este médico supervisa la inducción mantenimiento y recuperación - de la anestesia. Espera que el odontólogo haya efectuado un estudio - completo y ordenado todo lo necesario para asegurar una recuperación - sin complicaciones de la anestesia y la cirugía.

Si el procedimiento odontológico se realiza eficientemente y en - el menor tiempo posible, aliviará al paciente algo del stres anestés_ co. En la sala de operaciones, el odontólogo y el anestesiólogo deben controlar al paciente durante el procedimiento debiendo existir entre ambos la más estrecha relación posible. (8)

Consultor;

Nadie espera que el odontólogo general posea el conoci_ miento suficiente para actuar en forma independiente. El más grande - de los grandes, al margen de su área de práctica, depende todos los - días del consejo, apoyo y opinión de los otros. Los odontólogos nece_ sitan aliarse con hombres capaces y conocer las vías que llevan a la _ consulta. Frecuentemente, el odontólogo solicitará por una nota en la ficha o un pedido más form_ la ayuda de un consultor en el tratamiento.

Radiólogo:

En el momento de la admisión, muchos hospitales y/o anesthesiólogos piden una radiografía de tórax rutinariamente y, a veces, una toma lateral de cráneo. El radiólogo certificará en base a estas películas la normalidad del árbol pulmonar y de la potencial vía de aire. Si existen anomalías, el odontólogo debe disponer una consulta, antes de la inducción anestésica. El radiólogo debe estar disponible para brindar su interpretación. (5)

Patólogo:

Todos los tejidos, duros o blandos, eliminados o excididos al departamento de patología para su examen. El patólogo, por lo tanto, sirve para proteger al paciente de procedimientos quirúrgicos innecesarios y confirma los diagnósticos presuntivos del odontólogo. Los laboratorios clínicos, que analizan sangre, orina, heces, pus y esputo e informan sobre constituyentes normales y anormales, suelen ser supervisados por el departamento de patología. (8)

Pesonal de enfermería:

Enfermera de quirófano. El hospital proporciona por lo menos una enfermera, quien actúa como volante y ayudante y es la que prepara el equipo, ayuda al anesthesiólogo en la inducción obtiene materiales y/o equipo adicional, ayuda a pasar al paciente a la sala de recuperación al terminar el caso y preparar la sala para el siguiente. Ocasionalmente, se asignan dos enfermeras a la sala para compartir esas tareas. Con entrenamiento mínimo se puede preparar a ese personal para que mezclen materiales dentales y actúen como segunda asistente.

La mayoría de los hospitales permiten que el odontólogo traiga su propia asistente, para lo que la enfermera jefe del quirófano debe ser consultada y la asistente debe estar bien entrenada en la técnica de esterilización. Este entrenamiento suele estar a cargo de las enfermeras en la sala de operaciones.

Enfermera de sala. O de piso y sus ayudantes, tienen la seria responsabilidad de cuidar al paciente. Deben descifrar y cumplir las

órdenes, juzgar la lógica del doctor en cuanto a dosis y concentración de medicamentos y, si la orden parece inusual, están obligados a obtener la confirmación de la misma. Si el doctor firmante no está disponible, el problema pasa a las manos de la supervisora de enfermeras, quien consulta con el médico del personal, el residente o el interno.

En las órdenes deben reflejarse corrección y discriminación. Un analgésico suave no aliviará adecuadamente a un paciente de cirugía-bucal. Si se ordena un; analgésico suave, la incomodidad del paciente se convierte en una carga para las enfermeras de pabellón. Las notas de las enfermeras reflejan la condición del paciente mientras el odontólogo no está allí y deben leerse para rescribir la atención correspondiente.

Las enfermeras coordinan y finalmente entregan al paciente todos los esfuerzos de los muchos miembros del equipo hospitalario. Sus propios esfuerzos pueden, a veces, reunir el de todo el personal. (8)

dietista:

El departamento de alimentación servirá solamente la dieta ordenada. Un paciente que ha pasado por una cantidad de tratamiento dental en la sala de operaciones no aceptará una dieta regular, ni podrá comerla. Según los requerimientos del paciente, podrá ordenarse una dieta regular, picada, blanda, líquida, por sonda o cualquier número de platos especiales. Algunos pacientes impedidos se alimentan con dietas casi totalmente líquidas, que en el hospital no son atractivas y con frecuencia resultan inadecuadas desde el punto de vista nutricional. No obstante, deben ser indicadas para apoyar, estimular y promover la recuperación. Inmediatamente después de la intervención, los líquidos colados son apreciados por el paciente. Los productos lácteos deben evitarse el primer día, por que se cuajan y pueden aspirarse si hay náuseas o vómitos. una dieta blanda que pasa gradualmente a la dieta regular después del 1 ó 2 días, es la orden habitual. Cada hospital tiene una manual dietético con los tipos de dietas disponibles y debe ser consultado antes de admitir un paciente. (5)

Farmacéutico:

Otro aliado valioso es el farmacéutico del hospital quien preparará y enviará todos los medicamentos ordenados por el doctor

El estar familiarizado con la farmacología y su nomenclatura reforzará esta relación profesional. Cada hospital tiene su farmacopea individual que menciona los medicamentos disponibles; este manual es repasado antes de admitir a los pacientes. (5)

Administrador del hospital:

Es el coordinador de todas las actividades dentro del hospital y el que supervisa todas las funciones, sean médicas, quirúrgicas, económicas, directivas o administrativas y amalgama todas las disciplinas. En comisiones compuestas por odontólogos-médicos, terapeutas, enfermeras y personal de mantenimiento, seguridad y provisión, el administrador sirve y ordena a cada empleado y miembro del personal de la institución. (5)

Manejo Médico:

Como el manejo médico del paciente es responsabilidad del odontólogo, debe ordenar una revisión correcta y completa. Si existe alguna duda, la consulta es siempre aconsejable.

Pruebas de laboratorio; Los valores de laboratorio normales comunes pueden obtenerse del departamento de patología del hospital. Los siguientes son ejemplos de pruebas corrientes:

Hemoglobina; Esta prueba da una medida de la capacidad portadora de oxígeno de la sangre. Un valor de menos de 10 gramos/100ml. se considera habitualmente demasiado bajo como para intentar anestésicos generales electivos.

Recuento de Globulos Blancos y Diferencial; El valor normal de glóbulos blancos es de 5000 a 10.000 células/mm³ con una diferencia normal de 60% neutrófilos, 2% eosinófilos y basófilos, 40% linfocitos y 8% monocitos. Un valor inferior a 5.000 representa una leucopenia que puede exigir investigación; Una leucocitosis superior a 11.000 indica infección. La infección respiratorio superior o pulmonar debe descartarse antes de que pueda inducirse la anestesia con seguridad, ya que las secciones acompañantes son un peligro real para el paciente que va a

a ser anestesiado y hay que consultar con el médico. Una elevación del recuento de glóbulos blancos y hasta aberraciones en los porcentajes de un tipo de glóbulo blanco sobre otro, exige una orden para un nuevo análisis, antes de la cirugía planificada. A menudo, las razones son desconocidas y esos valores serán elevados en el momento de la admisión; no obstante, si ese es el caso, una nueva prueba de recuento de glóbulos blancos y diferencial, confirmara la anormalidad o dará un valor aceptable. (8)

potasio en Suero: El paciente con enfermedad cardiovascular y el número sorprendente de personas que toman drogas diuréticas para el control de peso, exige un estudio del potasio sérico. Los valores normales son 3.5 a 5.0 mEq/L. Si el valor esta por debajo de 3.0 a 3.5 mEq/L, según la indicación, no se intentará la anestesia y se hara la consulta correcta.

Análisis de orina; Esta prueba cubre varias áreas de la función renal y de la vejiga necesarias para la excreción de los agentes anestésicos. La densidad específica de la orina debe estar entre 1.010 a 1.030. Esto prueba la capacidad de concentración de los riñones. Cualquier albúmina que aparezca en la muestra debe ser investigada preoperatoriamente en un nuevo análisis. El color y pH son variables y salvo que resulten muy anormales, el odontólogo no debe preocuparse. Los glóbulos rojos pueden indicar flujo menstrual o una infección génito-ulcerativa que debe ser sugerida por el recuento de glóbulos blancos y diferencial. Cualquier anormalidad mayor necesita evaluación médica.

Electrocardiograma: Esta ayuda diagnóstica es ordenada habitualmente por el médico a todo paciente con enfermedad o anormalidad cardíaca conocida o sospechada. Los hallazgos deben ser conocidos por el odontólogo previamente al procedimiento. (8)

Manejo Médico Operatorio:

Monitoreo; El anesthesiólogo o controlará la presión sanguínea, el pulso y la temperatura. Si el paciente ha tenido una enfermedad cardíaca real o sospecha, se puede usar un electrocardiograma para monitoriar la función cardíaca, aunque en muchos hospitales es ahora un procedimiento operatorio de rutina cuando se

anestesia general. (8)

Durante el procedimiento, el odontólogo no dejará de observar al paciente en cuanto a color de labios y mantenimiento de la vía de aire y debe estar listo para ayudar al anesthesiólogo en cualquier emergencia.

Remplazo de Líquido; El reemplazo o mantenimiento del balance de electrolitos y agua se realiza por vía intravenosa, durante y después de la intervención.

Si la pérdida de sangre ha sido grande, esto es, más de 150ml. se ordenan 500 a 1000ml de una solución salina media potencia. El vehículo puede ser agua esterilizada para inyección o dextrosa al 5% en agua. Si no ha habido pérdida de sangre o ha sido mínima, pero el caso llevó algún tiempo, debe indicarse una solución de mantenimiento sólo de dextrosa, 60 ml por hora hasta que el paciente pueda ingerir líquidos por boca. Antes de la operación, el odontólogo debe determinar qué soluciones intravenosas hay en la farmacia del hospital, investigarlas y escribir las órdenes correspondientes.

Manejo Médico Posoperatorio:

Recuperación; El paciente es llevado a la sala de recuperación posanestésica (RPA) al terminar el procedimiento quirúrgico y comenzar a salir de la anestesia. Las enfermeras en RPA controlarán de cerca los signos vitales y cualquier problema de sangría. Desde allí, el paciente puede ser trasladado a la unidad de terapia intensiva, a la sala o a una unidad de estadía breve para la recuperación final. (8)

Complicaciones Posibles:

Fiebre. Es una comprobación normal en la recuperación posanestésica. Puede resultar de la duración de la anestesia, de una ingestión restringida antes de la anestesia o de las drogas utilizadas en la anestesia. Generalmente, la temperatura del paciente volverá espontáneamente a lo normal en 24 a 36 horas después de la cirugía. Si excede los 39.2°C persiste, debe ordenarse un recuento de glóbulos blancos con diferencial para descartar infección. - La consulta puede ser prudente si la causa no es clara. (5)

Náuseas. Las náuseas posquirúrgicas afligen a algunos pacientes. Es aceptable indicar un antiemético, si es necesario, pero no debe

depresor para no perturbar la fisiología del paciente en recuperación. El departamento de anestesia puede recomendar las drogas que considera adecuadas. El paciente nauseoso debe tomar líquidos no grasos hasta que la condición remita. (5)

Dolor. El dolor posoperatorio puede ser controlado con una amplia variedad de analgésicos. La consulta con el personal de anestesiología permitirá aliviar el dolor en forma apropiada, sin interferir con la recuperación de la anestesia. Después de la cirugía extensa no debe darse aspirina, debido a su propiedad de aumentar el tiempo de sangría y de coagulación.

Dieta. Como se dijo antes, hay muchos tipos de dietas disponibles, y debe indicarse la correcta para que el paciente esté bien nutrido para su recuperación.

Hemorragia e hinchazón. Deben utilizarse los métodos correctos para el control de la hemorragia, por ejemplo, presión, suturas y agentes químicos. Si se espera hinchazón, pueden indicarse compresas heladas cada 20 minutos. Una cuidadosa evaluación preoperatoria minimizará los problemas potenciales. Ante cualquier condición desusada hay que consultar.

Alta. Los medicamentos para el alta pueden incluir analgésicos sedantes, suplementos, vitamínicos o minerales y antibióticos. Esas recetas pueden ser preparadas en la farmacia del hospital o, si el paciente lo refiere, en una farmacia local. (8)

Las indicaciones del alta deben darse por escrito en cuanto a rutina posoperatoria de progreso normal. Las citas futuras deben ordenarse y fijarse antes del alta, para el seguimiento y observación, en el consultorio o en la clínica externa. (5)

D.-Manejo con Sedantes:

Con los pacientes impedidos, la sedación-esta indicada con mucho más frecuencia que en el resto de la pobla_ción que tratamos. El paciente impedido puede tener la capacidad de comprender la necesidad y naturaleza del tratamiento, de comunicar sus sentimientos o sentarse y mantener una posición muscularmente ra_lajada, aun por períodos breves. Muchos pacientes potenciales son -sistémicamente normales, pero "odontológicamente impedidos" por mie_do, bajo umbral de dolor, caries irestricta, trastornos emocionales-o malas experiencias odontológicas previas; esas personas también -suelen beneficiarse con el tratamiento realizado mientras están seda_dos. Algunas personas no pueden aceptar la odontología en ninguna cir_cunstancia, mientras otras la aceptan con dificultad, haciendo nada_más lo que tienen que hacer y sólo hasta ciertos límites.

El uso de la medicación sedante también ha evolucionado. Mien_tras los anestésicos locales sirven eficaz y eficientemente para eli_minar el dolor somático, los sedantes actúan como un medio adicional para controlar el componente psicológico de la incomodidad y resisten_cia al tratamiento, sin los rasgos negativos de la anestesia general.

Diferencia entre Sedación y Anestesia General:

Quando un pacien-te no puede ser tratado mientras está plenamente consciente, hay que de_cidir si el método de elección es la sedación o la anestesia general.-Como los efectos de las dos modalidades difieren y el manejo debe ser-modificado según eso, tomar esta determinación requiere algún conoci_miento fundamental sobre cada uno.

La diferencia mayor entre los dos métodos es que el paciente se_dado está consciente y puede mantener su vía de aire, mientras que du_rante la anestesia general esto debe hacerse por él, exigiendo del clí_nico un mayor grado de entrenamiento y vigilancia. De manera similar-los pacientes sedados con sus reflejos de tos, arcadas y deglución in_tactos, no están propensos a aspirar vómitos o material extraño, pero-los pacientes bajo anestesia general no pueden impedir que esto ocu_rra y hay que tener especial cuidado para protegerlos.(4)

El paciente sedado responderá a los estímulos, por eso se usa anestesia local. Puede cooperar con el odontólogo de acuerdo con su capacidad intelectual y hacer movimientos voluntarios según se le indique. Ese paciente suele responder a sugerencias y reacciona favorablemente a la guía verbal. Si debe ser entrenado, este es el momento, porque a menudo puede aprender de la experiencia y llegar a no necesitar este tipo de preparación para futuros tratamientos. La amnesia, si bien variable, suele estar presente en algún grado. Si se recuerda selectivamente y se refuerzan los aspectos positivos de la experiencia, y evitan los eventos negativos, estos últimos a menudo pueden ser borrados de la memoria, lo que facilita la preparación para una aceptación posterior. Como hay menos alteración psicológica con la sedación que con la anestesia general, el control es más sencillo y los deberes dobles de operador y anestesista pueden ser realizados más fácilmente por una sola persona. A la inversa, el paciente con anestesia general no tiene contacto con el ambiente que lo rodea, no recuerda nada y no hay entrenamiento. No hay movimiento voluntario, por consiguiente no hay movimiento voluntario por consiguiente no hay cooperación. La posibilidad de una reacción adversa es mayor y, como los pacientes son mantenidos a un nivel más depresivo, el tiempo de recuperación suele ser más prolongado que con los sedantes.

La anestesia general segura exige mucho más que la sedación y requiere un entrenamiento considerablemente mayor. (4)

Sedación:

El paciente puede estar obviamente despierto, pero tranquilo y quieto (contento de su calma y mostrando una reacción disminuida a los estímulos psíquicos) o puede estar somnoliento. A menudo, sólo la entrada de alguien en la sala de tratamiento será estímulo suficiente para que el paciente somnoliento abra los ojos y mueva la cabeza o los miembros pero cuando la persona se va, los ojos vuelven a cerrarse y el paciente parece estar dormido una vez más.

Habitualmente, hay cierto grado de relajación muscular. Esto puede tomar la forma de ausencia de flexiones musculares tónicas o de movimientos 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 pacientes pueden mostrar una menor agitación, por un estado de disociación mental que no les permite relacionarse con su ambiente de manera normal. Es como si no estuvieran seguros de que la situación de tratamiento les esté sucediendo realmente es como si estuvieran observando que le sucede a otro. El resultado clínico suele ser una mayor aceptación de todo lo que el tratamiento implica ruidos y sensaciones táctiles de las manipulaciones y procedimientos.

Adicionalmente, hay ciertos beneficios colaterales fortuitos, entre ellos la analgesia. El uso del óxido nitroso o algunos de los narcóticos, pueden aveces marcar la diferencia entre la adecuación de la anestesia local y la necesidad de su empleo para ciertos procedimientos que sólo causan dolor moderado. Los pacientes pueden reaccionar menos a la inyección del anestésico local. Puede haber amnesia, parcial o total. Puede no haber recuerdo de toda la sesión de tratamiento, o recordarse sólo en forma confusa, como un sueño con secuencias y sucesos distorcionados.

Es muy común en los pacientes que reciben óxido nitroso no darse cuenta del paso del tiempo, lo que es una forma de amnesia. Algunos pacientes, sobre todo con los tipos más profundos de sedación, muestran una falta total de memoria sobre todo lo que ocurrió durante el procedimiento, aun cuando parezcan estar bien conscientes y conversen. Hasta puede haber amnesia retrógrada para sucesos recientes antes de la administración de la droga. Aunque parezca sorprendente, un paciente que conversaba y parecía muy consciente de lo que sucedía durante el procedimiento puede argumentar después que le dieron anestesia general, que no tiene idea de qué sucedió.

Otra posibilidad con la sedación es un menor flujo salival, pero esto es un efecto secundario, más que directo, sobre la función -

de la glándula salival. La boca puede estar seca por quedar abierta mucho tiempo y por una falta de estímulo a un flujo salival aumentado concomitante con la mayor ansiedad y temor.

Debe recordarse que los pacientes sedados están anestésicamente despiertos, con sus reflejos protectores intactos, incluyendo tos y arcadas. Este es el enigma de la significación clínica de la sedación. Los pacientes sedados protegen sus propias vías de aire, en contraste con la situación que existe con la anestesia general, donde no puede hacerlo, por lo que debe ser ayudado por el operador. Por eso la anestesia general requiere un grado mucho mayor de vigilancia y entrenamiento por parte del operador. A veces, como a menudo en el síndrome de Down el paciente debe ser ayudado para mantener una vía de aire abierta, poniendo en posición óptima su cabeza y teniendo su lengua hacia adelante. Aun en esas circunstancias, el mantenimiento de una vía de aire no es verdaderamente difícil.

Los pacientes sedados responden a los estímulos aplicados externamente, como el dolor pero lo hacen de manera alterada, cuantitativamente en forma diferente que los pacientes no sedados. La respuesta es demorada y no tan aguda como en el individuo no sedado y pueden no recordar el dolor aunque respondan a él. No obstante el dolor debe ser evitado, porque sus efectos subconscientes o futuros sobre el cuerpo son desconocidos.

Los signos vitales de los pacientes sedados deben permanecer estables y dentro de límites normales. Una pequeña disminución en esos valores se ve comúnmente al comenzar la sedación, pero en la mayoría de los casos esto resulta de la eliminación de la ansiedad más que de una depresión verdaderamente central de los signos vitales. En otras palabras, esto representa la ausencia de una elevación y un retorno a la normalidad, que en verdad es más deseable que indeseable. Es importante que se conozcan los valores normales de cada paciente; por esta razón, siempre deben registrarse los signos vitales en una sesión previa al tratamiento para que puedan hacerse comparaciones valideras.

Toda sedación, por definición, cae dentro del estadio uno de Guedel, quien clasificó la anestesia general con éter, no premedicada en cuatro estadios, con ciertas pautas basadas en la presencia o ausencia de ciertos reflejos neurales. (8)

Por supuesto, los estadios discretos existen en los libros y no en los pacientes y con el uso de las drogas utilizadas hoy, muchas son borrosas. Sin embargo, la clasificación de Guedel sirve todavía como valiosa ayuda en la enseñanza y entenderla sigue siendo útil.

El estadio uno, que es denominado de analgesia, comienza con la primera administración del medicamento y continua hasta el punto de pérdida de conciencia. Todo lo que se hace en sedación cae dentro de este estadio. Las drogas utilizadas actualmente pueden extenderlo mucho, facilitando su uso en un grado mayor de lo que había sido posible previamente.

El estadio dos, es el llamado de excitación y progresa desde la pérdida de la conciencia durante un tiempo de ciertos desequilibrios-neurales característicos. Ciertos eventos ocurren debido a la pérdida del equilibrio natural de inervaciones antagónicas. La excitación termina con la vuelta a un punto de función regular y respiración pareja normal automática. Durante el segundo estadio no puede efectuarse ningún tratamiento. Debido a la falta de controles de los fenómenos neurales, esta es una de las áreas de peligro en la práctica anestésica. La sola presencia del estadio dos indica que el paciente ya no está en sedación, que ha sido dada una dosis demasiado grande para el mantenimiento de la misma, y que el operador debe sacar de ella al paciente si es posible. Ciertamente, no debe administrarse más medicamento. (8)

El estadio tres es el de anestesia quirúrgica, en el que hay mayor depresión de ciertas funciones. El estadio cuatro es una Zona de peligro, en la cual las funciones vitales pueden estar deprimidas tanto gravemente como para constituir una amenaza a la vida. Este estadio nunca se mantiene intencionalmente. (8)

Variedad de efectos:

Para estar seguro del grado de sedación y en el interés de mantener la seguridad y control de la situación, los pacientes deliberadamente no son sedados tan profundamente que dejen de responder a órdenes verbales, y en caso que esto ocurriera hay que aligerarlo de inmediato.

La experiencia subjetiva del paciente puede ser ampliamente variable. Si bien para cada paciente suele ser posible predecir -

sobre la base de experiencias pasadas su reacción a una determinada droga, siempre existe una variación posible. Hay una cierta gama de normalidad para cada persona, pero cada paciente tiende a reaccionar en forma bastante uniforme. El que es tolerante a las drogas y requiere dosis mayores que lo corriente, suele necesitar dosis grandes cada vez, aun cuando la cantidad exacta pueda variar. (8)

Sedación Leve:

En un extremo del espectro está el paciente que ha sido sedado levemente y 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 necesita abrebocas y es bastante capaz de sostener las películas radiográficas. Puede decir exactamente cómo le está yendo en cualquier momento; en este caso, el control sólo consiste en preguntarle cómo se siente. La amnesia ocurre raramente en este tipo de sedación, lo que, junto con una sugestibilidad aumentada que sí se produce, hace ésta una excelente situación de enseñanza. Los pacientes pueden ser dirigidos a un marco de referencia favorable durante el tratamiento, ayudándoles a interpretarlo de manera positiva. Este concepto será retenido después del tratamiento y en las sesiones siguientes, de modo que cuando esto da resultado, cada sesión se hace más fácil y placentera para el odontólogo y el paciente. Algunos pacientes en verdad esperan las citas futuras con agrado. (4)

Sedación 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, pensando que una sesión de una hora duró sólo unos pocos minutos, o el recuerdo puede parecer como el de un sueño, con las secuencias distorsionadas y los hechos borrosos. Esos pacientes responden a las órdenes en forma variable, quizá demorada o lo hacen y luego no son capaces de mantener una acción. Probablemente abrirán la boca cuando se les pida pero muy pronto la cierran;

el tratamiento será más rápido si se usa un abrebocas. Parecen más relajados y así se sienten como si estuvieran en un ensueño propio y realmente no quieren ser perturbados por asuntos tan triviales como concentrarse en mantener la boca abierta. Esas personas conservan sus vías de aire muy adecuadamente y sus signos vitales son estables. Sin embargo, los signos objetivos deben ser controlados, ya que sus informes no son tan confiables como los de pacientes como los de pacientes sedados más levemente y la cooperación suele ser menos probable pues no quieren ser molestados. (4)

Sedación Profunda:

El otro extremo es el de los pacientes que virtualmente no se dan cuenta de nada. Aunque perciban algo, no lo recuerdan. La amnesia puede ser total, como lo sería después de una anestesia general. La posibilidad de entrenamiento es menor con este tipo de sedación, y pueden necesitar ayuda para mantener la posición de la cabeza y por eso la vía de aire puede estar comprometida de tanto en tanto. No están en condición de informar nada sobre su estado y deben ser controlados como si estuvieran en anestesia general. El registro regular periódico de los signos vitales debe ser el parámetro fundamental para comprobar el estado. La cooperación para que abran la boca acomoden la cabeza o hagan cualquier movimiento voluntario, está fuera de la cuestión. Esta técnica se acerca a la anestesia general; es importante que técnicas tan profundas sean efectuadas solamente por doctores entrenados, capaces y calificados para mantener un anestésico general, porque con la mayoría de las drogas que se utilizan en la actualidad, el estado de excitación no existe. Además, como se requiere tanta vigilancia, puede haber interferencia con el tratamiento y la mayoría de las ventajas de la sedación versus la anestesia general, se pierden. Si un paciente necesita sedación tan profunda como para aproximarse a la anestesia general, sería mejor atenderle con un anestésico en la forma ideal y no entrar por la puerta trasera con sedantes. Hay pacientes para quienes la anestesia general es el método de elección y la sedación está contraindicada. (4)

Problemas en el manejo:

La sedación puede ser muy eficaz

Si el paciente es un retardado grave o su cooperación es imposible y el odontólogo no puede llegar a él, la profundidad de la sedación puede tener que llevarse, a niveles peligrosos y seguramente, no se logrará entrenamiento alguno.

Varias anomalías anatómicas, como la retrognasia, microstomía y macroglosia, complican el mantenimiento de la vía de aire. Para pacientes con esos trastornos hay que evitar situaciones que puedan deprimir la respiración, salvo que se asegure la capacidad de ventilación por medio de la intubación endotraqueal, que puede hacerse solamente durante la anestesia general.

En algunos pacientes, quizá debido a hipersensibilidad o malfunción de los órganos detoxificantes, las drogas sedantes utilizadas comúnmente están contraindicadas; en otros pueden haber una serie tan complicada de problemas médicos crónicos que la medicación sólo debe intentarse internándolos, en la sala de operaciones con una estrecha supervisión y atención posoperatoria del personal profesional de enfermería. (8)

Modos de Sedación:

La determinación del modo de sedación a utilizar para un determinado paciente en un día determinado para un procedimiento determinado, depende de varios factores, que básicamente incluyen - las necesidades del paciente, los requisitos del procedimiento y la capacidad del odontólogo.

Necesidades del Paciente:

Con personas impedidas, la lista de indicaciones y metas se alarga. Para quienes no tienen inteligencia suficiente para entender la necesidad y naturaleza de la atención, el entrenamiento puede no ser factible y el tratamiento sólo es posible si se disminuye la resistencia haciendo más lentas y disminuyendo sus reacciones. Otros, que pueden entender pero tienen daño cerebral o son hiperactivos o emocionalmente perturbados, pueden necesitar algo similar antes de sentarse y quedarse lo suficientemente quietos como para completar una labor significativa. El aislamiento de la realidad que brinda la sedación puede servir como profilaxis para una convulsión o un ataque asmático y ayudar a una persona con un trastorno cardíaco-

a mantener su compensación, impidiendo un "stres" adicional agudo. Las drogas sedantes pueden estar indicadas para ayudar a otros pacientes relajando los espasmos y la tensión muscular crónica. La profundidad de la sedación está determinada en cada una de esas áreas por el tipo de problema y su gravedad en cada paciente. Esto, a su vez, dictará muy probablemente el empleo de un tipo particular de administración y protocolo de manejo. (4)

Necesidades del Procedimiento:

Los requisitos del procedimiento también tienen que ver en el tipo de sedación empleada. Una sesión de 2 horas para operatoria dental o un procedimiento endodóncico o quirúrgico, tendrá requisitos diferentes que en el caso de una sesión breve para restaurar o extraer uno o dos dientes. Si el paciente vive cerca y sus padres o cuidadores pueden traerlo convenientemente para el tratamiento, no es necesario hacer todo en una sola vez, como sería el caso si tuviera que viajar muchos kilómetros porque no podría ser tratado en su localidad. Obviamente, un paciente no será preparado para una sedación de 2 horas si el procedimiento requiere sólo 15 minutos. Además, está la cuestión de si es necesaria alguna respuesta del paciente, como cuando se observa la oclusión o la función natural. También deben considerarse las necesidades del período de recuperación. Quedará el paciente en una institución especial bajo control de personal entrenado o la recuperación debe ser especialmente rápida para que pueda ser llevado a casa después? (4)

Modo de acción:

Los sedantes actúan deprimiendo el sistema nervioso central. Para esto las drogas deben llegar a las células cerebrales-sensibles en cantidad suficiente y este nivel debe mantenerse durante el período en que se continúa la sedación.

Las drogas son llevadas al cerebro solamente por la sangre circulante. Para que esto suceda, deben ser introducidas en el torrente sanguíneo, utilizando cualquiera de varias vías de administración (por boca, por inhalación, por inyección intramuscular o intravenosa o por -

por vía rectal), aisladamente o en combinación. Debe lograrse una concentración sanguínea eficaz en el cerebro, cualquiera sea la vía. (8)

Las drogas llevadas por la sangre se difunden a zonas donde su concentración es más baja a una velocidad paralela a la diferencia relativa existente. Esta tendencia a seguir un gradiente de difusión descendente hace que los medicamento se difundan por las paredes capilares al líquido extracelular y finalmente a las células de los tejidos. El cerebro continúa captando droga mientras el nivel de sangre arterial aferente exceda el del flujo venoso eferente. La difusión en los tejidos continúa mientras la concentración en la sangre sea más elevada que la de los tejidos. La reversión del gradiente de concentración revertirá la dirección de la difusión.

Durante la inducción, los niveles sanguíneos son más altos que los niveles tisulares y se produce la absorción. Si se establece un equilibrio, el paciente será mantenido en un nivel constante, firme, y esto se puede hacer con inhalación y administración intravenosa. Si el nivel sanguíneo cae por debajo del nivel tisular, algo de la droga se difunde fuera de las células y comenzará el despertar. Esto ocurre cuando el nivel cerebral; habrá una mayor concentración en la sangre venosa eferente.

Se produce una lidia constante entre la velocidad de incorporación versus la velocidad de excreción. Con cada circuito de sangre, algo del medicamento disuelto es llevado al cerebro, algo a otros tejidos, algo es excretado y algo queda para el próximo circuito.

Desde el comienzo mismo, aun mientras predomina la incorporación y el estado se profundiza, algo de la droga es eliminada de la sangre circulante por varios mecanismos. Algunos (agentes reactivos la mayoría de las drogas inyectadas o ingeridas) pueden detoxificarse en el hígado por oxidación, reducción o hidrólisis y los metabolismos resultantes son eliminados por los riñones. Otros (agentes no reactivos - la mayoría de los agentes inhalantes) son excretados sin cambios por los pulmones, en un proceso que se aproxima a una imagen reflejada de incorporación o, posiblemente, excretados sin cambios por los riñones.

Algunas drogas dejan de ejercer efecto sedante porque han sido retiradas de la sangre circulante y derivadas a reservorios en tejidos no sensibles (habitualmente adiposos). A medida que esos reservorios

grasos se llenan, liberan eventualmente la droga de nuevo en la sangre. (8)

Esto prolonga principalmente el recobramiento después de grandes dosis y, a veces, resulta en efectos increíblemente grande. Estos son el resultado de dosis múltiples, ya que la droga recientemente administrada actúa en forma aditiva a niveles sanguíneos elevados por el agente que sale de reservorios grasos saturados. Esos reservorios, al liberar agentes al torrente sanguíneo, pueden proporcionar un nivel cerebral adecuado para prolongar un estado de depresión, aun después que se ha detenido la administración de sedantes. Excepto con el óxido nitroso como único agente, el efecto sedante no puede terminarse a voluntad al finalizar el procedimiento operatorio. Sigue un período de recuperación durante el cual el paciente, aun cuando no recibe más droga, continúa sedado y solo gradualmente sale de las profundidades de la depresión hasta estar totalmente despierto. Este es un momento desconcertante, ya que la disociación disminuye y el paciente se va dando cuenta de su estado anormal, lo que hace necesarios la supervisión y el apoyo psicológico. Los pacientes impedidos, de inteligencia normal o subnormal, suelen encontrar más difícil adaptarse a experiencias nuevas y extrañas y deben ser controladas más de cerca que otros durante el período de recuperación. A menudo es necesario tenerlos más tiempo en el consultorio antes de despedirlos y sus padres o cuidadores deben ser instruidos cuidadosamente sobre cómo manejarlos el resto del día en el hogar. (8)

vías de administración:

Hay una cantidad de vías por las cuales las drogas pueden entrar en la sangre circulante y la óptima debe ser elegida para cada situación de tratamiento. No hay un método ideal para un odontólogo determinado. Para tener mejores resultados hay que actuar sobre base individual, con la mejor vía para un paciente determinado para un procedimiento determinado en un día determinado cada vía de administración tiene sus ventajas e indicaciones, al igual que sus desventajas y contraindicaciones. Cada una puede ser el método de elección en ciertos casos, pero no en otros y debe ser elegida conociendo sus diversas características (8)

Período de Latencia:

La duración del período de latencia antes - que se note el efecto de la droga, está gobernada principalmente por la rapidez de absorción. Las drogas que se dan por boca son absorvidas por la mucosa gástrica y la velocidad de absorción es modificada por factores relativamente incontrolables, como la cantidad y tipo del contenido estomacal y el estado emocional del paciente. Las drogagasinhalantes son absorbidas por las mucosas que tapizan los alvéolos pulmonares y esto tiende a ser más rápido que la absorción estomacal. cuando las drogas se dan por vía intravenosa, hay una absorción instantánea, ilimitada. Obviamente, estos métodos producirán - estados de sedación con características diferentes que requieren un manejo diferente. (8)

Duración del efecto:

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 y demorar la salida del consultorio.

Las drogas que se inyectan intramuscularmente, desarrollan lo que llegará a ser un reservorio en el músculo esquelético, desde donde pasa gradualmente al torrente sanguíneo. LLeva algún tiempo antes que el nivel en sangre sea lo suficientemente elevado como para presentar una profundidad de sedación adecuada y la recuperación tiende a ser lenta ya que más cantidades del medicamento continúan pasando del músculo a la sangre y allí quedan hasta que son retiradas por los órganos que los metabolizan o en reservorios grasos.

La difusión por las paredes de los alvéolos pulmonares es extremadamente rápida, de modo que la incorporación y la eliminación de vuelta por esas mismas paredes a los pulmones, por la vía de aire y al aire ambiente, ocurre en un período breve, como virtualmente ninguna de las drogas inhalantes son metabolizadas y se eliminan siendo exhaladas rápidamente, cuando la administración cesa, el efecto de la droga se pierde casi de inmediato.

Este sería, un método ideal para sedar a un paciente para un procedimiento corto; la preparación es mínima, el comienzo es rápido y la recuperación es breve.

Cuando se trata de un procedimiento de duración variable, la vía intravenosa es mejor. El comienzo es rápido, porque los agentes son introducidos directamente en la sangre circulante y el acceso a las células cerebrales es prácticamente instantáneo. Como esas drogas deben ser metabolizadas, los niveles sanguíneos eficaces tienden a permanecer por un tiempo. Seleccionando drogas que se descomponen rápidamente o se redistribuyen a los reservorios grasos, se puede lograr un equilibrio entre incorporación y recobramiento (hasta que los reservorios están saturados, liberando algo de la droga de nuevo a la sangre). Los pacientes pueden ser mantenidos en sedación leve o profunda, sujetos al control del odontólogo, sin cambiar el estado tan rápidamente (y quizá tan inesperadamente) como con la inhalación, pero sin la falta de control que se ve con la administración intramuscular o bucal. Para casos prolongados, que requieren sólo una sedación moderada, el efecto repositario de la administración intramuscular y la facilidad de manejo obtenido con un estado relativamente constante requeriría menor esfuerzo en el manejo y sería muy ventajoso. (8)

Confiabilidad del efecto:

Las vías pueden ser elegidas también sobre la base de la confiabilidad de duración y profundidad. Puede esperarse razonablemente que una cantidad determinada de droga produzca el mismo resultado para un paciente determinado en esta oportunidad que en la oportunidad anterior? La absorción será similar, con similares características de comienzo, profundidad de sedación y duración?

La absorción por la mucosa rectal no es tan confiable o predecible como, por ejemplo, por las paredes del saco alveolar del pulmón

Es difícil reproducir resultados o predeterminar dosis por vía rectal; si se necesitara un efecto especialmente predecible, sería necesario evitar la administración rectal. En realidad esta vía tiene poca aplicación en la odontología de pacientes ambulatorios. con su pobre absorción una sedación adecuada puede requerir dosis muy gran-

des y entonces la depresión puede ser muy profunda y la recuperación demasiado prolongada para despedirlo en un tiempo.

La velocidad de absorción por la mucosa gástrica es modificada por demasiados factores que escapan al control del odontólogo. Los pacientes bajo tensión emocional (como el temor por una cita dental) pueden posiblemente retener el contenido estomacal hasta por 72 horas. Esto cambiaría las acidez del contenido del estómago con marcado efecto en la velocidad de absorción. Además, los pacientes sedados tienden a ser internamente resistentes al tratamiento; Esto les hace intentar poner a prueba la autoridad del odontólogo no cooperando con las instrucciones pretratamiento.

Como una droga llega al torrente sanguíneo más lentamente por administración intramuscular, el efecto no es tan profundo como con la inyección intravenosa donde una gran cantidad de droga puede ser introducida muy rápidamente. Más aun, como con la vía intramuscular el comienzo es lento, el efecto no puede ser visualizado y modificado inyectado más, como se puede hacer con la intravenosa. El efecto sedante puede ser reproducido más exactamente con la vía intravenosa, porque es posible acercarse a la profundidad deseada gradualmente con dosis progresivas llegando justo al punto deseado. Sin embargo, esta es una espada de doble filo. El comienzo rápido de los síntomas o la modificación del efecto con la inyección intravenosa puede facilitar el control de la profundidad, pero además, si la vigilancia es inadecuada, puede producir cambios repentinos en el estado del paciente. Este es una razón de porqué su uso requiere más entrenamiento que la administración intramuscular. (8)

Necesidad de Cooperación:

Otra razón para elegir una vía u otra es la necesidad de la cooperación del paciente. Seguramente, si el paciente no coopera, el manejo está condenado al fracaso. Un paciente que toma una droga por boca debe ingerir la cantidad recetada o entregada en el momento que se le ha indicado. La mitad muy a menudo es nada; Cuando un paciente toma o recibe la mitad de la cantidad recetada lo que probablemente va experimentar no es la mitad del efecto, sino más bien una sedación inadecuada totalmente inaceptable que no permite

te el tratamiento. Si toma la droga demasiado pronto puede pasar el pico de eficacia antes de la sesión y, a la inversa, si la toma demasiado tarde puede no haber alcanzado el efecto óptimo hasta después que pasó el tiempo de tratamiento. El contenido estomacal puede alterar las características de absorción de la droga y, por lo tanto, también el momento de comienzo y recobramiento y la profundidad del efecto. Además, existe siempre la posibilidad que el sabor pueda ser objetable y el paciente no tome la droga por esa razón. (5)

También la comunicación puede ser difícil. Una cucharita para té del farmacéutico contiene 5ml., pero la que se encuentra en las varía mucho en su capacidad por esta razón, la dosis puede ser muy malmedida. Además, como las preparaciones líquidas se suelen dar a los niños y estos son notoriamente no cooperadores para tomar medicamentos pueden, en sus esfuerzos para evitar la ingestión, hacer que la mayor parte se escupa y se pierda. Repetimos que una dosis demasiado pequeña no produzca un paciente menos sedado, sino más bien un paciente no sedado lo suficiente como para hacer algún tratamiento.

Algunas personas son claustrofóbicas y rechazan una máscara sobre su rostro. La administración previa de sedantes por boca o por inyección, suele ser preferible para esos individuos. Otros pacientes objetan una inyección pero es posible que no les importe si tienen la máscara en su cara y se les seda un poco con óxido nitroso. Hay todo tipo de combinaciones y compromisos para resolver las necesidades de casi todos los pacientes. El enfoque debe ser flexible. Otra razón para elegir una u otra vía es el grado relativo de control, la capacidad de alterar la profundidad. De acuerdo a las necesidades del momento, que es una forma de expresar el grado de seguridad. (5)

Administración bucal:

Las ventajas principales de la administración bucal son la sencillez y la conveniencia. Las drogas son tomadas en forma sólida y líquida y pueden ser recetadas eliminando la necesidad de tener un surtido en el consultorio. No se necesita instrumental de modo que no hay que comprar o esterilizar nada como la absorción es relativamente lenta se ven menos secuelas alérgicas y tienden a ser menos graves aun cuando se produzcan el éxito puede lograrse a menudo

en paciente muy temerosos, ya que no hay necesidad de inyección.

La administración bucal tiene también algunas desventajas serias quizá la más significativa de las cuales es que el paciente debe cooperar. Para alcanzar el efecto óptimo en el momento más oportuno la dosis debe ser medida correctamente e ingerida completamente en el momento correcto. Aun cuando las instrucciones se den por escrito no siempre se obtiene el cumplimiento total.

Como la incorporación es lenta y el período de latencia antes del efecto visible es largo, la dosis debe ser predeterminada algo empíricamente y el resultado debe ser aceptado. Para el momento en que una dosis aumentada surte efecto, el pico de la dosis inicial probablemente habrá pasado. El efecto no puede ser visualizado y modificado; falta la retroalimentación. Como puede existir una gran variación individual en la necesidad de la droga (peso, edad, estado de salud, nivel de aprensión, temor y contenido estomacal) y como la cantidad de droga prácticamente no puede ser variada, los resultados tienden a ser algo impredecible. Como la depresión excesiva puede ser peligrosa cualquier error en la dosis debe estar del lado leve más que del profundo. Una administración bucal cuidadosa tiende a resultar en una sedación menor, pero debido a su facilidad y conveniencia, puede ser el método de elección en situaciones no críticas donde la sedación sólo es necesaria marginalmente. Sin embargo, en situaciones en las que se precisa un estado bastante profundo, suele quedarse corta. (8)

Administración por inhalación:

Los agentes en forma de gas o vapor llegan a la circulación después de ser inhalados en los pulmones desde donde (después de difundirse a través de las paredes membranosas de los alvéolos) 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 (el único agente considerado aquí), la incorporación y eliminación son extremadamente rápidas.

Para todos los fines prácticos el nivel sanguíneo (por lo tanto, el efecto sedante) puede ser alterado a voluntad variando la concentración relativa del óxido nitroso en la mezcla de gas inspirada. Dentro

de los tres minutos, el nivel en sangre circulante emparejará la dosis dada. Como el óxido nitroso no es un agente reactivo y, virtualmente, se elimina todo por los pulmones más, que por detoxificación, la excreción es tan rápida como la absorción. Por eso la sedación por óxido nitroso, visto que permite ejercer un control fino sobre el nivel sedante, aumentando o disminuyendo la concentración según sea necesario es un método muy seguro.

Si bien no hay que pedir a los pacientes que se mediquen antes de venir al consultorio, se necesita alguna cooperación. La sedación por inhalación tendrá éxito sólo si el paciente respira por la nariz. Los niños llorones no pueden ser sobrecargados con óxido nitroso ya que cada grito o jadeo significa una respiración por la boca, lo que como la máscara cubre solamente la nariz diluye la concentración y compromete el efecto del medicamento. No obstante, si el paciente respira por la nariz, el comienzo de la sedación es muy rápido. Como la profundidad puede ser alterada de un momento a otro, no hay que adivinar peroperatoriamente para establecer la dosis. Una sobre dosis es improbable y aunque se produzca una profundidad excesiva, puede ser revertida rápidamente. Si se usa óxido nitroso sin una medicación previa (como sucede habitualmente), no hay efecto residual que necesite una recuperación prolongada después del tratamiento por lo que los pacientes pueden retirarse sin compañía si están en condiciones.

De todos los métodos para inducir sedación sólo la inhalación requiere un equipo costoso. Además, el aparato ocupa espacio en el consultorio y siempre existe la posibilidad de un mal funcionamiento. Estos aspectos negativos, sin embargo, son más teóricos que reales, ya que los aparatos modernos con medición del flujo son muy compactos, casi no tienen partes activas y duran muchos años y a lo sumo requieren reparaciones y mantenimiento insignificantes.

Algunos pacientes no pueden tolerar la máscara sobre el rostro pero esos síntomas claustrofóbicos serán habitualmente disminuidos si antes se les da un medicamento por otra vía. Finalmente, para que la sedación por inhalación con óxido nitroso sea eficaz, es necesaria una función respiratoria normal; En efecto enfisema, edema pulmonar, distrofia muscular, rinitis y amígdalas hipertróficas y adenoides, pueden ser todas de un resultado pobre. (8)

Administración por Inyección;

Cuando las drogas sedantes son inyectadas la duración del período de latencia y el grado de respuesta suelen ser bastante predecibles. No se requiere cooperación del paciente por adelantado; la droga se da en el consultorio y el momento de administración y la dosis se controlan fácilmente y se conocen con precisión. No hay máscara, sabor u olor que los pacientes puedan objetar y curiosamente, casi todos aceptan la inyección fuera de la boca, aun cuando puedan resistir mucho la que se da intrabucal.

Las drogas deben tenerse en el consultorio esto es una carga adicional para el odontólogo, aunque no onerosa, ya que se necesita una selección limitada. Estas drogas tienen una vida activa adecuada y no son muy caras. El instrumental especial necesario (jeringas, agujas, etc.) puede ser del tipo descartable, ya esterilizado de modo que el esfuerzo de preparación por el personal del consultorio es mínimo. La técnica aséptica es obligatoria y se requiere alguna destreza para aplicar la inyección. Afortunadamente, con un cuidado razonable, la infección en el sitio de la inyección es rara y la diferencia en la técnica comparada con la anestesia local en la boca, es más de grado que de tipo. Los odontólogos con su gran habilidad manipulativa raramente tienen dificultad para dominar estas técnicas.

Las drogas pueden ser inyectadas por vía intradérmica, subcutánea, intramuscular e intravenosa, pero los pacientes sedados para tratamiento odontológico, los profesionales se limitan habitualmente a los dos últimos métodos intramuscular e intravenoso, presentando cada uno sus ventajas en ciertas circunstancias.

En realidad, los odontólogos dan más inyecciones intramusculares que los otros profesionales pero son en la boca, con anestésicos locales más que en otras partes del cuerpo, como para otras drogas. La técnica es ligeramente diferente y se usa una jeringa distinta, pero la transición no es problema.

La inyección intramuscular es un procedimiento breve, rápido, que sólo causa un dolor mínimo y puede realizarse en sitios a elección. El dolor es sentido cuando la aguja pincha la piel, pero si la inserción se hace con un golpe rápido termina casi antes que el paciente se dé cuenta que ha pasado. Los sitios utilizados más comúnmente son el músculo deltoides (bazo superior) y glúteo mayor (sobre la-

nalga), pero cualquier masa muscular de volumen suficiente para recibir la cantidad de droga es aceptable. La inyección puede ser aplicada en el glúteo mayor aun en niños muy poco cooperadores, si se les pone boca abajo en el regazo, en la clásica posición de palmadas o si se les tiene bien abrazados mientras el odontólogo se coloca por detrás de ellos.

La ventaja principal de la administración intramuscular sobre la bucal es que el período de latencia y la duración de la acción son mucho más predecibles. Pero como este período de latencia es similarmente muy largo para ajustar la dosis en base a la observación del resultado, corresponde el mismo tipo de predeterminación de dosis y la sedación debe ser mantenida necesariamente del lado leve. Sin embargo debido al grado de control sobre el dosaje y administración (el odontólogo da la droga él mismo) y debido a que la absorción es más confiablemente predecible, la administración intramuscular debe preferirse a la bucal. Virtualmente, cualquier tratamiento que se beneficie con la sedación bucal será mejor con la intramuscular (aunque sea la misma droga).

Se puede lograr un grado de control mucho mayor de la profundidad (casi tan grande como con la inhalación) si las drogas son inyectadas en la vena. El comienzo del efecto es tan rápido que sólo se da una pequeña porción de la dosis presuntiva y se controla el efecto. Entonces puede decidirse si necesita más y en cualquier momento se puede inyectar más droga; pero mientras el paciente pueda ser llevado a la profundidad exacta deseada, las drogas deben ser descompuestas químicamente o redistribuidas por el cuerpo, lo que lleva algún tiempo. El paciente no puede ser aligerado a voluntad como con la inhalación pero la recuperación es más rápida que con cualquiera de las otras vías.

En la inyección intravenosa, como en la intramuscular, el dolor está en la punción de la piel: las paredes de la vena no presentan sensación dolorosa y las agujas no causan incomodidad. El dominio de la técnica de la venipuntura no parece plantear mucho problema a determinados odontólogos, quienes realizan rutinariamente procedimientos mas delicados. El paciente puede tener venas adecuadamente grandes y accesibles, lo que ocurre con la mayoría de la gente.

Como la inyección misma requiere cierta delicadeza, el paciente - debe cooperar manteniéndose quieto, pero se puede inmovilizar el bra_ zo por el corto tiempo necesario para la venipuntura y la inyección - de las primeras cantidades tranquilizadoras de la droga.

El criterio para la selección de la vena en niños es el mismo que para adultos; debe haber un segmento relativamente recto de vena, de _ tamaño suficiente y accesibilidad adecuada. La venipuntura puede resul_ tar facilitada previniendo el trauma al vaso, si se inmoviliza el bra_ zo fijándolo a una tablilla especial, antes de inyectar. Ef impedido, - sobre todo el internado, suele ser delgado, lo que hace más accesibles los vasos. Para pacientes más obsesos. (como aquellos que tienen sin_ dromes de Down), la venipuntura puede ser difícil; sedarlos antes pue_ de hacerlos más manejables y ayuda a la inyección..

La mayoría de las drogas utilizadas son irritantes para los teji_ dos y si pequeñas cantidades salen de los vasos, pueden ocurrir algún daño alrededor del sitio de inyección. Debido al acceso ilimitado a - la sangre circulante, pueden precipitarse secuelas alérgicas, pero las drogas de emergencia se pueden introducir por la vena abierta para - contrarEstarlas. (8)

La precaución mayor con la vía intravenosa es la posibilidad de - un cambio rápido en el estado del paciente, con pequeas agregados de - la droga a medida que el caso avanza. Si el odontólogo se distrae en el procedimiento operatorio, una profundización inadvertida repentina- no reconcida, puede llevar a una emergencia que ponga en peligro la vi_ da del paciente. La inyección intravenosa puede ser muy eficaz y expe_ ditiva, pero necesita un alto grado de habilidad y entrenamiento y no- deben intentarla en forma circunstancial quienes no son componentes.(8)

Combinaciones de vías:

En la práctica, las vías de administración - se combinan para suplementar y potenciar una a la otra, enmascarando - los rasgos malos que pudieran ocurrir y reforzar los puntos buenos. Una inyección intramuscular antes del tratamiento puede permitir la- aceptación de una máscara nasal o una venipuntura. La administración -

de óxido nitroso puede facilitar el camino para una inyección, etc. La anestesia local no debe olvidarse es una parte esencial del manejo cualquiera sea la forma en que se produce la sedación. (8)

Características ideales de las Drogas:

La meta es producir sonnolencia con euforia y relajación muscular, no sueño anestésico.afortunadamente, existen muchas drogas que dan este resultado dentro de una amplia gama de seguridad y sin una depresión que exija un control extenso y complicado.

Los agentes utilizados deben ser rápida y confiablemente eficaces, con absorción e incorporación lo suficiente rápidas para que se pierda poco tiempo entre la administración y el comienzo del tratamiento. La duración del efecto debe ser lo bastante prolongada para permitir un tratamiento sin apuros, pero la recuperación debe ser lo suficientemente rápida para que el paciente no necesite quedarse demasiado en el consultorio. El paciente debe recuperar todas sus facultades pronto y completamente a fin de obviar la necesidad de mayor observación profesional para permitir su salida del consultorio en compañía de un adulto responsable. (6)

La relajación de los músculos esqueléticos no es esencial porque la boca se puede mantener abierta, pero el manejo resulta más fácil cuando se logra. Como la inhalación está casi siempre incluida, es mejor trabajar con agentes compatibles con el óxido nitroso y posiblemente sinérgicos con él (como lo son la mayoría). Además como el óxido nitroso provoca a veces náuseas, las drogas con propiedades antieméticas son beneficiosas; las drogas deben ser baratas y tener su suficiente vida activa para evitar que se arruinen y pierdan su efecto. Tanto como sea posible, es mejor utilizar drogas especialmente y hipotálárgicas y mínimamente tóxicas, con pocas reacciones colaterales.

Idealmente, deben evitarse drogas que produzcan hábito a adicción pero en la práctica esto es casi imposible; las drogas psicoactivas, si bien pueden no ser francamente adictivas, todas parecen tener el potencial de crear dependencia en personas con el perfil emocional y psicológico adecuado. La dependencia surra habitualmente solo des-

pués de una medicación crónica pero una exposición aislada o breve al tratamiento dental, especialmente si se presenta en el contexto terapéutico correcto, presenta poco peligro en ese sentido.

Una cantidad de factores modifican el cálculo de la dosis, el primero de los cuales es la naturaleza de la meta sedativa.

Debe el paciente estar relativamente conciente de lo que le rodea y puede cooperar y comunicarse activamente o necesita una disociación y amnesia total? Se completará el tratamiento en 20 minutos, o debe mantenerse una profundidad de sedación adecuada durante 2 horas? Deberá permanecer el paciente en una institución que brinda supervisión profesional posoperatoria o debe ser enviado a su casa? Qué nivel de inteligencia debe tener la persona que cuidará al paciente?

El temor y la aprensión elevan el nivel de irritabilidad refleja. Una buena historia es fundamental cuanto más se sabe del paciente, mejor la predicción de su grado de liberación emocional; En la historia deben ser incluidas preguntas que permitan informar sobre las características de personalidad, estabilidad psíquica y experiencias previas.

La dosis se ajusta a menudo de acuerdo a la edad del paciente, - la fisiológica más que la cronológica. Para los sedantes la dosis para niños no puede ser determinada como porcentaje de la edad adulta - o el peso, porque la velocidad metabólica es un factor modificante muy poderoso para una sedación eficaz, niños de 5 años requieren con frecuencia tanta droga como la mayoría de los adultos de tamaño corriente.

El metabolismo es relativamente bajo en la infancia, se eleva precipitadamente más o menos a los 2 años de edad y permanece alto hasta casi la mitad de la pubertad, comenzando entonces a declinar a una velocidad gradualmente creciente hasta que, en el anciano ya se presenta muy lento

Las dosis promedio han sido establecidas para un adulto con un promedio hipotético de 70 kilos; seguramente, una persona de 125 kilos necesitará una dosis mayor. Los individuos robustos, musculares, requieren más medicación, mientras que las personas hemáticas, obesas, necesitan menos. Los trastornos endocrinos que elevan la velocidad metabólica (hipertiroidismo e insuficiencia adrenocortical, por ejemplo) obligan a aumentar las dosis necesarias. En pacientes con condiciones que hacen más lento el metabolismo (como el hipotiroidismo), habitualmente se

puede usar menos droga para producir el mismo efecto. Resultados similares suelen presentar el miedo la fiebre, el dolor y el alcoholismo - todos los cuales elevan la velocidad metabólica en la enfermedad de Addison y la senectud, el metabólicismo basal tiende a ser menor.

Los grupos de menores y ancianos presentan problemas propios. El nivel de temor de los niños y su nivel metabólico, a menudo predisponen a necesitar dosis relativamente grande, pero hay que tener mucho cuidado y las cantidades grandes deben darse cautamente, porque puede haber una marcada inmadurez de los órganos destoxicantes. No es de sorprender que los ancianos y enfermos crónicos muestren una declinación de las funciones corporales. De todos los grupos de edad es muy probable que estas personas estén tomando drogas concomitantemente - con medicaciones recetadas por el odontólogo, con la posibilidad siempre presente de una interacción química o fisiológica. La enfermedad renal puede hacer más lenta la destoxicación, la insuficiencia cardíaca hace más lenta la distribución y los antihipertensivos a hacerlos pacientes más susceptibles a las drogas depresoras. Los pacientes impedidos podrían estar tomando inhibidores de monoamina oxidasa para contrarrestar la depresión emocional y pueden ocurrir crisis si se les dan narcóticos.

Es indispensable que los odontólogos se familiaricen con cada paciente antes de medicarlo. En los individuos impedidos, la importancia de esto se multiplica muchas veces, porque son más propensos a que sus sistemas orgánicos funcionen mal y a ser medicados crónicamente con mayor probabilidad de tolerancia, tolerancia cruzada o sensibilidad. La primera línea de defensa del odontólogo contra una reacción indeseable es una historia y examen físico completos y exactos. Cualquier desviación de lo normal debe ser controlada de inmediato, con el médico apropiado. Los odontólogos no tratan la enfermedad sistémica, pero sus pacientes deben ser observados con el cuidado suficiente como para darse cuenta de las enfermedades sistémicas que pudieran tener. Es importante que los odontólogos traten solamente a aquellas personas que han llegado a conocer. (6)

Drogas:

Hay muchas drogas sedantes, pero hablando en general,

se usan relativamente pocas probadas en el tiempo. A parte del óxido-nitroso, hay tres categorías básicas:

- Narcóticos
- Barbitúricos
- Tranquilizantes

Las tres son adecuadas para administración bucal, intramuscular e intravenosa. (6)

Oxido Nitroso:

La única acción farmacológica del óxido nitroso es la depresión del sistema nervioso central; produce analgesia e hipnosis por sí mismo y no depende, como algunos han pensado equivocadamente, de la hipoxia para su efecto. Se han informado técnicas basadas en su uso con deliberada restricción de oxígeno, pero a la luz del procedimiento actual sólo pueden ser condenadas como incorrectas y no deben ser usadas nunca. El óxido nitroso actúa bien con niveles fisiológicos de oxígeno; esta es la única forma en que debe ser administrado.

El óxido nitroso es incoloro y no irritante para la mucosa respiratoria; probablemente, el único olor del que el paciente se dará cuenta es el de la máscara nasal de goma. Es llevado a la sangre sólo en solución física en el plasma, y no hay un mecanismo de combinación química similar a la del oxígeno con la hemoglobina. (6)

El óxido nitroso se difunde en el torrente sanguíneo por las paredes mucosas de los alvéolos pulmonares; su solubilidad en sangre se acerca 16 veces a la del oxígeno y, en consecuencia, la incorporación se produce muy pronto. La recuperación es rápida, ya que no necesita ser detoxificado por el cuerpo y es eliminado sin cambios por los pulmones.

Los centros inferiores del cerebro son afectados solo ligeramente, de modo que los valores circulatorios y respiratorios permanecen bastante constantes. Puede aparecer alguna lentitud, pero esto suele ser resultado de la sedación que produce más que de una depresión directa -

En presencia de enfermedad hepática, la respuesta tiende a ser exagerada y la recuperación se prolonga. Puede observarse efectos adversos como vértigo, náuseas, vómitos, visión borrosa y desmayo, que son más comunes después de la inyección intravenosa o una ambulación prematura. Una sobredosis puede llevar a excitación cerebral, temblores e incoordinación muscular. La presión sanguínea puede caer precipitadamente si el paciente está tomando inhibidores monoamino oxidasa o lo ha estado haciendo dentro de las 2 semanas previas. Si bien puede ocurrir, no es de esperar tolerancia, hábito y adicción después de un mantenimiento muy limitado como el que se utiliza en el tratamiento odontológico. (6)

Barbitúricos- secobarbital (Seconal):

Los barbitúricos deprimen directamente las células en las zonas corticales sensoriales y motoras y se clasifican como ultracortos, cortos, intermedios y de larga duración. En general, la acción más corta implica no solamente duración más corta del efecto, sino también comienzo más rápido y, habitualmente, cuanto más corta la acción más profunda la depresión. Los barbitúricos no son analgésicos, producen sólo hipnosis y sedación. La sedación suele ser sinergizada debido a la mezcla con analgésicos, pero no potencian la analgesia. Los efectos observados pueden ir desde la sedación leve a la hipnosis y a un estado que recuerda la anestesia general, dependiendo del barbitúrico que se use, la dosis, vía de administración y el nivel de excitabilidad refleja.

La duración y características de recuperación del secobarbital (barbitúrico de acción breve) lo hacen probablemente el mejor del grupo para la mayoría de los paciente ambulatorios. Es absorbido rápidamente y distribuido a todos los tejidos del cuerpo (hasta cruzando la barrera placentaria), pero ejerce su acción depresora solamente en el cerebro. Sólo el 15% es metabolizado en el hígado cada hora y el resto es recogido en reservorios grasos y liberado gradualmente de vuelta a la sangre en las horas siguientes. Lo que se ve a menudo es que el paciente presente un estado similar a un dormir natural sin sueños pero,

a diferencia del sueño natural, persiste una somnolencia por varias horas. (5)

La toxicidad es baja en dosis subhipnóticas, pero cantidades mayores reducen la ventilación pulmonar deprimiendo el centro respiratorio en la médula, de modo que responde menos al dióxido de carbono y puede producir alguna tendencia hipotensora deprimiendo el centro vasomotor. La alergia es rara y habitualmente de la variedad de un zarpullido transitorio. Los barbitúricos, como la mayoría de los depresores potencian a otros depresores, notablemente el alcohol, antihistaminas y reserpina. La toxicidad aguda suele caracterizarse por depresión respiratoria. Las soluciones son altamente alcalinas y pueden producir irritación y hasta necrosis si algo se extravasa alrededor del sitio de venipuntura. Las inyecciones intramusculares deben ser profundas, en una masa muscular grande, con no más de 5ml. en cualquier sitio. En algunos niños se ve, una reacción paradójica que causa excitación, inquietud y delirio, sobre todo en aquellos con daño cerebral. La incidencia es baja, pero no tanto como para eliminar la duda en la elección de una droga de este grupo para algunos paciente. (5)

Tranquilizantes- Prometazina (Penergan):

Una cantidad de drogas clasificadas en este grupo pueden ser usadas eficazmente para la sedación en el tratamiento odontológico. La prometazina ha sido elegida arbitrariamente porque es segura y confiable, pero esto no significa que muchas otras no lo sean también.

La prometazina es una del grupo de drogas fenotiazina que afecta la conducta y el sistema nervioso autónomo. Muestran una acción, similar, difiriendo en el grado de efecto y duración de la acción. Todas son antihistamínicos (buena elección para los pacientes alérgicos), antieméticos (buena elección para usarlos con óxido nitroso) y capaces de producir a veces una reacción extrapiramidal caracterizada por inquietud, movimiento desordenado, espasmo muscular, ansiedad y/o sudoración pero como regla esto ocurre con la medicación prolongada y raramente después de una sola dosis.

El efecto hipotensor que se ve a veces con las fenotiazinas, falta o es mínimo con la prometazina. En realidad, de todo este grupo, la prometazina es la que presenta menos probabilidad de producir efectos indeseables y, aun de ser así, son menos profundos que los provocados por otras drogas. Se suele pensar que se trata de un agente potenciador utilizado para mejorar los efectos de otros depresores del sistema nervioso central reduciendo su dosis evitando o disminuyendo así sus efectos laterales. La combinación prometazina/meperidina (Fencergan/Demerol) es probablemente la mezcla más usada para premedicación antes de una anestesia general y es difícil superarla para la sedación por vía intramuscular en odontología. La reacción paradójica de los barbitúricos falta totalmente. Las drogas son químicamente compatibles y pueden ser mezcladas en una jeringa y dadas en una sola inyección. Clínicamente, la prometazina parece potenciar las capacidades sedantes y euforizantes de la meperidina, permitiendo reducir la dosis de esta última y disminuyendo así cualquier tendencia a la depresión respiratoria.

La prometazina brinda alguna prevención de la hinchazón y trismus después de la cirugía y su efecto anticlinérgico tiende a secar la boca es irritante y debe ser inyectada lentamente en una masa muscular grande. Si se la mezcla con barbitúricos precipitará y, aunque actúa bien con el secobarbital, cada una debe ser inyectada en jeringas separadas y preferiblemente en músculos diferentes. (6)

Manejo del caso:

Para tratar eficazmente individuos impedidos, es esencial que el odontólogo conozca al paciente y tenga un plan de tratamiento bien concebido. Corresponde a su decisión crítica tratar al paciente totalmente despierto, sedado o con anestesia general y esta determinación no puede hacerse inteligentemente para un extraño.

Un perfil físico del paciente queda formulado con la historia y el examen; e procedimiento se hace con el propósito de recoger información y observar si ha desviaciones de lo normal.

Esto debe hacerse en la medida apropiada antes de tratar a cualquier paciente, pero su importancia aumenta con los impedidos y especialmente con aquellos a quienes se administrará una medicación sistémica.

En ellos el odontólogo encontrará a menudo limitaciones físicas-especiales o malfunciones y medicamentos que se están dando al mismo tiempo con una multitud de propósitos. Afortunadamente esas personas muy probablemente, están bajo control médico regular, lo que facilita la consulta. (6)

Historia:

El paciente, padre o cuidador, suele ser una buena fuente de información. Quizá la forma más eficiente de comenzar a obtenerla es que cualquiera de esas personas complete un cuestionario escrito.

El cuestionario debe ser revisado por el odontólogo más que por una enfermera o asistente, porque a medida que avanza la entrevista, brinda la valiosa oportunidad de observar al paciente. En este momento, pueden hacerse juicios razonables sobre la constitución física del paciente, su vivacidad, capacidad intelectual y cooperación y el repaso del cuestionario permitira buscar signos objetivos de condiciones ocultas de las que el paciente no tiene conocimiento. Cualquiera sea la información que proporcione el cuestionario, cada paciente debe ser interrogado sobre su capacidad cardiorespiratoria, enfermedades metabólicas (sobre todo diabetes mellitus), enfermedad hepática, tendencia a la hemorragia, alergia y experiencia previa odontológica y anestésica. (8)

Examen físico:

Incluye la observación mencionada y cualquier otra prueba que parezca necesaria, de acuerdo con la profundidad anticipada de la medicación y la naturaleza de la información ya obtenida. Los procedimientos intravenosos requieren un examen más cuidadoso que los intramusculares, los cuales son examinados más de cerca que la sedación con óxido nítrico. Tomar la presión sanguínea, el pulso, y la velocidad respiratoria es un asunto sencillo. El pH de la orina y el contenido de glucosa y proteína pueden ser comprobados en un instante con una tira de prueba (combistix) y la densidad específica puede ser medida con un hidrómetro barato. Un desembolso moderado puede permitir al odontólogo obtener un himoglobinómetro colorimétrico sencillo para hacer lecturas

de himoglobina bastante exactas. (8)

Los test son raramente esenciales; la historia y la observación-bastan habitualmente para facilitar la consulta y determinar si el paciente puede ser sedado. Hay que hacer el examen dental más completo posible; el plan de tratamiento debe ser elaborado cuidadosamente y la secuencia de los procedimientos debe seguirse en forma meticulosa.

Sólo cuando se dispone de toda esta información se puede decidir sobre cómo proseguir. Puede ser aconsejable que el paciente sea examinado más a fondo por un médico y, en ciertos casos, obtener un informe escrito. (8)

Explicaciones al paciente:

El paciente y su familia deben ser informados de las comprobaciones en el examen odontológico y hacerles entender el plan de tratamiento. Deben conocer cualquier pronóstico dudoso, informándoles que mientras el paciente está medicado, el odontólogo no tendrá oportunidad de detenerse y explicarles las alternativas que pudieran presentarse a la luz de los descubrimientos, mientras el tratamiento avanza. Deben entender que el odontólogo usará su mejor criterio clínico y hará lo que considere mejor para el paciente. (8)

Instrucciones preoperatorias:

Deben incluir información sobre cualquier medicamento a tomar: cómo cuándo, y cuánto. En la sedación más profunda suele ser conveniente que el paciente venga con el estómago vacío. Esto significa nada de comer o beber (excepto, posiblemente, las drogas de premedicación) desde la noche anterior y el tratamiento debe ser planificado temprano en la mañana. Esto puede adaptarse aun en los regímenes deabéticos (pero siempre debe consultarse con el médico actuante). Si no se puede evitar una cita por la tarde, el paciente no debe almorzar y sólo tomará un desayuno ligero, evitando productos lácteos si es posible.

Si bien la necesidad absoluta de un estómago vacío no se aplica para la sedación igual que para la anestesia general porque los reflejos protectores de la faringe y la laringe permanecen intactos, suele

ser conveniente. Los pacientes así preparados no son tan propensos a tener náuseas y si vomitan, el manejo de la situación, con regurgitación sólo de jugo gástrico sin materia sólida, es más sencillo. Además como la mayoría de las personas se dan cuenta de la necesidad de tener el estómago vacío antes de una anestesia general, pedir que así sea - para la sedación tiene un cierto efecto de placebo que acentúa en sus mentes la eficacia de estos métodos.

El atuendo debe ser sencillo, con mangas cortas para tener acceso a los sitios de inyección en los brazos y el mínimo maquillaje. El paciente debe ser acompañado por un adulto responsable y volverá a su casa después del tratamiento en un auto particular y no en transporte público. El odontólogo debe ser informado por el paciente en la semana anterior al tratamiento de cualquier desviación de la buena salud normal, para decidir si posponerlo o no. (8)

Durante la sesión de tratamiento:

En el momento del tratamiento, todas las preparaciones en la sala deben completarse antes que entre el paciente. El aparato de anestesia, se se va utilizar, debe ser controlado en cuanto a disponibilidad de gases y máscara correcta. Los tanques de anestesia deben estar preparados y las jeringas cargadas y fuera de la vista pero al alcance de la mano. El equipo de monitoreo que se emplee debe estar listo y el instrumental operatorio dispuesto con los elementos para posibles modificaciones de acuerdo con las comprobaciones clínicas. Puede requerirse una preparación especial para las sesiones largas con mucho por hacer sin poder dejar al paciente. La buena succión es imperativa así como disponer de instrumentos claves.

Cuando el paciente está sentado, se vuelve a controlar su estado físico y se confirma el plan de tratamiento. Se verifican todas las instrucciones preoperatorias para ver si fueron seguidas y alguien debe asegurarse de que el acompañante adulto está presente.

Durante el tratamiento, el odontólogo mantendrá constantemente contacto con el paciente y su estado momentáneo fisiológico y medicamentado; con la práctica esto se hace virtualmente automático. Para odontólogos experimentados, la sedación puede ser la formación más desgastada de trabajar (8)

Después del tratamiento:

El paciente permanecerá en el consultorio hasta que esté relativamente despejado y en condiciones de caminar con solo una mínima ayuda. Los niños pequeños, por supuesto, pueden ser llevados en brazos pero, igualmente deben haberse recobrado en forma adecuada antes de irse. Como regla, todos los pacientes deben quedarse por lo menos una hora antes de ser despedidos.

El grado de sedación está relacionado con la cantidad de estímulo psíquico. La partida del ambiente hostil al hogar confortable y seguro puede reducir el nivel de aprensión del paciente a punto tal que sucumbirá nuevamente a la medicación y dormirá nuevamente a la medicación - y dormirá buena parte del día. Los padres deben ser prevenidos de esto advirtiéndoles que no se preocupen. En realidad, no es indeseable, ya que la actividad demasiado inmediata predispone a náuseas y malestar. En cualquier caso, se debe llamar más tarde durante el día para saber cómo está el paciente y reasegurarlo si es necesario.

Las instrucciones posoperatorias deben ser dadas para cualquier medicamento a tomar; quizás estén indicados antibióticos o analgésicos. La dieta debe ser liviana ese día; comer mucho, demasiado pronto tiende a provocar náuseas a los pacientes. Deben comenzar con líquidos, probando primero con cantidades pequeñas y aumentándolas gradualmente durante el día. Al día siguiente el paciente puede volver a su rutina normal en cuanto a actividad, cepillado dentario y dieta. (8)

Usos en Odontología:

La sedación es aplicable en todas las áreas de la odontología, sean restauradoras o quirúrgicas, ya se trate de tejidos duros o blandos. Uno de los beneficios mayores de los sedantes es que permite a los odontólogos realizar procedimientos normales sin modificarlos. No hay necesidad de sacrificar calidad; en realidad, en los pacientes para quienes estos métodos están indicados, la calidad será probablemente mejor que si se usarán sedantes. El criterio para el tratamiento correcto sigue siendo el mismo; con los sedantes esas metas pueden lograrse con más frecuencia.

Con el uso de la sedación puede haber diferencias en el plan de tratamiento;

los planes debenn ser alterados de modo que los pacientes puedan ser tratados en menos sesionesj, más largas. De acuerdo con la magnitud - del tratamiento requerido, se puede elegir tratar un cuadrante, un la do, o posiblemente toda la boca. Todo lo que tiene que hacerse en esa zona, incluyendo restauraciones de amalgama, coronas de acero cromo, - extracciones, procedimientos periodontales, etc., se completará en un día.

La sedación no es una técnica única para niños o para adultos; se adapta a pacientes de distintas capacidades intelectuales y diferentes características físicas y, como resultado, la odontología que se hace puede variar considerablemente para distintos pacientes. Usando seda- ción, el tratamiento puede hacerse con el paciente sentado normalmen te, o con técnica de cuatro manos, con paciente acostado en un sillón anatómico. (La posición supina no solo facilita el acceso operatorio- como en todos los pacientes, sino que ayuda a evitar cualquier tenden cia a la hipotensión postural, que a veces se ve en pacientes sedados tratados en posición erecta. Como tal, esta posición es obligatoria - más que elctiva). El tratamiento de pacientes sedados pueden efectuar- se con la misma eficacia y tan productivamente como el de pacientes - totalmente despiertos, utilizando la misma sala de operaciones.

La sedación tiene indicaciones algo limitadas; debe ser compati ble con el perfil médico del pciente, determinando por la historia, - el examen físico, y la consulta, si estaba indicada. la droga o la mo dalidad de administración debe estar de acuerdo con ese perfil y las- características de manejo del paciente deben ser tales que el trata- miento resulte más eficaz que si se hiciera con el paciente despierto o con anestesia general.

La sedación no debe convertirse en una forma de vida para ningún paciente, salvo que se trate de un desequilibrio neuromuscular incotro lable que puede ser calmado con drogas. pero aun si se trata de retar- do mental, confrecuencia estos pacientes pueden ser educados (dentro de su capacidad) para aceptar mejor el tratamiento porque conservan - alguna noción de lo que les rodea y lo que les está sucediendo. Llegan a saber que esto no representa una situación amenazadora o peligrosa y a menudo pueden ser entrenados o enseñados a aceptar el tratamiento -

dental en una forma más normal. Siempre que sea posible, la meta de los odontólogos es sacar a los pacientes de las formas más profundas y fisiológicas perturbadoras de sedación.

Todo esto puede hacerse sin que el odontólogo se fatigue físicamente emocionalmente y le permitirá trabajar mejor y conseguir la aceptación del paciente. (8)

Uso de la Sedación:

Adquirir esta capacidad requiere algún esfuerzo por parte de quienes no han usado sedación antes. Es necesaria la preparación en; función cardiovascular y respiratoria, mantenimiento de la vía de aire, evaluación preoperatoria de un paciente para determinar su estado físico y la forma en que debe ser manejado, control del estado mientras está bajo la influencia de las drogas, adquirir experiencia y conocimiento en las diversas vías de administración e instrumental familiarizarse con la farmacología de las drogas utilizadas, aprender como reconocer y tratar las complicaciones que pudieran ocurrir y cómo manejar este tipo de situación y el tipo de protocolo a seguir esto puede lograrse leyendo, concurriendo a clínicas hospitalarias donde se practica sedación asistiendo a cursos de posgrados de educación continuada, consultando con colegas que usan estos métodos y mucha lectura. El profesional capacitado tiene la habilidad de elegir de entre varios medios para individualizar cada manejo de cada paciente en cada día y para cada procedimiento. Esta es la forma en que se debe proceder para lograr el máximo beneficio del paciente y el odontólogo. (8)

CAPITULO VII

ENFOQUES COMUNITARIOS Y DE EQUIPO

A.- Tratamiento en equipo del paciente impedido:

Debido a la singularidad de la vida de la persona impedida, hay

una cantidad de gente involucrada en su tratamiento. Durante todas sus vidas, incapacitadas las necesidades del cuidado personal, mantenimiento de la salud, recreación y empleo de los individuos impedidos, son total o parcialmente planificadas y controladas por otras personas.

Esas personas son quienes constituyen el equipo multidisciplinario sobre la rehabilitación. Es importante que el odontólogo y su personal estén familiarizados con los distintos miembros del equipo y cuáles son sus contribuciones al mismo.

La calidad del miembro del equipo puede variar mucho de una comunidad a otra. Cualquiera o todos los siguientes pueden ser integrantes de un equipo; padres médicos terapeutas, trabajadores sociales, maestros, nutricionistas, enfermeras, psicólogos y odontólogos.

Comunes a todos los equipos son los padres o cuidadores de la persona impedida. Son ellos quienes deciden buscar el consejo del equipo y seguir sus recomendaciones. El sentimiento de frustración y derrota, en dulzado por la fe y la esperanza, sólo puede ser expresado por ellos.

El papel del médico en el equipo comienza habitualmente con el reconocimiento de que el desarrollo o la actuación del paciente no es normal. La búsqueda permanente de una causa y un plan de tratamiento, muchas veces impone al médico como coordinador del equipo.

El trabajador social y el trabajador comunitario están constantemente ayudando, dirigiendo y planificando las necesidades presentes y futuras de la persona impedida, necesidades que son determinadas por el equipo, pero reguladas por los recursos financieros disponibles y las metas de rehabilitación de moda al momento.

El maestro, que se ocupa del desarrollo del potencial intelectual de la persona impedida.

coordina las actividades de aprendizaje con los distintos terapeutas físicos, ocupacionales y foniátricos.

La actuación eficaz e integrada de cada miembro depende de la comprensión mutua del papel de cada persona. Como la odontología está involucrada cada vez mas en la atención de la persona impedida, resulta obligatorio que los odontólogos los papeles de los otros miembros, de modo que los planes para la salud dental del paciente complementen el plan de rehabilitación integral. (6)

B.- El papel del Médico:

El sistema de prestación de salud está cambiando rápidamente, tanto en su estructura como en la forma en que el personal opera dentro de esa estructura. Tradicionalmente, un médico cumplía los papeles de diagnosticador, proveedor de servicios médicos y en muchas circunstancias, consejero respecto a problemas personales y emocionales. La especialización médica, el planeamiento sanitario, nuevas profesiones de la salud, Organizaciones Profesionales y de otros factores, han modificado esa actuación tradicional. Aunque muchos otros papeles adicionales se han adjudicado a los médicos, también han sido aliviados de muchas responsabilidades. (7)

Por ejemplo, antes los médicos registraban la historia de un paciente, efectuaban la historia de un paciente, efectuaban el examen físico y en muchos casos se ocupaban personalmente de algunas pruebas de laboratorio. Actualmente, tienen la opción de utilizar técnicos en entrevistas para registrar la historia, asistentes para efectuar el examen físico y procedimientos de computación. (7)

Otros aspectos de las responsabilidades del médico podrían ser enumerados de manera similar. En cada época su papel cambia en su propia práctica, pueden pues esperarse cambios en su propia eficacia y en cómo se relaciona con los otros componentes del sistema de atención de la salud. Tiene entonces la oportunidad de comprometerse en forma más eficiente en la importante tarea de integrar la información en un plan diagnóstico y terapéutico, y comunicarlo a sus pacientes. Con un

método más sistemático, puede dedicar más tiempo a los aspectos de la atención integral hacia la que había demostrado antes un mínimo interés y un compromiso sólo superficial. Uno de esos componentes era la atención odontológica.

Históricamente, la medicina se ha ocupado mayormente de la reacción a la enfermedad y el daño, más que de la prevención. Sólo recientemente, se puede percibir un aspecto verdaderamente preventivo, como el ejemplo de técnicas de orientación anticipatoria en pediatría y medidas de odontología preventiva en niños y adultos jóvenes. Sin embargo, las diferencias entre estos programas y los de salud pública comunitarios previos, como los de detección de la tuberculosis y la purificación de las aguas, deben ser reconocidos. Los programas anteriores combinan aspectos de salud pública y personal, mientras que los programas preventivos actuales están dirigidos a problemas de salud personal, mientras que los programas preventivos actuales están dirigidos a problemas de salud personal, por ejemplo fumar, salud mental-abuso de alcohol, enfermedad cardiovascular y salud dental. Los individuos mismo o los padres o padres sustitutos, deben tomar un compromiso personal para involucrarse en aspectos preventivos de su salud.

Las reestructuración del sistema de prestación de servicios de salud con sus concomitantes redefiniciones de papeles y la percepción del paciente de su papeles y la percepción del paciente de sus papeles al utilizar esos sistemas, influirán en definitiva en el papel del médico en el proyecto de salud dental.(7)

UN proceso de atención sanitaria integral:

El proceso de brindar atención sanitaria integral, incluyendo salud dental, puede resumirse en el siguiente esquema.

COMUNICACION

Problema----->Evaluación-----> Integración----->Implementación
 Reevaluación. ←

El proceso se inicia con el reconocimiento de algún factor que actúa como una barrera para la salud óptima. Esa barrera puede ser un estado de enfermedad, una actitud contra la salud dental preventiva, falta de medios económicos para conseguir salud dental o cualquier combinación de esos factores. (8)

Una vez identificada la barrera o el problema, comienza el proceso de evaluación, que consiste en una serie de pasos para reunir información sobre ese problema. Esto es seguido por la integración de los datos en un plan de acción propuesto. Sólo después de la fase de integración puede comenzar la verdadera implementación del plan.

Después de un período especificado o de una serie de acciones, se inicia un proceso de reevaluación o una nueva recolección de datos, para determinar si los resultados deseados se lograron realmente. Si no fue así debe generarse un plan de acción nuevo o modificado, incluyendo formas potencialmente diferentes de implementar el plan de acción.

Vital para todo el proceso, como lo marca su posición principal en el esquema es el proceso de comunicación, El progreso en el logro de un cambio en la conducta sanitaria, será mínimo, salvo que haya comunicación por parte de todos quienes intervienen en el proceso de atención sanitaria, incluyendo el paciente y los profesionales de la salud. La ruptura en la comunicación en cualquiera de esos niveles puede ser desastrosa, sobre todo en un momento en que un número creciente de individuos está involucrado en el proceso de brindar atención sanitaria. Pueden señalarse otros problemas potenciales en el manejo del paciente, pero ninguno tiene tanto potencial para limitar la eficacia del proceso. (8)

El proceso bosquejado puede aplicarse a un problema específico, como descubrir encías sangrantes, decidir la eliminación diaria de la placa con cepillo e hilo dental y reevaluar en un futuro especificado para ver si las encías están sanas. También puede ser considerado en forma más general como un proceso que guía todo el programa de salud dental de un niño durante una vida. (8)

El término atención sanitaria integral se usa aquí para indicar un programa de atención total, incluyendo preocupación por la salud médica, dental, emocional, y nutricional del niño o el adulto. La mayoría de las autoridades estarán de acuerdo en que todos los componentes deben estar representados en un plan que lleve a la realización de la salud óptima para cualquier persona. Debido a sus necesidades especiales, las personas con un impedimento requieren no solamente todas las facetas de un programa de salud, sino servicios adicionales también en dentro de una o más áreas, para alcanzar la salud óptima.

La atención sanitaria integral para los individuos impedidos debe concentrarse también en la calida interrelacionada de los servicios. - En la persona impedida suelen presentarse deficiencias médicas, odontológicas y nutricias y si no se tratan con eficacia, pueden llevar a problemas significativos en la salud emocional de la persona. Debe insistirse en que la falla en alcanzar una salud dental óptima en una persona impedida es tan inaceptable como la falla en inmunizar adecuadamente a un paciente contra la poliomielitis paralítica.

Una característica inherente de este proceso es la capacidad para indentificar y modificar un componente que no está funcionando como se desea. El proceso puede entonces volver a aplicarse para determinar el componente que actuó como barrera para el logro del resultado a que se aspiraba. (8)

C.-El papel del Padre;

Los padres son una parte de la mayoría, pero no todos, los equipos que se ocupan de las personas impedidas. Por ejemplo, los adultos impedidos que no lo fueron cuando niños, tienen figuras parentales comprometidas en su atención. Algunos ejemplos son los padres adoptivos, cuidadores, hermanos y empleados de una institución (si el paciente es pupilo del estado).

Cualquiera sea el caso, las descripciones siguientes son aplicables a la figura parental y deben ser modificadas para adaptarse a la estructura del equipo (6)

Padres que tratan con niños dependientes:

La clave de toda la rela

ción entre el odontólogo y el padre de un niño dependiente es una comprensión de cómo ese padre está tratando todo el problema de atender un niño impedido. Sería imposible describir la miríada de formas en que los padres manejan esta situación. En realidad, los padres pasan por un espectro completo de reacciones en la vida del niño; sin embargo, sería útil para el odontólogo aprender unas pocas de las características comunes.

Los padres a menudo usan el mecanismo de negación con sus niños impedidos. Esto parecerá como una actitud de indiferencia desde el punto de vista del odontólogo. A veces los padres están inmovilizados por la enormidad de la tarea de atender un niño impedido, esto puede ser interpretado como falta de atención a una actitud desganada hacia el niño. Los padres de niños impedidos tienden a vacilar entre sobreprotección, debido a un sentimiento de culpa y negligencia, por una posición y para que molestarse? frente a situaciones insuperables.

En sus momento más racional, los padres son excepcionalmente apoyadores del niño y de los deseos del odontólogo para él. cuando los padres son felices y fuerte, esas ventajas son compartidas con el odontólogo y el niño. (8)

Padres que interactúan con otros padres:

Una fuente de energía para los padres de niños física y mentalmente dependientes es la situación de otros padres con problemas similares. Se ha organizado muchos grupos debido a esta necesidad de ayudarse unos a otros. Asociaciones para Ciudadanos Retardados, para Paralíticos Cerebrales, para Niños y adultos Lisiados son grupos nacionales familiares de defensa. Existen otras organizaciones locales, formales e informales, que brindan un ambiente para que los padres se comunquen entre ellos. Es verdad que muchas de ellas obtienen eventualmente el apoyo de otros ciudadanos interesados, pero la mayoría fueron formadas por la necesidad de los padres. Algunas funciones de esos grupos son las siguientes:

- 1.- Brindar apoyo mutuo por medio de la conversación simpática.
- 2.- Brindar amistad a los niños y las familias en una organización para recreo y funciones sociales.

- 3.- Identificar amplias dificultades que tienen impacto social.
- 4.- Desarrollar una acción política por medio de grandes sumas.
- 5.- Compartir soluciones de los problemas y difundir información útil.

Los padres apreciarían el apoyo de los odontólogos a estos grupos y cualquier oportunidad de hablarles sobre su experiencia en brindar atención dental a los impedidos es apreciada. (8)

Padres que buscan atención sanitaria:

En casi todos los casos, la buena atención sanitaria para el niño impedido es procurada por persistencia. Esta actitud (por parte del padre, habitualmente) es también necesaria para que el niño reciba buena educación y recreación estimulantes. Probablemente, la figura clave en el sistema de atención sanitaria es el médico de familia. Es posible que el distrito escolar local primero por medio de un maestro y luego por medio de los administradores, pueda iniciar una acción para mejorar la salud del niño.

Si el impedimento es de gran significación, casi siempre quedará comprometido un tercer centro de atención sanitaria (por ejemplo, una escuela u hospital estatal o un centro de rehabilitación regional). En las mejores circunstancias el padre debe estar en condiciones de encontrar atención médica y odontológica para el niño impedido de la misma manera que se encuentra para el resto de la familia. Los profesionales deben proporcionar instalaciones accesibles y estar dispuestos a tratar o derivar adecuadamente para el tratamiento de problemas de salud. (7)

Padres que tratan con profesionales:

Los padres de niños físicamente o mentalmente dependientes tratan con muchos profesionales. Esas personas dedicadas en términos de su profesionalismo a ayudar a cada niño a alcanzar su potencial, incluyen educadores, médicos, odontólogos, asistentes paramédicos y trabajadores sociales. una vez que el equipo es considerado desde el punto de vista de los padres, no es difícil notar que los padres son una minoría de uno (en espíritu si no en número).

Aspiran a realizar cada régimen, tratar con cada personalidad - y escalonar cada prioridad, de acuerdo con lo mejor de su capacidad -

Los padres tratan con esos profesionales sobre una base regular, ocasionalmente o quizá sólo una vez. Son llamados a reaccionar racionalmente y/o entusiastamente en casi cada situación. Esto puede o no estar de acuerdo con la personalidad de cada padre; porque, en realidad, cuando una persona recibe la bendición (y puede ser una bendición) de un niño con una incapacidad de desarrollo, sigue siendo esencialmente el mismo individuo único, con la misma cantidad de compasión y paciencia que antes. (7)

Como tratan los padres con los profesionales? la mayoría de estos preferirían, sin duda, que los padres hicieran preguntas pertinentes, siguieran las directivas y cumplieran las citas. La mayor parte del tiempo, los padres hacen eso, si es posible; tratarán de hacer lo máximo de lo que piensan que es correcto e intentarán enseñar a su hijo buena higiene dental y seguir una atención minuciosa en el hogar. (8)

Establecimientos de prioridades dentales:

Los padres tienden a reaccionar con bastante coherencia a las necesidades dentales de cada miembro de la familia. Si la buena salud dental es importante para los padres mismos y sus hijos normales, también lo será para su hijo dependiente. Si hay una carga financiera muy grande en forma regular, como honorarios quirúrgicos, soportes para piernas y medicamentos, o si existen problemas de salud de mayor exigencia, la atención odontológica puede tener una prioridad baja. Sería lindo suponer que los padres no viven de crisis en crisis, pero a menudo ese es el caso. por otra parte, si la ortodoncia es un asunto altamente prioritario y financieramente factible para los hermanos, también deberlo para el niño dependiente.

Los padres dejan a los odontólogos establecer las prioridades dentales, y por esto es necesario no explotar sus sentimientos de culpa. Es útil que el odontólogo sea excepcionalmente realista y práctico-

hasta conservador. Hay que ayudar a los padres a que acepten el problema con una actitud positiva. En esta forma los odontólogos pueden ser útiles en el proceso de tomar decisiones sobre la atención odontológica. (7)

Adultos dependientes:

Consciente o subconsciente, los padres están siempre preocupados por el futuro del niño dependiente y cómo será su adultez. Los primeros capítulos de este libro tratan sobre las preocupaciones que los padres tienen a este respecto, esto es, barreras arquitectónicas en el consultorio (una preocupación clave), unidades portátiles para pacientes confinados en sus casas y atención preventiva y restauradora. Sin embargo, los adultos dependientes deben diferenciarse de quienes no lo son. Es obvio que tanto los adultos que son incapacitados recientemente como los que han sido siempre dependientes, lo mismo que adultos que fueron dependientes cuando niños, pero han alcanzado cierto nivel de independencia serán tratados. Los odontólogos deben ayudar a los padres a motivar a su hijo para que continúe buscando buena atención dental, porque no le será tan fácil como para una persona del todo independiente.

Todos los padres ansían creer que su hijo alcanzará un alto nivel de independencia. Confían en que sus hijos normales no tendrán que hacerse cargo de la vida del hermano como adulto. En esta situación el hijo normal se convierte en figura paterna. El odontólogo debe estimular a la familia a que sea realista, mientras intenta enseñar al niño tanto como sea posible sobre buena salud dental. (8)

Es importante para el odontólogo tener en mente, además, la situación económica cambiante del padre y el niño dependiente a medida que crece. Puede haber una mayor necesidad de ayuda financiera. Los odontólogos pueden orientar al paciente en este sentido si se mantienen informados sobre esta cuestión. También deben comprender que los programas médicos federales, por molestos que parezcan, pueden ser el único seguro de salud del paciente. (8)

D.- El Papel del trabajador Comunitario:

El proceso de normalización:

El papel del trabajador comunitario- que trata con el individuo gravemente impedido ha cambiado mucho. En los comienzos de los 60, había muy pocos niños impedidos graves en la mayoría de las comunidades en todo el país. Los niños con problemas serios, como el retardo mental, eran habitualmente derivados para su ingreso en escuelas de los hospitales del estado en todo el país, aproximadamente en la misma época en que sus contrapartes normales ingresaban a las escuelas públicas. Por consiguiente, el trabajador profesional corriente en la comunidad veía muy poco al niño impedido grave, salvo que ese trabajador estuviera en una comunidad cercana a una institución pública o privada para impedidos.

Desde 1960 se han promulgado leyes federales adicionales para permitir a los estados desarrollar clases de educación especial y talleres especiales para los impedidos, con recursos públicos y privados.

Más o menos en la misma época, los padres de niños impedidos comenzaron a ir a las cortes para poner a prueba este sistema y ver cuáles eran los derechos de sus niños impedidos. Los casos judiciales resultantes, como el famoso caso Pennsylvania a comienzos de 1970 han establecido que el niño mentalmente retardado debe recibir educación del estado.

Alunos de los resultados de esas tendencias en los cambios e interpretación de la ley de por los tribunales han ayudado a iniciar y continuar el movimiento hacia la desinstitucionalización. Para facilitar el retiro de niños y adultos impedidos de los ambientes institucionales-tradicionales, se han desarrollado alternativas a la atención institucional. (8)

Desde el punto de vista del trabajador comunitario, una de las consecuencias más evidentes en los niños que dejan la institución es que el nivel funcional promedio en la comunidad ha disminuido firmemente.

Por lo tanto, los trabajadores sociales, educadores y todos los profesionales que normalmente sirven al público general en la comunidad, están siendo solicitados ahora para servir a niños o adultos impedidos más gravemente en forma rutinaria. (7)

El uso del tradicional hogar de la "familia adoptiva" como una alternativa a la internación del niño tiene aplicaciones limitadas. La familia adoptiva habitual es simplemente una familia dispuesta a atender en su propio hogar a un niño además de los propios. No obstante, debido a las necesidades complejas y crónicas de un niño retardado grave, la familia adoptiva corriente no está mucho mejor equipada para la atención prolongada de un niño en esas condiciones que los padres naturales. Por las intensas y constantes demandas de una supervisión individual de esos niños, se necesitan otras alternativas además de la familia adoptiva. (8)

El proceso de desarrollar alternativas a la atención institucional ha tomado varias formas desde comienzos de la década del 60.

Los intentos de devolver a los individuos mentalmente retardados a la población general significaron retirar grandes cantidades de adultos retardados y devolverlos a sus comunidades con poca planificación. Esto ha resultado en un recargo de recursos locales limitados, como sanatorios e instalaciones municipales de atención. En 1971, la Asociación para Ciudadanos Retardados en un municipio de un estado del mediooeste decidió desarrollar su propia alternativa al cuidado institucional. Se inició con un proyecto piloto, fundado por el municipio local, siguiendo cuatro principios básicos: normalización, flexibilidad, uso de los recursos comunitarios existentes y regionalización o desarrollo intermunicipal. Los iniciadores de este proyecto pensaron que se seguía esos cuatro principios se facilitaría el desarrollo ordenado de un programa comunitario de vida estructurada. Esto proporcionaría el apoyo necesario a las familias de niños impedidos y una alternativa mucho más productiva a la vida institucional tradicional.

A continuación va una breve definición de cada uno de los cuatro principios. Normalización debe ser el intento de proporcionar un patrón normal de vida cotidiana dentro de la comunidad para cada residente.

El concepto de flexibilidad está ejemplificado en el deseo de desarrollar el programa residencial según las necesidades identificadas de cada residente. El uso de recursos comunitarios existentes implica varias cosas: primero, el uso de las viviendas existentes es importante para permitir la máxima flexibilidad en el desarrollo de unidades ha

bitacionales según las necesidades de las personas a quienes se sirve y segundo, los recursos humanos existentes en la mayoría de las comunidades son los utilizados por la gente normal, Por lo tanto, se supone que si los recursos humanos existentes pudieran ser utilizados para con los impedidos, la necesidad de duplicar los servicios se eliminaría y los impedidos se integrarían verdaderamente a la comunidad. El concepto de regionalización es un apéndice del fenómeno de incidencia en la población total de los gravemente impedidos, que necesitan vida-estructurada. En todo este país y en realidad en todo el mundo, la incidencia de personas impedidas graves en la población normal es tal que en todas las comunidades, excepto las de más alta densidad, las cantidades de personas atendidas son suficientemente pequeñas y deben considerarse regiones multimunicipales para derivar una población lo bastante grande para justificar el desarrollo de agencias especiales establecidas para brindar servicios a los impedidos.(8)

El personal profesional del proyecto era responsable de mantener relaciones productivas con los hogares naturales de esos niños. Una forma de lograrlo fue por medio de visitas frecuentes al hogar y comunicación frecuente entre el personal donde los niños estaban viviendo y los padres naturales.

Los padres-consejeros fueron entrenados especialmente para comprobar cada nivel de desarrollo y marcar su progreso. Periódicamente se establecieron nuevas metas de desarrollo que fueron comunicadas a los padres naturales, de modo que todos lo que se pusieran en contacto con un niño impedido conocieran las metas sobre las que el niño trabajaba en ese momento. Esto requirió también comunicación interpersonal entre quienes actuaban en el proyecto y la gente de la escuela. Los padres-consejeros participantes en el proyecto se convertían en padres sustitutos cuando el niño estaba fuera del hogar natural. A los ojos de la comunidad, llegaron a ser las personas responsables del cumplimiento de las necesidades del niño. Las necesidades que podían solucionarse en el hogar, por supuesto, eran resueltas por los padres-consejeros y/o los padres naturales. Las necesidades de cuidado médico y odontológico que requerían atención fuera del hogar eran tratadas en la misma forma que para el niño normal, derivándolo al profesional apropiado.

La suposición básica para este nuevo estilo de vida era que la reponsabilidad primaria de establecer el patrón de vida cotidiana sería la de los padres-consejeros. La orientación para ellos incluía visitas a las instalaciones de las escuelas de los hospitales del estado y sesiones de entrenamiento tipo seminario en las que se discutían con el director los principios básicos del proyecto. Se les daban oportunidades de analizar la filosofía y enfoque del proyecto. Los padres-consejeros eran orientados hacia la familia y el papel del padre adoptivo y advertidos para que evitaran asumir el papel del padre natural, sino el que era en efecto una prolongación del padre natural, similar al papel de los maestros. (8)

Las casas deben permitir a los padres-consejeros tener su propio dormitorio y depósitos adecuados. Las casas tenían también un lugar grande para recreación y suficientes dormitorios para que cada niño tuviera su propia cama. Las casas se seleccionan en diferentes partes de la comunidad. La publicidad es mínima. (7)

Los fondos del municipio local, del estado, y federales, suelen estar a disposición por intermedio del departamento de servicios sociales y el departamento de salud mental, en varios estados. El costo de mantener a cada residente en el programa comunitario, no suele ser mayor que el de mantener a ese residente en una de las escuelas de los hospitales del estado. (6)

Se supone en general, que este tipo de legislación beneficiará a la larga a las personas impedidas y las hará menos dependientes y, muy probablemente, se convertirán en miembros cooperadores en la sociedad. El papel del trabajador comunitario con los impedidos, por consiguiente, se ha acercado mucho más al de quien trabaja con todas las personas en la comunidad. (8)

E.- El papel del maestro:

La sociedad contemporánea ha señalado significativamente la situación del niño impedido o para usar un término más familiar a los educadores del niño excepcional es muy general -

cubre una cantidad de diferencias individuales que van desde niño es pecialmente brillante al niño con un retardo mental profundo. Para complicar más el punto, el niño excepcional ha sido analizado por una impresionante cantidad de disciplinas medicina, psicología, sociología fisiología, y educación.

Desde el punto de vista del educador, un niño es considerado excepcional solamente cuando es necesario alterar el programa educativo para satisfacer sus necesidades. La persona excepcional sería definida como el niño, adolescente o adulto, que se desvía de la persona corriente en características neuromusculares o físicas, conducta social emocional y posibilidades de comunicación o impedimentos múltiples de tal magnitud, que las prácticas escolares tienen que ser modificadas para desarrollar su máxima capacidad.

Esa definición general provoca muchas preocupaciones sobre qué significado normal y en qué medida un niño debe apartarse de ella como para necesitar educación especial, Quizas una mirada a la historia y filosofía de la educación de los niños excepcionales será útil como punto de partida en el intento de tratar estas preocupaciones. En realidad el concepto de educar a un niño para actualizar hacia los niños excepcionales han recorrido un largo camino desde los tiempos antiguos, cuando se mataba a los niños deformados, pero ha sido un peregrinaje tedioso. A lo largo de la ruta sin embargo, se han producido algunos cambios notables en las actitudes de la sociedad hacia la persona excepcional.

Si tuviéramos que resumir históricamente las etapas en el desarrollo de las actitudes hacia los impedidos, podíamos dividir las en tres épocas.

Durante la época precristiana, los impedidos eran perseguidos y abandonados. Más tarde, con la influencia del cristianismo, fueron protegidos y compadecidos. Hoy, en la sociedad contemporánea, ha habido un movimiento para aceptarles e integrarles a la sociedad.

La historia de este país refleja esas etapas. Antes de 1800, habia pocas posibilidades educativas para el niño impedido. A comienzos del siglo, con el movimiento de escuelas públicas y el advenimiento de la tendencia a los tests mentales a principios de 1900 comenzaron a desarrollarse técnicas más complicadas para comprobar diferencias individuales

en otras áreas que las físicas. Acompañando a estos métodos diagnósticos iban conceptos que hacían factibles los programas de educación para los niños excepcionales. Actualmente se reconoce en todo Estados Unidos de Norteamérica, al igual que en los países que han establecido la educación universal, que los programas generales para el estudiante corriente no son adecuados para el excepcional. (8)

El término educación especial ha ido utilizando para denotar los aspectos de la educación que se aplican a los niños impedidos y a los dotados, pero que no se utilizan habitualmente. con la mayoría de los niños corrientes.

Se refiere solamente a aquellos aspectos únicos de la educación - y/o agregados al programa regular para todos los niños. Por ejemplo, los programas educativos generales para niños con un defecto de dicción - son llevados a cabo en todas sus fases por su maestro regular en el aula. La parte especial de su educación es la corrección del defecto de dicción por un foniatra, quien puede ver a un alumno sólo 2 horas - por semana de las 30 horas posibles en el aula regular. Esto, entonces contrasta con los niños sordos, quienes suelen ser asignados a una clase especial para sordos durante todo el día. Sus maestros para la parte regular de su educación son los mismos que se ocupan de sus necesidades especiales. Lo que el niño sordo recibe como educación especial es mucho más especial que lo recibido por un niño con un impedimento de dicción menor. (8)

La necesidad de educación especial puede reconocerse en los problemas que enfrenta un maestro regular. en muchas escuelas, un maestro tiene una clase de treinta a treinta y cinco niños. Dentro de ese grupo puede haber niños dotados, retardados y con problemas de conducta. Al enfrentar la tarea de organizar un programa educativo para una clase de cuarto grado, el maestro debe adaptar la instrucción para el niño retardado mental quien puede leer a nivel de un noveno grado, para el niño con problemas de conducta y para otros miembros de la clase, que también pueden desviarse, pero en menor grado. En respuesta a este desafío, se han desarrollado programas de educación especial, cuyos bene

ficios son utilizados por niño corriente y por el excepcional.

Los educadores se han dado cuenta hace mucho, que agrupar niños por edades no asegura la similaridad de las características de aprendizaje. la mayoría de los maestros debe adaptar el programa de estudio a la gama de necesidades de los niños, muchos de los cuales varían de uno a tres grados por arriba o por abajo del grado que les corresponde. Al considerar las características del niño excepcional, el concepto de diferencias individuales se refiere a una comparación de las capacidades. Este concepto de diferencias dentro de si mismo, es útil para resolver un programa especial para un niño particular, de acuerdo con sus propias capacidades y limitaciones, sin énfasis en la comparación con otros niños. (8)

CONCLUSIÓN:

Diversos padecimientos medicos tienen manifestaciones dentales importantes como las que se presentan, que son parte de la misma enfermedad o del tratamiento necesario para controlar las molestias de dicho procedimiento.

Se debe tener en cuenta siempre presente que la comunicación eficiente entre el odontólogo y el médico asegurarán el plan salud bucal.

Con esto nos damos cuenta que cada vez resulta más clara la necesidad de colaboración entre todos los profesionales de la salud al planear el cuidado dental como parte del un tratamiento amplio. El odontólogo ha de actuar como elemento de un equipo amplio.

Nadie esta mejor calificado que el Odontólogo bien entrenado en medicina bucal para diagnosticar lesiones en boca o para consultar y trabajar profesionalmente con médicos adecuados para cada área de experiencia con el fin de llevar a cabo un tratamiento Odontológico en un niño con un impedimento físico o mental.

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

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

BARBER K. THOMAS

LUKE S. LARY

EDIT. EL MANUAL MODERNO

ENFERMEDAD PERIODONTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

BAER P.N.

EDIT. MUNDI

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

FINN B. SIDNEY

EDIT. INTERAMERICANA

SALUD DENAL INFANTIL

HOLLOWAY P.J.

SWALLOWJ.N.

EDIT. MUNDI

ATLAS DE ODONTOPEDIATRIA

LAW DAVID B.

LEWIS M.

EDIT. MUNDI

ODONTOPEIDATRIA

MAGNUSSON BENGT O.

KOCH GORAN

EDIT. SALVAT

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

MORRIS BRAHAM

EDIT INTERAMERICANA

ODONTOLOGIA PARA EL PACIENTE IMPEDIDO

NOWAK J. ARTHUR

EDIT. MUNDI

ODONTOLOGIA PARA NIÑOS IMPEDIDOS

WEYMAN JOAN

EDIT. MUNDI