

204  
2ij

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



VoBo

*[Handwritten signature]*

C. D. Emilio C. Beltrán Lora  
13/x/87

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO PARA  
PACIENTES IMPEDIDOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A :  
MA. GUADALUPE MENDEZ ARREDONDO





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

INTRODUCCION . . . . .	1
CAPITULO I	
ANTECEDENTES MEDICOS DE . . . . .	2
. RETRASO MENTAL . . . . .	2
. RETRASO MENTAL SIMPLE . . . . .	5
. SÍNDROME DE DWON . . . . .	6
. HIPOTIROIDISMO . . . . .	8
. OLIGOFRENIA FENILPIRÚVICA . . . . .	10
. GALACTOSEMIA . . . . .	11
. DEMENCIA . . . . .	12
. GARGOLISMO . . . . .	14
. PARÁLISIS CEREBRAL . . . . .	14
MALFORMACIONES CONGENITAS CARDIOVASCULARES . . . . .	17
EPILEPSIA . . . . .	30
. PEQUEÑO MAL . . . . .	31
. GRAN MAL . . . . .	32

SORDERA . . . . .	34
DIABETES JUVENIL . . . . .	37
CAPITULO II	
MANIFESTACIONES ORALES . . . . .	40
CAPITULO III	
TRATAMIENTO PARA PACIENTES IMPEDIDOS . . . . .	46
CAPITULO IV	
PREMEDICACION . . . . .	67
CAPITULO V	
ANESTESIA GENERAL . . . . .	77
CONCLUSIONES . . . . .	100
BIBLIOGRAFIA . . . . .	102

## INTRODUCCION

TANTO EN LA CONSULTA PRIVADA COMO EN LA ESTATAL, EL ODONTÓLOGO DEBE INCLUIR AL PACIENTE IMPEDIDO, ESTE GRUPO ES RELATIVAMENTE PEQUEÑO MAS DE UNA VEZ DEBE TRATARSE A UNO O MÁS DE ELLOS.

LAS PALABRAS "PACIENTE IMPEDIDO" ABARCA LOS CONCEPTOS QUE SE REFIEREN A UN ESTADO FÍSICO, MENTAL Y SOCIAL.

LOS PACIENTES CON IMPEDIMENTOS MÉDICOS ESTÁN AUMENTANDO NUMÉRICAMENTE COMO CONSECUENCIA DE LOS ADELANTOS DE LA MEDICINA, YA QUE SOBREVIVEN PACIENTES QUE EN OTRA ÉPOCA MORÍAN A TEMPRANA EDAD.

UNA PERSONA IMPEDIDA FÍSICA Y MENTALMENTE ESTÁ RECIBIENDO MÁS ATENCIÓN PARA ENTRENARLES A SER MÁS INDEPENDIENTES Y ADECUARLOS EN LA COMUNIDAD.

ESTOS PACIENTES NECESITAN TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DE LA MEJOR CALIDAD COMO PARTE DE SU CUIDADO GENERAL, DE LO CONTRARIO PROVOCARÍA UN IMPEDIMENTO ODONTOLÓGICO MAYOR DE LO QUE SERÍA EN UN PACIENTE NORMAL.

LOS PROBLEMAS DENTALES EN ESTOS PACIENTES SON GENERALMENTE LOS MISMOS QUE AFECTAN A UN PACIENTE NORMAL. SON POR LO REGULAR MÁS SEVEROS POR LA NEGLIGENCIA, LOS FACTORES CAUSALES DE ESTA NEGLIGENCIA PARECEN SER LA IGNORANCIA DE LOS PROBLEMAS DENTALES QUE PUEDEN DESARROLLARSE Y LA AVERSIÓN POR PARTE DE LAS PERSONAS QUE ESTÁN COMO RESPONSABLES DE ES-

TOS PACIENTES.

LA FAMILIA DE ESTE TIPO DE PACIENTES TIENE, POR LO REGULAR, PROBLEMAS ASOCIADOS TALES COMO POCOS MEDIOS PARA HACER LOS TRATAMIENTOS DENTALES, PROBLEMAS EMOCIONALES ENTRE HERMANOS Y MÁS AÚN LA DESUNIÓN DE LOS PADRES QUE PROVOCA QUE EL NIÑO QUEDE DESCUIDADO.

DEBE EVALUARSE PERFECTAMENTE AL PACIENTE DE SUS PROBLEMAS DENTALES QUE PRESENTA Y FINALMENTE SE ORIENTA SOBRE EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO Y - COMO TRATAR LAS DIFICULTADES ESPECIALES DE CADA UNO.

CAPITULO I  
ANTECEDENTES MEDICOS

RETRASO MENTAL.

SE HAN UTILIZADO VARIOS TÉRMINOS PARA CLASIFICAR EL RETRASO MENTAL:

1. LIGERO.
2. MODERADO.
3. FUERTE.
4. PROFUNDO.

EL LIGERAMENTE RETARDADO SE ENCUENTRA ENTRE OCHO Y DOCE AÑOS DE EDAD MENTAL; EL MODERADAMENTE RETARDADO SE ENCUENTRA ENTRE SEIS Y OCHO AÑOS DE EDAD; EL FUERTEMENTE RETARDADO TIENE UNA EDAD MENTAL DE TRES A SEIS AÑOS DE EDAD.

EN EL MEJOR DE LOS CASOS, EL PROFUNDAMENTE RETARDADO PERMANECERÁ TODA SU VIDA COMO UN NIÑO APENAS CAPAZ DE HABLAR Y ADQUIRIRÁ HABILIDADES -- SENCILLAS. LOS QUE SON MODERADAMENTE RETARDADOS PODRÁN CURSAR HASTA -- EL CUARTO O SEXTO GRADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA ESPECIAL.

EXISTEN DOS CAUSAS FUNDAMENTALES DE RETARDO: PUEDE DEBERSE A DEFICIENCIAS HEREDADAS O PUEDE SER EL RESULTADO DE LESIONES AL NACER, O BIEN -- POR INTOXICACIONES DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO.

OTRA CLASIFICACIÓN DE RETRASO MENTAL ES LA SIGUIENTE:

1. DÉBILES MENTALES.
2. IMBÉCILES.
3. IDIOTAS.

LOS DOS ÚLTIMOS INTEGRAN EL GRUPO DE LOS ELIGOFRÉNICOS, CUYO COEFICIENTE MENTAL ES INFERIOR AL 50% Y SU EDAD MENTAL ES EN LOS ADULTOS DE 7 - AÑOS.

UN FACTOR IMPORTANTE EN EL DESARROLLO MENTAL ES LA ALIMENTACIÓN, ESTO FUE VERIFICADO POR UN ESTUDIO HECHO POR KNOBLOCK, YA QUE NIÑOS QUE DURANTE TODA SU NIÑEZ RECIBIERON UNA ALIMENTACIÓN INADECUADA, AL LLEGAR A LA ADOLESCENCIA SE OBSERVA MENOS INICIATIVA EN SUS JUEGOS Y PEORES RESULTADOS EN SUS PRUEBAS DE MOTIVACIÓN.

LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL RETARDO MENTAL SON FÁCILES DE PERCIBIR. LA CONDUCTA PECULIAR Y LA INCAPACIDAD PARA DAR UNA EXPLICACIÓN CORRECTA DEL PROBLEMA MÉDICO, CONSTITUYEN UN DATO ÚTIL.

EL RETRASO MENTAL SE MANIFIESTA TANTO EN ACTIVIDADES MOTORAS COMO EN EL LENGUAJE.

DIVERSAS DEFORMIDADES FÍSICAS ESPECIALMENTE LA MICROCEFALIA, RESULTAN COMUNES EN ESTE GRUPO.



EN EL NIÑO RETARDADO TAMBIÉN ES DIFÍCIL EL ADIESTRAMIENTO PARA LOS HÁBITOS DE EXCRECIÓN. ALGUNAS PERSONAS MENTALMENTE RETARDADAS SON AGRA-DABLES Y AMIGABLES Y LOGRAN UN AJUSTE SOCIAL BASTANTE SATISFACTORIO.

LAS ACTIVIDADES MOTORAS DE LAS PERSONAS RETARDADAS SE CARACTERIZAN POR UN BALANCE RÍTMICO, PALMETEOS Y MOVIMIENTOS EXAGERADOS, QUE SON HORAS TRAS HORAS EFECTUADOS SIN CANSANCIO.

#### RETRASO MENTAL SIMPLE.

ESTE TIPO INCLUYE LA GRAN MAYORÍA DE NIÑOS CON DEFICIENCIA MENTAL DE - ETIOLOGÍA INDETERMINADA QUE NO MUESTRA ANOMALÍAS CRANEOVERTEBRALES NI NEUROLÓGICAS. EL GRADO DE DEFICIENCIA TIENDE A SER LIGERO. EL ASPEC- TO FÍSICO DE ESTOS NIÑOS NO DIFIERE MUCHO DEL NORMAL.

LA CRISIS CONVULSIVA EN ESTOS NIÑOS ES MUCHO MÁS FRECUENTE QUE EN LA - POBLACIÓN NORMAL. SU CAPACIDAD PARA VALERSE DE SÍ MISMOS, A PESAR DE SU POCA INTELIGENCIA, DEPENDE DE LA AFECTIVIDAD QUE LOS PADRES Y MAES- TROS HAYAN INCULCADO Y REFORZADO EN LOS BUENOS HÁBITOS DE TRABAJO Y -- LOS RASGOS ESTABLES DE LA PERSONALIDAD.

LOS MÁS BRILLANTES SACAN PROVECHO DE LA EDUCACIÓN FORMAL. LOS MENOS - DOTADOS APRENDEN A CUIDAR DE SU PERSONA Y A ATENDER SUS PROPIAS NECESI- DADES Y SON CAPACES DE SACAR ALGÚN PARTIDO DE UN ADIESTRAMIENTO MANUAL SENCILLO.

CUANDO LA SOCIEDAD O LA FAMILIA NO PUEDEN O NO QUIEREN HACERSE CARGO - DE ESTOS INDIVIDUOS, ES MEJOR INTERNARLOS EN UNA INSTITUCIÓN ESPECIALIZADA.

LOS FACTORES ETIOLÓGICOS DEL RETRASO MENTAL SIMPLE SON MÚLTIPLES. LA ANATOMÍA PATOLÓGICA ES VARIABLE, ES DECIR, HAY CASOS EN DONDE NO SE OBSERVA "NINGUNA LESIÓN" Y OTROS EN DONDE HAY VARIAS ANOMALÍAS MACRO Y - MICROSCÓPICAMENTE.

LA MAYORÍA DE LOS CASOS DE PACIENTES ADULTOS CON CRISIS CONVULSIVAS RECURRENTES, ADQUIRIRÁN ESTA ALTERACIÓN DURANTE LA NIÑEZ. REPRESENTAN - LAS SECUELAS DE PROCESOS PATOLÓGICOS QUE PUEDEN HABER COMENZADO Y TERMINADO CON UN PASADO MUY DISTANTE.

SINDROME DE SEGUIN - DOWN: TRISONOMIA  $G_1$ , MONGOLISMO.

DE ACUERDO A LEJEUNE EN 1844 Y EN 1846, SEGUIN DESCRIBIÓ UN TIPO DE ENFERMEDAD QUE CURSABA CON RETRASO MENTAL, EL CUAL DENOMINÓ TRISONOMÍA - 21. DESPUÉS SE INTRODUJO EL TÉRMINO "MONGOLOIDE" DE ACUERDO A SU HIPÓTESIS DE TIPO RACIAL EN LA QUE SUGERÍA QUE ESTE SÍNDROME ESTABA RELACIONADO CON LA REAPARICIÓN DE TAREAS DE LAS RAZAS MONGÓLICAS.

ACTUALMENTE LA DENOMINACIÓN DE TRISONOMÍA 21, NO ES DEL TODO CORRECTA, PUESTO QUE NO ES POSIBLE DISTINGUIR ENTRE LOS PARES 21 Y 22, DE MANERA QUE EL TÉRMINO MÁS CORRECTO SERÍA DE TRISONOMÍA  $G_1$ .

LA ELEVADA FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE SEGUIN - DOWN EN LA POBLACIÓN GENERAL ES NOTORIA, YA QUE SE PRESENTA UN CASO POR APROXIMADAMENTE 600 - NACIMIENTOS, ESTO PERMITIÓ SOSPECHAR SU ETIOLOGÍA CROMOSOMICA Y DESCARTAR SU POSIBLE CAUSA POR MUTACIÓN.

LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS SE CARACTERIZAN POR UN RETARDO EN EL CRECIMIENTO SOMÁTICO Y EN EL DESARROLLO MENTAL; EL COEFICIENTE INTELECTUAL DE ESTOS NIÑOS RARA VEZ EXCEDE DE 80%, SIN EMBARGO EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA PUEDE LLEGAR HASTA 70%. A MEDIDA QUE CRECEN, ESTE COEFICIENTE TIENDE A DISMINUIR. OTRO DE LOS DATOS CLÍNICOS CONSTANTES ES LA HIPOTONÍA.

HABITUALMENTE EL DIAGNÓSTICO SE HACE POCO TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO POR EL APLANAMIENTO DEL OCCIPUCIO, OJOS OBLICUOS CON PLIEGUE EPICÁNTICO INTERNO, IMPLANTACIÓN BAJA DE PABELLONES AURICULARES, NARIZ APLANADA Y PEQUEÑA, LENGUA SALIENTE, CUELLO CORTO Y AMPLIO, MANOS Y DEDOS CORTOS, OTROS DEFECTOS FRECUENTES SON LOS CARDIOVASCULARES, LA LEUCEMIA AGUDA ES CINCO VECES MÁS FRECUENTE EN NIÑOS TRISÓMICOS QUE EN NIÑOS NORMALES.

LA MAYORÍA DE LAS MUJERES TRISÓMICAS SON FÉRTILES EN LA EDAD ADULTA Y DE ELLAS SE ENCUENTRAN 15 EJEMPLOS, EN CAMBIO LOS HOMBRES NO LLEGAN A VIRILIZARSE EN FORMA COMPLETA Y SE CONSIDERAN ESTÉRILES.

EN RELACIÓN A LA ETIOLOGÍA DE LA FORMA ESPORÁDICA DE ESTE SÍNDROME, -- LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS SEÑALAN LA EDAD AVANZADA DE LAS MADRES CO

MO FACTOR DETERMINANTE.

EL MECANISMO POR EL CUAL SE PRODUCE ESTA TRISONOMÍA ES POR LA FALLA EN LA DISYUNCIÓN EN LA MEIOSIS O DURANTE LAS PRIMERAS MITOSIS DEL CIGOTO, EN CASOS DE MOSAICISMO.

LA FRECUENCIA APROXIMADA DE FORMAS TRANSLOCADA EN EL SÍNDROME SEGUIN-DWON DE MADRES MENORES DE 30 AÑOS DE EDAD ES DEL 7%.

#### HIPOTIROIDISMO (CRETINISMO).

ES EL TRANSTORNO RESULTANTE DE UNA DEFICIENTE ACCIÓN PERIFÉRICA DE LA HORMONA TIROIDEA. LAS FORMAS MÁS GRAVES SE DENOMINAN CRETINISMO, CUANDO ES CONGÉNITA Y MIXEDEMA CUANDO ES ADQUIRIDA.

EL CRETINISMO PUEDE SER CAUSADO POR APLASIA O HIPOPLASIA DE LA GLÁNDULA TIROIDES, POR ERRORES CONGÉNITOS DEL METABOLISMO DEBIDOS A DEFECTOS ENZIMÁTICOS EN LA SÍNTESIS DE LA HORMONA TIROIDEA.

OTRA CAUSA FRECUENTE DEL HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO ES EL RESULTADO DE LA INGESTIÓN DE DROGAS ANTITIROIDEAS DURANTE EL EMBARAZO.

LAS ALTERACIONES MORFOLÓGICAS DE LA GLÁNDULA TIROIDES EN EL HIPOTIROIDISMO DEPENDE DE LA CAUSA DEL MISMO. LAS ALTERACIONES DEL DESARROLLO COMPRENDEN DESDE LA AUSENCIA TOTAL DEL ÓRGANO HASTA FALLAS INCOMPLETAS

DE DESARROLLO.

LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DEPENDEN DE LA GRAVEDAD DE LA DEFICIENCIA EN LA PRODUCCIÓN DE HORMONAS TIROIDEAS; TAMBIÉN VARÍAN CON LA EDAD EN QUE SE PRESENTA LA DEFICIENCIA.

SE MANIFIESTA QUE EL CRETINO ES UN ENANO USUALMENTE CON GRADOS GRAVES DE RETARDO MENTAL. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS LOS ESTIGMAS SON MÍNIMOS AL NACIMIENTO, PERO POCO A POCO SE HACE EXTENSIBLE EL RETARDO TANTO SOMÁTICO COMO MENTAL.

LOS RASGOS FACIALES DEL CRETINO SON BURDOS, CON EXPRESIÓN DE ABURRIMIENTO SIN DEMOSTRAR EL INTERÉS QUE EL DESCUBRIMIENTO DEL AMBIENTE DESPIERTA EN EL NIÑO NORMAL. PRESENTA RETARDO EN EL DESARROLLO NASORBITAL, CON DEPRESIÓN DEL PUENTE NASAL Y OJOS CONSIDERABLEMENTE SEPARADOS, TAMBIÉN PRESENTA AGRANDAMIENTO VARIABLE DE LA LENGUA, PIEL SECA, PÁLIDA, AMARILLENTA Y CON DESCAMACIÓN.

TAMBIÉN HAY MARCADO RETARDO EN LA DENTICIÓN Y EN EL DESARROLLO SEXUAL. EN ALGUNOS CASOS HAY SORDERA.

EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO DEBEN HACERSE LO MÁS PRONTO POSIBLE, YA QUE EL DESARROLLO EN GENERAL Y PARTICULARMENTE EL MENTAL, ESTÁ EN RELACIÓN DIRECTA CON LA EDAD EN QUE SE INICIA EL TRATAMIENTO. EL TRATAMIENTO ES A BASE DE TIROIDES DE RES DESECADA.

## OLIGOFRENIA FENILPIRUVICA.

ES UN EJEMPLO DE CORRELACIÓN ENTRE UN GEN ANORMAL, LA AUSENCIA DE UNA ENZIMA Y SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y CONSTITUYEN EL EJEMPLO MÁS PERFECTO DE UN "ERROR DEL METABOLISMO".

ES UNA ENFERMEDAD HEREDITARIA QUE SE TRANSMITE POR UN SOLO GEN AUTOSÓMICO RECESIVO, AFECTA IGUALMENTE A AMBOS SEXOS, YA QUE EL GEN NO SE ENCUENTRA EN LOS CROMOSOMAS Y SOLAMENTE OCURRE CUANDO EL SUJETO RECIBE UN GEN ANORMAL SERÁ QUE UNO DE CUATRO HIJOS TENDRÁ FENILCETENURIA, OTRO SERÁ NORMAL Y LOS OTROS SERÁN HETEROCIGOTOS.

EL GEN DETERMINA LA PRESENCIA NORMAL DE LA ENZIMA QUE CATALIZA LA TRANSFORMACIÓN DE FENILALANINA EN TIROSINA, Y QUE ES LA FENILCETENURIA-HIDROXILASA; EL EFECTO PUEDE SER LA AUSENCIA TOTAL DE LA ENZIMA O UNA ALTERACIÓN EN SU ESTRUCTURA MOLECULAR, QUE LA HACE INCAPAZ DE ACTUAR EN EL AMINOÁCIDO, Y SI LA SEGUNDA POSIBILIDAD ES CORRECTA SE TRATA DE "ENFERMEDAD MOLECULAR".

LAS ALTERACIONES QUÍMICAS Y CLÍNICAS SE PUEDEN CORRELACIONAR CON ESTE DEFECTO Y SON:

1. PRESENCIA ELEVADA DE FENILALANINA EN EL SUERO Y LA ORINA.
2. TRANSTORNO DE LA PIGMENTACIÓN.
3. TRANSTORNOS CUTÁNEOS QUE REVELAN UNA MAYOR SUSCEPTIBILIDAD DE LA PIEL A DISTINTOS TIPOS DE AGENTES COMO BACTERIAS Y LUZ.

4. TOLERANCIA DISMINUIDA A LA ADRENALINA.

5. TRANSTORNOS NEUROLÓGICOS DIVERSOS COMO ATAXIA, ATETOSIS.

ADEMÁS HAY EPILEPSIA Y EN LA MAYORÍA DE LAS ENFERMEDADES HAY GRADOS VARIABLES DE DÉFICIT MENTAL.

LOS ENFERMOS MUESTRAN DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE OXÍGENO CEREBRAL Y ANORMALIDADES ELECTROENCEFALOGRÁFICAS.

EL TRATAMIENTO CONSISTE EN ELIMINAR LA FENILALANINA DE LA DIETA Y ADMINISTRAR TIROSINA, CON LO QUE MUCHAS DE LAS ALTERACIONES QUÍMICAS DESAPARECEN PERO NO HAY AÚN DATOS SOBRE LA RECUPERACIÓN DE LA INTELIGENCIA DE ESTOS PACIENTES.

#### GALACTOSEMIA.

LA GALACTOSEMIA SE CARACTERIZA POR LA INCAPACIDAD PARA TRANSFORMAR LA GALACTOSA EN GLUCOSA Y APROVECHARLA NORMALMENTE EN EL METABOLISMO. LO QUE RESULTA EN LA ELEVACIÓN DE LAS CIFRAS DE GALACTOSA SE TRANSFORMA EN ALTERACIONES ANATÓMICAS Y TRANSTORNOS DEL CRECIMIENTO.

EL DEFECTO METABÓLICO FUNDAMENTAL ESTÁ EN LA TRANSFORMACIÓN DE LA GALACTOSA 1 - FOSFATO A GALACTOSA URIDIN - FOSFATO POR AUSENCIA DE LA ENZIMA P-GALTRASFERASA, QUE NO SE ENCUENTRA NI EN EL HÍGADO NI EN LOS

GLOBULOS ROJOS.

SINTOMATOLOGÍA.- SE CARACTERIZA POR VÓMITOS, PÉRDIDA DE PESO, ASCITIS, CATARATAS, PRATENURIA Y AMINOACIDURIA ESTO SE DEBE A LA INGESTIÓN DE LA GALACTOSA POR SU ACCIÓN TÓXICA.

LAS ALTERACIONES ANATÓMICAS DE LA GALACTOSEMIA CONSISTEN EN DESNUTRICIÓN AVANZADA, HEPATOMEFIBROSIS Y ESPLENOMEGALIA; HISTOLÓGICAMENTE HAY FIBROSIS PORTA Y REGENERACIÓN MEDULAR EN EL HÍGADO. ADEMÁS SE ENCUENTRAN GRANDES GRUPOS DE CÉLULAS HEPÁTICAS CON ABUNDANTE GLUCÓGENO Y TODAS CONTIENEN GRASAS; EN EL ESTUDIO QUÍMICO HAY MENOS GLUCÓGENO Y MÁS GRASA EN EL HÍGADO.

DEMENCIA.

CON ESTE NOMBRE SE CONOCE UN ESTADO CLÍNICO QUE SE CARACTERIZA POR TRANSTORNOS DE LA MEMORIA Y PÉRDIDA DE LAS FUNCIONES INTELECTUALES.

LAS CARACTERÍSTICAS DE LA DESVIACIÓN MENTAL, DEPENDEN DE LA PERSONALIDAD PREVIA DEL INDIVIDUO. EN LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS SE INICIA POR FALTA DE INICIATIVA, IRRITABILIDAD, DESINTERÉS E INCAPACIDAD PARA DESARROLLAR LA LABOR USUAL. DESPUÉS SE NOTA FALTA DE CONCENTRACIÓN Y ATENCIÓN DE LA COMPRESIÓN Y PERSEVERACIÓN CON OLVIDO NOTORIO DE LOS HECHOS RECIENTES.



UNA CORRIENTE CIENTÍFICA TRATA DE RELACIONAR LA ETIOLOGÍA DE LA DEMENCIA CON EL AUMENTO DE LOS NIVELES DE ANTICUERPO CONTRA DIFERENTES TEJIDOS QUE OCURRE CON LA EDAD.

CASI TODOS LOS ANCIANOS MUESTRAN CIERTAS LESIONES INESPECÍFICAS EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, COMO DISMINUCIÓN EN EL NÚMERO DE NEURONAS,

LA DEMENCIA PRESENIL SE PRESENTA ESPECIALMENTE EN EL SEXTO DECENIO DE LA VIDA, EN OCASIONES TIENE TENDENCIA FAMILIAR, EL LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO ES NORMAL, HISTOLÓGICAMENTE, ES EL PROCESO QUE PRESENTA MÁS PLACAS SENILES Y FOCOS DE DEGENERACIÓN NEUROFIBRILAR Y GRANULOVACUOLAR,

OTRA FORMA DE DEMENCIA ES LA DENOMINADA COREA DE HUNTINGTON, CARACTERIZADA POR UN CUADRO CLÍNICO DE COREA, DAÑO MENTAL PROGRESIVO Y TENDENCIA AL SUICIDIO. EN ESTOS PACIENTES SE OBSERVA ATROFIA BILATERAL DEL NÚCLEO CAUDADO Y AUMENTO SIMÉTRICO DE LAS VENTRÍCULAS, MICROSCÓPICAMENTE, HAY DEGENERACIÓN EN LAS NEURONAS.

OTRA FORMA DE DEMENCIA ES LA DENOMINADA DEGENERACION CÓRTICO-ESTRIATE-ESPINAL, QUE ES UNA DEMENCIA PROGRESIVA CON SIGNOS PIRAMIDALES, EXTRA-PIRAMIDALES Y A MENUDO AMIETROFIA, ASOCIADA A DEGENERACIÓN NEURONAL, SE PRESENTA ALREDEDOR DE LOS 40 AÑOS DE EDAD, LA EVOLUCIÓN ES LETAL ENTRE 3 Y 44 MESES.

## GARGOLISMO (SINDROME DE HUNTER - HURLER).

ESTA ENFERMEDAD PERTENECE AL GRUPO DE LAS MUCOPOLISACARIDOSIS, EN LAS CUALES HAY ANORMALIDADES EN EL TEJIDO CONJUNTIVO DE MUCHOS ÓRGANOS. EN LA VARIEDAD DE HURLER, UNO DE LOS CARACTERES CLÍNICOS DE LOS PACIENTES ES OLIGOFRENIA, JUNTO CON EMPAÑAMIENTO DE LAS CÓRNEAS Y CIERTAS -- ANOMALÍAS DEL ESQUELETO. EN EL CEREBRO HAY CARACTERÍSTICAS ACUMULACIONES INTRANEURONALES DE LÍPIDOS SEMEJANTES A LAS ENCONTRADAS CON LA -- IDIOCIA FAMILIAR AMAURÓTICA. EL ASPECTO FACIAL PECULIAR DE LOS PACIENTES CON ESTA ENFERMEDAD HA LLEVADO A QUE SE LES CONOZCA COMO GARGOLISMO.

## PARALISIS CEREBRAL (ANOMALIAS DE LA FUNCION MOTORA).

EN ESTE TIPO DE DEFECTOS NEUROLÓGICOS LOS TRANSTORNOS DE LA FUNCIÓN MOTORA EXISTEN DESDE LA INFANCIA.

2) LAS ANOMALÍAS MOTORAS QUE SE PRESENTAN DESDE LOS PRIMEROS AÑOS DE LA VIDA SON TAN DIVERSAS, QUE ES NECESARIO TENER ALGÚN CONOCIMIENTO DEL SISTEMA MOTOR PARA PODER INTERPRETARLAS. PARA PODER PRECISAR LOS FACTORES ETIOLÓGICOS, ES ÚTIL INTENTAR CLASIFICAR DETERMINADO CASO, DE ACUERDO CON LA EXTENSIÓN Y NATURALEZA DE LA ANOMALÍA.

SE DEBERÁ TOMAR SIEMPRE UNA CUIDADOSA HISTORIA DE POSIBLES AGRESIONES PRENATALES, PERINATALES O POSTNATALES.

## ATAXIA CONGENITA Y ADQUIRIDA.

ENTRE LOS PRINCIPALES SIGNOS, SE ENCUENTRA LA INCOORDINACIÓN QUE ES MUY PARECIDA A LA QUE SE OBSERVA EN LA ENFERMEDAD CEREBELOSA. EL DEFECTO MOTOR ALCANZA A SER TAN GRANDE, QUE EL NIÑO NUNCA PUEDE SENTARSE O PONERSE DE PIE. LOS MÚSCULOS SON DE DIMENSIONES NORMALES Y LOS MOVIMIENTOS VOLUNTARIOS, AUNQUE DÉBILES, SON POSIBLES EN LOS CUATRO MIEMBROS.

EN LOS CASOS MENOS GRAVES, LA CAPACIDAD PARA SENTARSE, PONERSE DE PIE Y CAMINAR, SE ADQUIEREN EN FORMA TARDÍA.

LAS CAUSAS DE ESTAS ALTERACIONES SE PUEDEN DEBER A LA RADIACIÓN DEL ABDOMEN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO.

## ESPASTICIDAD.

EL FENÓMENO DE ESPASTICIDAD ES OTRA CARACTERÍSTICA DE LAS LESIONES DE NEURONAS MOTORAS SUPERIORES, Y SE DEBE A LA LIBERACIÓN DE LOS MECANISMOS REFLEJOS ESPINALES. LA ESPASTICIDAD NO APARECE INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE UNA LESIÓN BRUSCA, SINO QUE SE DESARROLLA EN FORMA GRADUAL EN EL TRANCURSO DE UNAS SEMANAS.

EN GENERAL, EL BRAZO SE MANTIENE EN POSICIÓN DE FLEXIÓN Y CUALQUIER IN

TENTO PARA EXTENDERLO ENCUENTRA CIERTA RESISTENCIA AL COMIENZO Y DES--  
PUÉS CEDE.

LA PIERNA SE MANTIENE EN POSICIÓN EXTENDIDA Y RESISTE A LA FLEXIÓN O -  
EXTENSIÓN.

LA ESPASTICIDAD, ES OBSERVADA APROXIMADAMENTE EN UN 40% DE LOS PACIEN-  
TES CON PARÁLISIS CEREBRAL.

## MALFORMACIONES CONGENITAS CARDIOVASCULARES.

NO TODAS LAS MALFORMACIONES O ANOMALÍAS ADVERTIBLES AL NACER SON HEREDITARIAS.

SE LE DENOMINA MALFORMACIÓN CONGÉNITA A LOS DEFECTOS ESTRUCTURALES FÍSICOS MACROSCÓPICOS YA VISIBLES AL NACER Y ANOMALÍAS A ERRORES CONGÉNITOS DEL METABOLISMO.

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE SU ETIOLOGÍA, LA MAYORÍA DE LAS MALFORMACIONES Y ANOMALÍAS CONGÉNITAS SON ATRIBUIBLES DIRECTAMENTE A UN GEN O GENES HEREDADOS DE UNO O DE LOS DOS PROGENITORES A QUE HAN SURGIDO POR MUTACIÓN.

LOS FACTORES AMBIENTALES COMO ES LA RUBÉOLA, SÍFILIS TOXOPLASMOSIS, ABORTOS, PROVEEDORES TRAUMATIZANTES, ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS, ANOXIAS Y LAS RADIACIONES SON CAUSAS EXÓGENAS DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS.

UNA FORMA ESPECÍFICA DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS SON LAS CARDIOVASCULARES, UNO DE LOS TRANSTORNOS EN EL BALANCE DE CRECIMIENTO DE LAS PORCIONES DERECHA E IZQUIERDA DEL ASA-BULBO-VENTRICULAR ASÍ COMO SU TORSIÓN, DÁ ORIGEN A UN GRUPO DE ANOMALÍAS CONOCIDAS COMO ANOMALÍAS DE LA POSICIÓN DEL CORAZÓN. LAS FALLAS EN LA TABICACIÓN DEL ASA-BULBO-VENTRICULAR SE RELACIONAN A LA PRODUCCIÓN DE LOS DEFECTOS INTERVENTRICULARES. LA TABICACIÓN DEFECTUOSA, A FALTA DEL DESPLAZAMIENTO LATERAL DEL

BULBOSCARDIS DÁ ORIGEN AL GRUPO DE MALFORMACIONES TRONCONALES. LAS FALLAS EN LA FORMACIÓN DEL TABIQUE AURICULAR DARÁN ORIGEN A LOS DEFECTOS INTERAURICULARES Y AQUELLO DEL ENSANCHAMIENTO Y TABICACIÓN DEL CANAL ATRIOVENTRICULAR PRODUCIRÁ DEFECTOS SEPTALES Y VALVULARES A ESTE NIVEL.

EL FACTOR INEVITABLE ES EL HEREDITARIO PARA EL INDIVIDUO. LOS PADRES SANOS, ENFERMOS O POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE PADECIMIENTO CONGÉNITO, SON UN PUNTO DE PARTIDA Y SOBRE ESTE COMPONENTE NO ES POSIBLE ACTUAR.

LA DESIGNACIÓN DE PROBLEMAS HEREDITARIOS NO DEBE USARSE CON LIGEREZA, PUES A MENOS QUE SE DESCUBRA EN VARIAS GENERACIONES UN PROBLEMA DETERMINADO, NO PUEDE DÁRSELE ESE CALIFICATIVO Y HABRÍA QUE PENSAR EN LA ENORME SERIE DE PROBLEMAS AMBIENTALES QUE PUEDEN OCURRIR DURANTE LA FORMACIÓN DEL PRODUCTO.

LA EDAD AVANZADA DEL PADRE TAMBIÉN TIENE IMPORTANCIA EN EL DETERMINISMO DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS, AÚN CUANDO ALGO MENOS QUE LA DE LA MADRE Y ESTE POSIBLEMENTE DEBIDO A LAS MUTACIONES QUE SUFREN LOS GENES.

#### INFLUENCIA DE LAS INFECCIONES.

LA RUBÉOLA PUEDE SER RESPONSABLE DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS EN EL 50% DE LOS CASOS DE MADRES QUE DURGEN ESTA ENFERMEDAD DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO. SE ASIGNA ESTA CAUSA A LOS CASOS DE PER-

STENCIA DEL CONDUCTO ARTERIAL EN EL 50% DE LOS ENFERMOS. A LOS DE -  
MUNICACIÓN VENTRICULAR EN EL 17%.

AS EPIDEMIAS DE RUBEÓLA SON EXTRAORDINARIAMENTE NOCIVAS, PUES CAUSAN  
ALTERACIONES CROMOSÓMICAS Y FOCOS DE NECROSIS DEL MIOCARDIO.

#### INFLUENCIA DE LAS DROGAS.

UNA DROGA TRANQUILIZADORA, LA TALIDOMIDA INGERIDA POR LAS MADRES EMBA-  
RAZADAS EN EL PRIMER TRIMESTRE, PRODUJO RESULTADOS DESASTROSOS EN LOS  
HIJOS, SOBRE MALFORMACIONES. HA SIDO CAUSA DE HIPOPLASIA AÓRTICA Y --  
OTRAS MALFORMACIONES.

#### DEFICIENCIA Y EXCESOS VITAMINICOS.

HE AQUÍ UN FACTOR QUE EXPERIMENTALMENTE HA SIDO DETERMINANTE EN LA PRO-  
DUCCIÓN DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS CARDIACAS.

LA DEFICIENCIA DE RIBOFLABINA INDUCIDA EXPERIMENTALMENTE HA CAUSADO DE-  
FECTOS DEL TABIQUE INTRAVENTRICULAR Y LA DEFICIENCIA DE VITAMINA A; --  
ANOMALÍAS DE LOS ARCOS AÓRTICOS.

## RADIACIONES.

LA RADIACIÓN EXPERIMENTAL DE LAS GÓNADAS PRODUCE MALFORMACIONES EN LOS PRODUCTOS, Y LAS RADIACIONES SOBRE EL EMBRIÓN PROBABLEMENTE TAMBIÉN -- PUEDEN ACTUAR PATOLÓGICAMENTE Y PRODUCIR MALFORMACIONES CONGÉNITAS.

## CLASIFICACION.

1. PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIAL.
2. COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR.
3. COMUNICACIÓN INTERAURICULAR.

### PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIAL.

ANTES DEL NACIMIENTO, EL CONDUCTO FUNCIONA COMO VÍA DE PASO FETAL QUE PERMITE AL VENTRÍCULO DERECHO ALIMENTAR A LA AORTA DESCENDENTE. AL NA CER LAS CONDICIONES CAMBIAN Y SE INVIERTE EL FLUJO, EN CASOS TÍPICOS - LAS PRESIONES SISTÓLICAS Y DIASTÓLICAS AÓRTICAS SON SUPERIORES A LAS CO RRESPONDIENTES PULMONARES POR LO QUE LA SANGRE DE AORTA A PULMONAR TEN DRÁ UN PASO CONTINUO.

ESTA FÍSTULA AORTAPULMONAR SOBRECARGA AL CORAZÓN, POR LO QUE EL VENTRÍ CULO DERECHO, AL TENER QUE IMPULSAR MÁS SANGRE QUE LA NORMAL, TENDRÁ -



TAMBIÉN LIGERA SOBRECARGA.

ESTA MALFORMACIÓN SE HA DIAGNOSTICADO DESDE LOS MESES, HASTA DESPUÉS - DE LOS 40 AÑOS.

EL CUADRO CLÍNICO PRESENTA A PACIENTES QUE SON PROPENSOS A LAS BRONQUITIS, EPIXTASIS.

EL CONDUCTO ARTERIAL SE DIAGNOSTICA POR UN SIGNO CLÍNICO AUSCULTATORIO: UN SOPLO CONTINUO EN EL FOCO DE LA ARTERIA PULMONAR.

RADIOLÓGICAMENTE, SE OBSERVAN CRECIMIENTOS DE CAVIDADES IZQUIERDAS, -- DEL VENTRÍCULO DERECHO EN MENOR GRADO Y CONGESTIÓN DE TODO EL PEQUEÑO CIRCUITO.

LA EDAD PROMEDIO A LA QUE FALLECEN LOS PACIENTES DE CONDUCTA ARTERIAL ES ENTRE 25 Y 30 AÑOS.

EL TRATAMIENTO POR REGLA GENERAL, ES QUIRÚRGICO.

#### COMUNICACION INTERVENTRICULAR.

LA COMUNICACIÓN MÁS FRECUENTE ES LA QUE SE ENCUENTRA A NIVEL DE LA ZONA QUE OCUPA NORMALMENTE LA PORCIÓN DEL TABIQUE.

ESTA MALFORMACIÓN TAMBIÉN ELEVA EL GASTO PULMONAR Y LA PRESIÓN PULMONAR. LA HIPERTENSIÓN PULMONAR SUELE SER ELEVADA, LO QUE PROBABLEMENTE SE DEBE A DOS FACTORES: PRIMERO POR QUE EL VENTRÍCULO IZQUIERDO TRANSMITE SU PRESIÓN A LA ARTERIA PULMONAR Y AL CIRCUITO PULMONAR; ÉSTE -- INUNDA EL PULMÓN Y PROVOCA VASOCONSTRICCIÓN; Y EL SEGUNDO, POR QUE EL VOLUMEN DE SANGRE QUE EL PULMÓN DESAGUA EN LA AURÍCULA IZQUIERDA ES -- EXCESIVO.

CON FRECUENCIA SE TRATA DE NIÑOS HIPODESARROLLADOS Y PROPENSOS A BRONQUITIS.

EL DATO PRINCIPAL ES LA DE UN SOPLO CONTINUO EN PLENO MESOCARDIO.

RADIOLÓGICAMENTE, SE OBSERVA CRECIMIENTO BIVENTRICULAR CON SOBRE CARGA DEL CIRCUITO ARTERIAL PULMONAR. LA ARTERIA PULMONAR Y LOS HILIOS CRECIDOS MUESTRAN PULSATILIDAD AUMENTADA.

EL TRATAMIENTO ES QUIRÚRGICO.

#### COMUNICACION INTERAURICULAR.

LAS MÁS FRECUENTES DE LAS ANOMALÍAS ES LA QUE SE PRODUCE POR AMPLIA -- PERSISTENCIA DEL FORAMEN OVAL. ESTAS COMUNICACIONES SUELEN MEDIR DESDE UNO HASTA VARIOS CENTÍMETROS DE DIÁMETRO.

LA AURÍCULA DERECHA RECIBE LA SANGRE OXIGENADA PROVENIENTE DE LA AURÍCULA IZQUIERDA, LO QUE DILATA ESA CAVIDAD. EXISTE CONGESTIÓN PULMONAR CON LA PROPENSIÓN A LA BRONQUITIS Y AL HÁBITO GRACIL.

ADEMÁS DEL HIPERDESARROLLO Y LAS EXPRESIONES DE CONGESTIÓN PULMONAR, LA SIGNOLOGÍA SE ENCUENTRA EN EL ÁREA PRECORDIAL: SOPLO HOLOSITÓLICO.

RADIOLÓGICAMENTE SE OBSERVA CRECIMIENTO DE CAVIDADES DERECHAS Y DE LOS SEGMENTOS DEL PEQUEÑO CIRCUITO.

EL TRATAMIENTO ES QUIRÚRGICO.

#### TRANSTORNOS CARDIOVASCULARES.

CUANDO EL PACIENTE INDICA UNA HISTORIA DE ENFERMEDAD CARDIACA, EL ODONTÓLOGO DEBE TRATAR DE CONOCER EN FORMA PRECISA LA NATURALEZA DEL PROBLEMA.

EL ODONTÓLOGO DEBE PONERSE EN CONTACTO CON EL MÉDICO ACTUANTE Y CONOCER LA ETIOLOGÍA EXACTA Y LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

## ESTADO BUCAL.

EL PACIENTE PUEDE MOSTRAR UNA CIANOSIS DEL TEJIDO GINGIVAL, SI TIENE UNA ENFERMEDAD CARDIACA, NO DEBE HABER DIFERENCIA SIGNIFICATIVA EN LOS HALLAZGOS CUANDO SE LES COMPARA CON LOS PACIENTES NORMALES.

## PLAN DE TRATAMIENTO.

EN CASOS DE ENFERMEDAD CARDIACA CORONARIA, HIPERTENSIVA O CONGESTIVA, UN SEDANTE PREPARATORIO O EL EMPLEO DE ANALGESIA CON ÓXIDO NITROSO PARA LOGRAR RELAJACIÓN, PUEDE SER BENEFICIOSO PARA UN PACIENTE ANSIOSO.

EL ODONTÓLOGO DEBERÁ RECORDAR QUE MUCHOS PACIENTES CON TRASTORNOS CARDIACOS, QUE ESTÁN SIENDO TRATADOS CON AGENTES QUE BLOQUEAN LOS GANGLIOS, COMO LA GUANETINA, METILDOPA, PUEDEN MOSTRAR UNA HIPERTENSIÓN PELIGROSA CUANDO SON SEDADOS.

LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIACA REUMÁTICA, QUE PROBABLEMENTE ESTÁN EN TERAPIA PROFILÁCTICA DE RUTINA, PUEDEN RECIBIR UNA DOSIS DE REFUERZO ANTES DEL PROCEDIMIENTO.

LOS PACIENTES CON DEFECTOS CARDIACOS O VASCULARES CONGÉNITOS, TIENEN UNA PREDISPOSICIÓN MARCADA A DESARROLLAR ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA.

LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ENDODONCIA, APARATOLOGÍA ARTODÓNTICA, Y

HASTA UNA LIMPIEZA HAN PRODUCIDO UNA BACTEREMIA.

#### TERAPIA ANTICOAGULANTE.

MUCHOS PACIENTES CON ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA ESTÁN RUTINARIAMENTE EN TERAPIA ANTICOAGULANTE. EL ODONTÓLOGO DEBE ESTAR BIEN INFORMADO DE ÉSTE PARA ELABORAR UN PLAN DE TRATAMIENTO ADECUADO.

#### EPINEFRINA.

LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN CON UN INHIBIDOR MONOAMINOXIDASA NO DEBEN RECIBIR UN ANESTÉSICO LOCAL QUE CONTENGA EPINEFRINA. EL USO DE VASOCONSTRICTORES PARA RETRACCIÓN GINGIVAL O HEMOSTACIA PUEDE SER PELIGROSO.

EL ODONTÓLOGO PUEDE JUGAR UN PAPEL IMPORTANTE EN EL DESCUBRIMIENTO PRECOZ Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD CARDIACA, TOMANDO EN FORMA RUTINARIA LA PRESIÓN SANGUÍNEA Y CULTIVOS DE GARGANTA INFLAMADAS POR POSIBLES INFECCIONES ESTREPTOCÓCCICAS.

LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICOS CONOCIDOS LLEVAN SUS MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA CON ELLOS. EN CASO DE UN EPISODIO DE ANGINA, PUEDE ADMINISTRARSE RÁPIDAMENTE GLICERIL TRINITRATO. CUALQUIER CIANOSIS QUE SE PRO

DUZCA PUEDE RECIBIR AYUDA SI SE HACE VENTILACIÓN POSITIVA CON OXÍGENO.

SI SUCEDE UN PARO CARDIACO EN UN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO, DEBE TENER CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIA PARA EFECTUAR RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR A FIN DE PONER DE NUEVO EN FUNCIONAMIENTO EL CORAZÓN A MANTENER LA IRRIGACIÓN AL CEREBRO.

EL ODONTÓLOGO NO SERÁ CONSIDERADO NEGLIGENTE SI CONTINÚA CON LA RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR Y SI PIDE AYUDA CALIFICADA.

#### FIEBRE REUMÁTICA.

LA FIEBRE REUMÁTICA ES UN PADECIMIENTO QUE AFECTA AL TEJIDO CONJUNTIVO, PRINCIPALMENTE DE ARTICULACIONES Y CORAZÓN, Y TIENE TENDENCIA A RECURRER. SE PRODUCE EN PERSONAS SUSCEPTIBLES, TRAS UNA INFECCIÓN POR ESTREPTOCOCOS BETA HEMOLÍTICO, GENERALMENTE SITUADA EN BOCA Y FARINGE, - CASI SIEMPRE EN AMIGDALAS.

EN LA ETIOLOGÍA DE LA FIEBRE REUMÁTICA INTERVIENEN TRES TIPOS DE FACTORES: A) LA INFECCIÓN ESTREPTOCÓCCICA; B) LA SUSCEPTIBILIDAD INDIVIDUAL; Y, C) LAS DEFICIENTES CONDICIONES DE VIDA.

LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS DE FIEBRE REUMÁTICA TIENEN UNA HISTORIA DE AFECCIÓN FARÍNGEA DOS SEMANAS ANTES DEL BROTE.

LA PROFILAXIS PENICILÍNICA ES EFECTIVA, LAS RECURRENCIAS SON CASI SIEMPRE ANTERIORES A NUEVAS INFECCIONES ESTREPTOCÓCCICAS Y, POR ÚLTIMO, DURANTE EL ATAQUE AGUDO SE ELEVAN LOS TÍTULOS DE ANTICUERPOS DIRIGIDOS CONTRA ALGUNO O ALGUNOS COMPONENTES DEL ESTREPTOCOCO. POR LO QUE SE REFIERE AL AGENTE INFECCIOSO, SE SABE QUE SE TRATA DEL ESTREPTOCOCO BETA HEMOLÍTICO, GRUPO A DE LANCEFIELD.

ACTUALMENTE, SE ACEPTA QUE LA ENFERMEDAD SE PRODUCE A TRAVÉS DE UN MECANISMO INMUNOALÉRGICO O TÓXICO. SE HA CONSIDERADO QUE EL PADECIMIENTO ESTÁ CAUSADO, CUANDO MENOS EN PARTE, POR UNA REACCIÓN ANTÍGENO ANTICUERPO, YA QUE HAY FENÓMENOS QUE ASÍ LO SUGIEREN, TALES COMO SON: LA EXISTENCIA DE UN PERÍODO DE INCUBACIÓN QUE CORRESPONDE AL TIEMPO NECESARIO PARA EL DESARROLLO ANTICUERPOS Y AL PERÍODO DE INCUBACIÓN DE ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR ANTICUERPOS, LA REACCIÓN CRUZADA DE ANTICUERPOS ANTIPARED DE ESTREPTOCOCO BETA HEMOLÍTICO DEL GRUPO A.

POR LO QUE SE REFIERE A LA SUSCEPTIBILIDAD INDIVIDUAL, SE HA HABLADO DE UNA CAUSA GENÉTICA QUE, AL PARECER, PRESENTA UNA FORMA DE HERENCIA RECESIVA DE PENETRACIÓN BAJA. ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE EXISTEN FAMILIAS EN LA QUE VARIOS MIEMBROS PRESENTAN FIEBRE REUMÁTICA. SE ADUJO TAMBIÉN LA INFLUENCIA DEL FACTOR RACIAL, DEL SEXO Y DE LA EDAD EN LA SUSCEPTIBILIDAD AL PADECIMIENTO.

LAS CONDICIONES DE VIDA DEFICIENTE, SE HA OBSERVADO QUE EXISTE UNA RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y LA INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD, CARACTERIZADA POR LA MAYOR FRECUENCIA DE FIEBRE REUMÁTICA ENTRE LOS IN

DIVIDUOS DE CLASES SOCIALES BAJAS, CON ESCASOS RECURSOS ECONÓMICOS. LA RAZÓN DE ESTO ES POR NUTRICIÓN DEFICIENTE, EL HACINAMIENTO, LA FALTA DE HIGIENE Y DE EDUCACIÓN EN MATERIA SANITARIA.

#### CUADRO CLINICO.

LA ARTRITIS QUE LA CARACTERIZA SUELE SITUARSE EN GRANDES ARTICULACIONES (RODILLA, CADERA, TOBILLO, CODO, HOMBROS) Y SU BROTE DURA DE 4 A 8 DÍAS EN CADA UNA, PASANDO DE UNA A OTRA Y QUEDANDO LIBRES DE MANIFESTACIONES LAS AFECTADAS PREVIAMENTE (ARTRITIS ERRÁTICA).

ESTOS ENFERMOS TIENEN FIEBRE DE GRADO VARIABLE, ALTERACIONES DEL ESTADO GENERAL, SUDORACIONES PROFUSAS, ETC.

LA PERICARDITIS SE DA CLÍNICAMENTE EN UN 5 A 10% DE LOS CASOS Y NO SUELE SER MUY GRAVE. LA MIOCARDITIS SE SOSPECHARÁ CUANDO EXISTA ELEVACIÓN TÉRMICA DURANTE EL CURSO DE LA ENFERMEDAD Y QUE SEA PERSISTENTE.

#### - DIAGNOSTICO.

- 1.- MANIFESTACIONES MAYORES: CARDITIS, POLIARTRITIS, COREA, ERITEMA MARGINADO Y NÓDULOS SUBCUTÁNEOS.
- 2.- MANIFESTACIONES MENORES: A) CLÍNICAS (FIEBRE, ARTRALOGIA, FIEBRE REUMÁTICA O CARDITIS REUMÁTICA PREVIAS); B) BIOLÓGICAS



(REACCIONES DE LA FASE AGUDA, LEUCOSITOSIS).

3.- ADEMÁS, SON PRECISAS PRUEBAS QUE DEMUESTRAN UNA INFECCIÓN ESTREPTOCÓCICA PRECEDENTE.

- PRONOSTICO.

ES CUANDO EL PRONÓSTICO ES SUMAMENTE FAVORABLE. CON EL EMPLEO DE LA PROFILAXIS PENICILÍNICA, SE HA REDUCIDO NOTABLEMENTE LA INCIDENCIA DE RECIDIVAS. LAS RECIDIVAS SON EN LA ACTUALIDAD MÁS PROBABLES EN LOS 3 Ó 4 AÑOS QUE SIGUEN AL BROTE.

## EPILEPSIA.

LA PALABRA EPILEPSIA DERIVA DEL VERBO GRIEGO EPILAMBANEIN, QUE SIGNIFICA AGARRAR, SORPRENDER, ATACAR: EL ENFERMO SUFRE UN "ATAQUE".

SE LLAMA EPILÉPTICO A TODO FENÓMENO NEUROLÓGICO O PSÍQUICO DE APARICIÓN BRUSCA Y DE DURACIÓN BREVE O, POR LO MENOS, RECORTADA EN EL TIEMPO COMO CONSECUENCIA DE UNA IRRITACIÓN EN ALGUNA ZONA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. SE TRATA DE UNA DESCARGA DESORDENADA. EL MÁS CONOCIDO ES EL ATAQUE DEL GRAN MAL.

ESTE PADECIMIENTO SE CARACTERIZA POR QUE EL ENFERMO SE ENCUENTRA BIEN, O TODO LO MÁS QUE SE SIENTE ES UNA SENSACIÓN DE SOPLO EN LA CARA (AURA) O CUALQUIER OTRA SENSACIÓN EN EL CUERPO O EN LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS, PIERDE BRUSCAMENTE EL CONOCIMIENTO, CAÉ AL SUELO Y SUFRE CONVULSIONES: AL PRINCIPIO, TIENE TODOS LOS MÚSCULOS DEL CUERPO ENGARROTADOS Y DESPUÉS, LA TENSIÓN DEJA POCO A POCO DE SER CONTINUA, APARECIENDO ESBOZOS DE CONTRACCIONES RÍTMICAS. NO ES RARO LA CONTRACCIÓN DE LA MANDÍBULA, POR LO QUE EL PACIENTE SE MUERDE LA LENGUA. DURANTE EL ATAQUE TAMBIÉN PUEDE ORINARSE. DURA GENERALMENTE UN PAR DE MINUTOS. AL TERMINAR, COMO LOS MÚSCULOS DE LA RESPIRACIÓN TAMBIÉN HAN SIDO CONTRAIDOS, LA PIEL, POR FALTA DE OXÍGENO HA ADQUIRIDO UN COLOR AMORATADO.

LA CRISIS SE RESUELVE EN UN SUEÑO PROFUNDO, QUE AL CABO DE QUINCE MINUTOS EL SUJETO DESPIERTA CON LA CONCIENCIA MUY CONFUSA.

ES PROPIO QUE ESTOS ATAQUES DE GRAN MAL SE REPITAN EN EL CURSO DE LA VIDA.

LOS ATAQUES DE GRAN MAL, QUE SIGNIFICAN POR LO MENOS UNA FALTA DE OXÍGENO EN EL CEREBRO MIENTRAS DURA, SON CAUSA PROGRESIVA DE LESIÓN CEREBRAL. DE ESTA FORMA UN EPILÉPTICO CON NUMEROSOS ATAQUES DEL GRAN MAL, TIENDE A DESARROLLAR UNA DEMENCIA.

LA ESENCIA DEL CARÁCTER EPILÉPTICO SERÍA LA LENTITUD DE LOS PROCESOS MENTALES: EL PENSAMIENTO ES LENTO, FALTA AGILIDAD MENTAL; POR ELLO EL EPILÉPTICO COMPLEMENTA CADA UNO DE SUS ACTOS Y SUS PALABRAS CON DETALLES MINUCIOSOS.

EN SU CONDUCTA, EL EPILÉPTICO ES ORDENADO, METÓDICO, DE BUENOS RENDIMIENTOS EN TRABAJO EN SERIE, MONÓTONOS, QUE CAMBIAN POCO.

PEQUEÑO MAL O AUSENCIAS.

DURANTE UN PAR DE SEGUNDOS, EL NIÑO QUEDA EN SU ACTIVIDAD, QUE INMEDIATAMENTE DESPUÉS REANUDA. DURANTE LA AUSENCIA NO HACE NINGÚN MOVIMIENTO O UN LIGERO RECHUPETEO CON LOS LABIOS, O UN PARPADEO CON LOS OJOS. ES TÍPICO QUE LAS AUSENCIAS SE REPITAN TREINTA, CUARENTA O CINCUENTA VECES AL DÍA.

AL AUMENTAR LA EDAD DEL NIÑO, HACIA LA ADOLESCENCIA, LAS AUSENCIAS DESAPARECEN EN GRAN PARTE DE LOS CASOS O SE TRANSFORMAN EN ATAQUES DE GRAN MAL.

### TRATAMIENTO.

CASI EN TODOS LOS CASOS, LA CIRUGÍA HA FRACASADO, POR LO QUE EL TRATAMIENTO A SEGUIR ES LA ADMINISTRACIÓN DE DERIVADOS DEL ÁCIDO BARBITÚRICO Y DE HIDANTOINA. CUANDO LA IMPORTANCIA DE SER EPILÉPTICO NO TIENE MAYORES CONSECUENCIAS (REACCIONES VIOLENTAS, DEMENCIA), AL ENFERMO SE LE DEBE TRATAR COMO A CUALQUIER MIEMBRO DE LA FAMILIA, YA QUE DE LO CONTRARIO SE PUEDE PROVOCAR UN PROBLEMA PSICOLÓGICO MÁS QUE NEUROLÓGICO.

LAS ÚNICAS RESTRICCIONES A QUE DEBE SOMETERSE SON MUY BREVES Y CLARAS: ANTE LA POSIBILIDAD DE SUFRIR DE IMPROVISO UN ATAQUE CON PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO, DEBERÁ CRUZAR LAS CALLES Y CARRETERAS MIRANDO BIEN QUE EL TRÁFICO ESTÉ DETENIDO; NO DEBE PONERSE AL BORDE DE SITIOS ALTOS, NI AL LADO DE FOGONES.

### ATETOSIS.

CONSISTE EN LA APARICIÓN DE UNA SERIE DE MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS COM

BINADOS Y, SOBRE TODO DE EXTENSIÓN DE LOS DEDOS DE LA MANO CON FLEXIÓN PAUSADA DE LA MISMA Y DEL ANTEBRAZO.

NO SE PUEDE CONSERVAR UN POSTURA A CAUSA DE LOS MOVIMIENTOS, LENTOS, - VAGOS, SINUOSOS. SON MANIFESTACIONES EN LOS DEDOS Y EN LAS MANOS, AUN QUE TAMBIÉN SE OBSERVAN EN LA LENGUA, GARGANTA Y LA CARA.

SE DISTINGUEN DOS FORMAS DE ATETOSIS:

1. ATETOSIS DOBLE.- ES BILATERAL Y COMIENZA EN LA PRIMERA INFANCIA, CASI SIEMPRE ES CONSECUENCIA DE LA PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL CON GÉNITA, MOTIVA MUECAS FACIALES Y LENGUAJE DISFÓNICO.
2. ATETOSIS SINTOMÁTICO.- POR LO GENERAL, ES HEMILATERAL Y A MENUDO SE ASOCIAN A MOVIMIENTOS CORÉICOS. ESTA ATETOSIS PUEDE SER BILATERAL.

EL ÚNICO TRATAMIENTO CONSISTE EN SOSEGARSE LA HIPERMOVILIDAD.

SORDERA.

LA AUDICIÓN ES LA VÍA SENSORIAL PRINCIPAL POR LA CUAL SE DESARROLLA EL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN VERBAL. DEBIDO A ESTO ES IMPORTANTE EL - - DIAGNÓSTICO PRECOZ.

- CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA AUDICION.

EN ALGUNAS PERTURBACIONES AUDITIVAS, LA PRINCIPAL DEFICIENCIA CONSISTE EN UNA DISMINUCIÓN DE LA INTENSIDAD DEL SONIDO.

LA CLARIDAD DE LOS SONIDOS ESTÁ DETERMINADA POR SU INTENSIDAD Y ESPECTRO DE FRECUENCIA. SI CIERTAS FRECUENCIAS SE PERCIBEN MENOS PERFECTAMENTE QUE OTRAS, LOS SONIDOS DEL LENGUAJE PUEDEN QUEDAR DEFORMADOS Y - RESULTAR DIFÍCIL LA COMPRESIÓN DE SU SIGNIFICADO.

- TIPOS DE DEFICIENCIAS DE LA AUDICION.

. DEFECTOS DE CONDUCCION.

LOS DEFECTOS DE CONDUCCIÓN SUELEN SER DEBIDOS A ALTERACIONES PATOLÓGICAS DEL OÍDO MEDIO. ENTRE ELLOS SE COMPRENDEN ANORMALIDADES CONGÉNITAS O ADQUIRIDAS DE LOS HUESECILLOS, LA EXISTENCIA DEL LÍQUIDO, ADHERENCIAS U OTRAS MATERIAS QUE OBSTRUYEN EL OÍDO.

. DEFECTOS SENSITIVONERVIOSOS.

RESULTAN DE ANORMALIDADES EN EL OÍDO INTERNO O EN EL NERVIIO AUDITIVO. EN TODOS LOS CASOS, LOS SENTIDOS SE PERCIBEN DEFORMADOS Y ESTÁ DIFICULTADA LA DISCRIMINACIÓN.

. DEFECTOS AUDITIVOS CENTRALES.

ESTE TIPO DE DEFECTOS SON EXTRAORDINARIAMENTE COMPLEJOS Y SUS CAUSAS SON POCO CONOCIDAS. EL APARATO AUDITIVO CENTRAL PARECE TRANSMITIR ESTÍMULOS ADECUADOS, PERO EL INDIVIDUO ES INCAPAZ DE DISCERNIR SU SIGNIFICADO.

- ETIOLOGIA DE LAS DEFICIENCIAS AUDITIVAS.

LOS DEFECTOS AUDITIVOS PUEDEN SER CONGÉNITOS, ENTRE LOS QUE COMPRENDEN LOS DE TIPO HEREDITARIO O ADQUIRIDO.

DEFECTOS HEREDITARIOS.- SE SABE QUE UN NÚMERO CRECIENTE DE DEFECTOS - AUDITIVOS, ESPECIALMENTE DE TIPO SENSITIVONERVIOSO, SON DE ORIGEN GENÉTICO.

LA RUBÉOLA EN LOS PRIMEROS MESES DE EMBARAZO PUEDE AFECTAR EL APARATO AUDITIVO DEL PRODUCTO.

LA MAYORÍA DE LOS DEFECTOS DE CONDUCCIÓN SON ADQUIRIDOS GENERALMENTE - COMO CONSECUENCIA DE LA ACUMULACIÓN DE LÍQUIDOS EN EL OÍDO MEDIO.

CIERTOS FÁRMACOS COMO LA ESTREPTOMICINA Y LA KANAMICINA Y POSIBLEMENTE LA GENTAMICINA TIENEN EFECTOS ATÓXICOS ESPECÍFICOS.

- TRATAMIENTO.

LOS DEFECTOS DE LA CONDUCCIÓN SON DEBIDOS GENERALMENTE A LAS ALTERACIONES DEL OÍDO MEDIO Y EN SU MAYOR PARTE, OBEDECEN AL TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO.

LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS CON DEFECTOS SENSITIVOS-NERVIOSOS REQUERIRÁN - PROBABLEMENTE APARATOS DE AYUDA AUDITIVA, EDUCACIÓN DE LA AUDICIÓN Y - DEL HABLA E INSTRUCCIONES EN LA LECTURA LABIAL.

EN NIÑOS CON DEFECTOS AUDITIVOS MÁS IMPORTANTES PUEDE SER NECESARIA -- UNA ESCUELA ESPECIAL, PARA INCLUSO AQUELLOS CON UNA GRAN DEFICIENCIA, LOS LLAMADOS NIÑOS SORDOS, TIENEN LA POSIBILIDAD DE ALCANZAR UNA EDUCACIÓN ADECUADA.



## DIABETES JUVENIL.

EL CONOCIMIENTO DE LA DIABETES ES IMPORTANTE POR SU GRAN FRECUENCIA. LA DIABETES ES, DESPUÉS DE LA OBESIDAD Y DE LAS ENFERMEDADES TIROI- - DEAS, EL TERCER TRANSTORNO METABÓLICO MÁS COMÚN. LA DIABETES TIENE -- COMPONENTES METABÓLICO Y VASCULAR, AMBOS INTERRELACIONADOS. EL SÍNDRO ME METABÓLICO ESTÁ CARACTERIZADO POR UNA ELEVACIÓN EXCESIVA INAPROPIA- DA DE LA GLUCOSA SANGUÍNEA, ACOMPAÑADA DE ALTERACIONES EN EL METABOLIS MO DE LOS LÍPIDOS Y PROTEÍNAS, DE TODO LO CUAL LA CAUSA ES UNA FALLA - RELATIVA O ABSOLUTA DE INSULINA. EL SÍNDROME VASCULAR CONSISTE EN ATE ROSCLEROSIS INESPECÍFICA ALTERADA (ENVEJECIMIENTO PREMATURO).

### - FISIOPATOLOGIA.

EL SÍNDROME DE LA DIABETES SE CARACTERIZA POR LA FALTA ABSOLUTA O RELA TIVA DE INSULINA CIRCULANTE. CON TODA CERTEZA EL SÍNDROME DIABÉTICO - SE DESARROLLA COMO CONSECUENCIA DE UN DESEQUILIBRIO ENTRE LA PRODUC- - CIÓN Y LIBERACIÓN DE INSULINA Y ADEMÁS POR FACTORES HORMONALES O TISU LARES QUE MODIFICAN LOS REQUERIMIENTOS DE INSULINA.

LA DIABETES DE INICIACIÓN DURANTE EL DESARROLLO SE CARACTERIZA POR UNA DEFICIENCIA ABSOLUTA DE INSULINA. POR NATURALEZA, NO EXISTE INSULINA EXTRAIBLE DEL PÁNCREAS, NO HAY RESPUESTA A LOS AGENTES HIPOGLUCEMIAN-- TES BUCALES DEL TIPO DE LA SULFONILUREA, HAY UNA MARCADA TENDENCIA A - LA CETOACIDOSIS, Y POR LO TANTO, EL ENFERMO DEPENDE DE LA INSULINA EXÓ GENA PARA PODER SOBREVIVIR.

SE SUPONE QUE LA DIABETES EN EL NIÑO, SE INICIA CUANDO DECLINA LA PRODUCCIÓN PANCREÁTICA DE INSULINA. SIN EMBARGO ESTO NO ES SIEMPRE IRREVERSIBLE, YA QUE AL MENOS UNA TERCERA PARTE DE TODOS LOS DIABÉTICOS JUVENILES DESARROLLARÁN UNA FASE DE REMISIÓN, POR LO COMÚN DESPUÉS DE TRES MESES DE LA APARICIÓN SÚBITA DE LA ENFERMEDAD.

#### - CUADRO CLINICO.

LA DIABETES JUVENIL SE CARACTERIZA POR UN CAMBIO RÁPIDO CON SÍNTOMAS - COMO POLIDIPSIA, POLIURIA, POLIFAGIA, PÉRDIDA DE PESO Y DE VIGOR, MARCADA IRRITABILIDAD, Y EN LOS NIÑOS CON FRECUENCIA HAY RECURRENCIA DE - ENEURESIS. LA DIABETES PUEDE SER DE TIPO INESTABLE O LÁBIL, SIENDO -- BASTANTE SENSIBLE A LA ADMINISTRACIÓN DE INSULINA EXÓGENA Y ES FÁCIL-- MENTE INFLUIDA POR LA ACTIVIDAD FÍSICA. EL PACIENTE ES PROPENSO A LA CETOACIDOSIS. PARA EL TRATAMIENTO ADECUADO, SON INDISPENSABLES LA DIETA Y EL TRATAMIENTO INSULÍNICO. DESDE LA INTRODUCCIÓN DE ÉSTE, LA CETOACIDOSIS DIABÉTICA HA DEJADO DE SER UNA CAUSA IMPORTANTE DE DEFUNCIÓNES; LA CAUSA DE LA MUERTE EN LA ACTUALIDAD, ES ANTE TODO, CARDIOVASCULAR Y RENAL. POR LO GENERAL, NO ES DIFÍCIL EL DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES EN EL PACIENTE DE TIPO JUVENIL. SIN EMBARGO, ALGUNOS NIÑOS Y ADOLESCENTES TIENEN DIABETES ASINTOMÁTICA, DEMOSTRABLE SÓLO POR LA PRUEBA DE LA TOLERANCIA A LA GLUCOSA O A LA HIPERGLUCEMIA POSTPRANDIAL. EN ESTOS PACIENTES LA ENFERMEDAD PROGRESA CON LENTITUD.

## TRATAMIENTO.

EL USO DE INSULINA ESTÁ BIEN INDICADO EN EL PACIENTE CON DIABETES DE TIPO JUVENIL, PARA MANTENER CONCENTRACIONES SATISFACTORIAS DE GLUCOSA SANGUÍNEA.

EL PACIENTE CON DIABETES JUVENIL DESARROLLA CON FRECUENCIA HIPERGLUCEMIA NOCTURNA, Y POR LO TANTO PRESENTARÁ GLUCOSA SANGUÍNEA ELEVADA EN AYUNAS JUNTO CON GLUCOSURIA, PARA EVITAR ESTA SITUACIÓN SE PODRÁ ENSAYAR UNA INSULINA DE ACCIÓN PROLONGADA, PERO CON FRECUENCIA RESULTA PREFERIBLE UNA SEGUNDA DOSIS PEQUEÑA DE INSULINA INTERMEDIA ANTES DE LA CENA O AL IRSE A ACOSTAR.

## CAPITULO II

### MANIFESTACIONES ORALES

#### EPILEPSIA.

FRENTE A CICATRICES O TRAUMATISMOS AMPLIOS EN LA CARA Y LABIOS Y SOBRE TODO EN LA LENGUA, SE PUEDE PENSAR QUE EL PACIENTE PADECE EPILEPSIA.

LOS PACIENTES EPILÉPTICOS MUCHAS VECES RECHINAN LOS DIENTES.

OTRO ASPECTO QUE NOS PUEDE INDICAR QUE EL PACIENTE ES EPILÉPTICO ES -- QUE PRESENTAN DIENTES FRACTURADOS.

#### HIPERPLASIA GINGIVAL PRODUCIDA POR DIFENILHIDANTOINATO (EPAMIN).

EN EL TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA SE UTILIZA EL DIFENILHIDANTOINATO, - EL CUAL PRESENTA COMO DEFECTO COLATERAL LA HIPERPLASIA GINGIVAL. NO - SE SABE LA CAUSA DE DICHA ALTERACIÓN EN LAS ENCÍAS. ÉSTA MODIFICACIÓN GINGIVAL SE PRESENTA INICIALMENTE EN LAS PAPILAS INTERDENTALES, PERO - EN LESIONES AVANZADAS, LA PROLIFERACIÓN ES TAL QUE LA ENCÍA CUBRE COMPLETAMENTE LOS DIENTES. EL TEJIDO HIPERTROFIADO ES DURO, DE COLOR ROSA PÁLIDO. SON RAROS EL SANGRADO, LA INFLAMACIÓN Y LA INFECCIÓN SECUNDARIA.

## RETARDO MENTAL.

LOS PACIENTES CON RETARDO MENTAL NO SUFREN PROBLEMAS DENTALES FUERA DE LO NORMAL, EL PROBLEMA PRINCIPAL ES POR LA MALA HIGIENE Y HÁBITOS DIETÉTICOS CARIOGÉNICOS, SUFREN ÍNDICES DE CARIES Y ENFERMEDADES PERIODONTALES MÁS ELEVADAS QUE UNA PERSONA NORMAL.

## SINDROME DE DOWN.

ALGUNOS PROBLEMAS CON LOS QUE SE ENFRENTAN LOS PACIENTES AFECTADOS POR ESTE SÍNDROME, SON LA ERUPCIÓN TARDÍA DE PIEZAS, EXFOLIACIÓN TEMPRANA DE LAS MISMAS, INCISIVOS LATERALES DEFECTUOSOS O AUSENTES, ANOMALÍAS EN LA FORMA DENTAL, IRREGULARIDADES EN LA IMPLANTACIÓN DE LOS DIENTES, ENFERMEDADES PARODONTALES, MALOCCLUSIÓN Y PROGNATISMO,

TAMBIÉN SE ALTERA EL DESARROLLO DE LOS HUESOS FACIALES, SIENDO NOTABLE EL REDUCIDO TAMAÑO DEL MAXILAR SUPERIOR, POR LO QUE NO HAY ESPACIO PARA LOS INCISIVOS, LOS CUALES SE SUPERPONEN.

ESTOS PACIENTES TIENEN LA LENGUA FISURADA O ESCROTAL, DEBIDO AL AGRANDAMIENTO DE LAS PAPILAS, EL PALADAR ES ALTO Y ESTRECHO Y SON RESPIRADORES BUCALES.

## CRETINISMO.

LAS MANIFESTACIONES ORALES QUE PODEMOS OBSERVAR EN ESTE TIPO DE PACIENTES SON PRINCIPALMENTE LABIOS GRUESOS Y AGRANDADOS, LA LENGUA ES GRANDE Y PUEDE SOBRESALIR DE LA BOCA, ESTO PROVOCARÁ UNA MORDIDA ABIERTA - ANTERIOR Y, POR LO TANTO, SEPARACIÓN DE LOS DIENTES ANTERIORES,

LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES PRIMARIOS SE RETARDA Y SE PUEDE DETECTAR RADIOGRÁFICAMENTE LAS RAÍCES QUE ESTÁN FORMADAS INCOMPLETAMENTE, DEBIDO AL RETRASO EN LA FORMACIÓN DE DENTINA,

LOS DIENTES POSEEN UN TAMAÑO NORMAL, PERO SE APIÑAN EN MAXILARES QUE SON MENORES DE LO NORMAL.

EL APIÑAMIENTO, LA MALOCCLUSIÓN Y LA RESPIRACIÓN BUCAL, CAUSAN UN TIPO HIPERPLÁSICO CRÓNICO GINGIVAL.

## GARGOLISMO (SINDROME DE RUNTER - RURLER).

SE MANIFIESTA ORALMENTE POR EL ACORTAMIENTO Y ENSANCHAMIENTO DE LA MANDÍBULA CON GONIONES PROMINENTES, LOS DIENTES SON PEQUEÑOS, MUY ESPACIADOS Y DE FORMA ANORMAL.

TAMBIÉN HAY HIPERPLASIA GINGIVAL Y LA LENGUA TIENE UN AGRANDAMIENTO CARACTERÍSTICO,

## PARALISIS CEREBRAL.

LAS MANIFESTACIONES ORALES INFORMADAS POR LOS INVESTIGADORES SON LAS SIGUIENTES:

AUMENTO EN LA INCIDENCIA DE MALOCLUSIÓN, LO QUE PUEDE ATRIBUIRSE A FUNCIONES MUSCULARES ANORMALES Y A LA POSICIÓN NATURAL DE LA LENGUA.

UN INFORME PRESENTADO POR JACKSON DICE QUE EL 76% DE LOS PARALÍTICOS CEREBRALES TENÍAN MALOCLUSIÓN. TAMBIÉN INFORMÓ QUE LOS NIÑOS PARALÍTICOS CEREBRALES CON DENTICIÓN TEMPORAL MOSTRABAN UNA OCLUSIÓN CASI NORMAL Y UNA MALOCLUSIÓN MENOS GRAVE EN LA DENTICIÓN MIXTA.

ES FRECUENTE OBSERVAR BRUXISMO EN LOS PARALÍTICOS CEREBRALES, ESTO PODRÍA DEBERSE A PROBLEMAS EMOCIONALES.

LA DEGLISIÓN ATÍPICA Y LA POSICIÓN ANORMAL DE LA LENGUA PUEDE PROVOCAR UNA MORDIDA ABIERTA ANTERIOR. ÉSTE TIPO DE MALOCLUSIÓN NO RESPONDE AL TRATAMIENTO ORTODÓNTICO A MENOS QUE EL HÁBITO SEA CORREGIDO O QUE SE EMPLEEN RETENEDORES PERMANENTES.

## HIPOPLASIA ADAMANTINA EN LA PARALISIS CEREBRAL.

EN EL 70% DE LOS DIENTES CON ESMALTE HIPOPLÁSICO DEL GRUPO DE PARÁLISIS CEREBRAL, SE ENCONTRÓ UNA RELACIÓN DEFINIDA BASADA EN LA ÉPOCA EN

QUE LOS POSIBLES FACTORES ETIOLÓGICOS HABRÍAN CAUSADO LA LESIÓN CEREBRAL Y EL MOMENTO APARENTE DEL DEFECTO ADAMANTINO BASADO EN SU UBICACIÓN EN EL ESMALTE CORONARIO.

ATRICCIÓN Y DISFUNCIÓN TEMPOROMANDIBULAR ESTÁN AUMENTADOS EN PADECIMIENTOS COMO ESTE.

LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL TIENEN ÍNDICE DE ATAQUE CARIOSO MÁS ELEVADO QUE LOS NIÑOS NORMALES.

LA MALA HIGIENE BUCAL Y LA DIETA BLANDA CONTRIBUYEN A UN AUMENTO IMPORTANTE DEL NÚMERO Y GRAVEDAD DE ENFERMEDADES PERIODONTALES EN PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL, EN COMPARACIÓN CON NIÑOS NORMALES.

#### SORDERA.

EN NIÑOS SORDOS NO HAY MANIFESTACIONES ORALES ESPECÍFICAS, PERO TOMANDO EN CUENTA QUE AL IGUAL QUE TODOS LOS PACIENTES IMPEDIDOS FÍSICA Y MENTALMENTE, LOS PROBLEMAS DENTALES SE AGRAVAN POR LA DIETA MAL BALANCEADA QUE LOS PADRES PROPORCIONAN Y EL MAL ASEO BUCAL.

#### CARDIOPATÍAS CONGENITAS.

LAS CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS APARECEN FRECUENTEMENTE COMO ANOMALÍAS ASO



CIADAS EN MONGOLOIDES Y NIÑOS NACIDOS CON HENDIDURA DE PALADAR, DE LABIOS O DE AMBOS.

EN REALIDAD, EN LOS PACIENTES CON ESTE TIPO DE PROBLEMAS NO SE PRESENTAN MANIFESTACIONES ORALES ESPECÍFICAS DIFERENTES DE MAYOR GRADO DE CARIES Y ENFERMEDAD PERIODONTAL, QUE EL COMUNMENTE EN LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS FÍSICAMENTE NORMALES.

#### DIABETES JUVENIL.

ESTA ENFERMEDAD ES OTRA DE LAS INCAPACIDADES SIN MANIFESTACIONES DENTALES DIRECTAS.

LA CONDICIÓN INCAPACITANTE PUEDE NO AFECTAR NOTABLEMENTE LA CONDUCTA DEL PACIENTE, LAS HABILIDADES PSICOMOTORAS NECESARIAS PARA LA FISIOTERAPIA BUCAL, NI LA CAPACIDAD INTELECTUAL PARA ENTENDER LA NECESIDAD O CONVENIENCIA DEL MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL.

### CAPITULO III

#### TRATAMIENTO PARA PACIENTES IMPEDIDOS

PARA TRATAR A LOS PACIENTES IMPEDIDOS FÍSICA Y MENTALMENTE, EL ODONTÓLOGO DEBE ESTAR EQUIPADO TÉCNICAMENTE, TENER COMPRENSIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA EMOCIONAL Y UN CONOCIMIENTO BASTANTE AMPLIO DE LA AFECCIÓN DEL PACIENTE. SE DEBE TENER EN CUENTA EL ESTADO FÍSICO Y PSICOLÓGICO DEL NIÑO O ADULTO A TRATAR (ESTE CONOCIMIENTO SE BASA EN UNA CLASIFICACIÓN QUE NOS DA NOVAK).

#### LA PRIMERA VISITA.

LA PRIMERA VISITA AL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO ES MUY IMPORTANTE, YA -- QUE ES EL MOMENTO EN QUE EL ODONTÓLOGO Y SU PERSONAL PUEDEN BRINDARLE CONFIANZA Y CAPACIDAD PARA QUE EL PACIENTE ACEPTÉ LOS TRATAMIENTOS DE TALES SUBSECUENTES. SE DEBE HACER LO POSIBLE POR QUE ESTA VISITA SEA AGRADABLE.

AL LLEGAR AL CONSULTORIO EL PACIENTE DEBE PASAR DIRECTAMENTE AL SILLÓN, SER ACOMODADO EN POSICIÓN ADECUADA Y ANESTESIARLO.

TODO EL INSTRUMENTAL DEBE ESTAR PREPARADO, SEGÚN EL TRATAMIENTO QUE SE VAYA A LLEVAR A CABO.

EL ODONTÓLOGO DEBERÁ REALIZAR SUS DEBERES CON DESTREZA, RÁPIDEZ Y MÍNIMO DOLOR.

EL CUIDADO DE LA SALUD, LA EDUCACIÓN Y EL EMPLEO SON DERECHOS RELATIVAMENTE NUEVOS EXIGIDOS PARA LAS PERSONAS IMPEDIDAS.

MILLER OFRECE ALGUNAS RAZONES PORQUE EL ODONTÓLOGO A VECES SE NIEGA A DAR ATENCIÓN AL PACIENTE IMPEDIDO EN EL CONSULTORIO:

1. LOS ODONTÓLOGOS NO ESTÁN EQUIPADOS PARA MANEJAR PROBLEMAS QUE SE PUEDEN PRESENTAR EN PACIENTES IMPEDIDOS.
2. LOS PROGRAMAS DE ESTUDIO DE ODONTOLOGÍA NO INCLUYEN EXPERIENCIA EDUCATIVA EN EL MANEJO DE PACIENTES IMPEDIDOS.
3. NO HAY INFORMACIÓN SOBRE LAS NECESIDADES ODONTOLÓGICAS DE PACIENTES IMPEDIDOS.
4. LOS CUIDADOS DE ESTOS PACIENTES SON APÁTICOS A NECESIDADES ODONTOLÓGICAS.

MUCHOS ESTUDIOS HAN INFORMADO SOBRE LAS POBRES CONDICIONES BUCALES DE LAS PERSONAS IMPEDIDAS. SE INFORMA SOBRE UN AUMENTO EN LA INCIDENCIA DE CARIES EN LA POBLACIÓN IMPEDIDA Y ESTO SE DEBE A QUE LA HIGIENE ES MUCHO MÁS POBRE EN PACIENTES IMPEDIDOS QUE EN EL PACIENTE NORMAL,

EL TRATAMIENTO DENTAL DEL PACIENTE IMPEDIDO SE DEBE ENCONTRAR DENTRO - DEL ÁMBITO DE TODA PRÁCTICA GENERAL Y ESPECIALISTA, ESTOS DEBEN TENER COMPRENSIÓN, PACIENCIA E INVENTIVA.

LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES IMPEDIDOS SE VE MUCHO A NIVEL PARTICULAR; EL ODONTÓLOGO DEBE ESTAR PREPARADO TANTO PSICOLÓGICA COMO TÉCNICAMENTE PARA PODER TRABAJAR CON ESTOS PACIENTES.

#### CITAS.

EL PLANEAMIENTO DE CITAS ES MUY IMPORTANTE, INTEGRAR AL PACIENTE IMPEDIDO, EN UNA PRÁCTICA PRIVADA. UN PACIENTE IMPEDIDO DEBE ENTRAR AL -- CONSULTORIO POCO DESPUÉS DE LLEGAR, LARGOS PERÍODOS DE ESPERA NO SON -- CONVENIENTES POR LOS EFECTOS NEGATIVOS SOBRE LA PSICOLOGÍA DEL PACIENTE. POR LAS MAÑANAS Y A PRIMERA HORA, CONOCIENDO ESTO DEBERÁ SIEMPRE DESTINARSE ESTE HORARIO A ESTE TIPO DE PACIENTES.

UNA ESPERA PROLONGADA EN LA SALA, PRODUCE EN EL PACIENTE UN ESQUEMA -- MENTAL DE NO COOPERACIÓN O DE ASUSTARSE POR RUIDOS DESUSADOS.

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.

## PROBLEMAS DE TRATAMIENTO.

UN NIÑO AFECTADO LIGERAMENTE Y QUE PUEDE CONCURRIR A LA ESCUELA, ES POSIBLE TRATARLO COMO UN PACIENTE NORMAL EN EL CONSULTORIO, MIENTRAS QUE aquellos que estén severamente impedidos como para estar internados en instituciones especiales, sólo son adecuados para extracciones y un buen cuidado con relación a su higiene bucal.

ALGUNOS DE LOS PROBLEMAS QUE PUEDEN PRESENTARSE, SON LOS SIGUIENTES:

**PRENSION.-** 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 PERSONAS QUE NO SEAN MIEMBROS DE LA FAMILIA.

EL NIÑO QUE ASISTE A LA ESCUELA O CENTRO ESPECIAL ESTÁ ACOSTUMBRADO A OTRAS PERSONAS.

**DIFICULTAD DE COMUNICACION.-** PUEDEN EXISTIR DEFECTOS AUDITIVOS O VISUALES QUE DIFICULTEN LA CONVERSIÓN Y EXPLICACIÓN JUNTO AL SILLÓN, O EL NIÑO PUEDE TENER UN DEFECTO DE DICCIÓN QUE HACE SUS RESPUESTAS INCOMPENSIBLES. EN ESTOS CASOS, EL ODONTÓLOGO NO PUEDE SUPONER DEFICIENCIA EN LA INTELIGENCIA SIN OTRA EVIDENCIA.

**DISTRACCION.-** EL AGUNOS PACIENTES CON DISFUNCIÓN CEREBRAL HAY INQUIETUD Y UNA DEFICIENTE CAPACIDAD PARA CONCENTRARSE. LAS COSAS TRIVIALES TIENDEN A DISTRAER LA ATENCIÓN DEL PACIENTE.

BAJA INTELIGENCIA.- EN PACIENTES DE INTELIGENCIA POR DEBAJO DE LO NORMAL, LA COMUNICACIÓN Y EL ENTENDIMIENTO PUEDEN SER DIFÍCILES DE ALCANZAR CUANDO SE INTENTA OBTENER COOPERACIÓN.

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL PARALÍTICO CEREBRAL

HAY CIERTOS PROBLEMAS EN EL MANEJO DE ESTE TIPO DE PACIENTES PARA EL -  
TRATAMIENTO DENTAL. POSICIÓN POSTURAL, TENSIONES MUSCULARES ESQUELÉTICAS  
FACIALES Y BUCALES, MOVIMIENTOS INCONTROLADOS E INVOLUNTARIOS DEL  
PACIENTE.

EL BUEN CUIDADO DENTAL EN LOS NIÑOS PARALÍTICOS CEREBRALES, Y ESPECIAL  
MENTE EN AQUELLOS CON COMPLICACIONES EN LA CABEZA O EL CUELLO, ES DE -  
VITAL IMPORTANCIA, POR LO SIGUIENTE:

- TIENEN DIFICULTADES MASTICATORIAS QUE POSIBILITAN LA PÉRDIDA DE DIEN-  
TES.
- MUCHOS DE ESTOS PACIENTES NUNCA PODRÁN USAR DENTADURA.
- LOS PROBLEMAS FONÉTICOS AUMENTAN POR LA PÉRDIDA DE LOS DIENTES.

ANTES DE VER AL NIÑO POR PRIMERA VEZ, EL ODONTÓLOGO DEBE BUSCAR INFOR-  
MACIÓN DEL MÉDICO SOBRE SU CONDICIÓN FÍSICA, NECESITA CONOCER EL TIPO  
DE COMPLICACIONES NEUROMOTORAS Y SU GRAVEDAD, CUALQUIER HISTORIA DE --  
CONVULSIÓN, 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 NE-  
CESIDADES DE ESE PACIENTE. EL ACERCAMIENTO DEBE SER AMISTOSO Y SIMPÁ-

TICO, PERO FIRME Y SIEMPRE CON PLENA CONFIANZA.

PACIENCIA Y PERSISTENCIA SON DE CAPITAL IMPORTANCIA Y EL OBJETIVO DEBE SER UN TRABAJO EN EQUIPO.

COMO ESTOS NIÑOS NO PUEDEN COMUNICAR SUS MOLESTIAS AL ODONTÓLOGO, LE SUELE RESULTAR DIFÍCIL A ÉSTE LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO. EL RUIDO Y LAS VIBRACIONES DE LA PIEZA DE MANO PUEDEN DESENCADENAR EL LLANTO O TEMBLORES INCONTROLADOS, INCLUSO CUANDO NO ESTÁ INCÓMODO.

EL EXAMEN DENTAL DEBE ESTIMULARSE AL PACIENTE PARA QUE SE RELAJE, EXPLICANDO Y DEMOSTRANDO TODAS LAS ACCIONES.

EL EMPLEO DEL DIQUE DE HULE ES IMPORTANTE PORQUE PREVIENE EL CIERRE REPENTINO DE LOS MAXILARES Y LESTONES, YA SEA A LOS TEJIDOS BLANDOS O DUROS.

SE DEBEN TOMAR EN CUENTA LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES CUANDO NO SE UTILICE EL DIQUE DE GOMA:

- NO HAY QUE PONER ENTRE LOS DIENTES LOS DEDOS, EN LOS CASOS EN QUE LOS MAXILARES PUEDEN CONTRAERSE, SALVO QUE SE USE PROTECTOR DIGITAL METÁLICO. EN ESTE CASO UN ESPEJO DE VIDRIO PUEDE RESULTAR PELIGROSO PORQUE SI SE ASTILLA, PUEDE NO SER POSIBLE RECOBRAR LOS TROZOS DE VIDRIO SIN HOSPITALIZAR AL NIÑO SIN ANESTESIA GENERAL. ES ACONSEJABLE UN ESPEJO DE ACERO.



CON RESPECTO A LA ANESTESIA LOCAL, NO EXISTEN CONTRADICCIONES EN ESTOS PACIENTES.

LAS RADIOGRAFÍAS SON DIFÍCILES DE UBICAR Y MANTENER SIN MOVIMIENTO, --  
POR LO QUE SE TOMARÁ UNA ORTOPANTOGRAFÍA.

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES EPILEPTICOS

EL ODONTÓLOGO DEBE FAMILIARIZARSE CON EL TIPO Y FRECUENCIA DE LOS ATAQUES EPILÉPTICOS DEL PACIENTE, PARA PODER ESTAR PREPARADO Y HACER FRENTE AL PROBLEMA Y NO DEBE DARLE MIEDO AL ODONTÓLOGO HACERLE UN TRATAMIENTO, PUES SE LE PUEDE CONSIDERAR UN PACIENTE "NORMAL".

LOS PACIENTES EPILÉPTICOS SUELEN SER BUENOS PACIENTES BAJO ANESTESIA LOCAL, SIEMPRE Y CUANDO NO ESTÉN CANSADOS.

SI UN PACIENTE CON ESTE PADECIMIENTO PRESENTA UNA CRISIS MIENTRAS SE LE ESTÁ HACIENDO ALGÚN TRATAMIENTO DENTAL, DEBEN TOMARSE MEDIDAS PARA QUE EL PACIENTE NO SE LASTIME. SE QUITARÁ DEL SILLÓN Y SE ACOSTARÁ EN EL PISO. ES ACONSEJABLE COLOCAR UN PROTECTOR BUCAL DURANTE EL ATAQUE, PARA EVITAR LESIONES LINGUALES.

ES BASTANTE COMÚN OBSERVAR EN PACIENTES QUE PADECEN ESTE TIPO DE CRISIS DIENTES FRACTURADOS O DESPLAZADOS. SON PREFERIBLES LAS PRÓTESIS FIJAS A LAS REMOVIBLES, EN CASO DE QUE SEAN NECESARIAS.

SE DEBEN ELIMINAR TODOS LOS FACTORES PREDISPONENTES LOCALES, MEDIANTE TRATAMIENTO DE CONSULTORIO (PROFILAXIS).

CUANDO LA HIPERTROFIA GINGIVAL SE LIMITA A LAS ZONAS INTERDENTALES Y ANTES DE QUE EL TEJIDO SE HAYA VUELTO FIBROSO, DEBE SEGUIRSE UNA HIGIENE ESTRICTA POR MEDIO DE LA CUAL SE DETIENE LA HIPERTROFIA.

UNO DE LOS PROBLEMAS QUE PRESENTA ESTE TIPO DE PACIENTES ES LA HIPERPLASIA GINGIVAL PRODUCIDA POR EL MEDICAMENTO (DIFENIL HIDANTOINATO), - EL TRATAMIENTO DEBE LLEVARSE A CABO CUANDO LA LESIÓN SEA AVANZADA.

#### TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA GINGIVAL ASOCIADA AL TRATAMIENTO DIFENIL HIDANTOINATO.

EL AGRANDAMIENTO DE LA ENCÍA NO SE PRESENTA EN TODOS LOS PACIENTES QUE RECIBEN ESTE TIPO DE TRATAMIENTO: EXISTEN TRES TIPOS DE HIPERPLASIA.

CLASE A .- HIPERPLASIA NO INFLAMATORIA. LA SUPRESIÓN DE LA DROGA ES EL ÚNICO MÉTODO PARA ELIMINARLA, DESAFORTUNADAMENTE NO ES POSIBLE PORQUE AL ELIMINAR EL MEDICAMENTO TAMBIÉN SE ELIMINA LA HIPERPLASIA, PERO LAS CRISIS PUEDEN AUMENTAR EN NÚMERO, YA QUE SE NECESITA APROXIMADAMENTE UNO O HASTA DOS MESES PARA ELIMINARLA. Y AL VOLVER AL TRATAMIENTO SE VUELVE A PRESENTAR LA HIPERPLASIA.

CLASE B .- AGRANDAMIENTO INFLAMATORIO CRÓNICO TOTALMENTE DESVINCULADO DEL DIFENILHIDANTOINATO.

ESTE AUMENTO EN EL TEJIDO SE DEBE TOTALMENTE A IRRITANTES LOCALES.

HIPERPLASIA GINGIVAL EN RESPIRADORES BUCALES.- LA RESPIRACIÓN BUCAL - CUANDO ES CONSTANTE DÁ COMO RESULTADO QUE LAS SUPERFICIES MUCOSAS TIEN DAN A SECARSE, Y CON EL IMPACTO DEL AIRE FRÍO CONDUCE A UNA IRRITACIÓN DE LOS TEJIDOS. FRECUENTEMENTE ESTOS PACIENTES SUFREN DE UNA MALOCLUSIÓN GRAVE DE CLASE II.

EL TRATAMIENTO A SEGUIR ES EL DE LA GINGIVECTOMIA, CONTROL MINUCIOSO - DE LA PLACA Y ELIMINACIÓN DE TODOS LOS FACTORES LOCALES PREDISponentes.

CLASE C .- AGRANDAMIENTO COMBINADO. ES UNA COMBINACIÓN DE HIPERPLA-- SIA CAUSADA POR DIFENILHIDANTOINATO MÁS INFLAMACIÓN CAUSA-- DA POR LA IRRITACIÓN LOCAL.

ESTE ES EL TIPO MÁS COMÚN EN PACIENTES QUE ESTÁN BAJO UN - TRATAMIENTO. SE TRATA POR GINGIVECTOMÍA Y ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FUENTES DE IRRITACIÓN LOCAL, A MÁS DE CONTROL MI NUCIOSO DE LA PLACA POR PARTE DEL PACIENTE.

## CUIDADO DENTAL DE PACIENTES MENTALMENTE IMPEDIDOS

EN LA ACTUALIDAD, LOS PACIENTES CON PROBLEMAS MENTALES RECIBEN UNA --  
ATENCIÓN QUE EN TIEMPOS PASADOS SORPRENDERÍAN.

ARTHUR NOWAK DICE QUE PARA DAR UN TRATAMIENTO ADECUADO SE DEBEN SEGUIR  
LAS SIGUIENTES NORMAS:

1. CONOCER LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE.
2. ANALIZAR A CADA PACIENTE COMO INDIVIDUO Y TRATARLO DE ACUERDO A MÉ  
RITOS PROPIOS.
3. EVITAR ACTITUDES NEGATIVAS HACIA EL ENFERMO, EL LISIADO Y EL CIEGO.
3. ESTRUCTURAR EL AMBIENTE DEL CONSULTORIO PARA RECIBIR Y AGRADAR A --  
LOS PACIENTES.
5. EJERCITAR UNA ATENCIÓN CARIÑOSA.
6. RECOMPENSAR EL BUEN COMPORTAMIENTO.
7. ENSEÑAR A LOS AUXILIARES LAS MODALIDADES DE LOS IMPEDIDOS MENTALES  
Y FÍSICOS Y SOLICITAR SU APOYO EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES.

CUALQUIER TRATAMIENTO DENTAL DEBE SER LO MÁS COMPRENSIVO Y NORMAL QUE SEA POSIBLE Y SE DEBE TOMAR EN CUENTA EL NIVEL DE SUBNORMALIDAD EN QUE SE ENCUENTRE EL PACIENTE. EL OBJETIVO PRINCIPAL DEBE SER EL DE UNA BOCA FUNCIONAL, PERO ASIMISMO DEBE CONSIDERARSE LA ESTÉTICA.

A PESAR DE SER DIFÍCIL UN ACERCAMIENTO CON UN PACIENTE AFECTADO MENTALMENTE, MUCHO DEPENDERÁ DE LAS ACTITUDES DEL ODONTÓLOGO Y EL PERSONAL AUXILIAR.

EXISTE, POR SUPUESTO, UNA CANTIDAD APRECIABLE DE PACIENTES AFECTADOS MENTALMENTE CON TRASTORNOS DE CONDUCTA, QUE PRESENTAN PROBLEMAS EN EL MANEJO ODONTOLÓGICO. EN GENERAL, SON IMPULSIVOS Y PUEDEN PERTURBAR LOS PROCEDIMIENTOS DEL CONSULTORIO.

EL ESTADO PERIODONTAL DE ESTOS PACIENTES REQUIERE ATENCIÓN ESPECIAL Y EL CEPILLADO DE LOS DIENTES ES DIFÍCIL, PERO SUMAMENTE IMPORTANTE. EL CEPILLO ELÉCTRICO ES DE GRAN UTILIDAD EN ESTE TIPO DE PACIENTES,

EL NIÑO O ADULTO IMPEDIDO MENTALMENTE PROBABLEMENTE NUNCA TOLERARÁ DENTADURAS PARA REEMPLAZAR LOS DIENTES PERDIDOS; POR ESTE MOTIVO, SE DEBE IMPLANTAR PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS COMO APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR PERIÓDICAMENTE, FLUORIZACIÓN DEL AGUA, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS, ETC.

PACIENTES CON SINDROME DE DOWN.

ESTE ES UN TRANSTORNO GENÉTICO ASOCIADO CON UNA ANORMALIDAD CROMOSÓMICA. DE LAS MUCHAS ANORMALIDADES BUCALES ASOCIADAS CON EL SÍNDROME DE DWON, LA ENFERMEDAD PERIODONTAL CONSTITUYE LA DIFICULTAD PRINCIPAL EN EL LOGRO DE LA SALUD DENTAL. LA ENFERMEDAD ES PROGRESIVA Y AÚN EN EL MONGOLOIDE DE ALTO GRADO, LA EXTRACCIÓN PUEDE SER INEVITABLE.

TANTO LOS APARATOS ORTODÓNTICOS COMO LOS PROTÉTICOS SUELEN SER CONTRAINDICADOS POR MUCHAS RAZONES: EL MAL ESTADO GINGIVAL, LA LENGUA RELATIVAMENTE GRANDE Y EL TONO MUSCULAR POBRE HACEN DIFÍCIL LA RETENCIÓN - Y LA COOPERACIÓN SUELEN SER COMPLETAMENTE INADECUADOS.

## PACIENTES CON SINDROME DE DOWN.

ESTE ES UN TRANSTORNO GENÉTICO ASOCIADO CON UNA ANORMALIDAD CROMOSÓMICA. DE LAS MUCHAS ANORMALIDADES BUCALES ASOCIADAS CON EL SÍNDROME DE DWON, LA ENFERMEDAD PERIODONTAL CONSTITUYE LA DIFICULTAD PRINCIPAL EN EL LOGRO DE LA SALUD DENTAL. LA ENFERMEDAD ES PROGRESIVA Y AÚN EN EL MONGOLOIDE DE ALTO GRADO, LA EXTRACCIÓN PUEDE SER INEVITABLE.

TANTO LOS APARATOS ORTODÓNTICOS COMO LOS PROTÉTICOS SUELEN SER CONTRAINDICADOS POR MUCHAS RAZONES: EL MAL ESTADO GINGIVAL, LA LENGUA RELATIVAMENTE GRANDE Y EL TONO MUSCULAR POBRE HACEN DIFÍCIL LA RETENCIÓN Y LA COOPERACIÓN SUELEN SER COMPLETAMENTE INADECUADOS.



## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES SORDOS

EL NIÑO SORDO NO PRESENTA MANIFESTACIONES ORALES ESPECÍFICAS.

LA ATENCIÓN DENTAL DEL NIÑO SORDO PUEDE SER MUY GRATIFICANTE PARA EL ODONTÓLOGO SI SE TOMA EN CUENTA QUE ESE PACIENTE DEBE DARSE A ENTENDER A TRAVÉS DE LOS DEMÁS SENTIDOS. EL PACIENTE PREESCOLAR PUEDE SER MÁS DIFÍCIL DE ATENDER QUE UN PACIENTE ADULTO QUE YA HA TENIDO UNA EDUCACIÓN ESPECIAL Y QUE YA SE COMUNICA CON LOS DEMÁS A BASE DE "VER, TOCAR Y GUSTAR".

### - PAPEL DE LOS PADRES.

CUANDO UN NIÑO PUEDE OÍR Y POR LO MISMO ES INCAPAZ DE HABLAR, ES FORZADO A DEPENDER DE UN INTÉRPRETE, UNA PERSONA QUE CONOZCA ACERCA DE LOS PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN Y QUIEN PUEDA RELACIONARSE CON EL ODONTÓLOGO. LOS PRIMEROS INTÉRPRETES DE UN PACIENTE SORDO SON LOS PADRES. LOS PADRES DEBEN ACEPTAR LA SORDERA DEL NIÑO PARA QUE ÉSTE NO SEA UN ADULTO INÚTIL Y FRUSTRADO.

DESGRACIADAMENTE, TAMBIÉN EXISTEN PADRES QUE EXAGERAN LAS IMPLICACIONES DE LOS PACIENTES SORDOS. ESTO LLEVA A QUE EL NIÑO DEPENDA TOTALMENTE DE SUS PADRES Y POR LO MISMO, PIERDE LA HABILIDAD DE EXTENDER SUS PROBLEMAS, EMOCIONALMENTE SE DISTORCIONA Y MAL INTERPRETA O BIEN, SE REHUSA A ACEPTAR LA REALIDAD.

## - VISITAS DENTALES.

EL ODONTÓLOGO DEBE ESTAR ENTERADO DE ESA TOTAL DEPENDENCIA, POR LO QUE DEBE ESTAR DISPUESTO A ALTERAR SU ACERCAMIENTO NORMAL.

ANTES DE LA VISITA INICIAL DEL PACIENTE SORDO, LOS PADRES DEBEN CONOCER O HABLAR CON EL ODONTÓLOGO, DE MANERA QUE PUEDA EXPLICAR EXACTAMENTE LO QUE OCURRIRÁ.

LAS VISITAS DENTALES DEBEN SER PROGRAMADAS DE MANERA QUE EL PACIENTE PASE UN TIEMPO MÍNIMO EN LA SALA DE ESPERA. AL SER ATENDIDO EL PACIENTE, LOS PADRES DEBEN DE ESTAR CERCA, DE TAL MANERA QUE EL PACIENTE PUEDA VERLOS FÁCILMENTE. EL ODONTÓLOGO Y EL ASISTENTE PUEDEN FÁCILMENTE COMUNICAR IDEAS AL NIÑO SORDO A TRAVÉS DE GESTOS, EXPRESIONES FACIALES Y LENTA PRONUNCIACIÓN DE PALABRAS.

UNA VEZ QUE ES OBTENIDO UN BUEN REPORTE ENTRE EL PACIENTE Y EL ODONTÓLOGO EL NIÑO LOGRA UNA SENSACIÓN DE SEGURIDAD Y CONFIANZA Y DÁNDOLE MENOR IMPORTANCIA A LA PRESENCIA DEL PADRE.

EN LAS VISITAS SUCESIVAS, EL PACIENTE SERÁ MÁS FÁCIL DE MANEJAR AÚN NO ESTANDO LOS PADRES CON ÉL EN EL CONSULTORIO, SINO QUE ESTARÁN EN LA SALA DE ESPERA.

EN MUCHAS OCASIONES EL PACIENTE ES DIFÍCIL DE TRATAR, YA QUE ES UNA PERSONA A LA QUE SE LA HA DADO UNA SOBREPROTECCIÓN INNECESARIA, POR LO

QUE UN INDIVIDUO QUE HACE BERRINCHES Y HAY UNA FALTA DE COOPERACIÓN --  
CON LO QUE PRETENDE LLAMAR LA ATENCIÓN DE LOS PADRES.

EL ODONTÓLOGO DEBE MOSTRAR AL NIÑO SORDO LOS INSTRUMENTOS Y EQUIPO, AL  
RE, AGUA EN SPRAY, EL MOVIMIENTO DEL CEPILLO DENTAL, ETC. DEBE ENFATI  
ZAR LAS VIBRACIONES DEL EQUIPO, LAS CUALES SENTIRÁ Y EXPLICARLE QUE ÉS  
TOS SON NORMALES EN EL CONSULTORIO DENTAL.

UNA PARTE DEL TRATAMIENTO QUE SERÁ DIFÍCIL DE EXPLICAR, SERÁ EL USO DE  
LA ANESTESIA LOCAL, LA CUAL SERÁ NECESARIA DE USAR EN MUCHOS DE LOS --  
TRATAMIENTOS DENTALES.

EL PACIENTE DEBE ESTAR PERFECTAMENTE ANESTESIADO ANTES DE INICIAR CUAL  
QUIER TRATAMIENTO, DE LO CONTRARIO LA CONFIANZA QUE YA TENÍA EL NIÑO -  
SE PERDERÁ.

EL USO DEL DIQUE DE HULE QUE EN CUALQUIER OTRO TIPO DE PACIENTES SERÍA  
IDEAL, AQUÍ MUCHAS VECES RESULTA NOCIVO SI NO SE SABE MANEJAR BIEN.  
LA PROXIMIDAD DEL DIQUE DE GOMA Y EL ARCO EN LOS OJOS PUEDE CAUSAR UNA  
REACCIÓN ADVERSA, AL IMPEDIRLE LA VISIÓN, AUNQUE SEA LO MÁS MÍNIMO.

EL TRATAMIENTO DENTAL ACTUAL PARA LOS NIÑOS SORDOS ES PARALELO AL REA-  
LIZADO EN LOS NIÑOS NORMALES.

EL TRATAMIENTO DEBE SER PREVENTIVO YA QUE LOS NIÑOS SORDOS SON COMPEN-  
SADOS FRECUENTEMENTE CON CANTIDADES EXCESIVAS DE DULCES, POR LO QUE DE

BE REALIZARSE UN ANÁLISIS DIETÉTICO Y DARLES A LOS PADRES UNA GUÍA NUTRICIONAL.

LA PREMEDICACIÓN PUEDE SER UNA AYUDA ADICIONAL EN PACIENTES QUE SEAN - MUY NERVIOSOS. AUNQUE TAMBIÉN EN ALGUNOS CASOS PODRÍA SER NOCIVA POR EL ENTORPECIMIENTO DE LOS CENTROS DE COMUNICACIÓN RESTANTES DEL NIÑO - SORDO, CONDUCIENDO A UN AUMENTO EN LA CONFUSIÓN Y UNA DISMINUCIÓN EN LA HABILIDAD DE RAZONAMIENTO.

LA ANESTESIA GENERAL PUEDE SER UTILIZADA COMO ÚLTIMO RECURSO CUANDO EL TRATAMIENTO DENTAL ES NECESARIO Y TODOS LOS MÉTODOS DE TRATAMIENTO HAN SIDO INTENTADOS SIN ÉXITO.

## TRATAMIENTO DENTAL PARA PACIENTES CON CARDÍOPATIA CONGENITA

PARA INICIAR CUALQUIER TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA O ADQUIRIDA, ES RECOMENDABLE HACER UNA MINUCIOSA HISTORIA CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD CARDÍACA DEL FUTURO PACIENTE. DEBE CONSULTARSE AL MÉDICO FAMILIAR Y AL CARDIÓLOGO, PARA CONOCER LA CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA SOPORTAR EL TRATAMIENTO DENTAL PLANEADO, LAS POSIBLES COMPLICACIONES -- QUE PUEDEN SURGIR Y TOMAR LAS MEDIDAS DE PRECAUCIÓN QUE SEAN NECESARIAS.

AL TRATAR PACIENTES QUE TENGAN ENFERMEDADES CARDÍACAS, EL ODONTÓLOGO DEBE EVITAR LAS BACTEREMIAS, LO QUE PUEDE CAUSAR ENDOCARDITIS BACTERIANA.

PARA PLANIFICAR UN TRATAMIENTO, SE TOMARAN EN CUENTA LOS SIGUIENTES DATOS:

1. EL USO DE EPINEFRINA EN EL ANESTÉSICO PARA PROLONGAR LA DURACIÓN DE LA ANESTESIA.
2. EL PACIENTE CARDÍACO CON ACTIVIDAD RESTRINGIDA DEBE SER TRATADO CON EL MENOR AGOTAMIENTO Y EN TRATAMIENTOS TARDADOS SE DEBE CUIDAR A LA PREMEDICACIÓN.
3. LOS PACIENTES CON CORAZÓN GRANDE Y CONGESTIÓN PULMONAR GRAVE, SON SUSCEPTIBLES A LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS, PULMONÍA, LA REPETICIÓN Y FALLA CONGESTIVA CARDÍACA POR UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA SUE

LE SER TRATADA CON DIGITALINA.

4. UNA SÚBITA APARICIÓN DE DISNEA, CON SÍNCOPE O SIN ÉL, SUELE SER -- GRAVE Y HASTA FATAL; SE DEBE AVISAR AL MÉDICO. EL TRATAMIENTO A -- SEGUIR ES EL DE COLOCAR AL PACIENTE EN POSICIÓN RODILLA-PECHO Y AD -- MINISTRAR MORFINA.
5. SI EL PACIENTE ES ANÉMICO SE PUEDEN HACER NECESARIAS TRANSFUCIONES SANGUÍNEAS PARA PREVENIR EL SÍNCOPE PREVIO A LAS SITUACIONES DE -- STRESS, COMO EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO,

LOS PACIENTES QUE PADECEN PROBLEMAS CARDÍACOS GRAVES, SERÁ MEJOR TRA-- TARLOS EN HOSPITAL, BAJO ANESTESIA GENERAL.

#### ENDOCARDITIS BACTERIANA EN PACIENTES CON CARDIOPATIA CONGENITA.

ESTA ES UNA SECUELA DE UNA BACTEREMIA; EL ALTO ÍNDICE DE MORTALIDAD -- QUE ACOMPAÑA ESTE ESTADO HACE IMPORTANTE QUE SE EFECTÚEN HISTORIAS CLÍ -- NICAS ADECUADAS PARA DETERMINAR LA PRESENCIA DE UNA ENFERMEDAD CARDÍ -- CA VALVULAR.

EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEBE SELECCIONARSE DE ACUERDO A LA MENOR -- PROBABILIDAD DE PRODUCIR UNA BACTEREMIA.

BAJO CIRCUNSTANCIAS NORMALES, LAS BACTEREMIAS PRODUCIDAS POR LOS PROCE

DIMIENTOS DENTALES NO PRODUCEN DAÑO A OTROS TEJIDOS CORPORALES, DEBIDO A LO SIGUIENTE:

1. EL NÚMERO DE MICROORGANISMOS QUE ENTRAN EN EL TORRENTE SANGUÍNEO, EL DILUIDO POR EL VOLÚMEN SANGUÍNEO, REDUCIENDO SU CONCENTRACIÓN - EN UNA ZONA DE TEJIDO.
2. ACCIÓN ANTIBACTERIANA QUE TIENE LA SANGRE.
3. A MEDIDA QUE LOS MICROORGANISMOS CIRCULAR, SON TAMBIÉN DESTRUIDOS POR MEDIO DEL SISTEMA RETICULOENDOTELIAL DEL CUERPO.

LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDÍACA CONGÉNITA TIENEN DAÑADAS LAS VÁL VULAS CARDÍACAS. CUANDO ESTOS PACIENTES ESTÁN SUJETOS A PROCEDIMIEN- TOS QUIRÚRGICOS, LOS MICROORGANISMOS SON INTRODUCIDOS EN EL TORRENTE - SANGUÍNEO.

## CAPITULO IV

### PREMEDICACION

EN LA PRÁCTICA DE LA ODONTOLOGÍA SE ENCUENTRA FRECUENTEMENTE PACIENTES QUE NO PUEDEN SER TRATADOS DE MANERA SATISFACTORIA, YA QUE SE RESISTEN A SER TRATADOS POR TEMOR AL ODONTÓLOGO. EL USO DE SEDANTES HA DADO BUENOS RESULTADOS, YA QUE ÉSTOS ALTERARÁN LA CONCIENCIA.

CON LOS PACIENTES IMPEDIDOS, LA SEDACIÓN ESTÁ INDICADA CON MUCHA FRECUENCIA, YA QUE ÉSTA ACTÚA COMO MEDIO ADICIONAL AL ANESTÉSICO PARA CONTROLAR EL COMPONENTE PSICOLÓGICO DE LA INCOMODIDAD Y RESISTENCIA AL TRATAMIENTO.

LA PALABRA PREMEDICACIÓN SE EMPLEA PARA SUGERIR UN CONCEPTO PARTICULAR DE TRATAMIENTO EN EL QUE SE DÁ DROGA, HABITUALMENTE POR BOCA ANTES DE QUE EL PACIENTE VAYA AL CONSULTORIO.

EL PACIENTE PUEDE ESTAR DESPIERTO PERO TRANQUILO Y QUIETO 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. ESTE PACIENTE SUELE RESPONDER A SUGERENCIAS Y REACCIONES FAVORABLEMENTE A LA GUÍA VERBAL.

LA SEDACIÓN SE PUEDE DEFINIR COMO UNA PRODUCCIÓN DE UN ESTADO DEPRESIVO CARACTERIZADO POR UNA FALTA DE CONCIENCIA TOTAL, CERCANA AL SUEÑO



ANESTÉSICO. LOS REFLEJOS PROTECTORES FARINGEOS Y LARINGEOS NO SON EMBOTADOS DE MANERA QUE EL PACIENTE PUEDA MANTENER SU PROPIA VÍA DE AIRE.

EL ALIVIO DEL DOLOR NO ES UNA META FUNDAMENTAL Y EN MUY POCAS OCA--  
SIONES SE PRODUCE UN GRADO SIGNIFICATIVO CON LOS SEDANTES Y PUEDE SER CON--  
TRAPRODUENTE.

LA PROPIEDAD FUNDAMENTAL DEL ESTADO DE SEDACIÓN ES LA PRODUCCIÓN DE LA  
ACTIVIDAD FUNCIONAL DE LOS CENTROS SUPERIORES DEL SISTEMA NERVIOSO CEN--  
TRAL, SIN PERTURBAR LAS FUENTES VITALES (PULSO, PRESIÓN SANGUÍNEA Y --  
RESPIRACIÓN).

TODA SEDACIÓN CAÉ DENTRO DEL ESTADIO DE GUEDEL, QUIEN CLASIFICÓ LA ANES--  
TESIA GENERAL CON ÉTER, NO PREMEDICADA EN CUATRO ESTADIOS.

EL ESTADIO UNO QUE SE DENOMINA DE ANALGESIA, COMIENZA CON LA PRIMERA --  
ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO Y CONTINÚA HASTA EL PUNTO DE PÉRDIDA DE  
LA CONCIENCIA.

DENTRO DE LA SEDACIÓN ENCONTRAMOS VARIOS TIPOS DE REACCIONES. UN EJEM--  
PLO QUE SE PODRÍA MENCIONAR ES CUANDO EL PACIENTE APARENTEMENTE NO HA  
SUFRIDO NINGÚN CAMBIO, PERO, SIN EMBARGO, EL PACIENTE SE SIENTE DIFE--  
RENTE Y COOPERA EN MAYOR GRADO QUE ANTES.

LA PREMEDICACIÓN PUEDE SER DE GRAN AYUDA PARA MANEJAR AL PACIENTE IMPE--  
DIDO.

ES DE SUMA IMPORTANCIA TOMAR EN CUENTA LOS SIGUIENTES PUNTOS PARA LLEVAR A CABO LA PREMEDICACIÓN:

- IDENTIFICAR CLARAMENTE EL TRATAMIENTO QUE SE VA A REALIZAR. DECIDIR CUANTO TIEMPO SE NECESITARÁ EN CIRCUNSTANCIAS RAZONABLES.
- ESCOGER LAS DROGAS QUE PROPORCIONARÁN EL ALIVIO NECESARIO.
- ESCOGER LAS DOSIS VÍAS DE ADMINISTRACIÓN Y HORAS DE ADMINISTRACIÓN.

SE DEBE TOMAR EN CUENTA QUE LA PREMEDICACIÓN NO RESUELVE TODOS LOS PROBLEMAS A LOS QUE SE VA A ENFRENTAR.

PARA DETERMINAR LA DOSIS DE UN MEDICAMENTO EMPLEADO COMO PREMEDICACIÓN SE TOMARÁN LOS SIGUIENTES PUNTOS:

- EDAD.
- PESO.
- ACTITUD MENTAL. PACIENTE NERVIOSO, EXCITABLE Y DESAFIANTE SUELE QUERIR UNA DOSIS MAYOR DE MEDICAMENTO.
- HORA. EN GENERAL, ES NECESARIA UNA DOSIS MAYOR EN HORAS DE LA MAÑANA QUE LAS VESPERTINAS O EN CUALQUIER MOMENTO QUE SEA CONSIDERADO DE DESCANSO PARA EL PACIENTE.

- REGLAS PARA LA ADMINISTRACION DE LOS MEDICAMENTOS.

1. UN ADULTO DEBE ACOMPAÑAR AL PACIENTE.
2. DEBE HACERSE UNA SUPERVISIÓN Estricta EN EL CONSULTORIO.
3. ESPERAR UN TIEMPO RAZONABLE DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN.
4. ES ESENCIAL UN MEDIO AMBIENTE TRANQUILO.
5. LOS REFLEJOS VITALES NO DEBERÁN SER ABOLIDOS.
6. NO USAR PREMEDICACIÓN DURANTE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA.
7. DEBERÁ EXPLICARSE A LOS FAMILIARES LAS REGLAS POSTOPERATIVAS.
8. EL CIRUJANO DENTISTA DEBE CONOCER LOS EFECTOS DE LA DROGA Y SUS -- EFECTOS SECUNDARIOS.
9. DEBE DE HABER DISPONIBLE MEDICACIÓN DE URGENCIA.
10. CONOCER EL ESTADO FÍSICO DEL PACIENTE Y SU REACCIÓN A LAS DROGAS.

DOSIS INICIAL PARA EL USO DE SUSTANCIAS SEDANTES QUE PUEDE SER USADA - EN ODONTOLOGIA.

BARBITURICOS (EFECTO CORTO)

EFECTO	TIPO DE PACIENTES	FORMA DE ADMINISTRACION
SEDANTE	APRENSIVO	SECONAL SÓDICO Y NEMBUTAL SÓDICO.
HIPNÓTICO	PROBLEMAS DE CONDUCTA IMPEDIDOS FÍSICA Y MENTALMENTE. LESIÓN CEREBRAL.	PARENTERAL (3/4 gr/cc). CÁPSULA (1/2, 3/4 Y 1 1/2 GR) SUPOSITORIOS (1/2, 1, 2, 3 - GR.)

SEDACION LEVE.

EN ESTE ESTADO EL PACIENTE RECUERDA TODO LO OCURRIDO EN SECUENCIA CORRECTA. LA PERSONA COÓPERA SATISFACTORIAMENTE AÚN SIN ABREBOCAS E INCLUSO, SI ES NECESARIO TOMAR RADIOGRAFÍAS ÉSTE LAS PODRÁ SOSTENER.

SEDACION MODERADA.

ESTA MEDICACIÓN MÁS PROFUNDA EN LA QUE LOS PACIENTES RESPONDEN A UNA ORDEN, PERO REACCIONAN EN UNA FORMA ALTERADA Y PERCIBEN LAS COSAS EN FORMA DIFERENTE A LO QUE OCURRE EN REALIDAD. PUEDE PERDER POR COMPLETO LA NOCIÓN DEL TIEMPO, EN UNA SESIÓN QUE HA DURADO HASTA UNA HORA AL

PACIENTE LE PARECERÁ QUE HA PASADO SÓLO UNOS MINUTOS. EL ÚNICO INCONVENIENTE ES QUE EL PACIENTE RECIBE UNA ORDEN Y TRATA DE LLEVARLA A CABO, PERO MUCHAS VECES NO LO PUEDE HACER O SI SE LE INDICA QUE ABRA LA BOCA NO PODRÁ HACERLO, PERO ESTO SE SOLUCIONARÁ CON UN ABREBOCAS.

#### SEDACION PROFUNDA.

LA AMNESIA PUEDE SER TOTAL COMO LO SERÍA DESPUÉS DE UNA ANESTESIA GENERAL. LA POSIBILIDAD DE ENTRENAMIENTO CON ESTE TIPO DE SEDACIÓN ES MENOR Y PUEDE NECESITAR AYUDA PARA MANTENER LA POSICIÓN DE LA CABEZA Y - POR ESO LA VÍA DEL AIRE PUEDE ESTAR COMPROMETIDA.

ESTA TÉCNICA SE ACERCA A LA ANESTESIA GENERAL, POR LO QUE ES IMPORTANTE QUE LA EFECTÚE SOLAMENTE POR MEDIOS ENTRENADOS, CAPACES Y CALIFICADOS PARA MANTENER UN ANESTÉSICO GENERAL.

#### PROBLEMAS EN EL MANEJO.

LA SEDACIÓN PUEDE SER MUY EFICAZ, PERO SI EL PACIENTE ES UN RETARDADO GRAVE O SU COOPERACIÓN ES IMPORTANTE Y EL ODONTÓLOGO NO PUEDE LLEGAR A ÉL LA PROFUNDIDAD DE LA SEDACIÓN PUEDE LLEGAR A NIVELES PELIGROSOS.

VARIAS ANOMALÍAS ANATÓMICAS, COMO LA RETROGNASIA, MICROSOMIA Y MACROGLOSIA COMPLICAN EL MANTENIMIENTO DE LA VÍA DE AIRE. PARA PACIENTES - CON ESTOS TRANSTORNOS, HAY QUE EVITAR SITUACIONES QUE PUEDEN REPRIMIR LA RESPIRACIÓN.

DOSIS INICIAL SUGERIDAS DE SUSTANCIAS SEDANTES QUE PUEDEN UTILIZARSE -  
EN ODONTOLOGIA.

BARBITURICOS (EFECTO CORTO)

EFECTO	TIPO DE PACIENTE	FORMA DE ADMINISTRACION
SEDANTE	APRENSIVO	(SECONAL SÓDICO Y NEMBUTAL SÓDICO.
HIPNÓTICO	PROBLEMAS DE CONDUCTA IMPEDIDOS FÍSICO Y MENTALES LESIÓN CEREBRAL	PARENTERAL (3/4 GR/CC). CÁPSULA (1/2, 3/4 Y 1 1/2 GR). SUPOSITORIO (1/2, 1, 2, 3 GR)

DOSIS (SECONAL, NEMBUTAL)

EDAD (AÑOS)	PESO (KG)	MG/DOSIS (ORAL)	GR/DOSIS
2	12	60	1
4	16	90	1 1/2
5	20	100	1 1/2
8	25	120	2
10	30	150	2 1/2
12	38	150	2 1/2

DOSIS BASADA EN 2 1/2 MG/450 GR. DE PESO CORPORAL.

## ATARAXICOS

### DERIVADOS DE LA FENOTIACINA PROMETAZINA (FARERGAN)

EFFECTO	TIPO DE PACIENTE	FORMA DE ADMINISTRACION
ANTIISTAMÍNICO	NORMAL PERO APRENSIVO	TABLETAS (12,5 Y 25 MG)
ANTIEMÉTICO	Y TEMEROSO	JARABE (6,25 Y 25 MG/CC)
DEPRESORES DEL SNC	IMPEDIDO MENTAL	PARENTERAL (25 Y 50 MG/CC) SUPOSITARIOS (25 MG Y 50 MG)

## D O S I S

EDAD (AÑOS)	PESO (KG)	Mg/DOSIS (TABLETAS O JARABES)
6 - 8	19-27	12,5-25 MG A LA HORA DE ACOSTARSE Y UNA HORA ANTES DE LA CITA
9 - 12	27-36	15 MG. IGUAL QUE LO ANTERIOR
12 - 24	80-100	37,5 MG COMO LO ANTERIOR

DERIVADOS DEL CARBONATO  
MEPROBAMATO (EQUUANIL, MILTWON)

EFFECTO EN EL SNC	TIPO DE PACIENTE	FORMA DE ADMINISTRACION
RELAJANTE DEL SNC	ANSIOSO Y TENSO,	TABLETAS (200, 400 MG)
ANTICONVULSIVO	NAUSEOSO	DOSIS DE MEPROMAMATO
POTENCIA BARBITÚRICOS	IMPEDIDO FÍSICO	

HIDRATO DE CORAL (NOCTEC, SOMOS)  
Es EL MÁS USUAL EN ODONTOLOGÍA

EFFECTO	TIPO DE PACIENTE	FORMA DE ADMINISTRACION
SEDANTE	ANSIOSO Y APRENSIVO	CÁPSULAS 250 MG (3 3/4 GR)
HIPNÓTICO	PROBLEMAS DE CONDUCTA (LOS MUY PEQUEÑOS)	CÁPSULAS 500 MG (7 1/2 GR)
NO INHIBE LA RESPIRACIÓN	IMPEDIDOS FÍSICOS Y MENTALES LESIÓN CEREBRAL	JARABE 7 1/2 GR/CC

D O S I S

EDAD (AÑOS)	GR/DOSIS HIPNOTICA
HASTA 6	15 - 20
6 EN ADELANTE	20 - 30



NOTA:

DOSIS SOBRE 20 - 22 GR POR CADA 450 GR DE PESO.

DESDE LA MEDICACIÓN MEDIA HORA ANTES DE LA SESIÓN.

NARCOTICOS MEPERIDINA CIH (DEMEROL CIH)

EFECTO	TIPO DE PACIENTE	FORMA DE ADMINISTRACION
ANALGÉSICO	(COMEDICACIÓN CON SEDAN	TABLETAS (50 Y 100 MG)
ANTIESPASMÓDICO	TES Y ATARÁXICOS)	JARABE (50 MG/5 cc)
		PARENTERAL (50 Y 100 mg/cc)

D O S I S

EDAD (Años)	Mg/DOSIS
2 - 3	12.5, 5.5, 25
3 - 4	25 - 50
5 - 6	37.5 - 60
7 - 8	40.0 - 60
9 - 12	60.0 - 75
13 EN ADELANTE	75.0

## CAPITULO V

### ANESTESIA GENERAL

SE LLAMA ANESTESIA GENERAL A UN ESTADO CONCOMITANTE CON LA DISMINUCIÓN DE LA PERSEPCIÓN DEL DOLOR, ESTE ESTADO DEBE SER REVERSIBLE Y CON FINES PRÁCTICOS SE BUSCA QUE EXISTA RELAJACIÓN MUSCULAR, POCA O NINGUNA TOXICIDAD Y TIEMPO PROLONGADO DE ADMINISTRACIÓN.

EN ODONTOLOGÍA LA ANESTESIA LOCAL ES LA QUE SE UTILIZA MÁS FRECUENTEMENTE. PERO ALGUNOS PACIENTES SON INCAPACES DE RECIBIR UN TRATAMIENTO SATISFACTORIO DE CUALQUIER OTRO MODO; SI NO BAJO ANESTESIA GENERAL.

SE DEBE ANTES DE HOSPITALIZAR A UN PACIENTE, HACER EL INTENTO DE REALIZAR EL TRATAMIENTO EN EL CONSULTORIO.

LA REACCIÓN DEL PACIENTE EN GENERAL, SI ESTÁ BAJO PREMEDICACIÓN ES GENERALMENTE DE COOPERACIÓN, SIEMPRE QUE EL ODONTÓLOGO SEA PACIENTE Y COMPRENSIVO.

SI SE FALLARAN ESTOS PROCEDIMIENTOS DE MANEJO DEL PACIENTE O SI EL TRATAMIENTO DENTAL FUERA MUY AMPLIO, SI SERÁ NECESARIA LA ANESTESIA GENERAL.

YA QUE EL PACIENTE SEA ADMITIDO EN EL HOSPITAL, EL ODONTÓLOGO DEBERÁ DISCUTIR LOS PLANES DE TRATAMIENTO CON EL ANESTESIOLOGO, QUIEN DETERMINARÁ EL LÍMITE DE TOLERANCIA DEL PACIENTE Y DETERMINAR LA EXTENSIÓN --

DEL TRATAMIENTO REQUERIDO, PUEDE ELEGIRSE LA PREMEDICACIÓN Y EL ANESTÉSICO ADECUADO. PRÁCTICAMENTE ESTO NO ES ACONSEJABLE YA QUE UNA VEZ -- QUE SE HA DECIDIDO, YA DEBE ESTAR PLANEADO ÉSTE.

LOS PADRES DEL PACIENTE TAMBIÉN DEBEN ESTAR ENTERADOS DE LOS MOTIVOS -- POR LOS CUALES SE LE VA A INTERVENIR BAJO ANESTESIA GENERAL.

PACIENTES PARA QUIENES LA ANESTESIA GENERAL ESTÁ INDICADA:

1. EL NIÑO MUY PEQUEÑO CON CARIES IRREVERSIBLES O DESTRUCCIÓN MASIVA POR EL SÍNDROME DEL BIBERÓN.
2. EL PACIENTE QUE NECESITA TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EXTENSO Y NO ES CAPAZ DE COOPERAR EN EL CONSULTORIO, CON SEDACIÓN Y/O MOVILIZADO-- RES; ESTO PUEDE INCLUIR A LOS PACIENTES FÍSICAMENTE IMPEDIDOS, A -- LOS RETARDADOS MENTALES Y A LOS INESTABLES EMOCIONALMENTE O PSICOLÓGICOS, PERO NO ESTÁ LÍMITADO A ELLOS

LOS ANESTÉSICOS PUEDEN DIVIDIRSE O CLASIFICARSE POR SU ESTRUCTURA QUÍMICA:

- HIDROCARBUROS ALOGENADOS
- HIDROCARBUROS CÍCLICOS
- ÓXIDO
- ÉTERES
- ALCOHOLES

POR SU ESTADO FÍSICO:

- GASES
- LÍQUIDOS

POR SU ADMINISTRACIÓN:

- AGENTES POR INHALACIÓN
- AGENTES INYECTABLES
- O COMBINADOS

SEGÚN ESTA CLASIFICACIÓN, EL EFECTO ANESTÉSICO DEPENDE DE VARIOS FACTORES:

- LA CAPTACIÓN DEL AGENTE EN LOS TEJIDOS
- LA CAPTACIÓN DEL AGENTE ANESTÉSICO EN LA SANGRE
- LA CONCENTRACIÓN DEL AGENTE ANESTÉSICO EN LOS PULMONES
- LA MEZCLA DEL ANESTÉSICO CON EL OXÍGENO

CONTROL DE LA ANSIEDAD.

LA ANSIEDAD SE PRESENTA EN PACIENTES ADULTOS AL IGUAL QUE EN NIÑOS, --  
POR LO QUE MUCHAS VECES ES CONVENIENTE ADMINISTRAR MEDICAMENTOS QUE --  
AYUDEN A CONTROLAR ESTE PROBLEMA.

VARIOS FACTORES RIGEN LA DETERMINACIÓN DE LAS DOSIS MEDICAMENTOSAS:

1. EDAD DEL PACIENTE.
2. PESO.
3. ACTITUD MENTAL DEL PACIENTE.
4. EL NIVEL DE SEDACIÓN DESEADO.
5. ACTITUD FÍSICA DEL PACIENTE.
6. CONTENIDO DEL ESTÓMAGO. LA PRESENCIA DE ALIMENTOS EN EL ESTÓMAGO PUEDE ALTERAR MUCHÍSIMO LA ABSORCIÓN DEL MEDICAMENTO EN LAS VÍAS - GASTROINTESTINALES TRAS LA ADMINISTRACIÓN POR BOCA.
7. HORA DEL DÍA. SE REQUIEREN DOSIS MAYORES DE MEDICAMENTO PARA LA - SEDACIÓN EN LAS HORAS TEMPRANAS DEL DÍA, MIENTRAS HACEN FALTA DO-- SIS MENORES CUANDO EN TRATAMIENTO SE REALIZA MÁS TARDE Y EL PACIEN TE ESTÁ FATIGADO.

PREMEDICACION PARA EL CONTROL DE LA ANSIEDAD.

PREDOMINAN DOS VÍAS DE ADMINISTRACIÓN, BUCAL Y POR INHALACIÓN.

EXISTE UNA AMPLIA VARIEDAD DE MEDICAMENTOS DISPONIBLES PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD, PERO LOS ODONTÓLOGOS GENERALES DEBEN TENER UNA CANTIDAD BIEN LIMITADA DE DROGAS QUE ESTÉN BIEN ESTABLECIDAS.

## ANSIOLITICOS.

MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS SON LOS UTILIZADOS PARA MANEJAR LA ANSIEDAD Y LA TENSION COTIDIANA, DE MODERADAS A SEVERAS. LOS AGENTES DE ESTE GRUPO COMPARTEN UNA ACCIÓN DEPRESORA SIMILAR DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, EN CUANTO A LAS DOSIS TERAPÉUTICAS QUE PRODUCEN UN GRADO LEVE DE SEDACIÓN SIN TRABAR EL GRADO DE ALERTA MENTAL O LA ACTUACIÓN PSICOMOTORA DEL PACIENTE.

EL USO DE ESTOS AGENTES ANSIOLÍTICOS ES MUY PREFERIBLE AL DE LOS BARBITÚRICOS, ESTE GRUPO SUELE PRODUCIR EL EFECTO INDESEABLE DEL ESTADO DE ALERTA EN EL PACIENTE.

ES MUCHO MÁS FÁCIL QUE SE PRODUZCA UNA SOBREDOSIS INTENCIONAL O NO CON LOS BARBITÚRICOS. LOS MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS TIENEN UNA GAMA MÁS AMPLIA DE ACTIVIDAD TERAPÉUTICA Y ASÍ ES MENOS PROBABLE QUE PRODUZCAN ACCIONES NO DESEADAS.

## HIDROXIZINA.

LA HIDROXIZINA DERIVA DE UN GRUPO DE AGENTES ANSIOLÍTICOS DENOMINADOS DIFENILETANOS. AUNQUE TIENE PROPIEDADES SEDANTES, ANTIHISTAMÍNICAS, ANTIEMÉTICAS, ANTIESPÁSMICAS Y ANTICOLINÉRGICAS, A LA HIDROXIZINA SE LA CLASIFICA COMO ANTIEMÉTICO.

POR SU AMPLIO ESPECTRO DE ACCIÓN SE UTILIZA COMO AGENTE ÚNICO EN LA PREMEDICACIÓN PEDIÁTRICA. INDUCE CALMA EN ADULTOS ANSIOSOS.

LA HIDROXIZINA ESTÁ CONTRAINDICADA EN PACIENTES QUE DEMOSTRAN UNA HIPERSENSIBILIDAD PREVIA. MÁS, SU FORMA PARENTERAL DE HIDROXIZINA -- NUNCA DEBE SER INYECTADA DE MANERA INTRAVENOSA O INTRAARTRALMENTE.

CUANDO SE ADMINISTRA INTRAMUSCULARMENTE, LA HIDROXIZINA DEBE SER INYECTADA PROFUNDAMENTE EN EL DEL MÚSCULO BIEN DESARROLLADO. LA REACCIÓN DELTOIDEA SERÁ EMPLEADA SÓLO CUANDO LOS MÚSCULOS ESTÉN BIEN DESARROLLADOS.

LA REACCIÓN ADVERSA MÁS FRECUENTE ES UNA SOMNOLENCIA PASAJERA. EN LA PRÁCTICA LA SOMNOLENCIA PUEDE SER UNA REACCIÓN DESEABLE, POR LO QUE SE CONSIDERA QUE LOS EFECTOS DESEABLES DE LA HIDROXIZINA SON BASTANTE BAJOS Y NUNCA SE HA SABIDO DE UNA SOBREDOSIS FATAL.

## BENZODIAZEPINAS.

SON UN GRUPO DE COMPUESTOS QUÍMICOS ESTRECHAMENTE RELACIONADOS CON -- EFECTOS DEPRESORES SOBRE LOS NIVELES SUBCORTICALES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

HOY EXISTEN SEIS BENZODIAZEPINAS EN EL MERCADO: EL CLORODIAZEPÓXIDO - (LIMBRIUM), EL DIAZEPAN (VALIUM), EL CLORAZEPATO DIPOSTÁSICO (TRANXENE, AZENE), LORZEPAM (ATI VAN) Y OXAZEPAM (DALMANE), SE PRESENTA EN EL MERCADO COMO SEDANTE-HIPNÓTICO.

LAS FORMAS BUCALES DE LAS BENZODIAZEPINAS SE OBSERVAN TODAS BIEN EN EL TRONCO GI; PERO A DIFERENCIA DE OTRAS DROGAS, EL CLORODIAZEPÓXIDO EL - DIAZEPAM SE OBSERVAN MÁS LENTAMENTE Y SON MENOS DE FIAR TRAS LAS INYECCIONES INTRAMUSCULAR QUE DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN BUCAL. SE DEBE UTILIZAR LA-PREMEDICACIÓN BUCAL SIEMPRE QUE SEA POSIBLE CON ESTOS DOS AGENTES EN VEZ DE LA INYECCIÓN I.M.

ESTÁ CONTRAINDICADO EL USO DE TODOS LOS COMPUESTOS DE BENZODIAZEPINA - EN PACIENTES CON HIPERSENSIBILIDAD CONOCIDA Y EN QUIENES TIENEN GLAUCOMA DE ÁNGULO CERRADO AGUDO.

EN LOS NIÑOS, LA DOSIS INICIAL DEL AGENTE DEBE SER REDUCIDA Y LOS INCREMENTOS SUBSIGUIENTES DEBERÁN SER GRADUALES. TALES INCREMENTOS SE - BASARÁN SOBRE LA RESPUESTA DEL PACIENTE.



LA SEDACIÓN EXCESIVA MANIFESTADA COMO SOMNOLENCIA Y ATAXIA, ES LA REACCIÓN ADVERSA MÁS FRECUENTE A LAS BENZODIAZEPINAS.

#### PRESENTACION.

CLORODIAZEPÓXIDO:	TABLETAS	5	MG.
		10	MG.
		25	MG.
	CÁPSULAS	25	MG.
DIAZEPAM:	TABLETAS	2	MG.
		5	MG.
		10	MG.

#### INDICACIONES.

EN DIAZEPAM PARECE SER LA BENZODIAZEPAM DE LA ELECCIÓN PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD DE ORIGEN ODONTOLÓGICO. SU MAYOR VENTAJA POR VÍA BUCAL, SOBRE EL CLORODIAZEPÓXIDO SE RELACIONA CON SU MÁS RÁPIDA INICIACIÓN DE LOS EFECTOS. COMO LA HIDROXIZINA, LAS BENZODIAZEPINAS REDUCIRÁN LA ANSIEDAD, SIN REDUCIR EL NIVEL DE ALERTA.

#### SEDANTES - HIPNÓTICOS.

LOS SEDANTES-HIPNÓTICOS SON MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA PRODUCIR GRADOS VARIABLES DE DEPRESIÓN GENERALIZADA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. LA DEPRESIÓN DEL SNC ESTÁ RELACIONADA CON LA DOSIS, CON MANIFESTACIO--

NES CLÍNICAS OSCILANTES DE LA SEDACIÓN A LA HIPNOSIS Y ANESTESIA HASTA DEPRESIÓN RESPIRATORIA Y MUERTE. EL OBJETIVO DE LA TERAPÉUTICA SEDANTE, ESPECIALMENTE DENTRO DEL AMBIENTE ODONTOLÓGICO, ES ALIVIAR LA ANSIEDAD SEVERA SIN REDUCIR LA PERCEPCIÓN SENSORIAL DEL PACIENTE, LA CAPACIDAD DE RESPUESTA AL MEDIO O EL ESTADO DE ALERTA POR DEBAJO DE LOS NIVELES DE SEGURIDAD. LA DOSIS SEDANTE DESEABLE DE UN AGENTE ES LA CANTIDAD QUE ALIVIA LA ANSIEDAD SIN PRODUCIR SOMNOLENCIA O LETARGIA. SIN EMBARGO, CUALQUIER DOSIS DE TODOS LOS SEDANTES HIPNÓTICOS PUEDEN IR ACOMPAÑADAS POR CIERTO GRADO DE IMPEDIMENTO PSÍQUICO O MOTOR.

#### CONTRAINDICACIONES:

EL USO DE UN SEDANTE HIPNÓTICO NO BARBITÚRICOS ( COMO EL HIDRATO CLORAL) ESTÁ CONTRAINDICADO EN PACIENTES CON HIPERSENSIBILIDAD CONOCIDA AL MEDICAMENTO, EN PACIENTES CON NOTORIA DISFUNCIÓN HEPÁTICA O RENAL, EN LA CARDIOPATÍA SEVERA Y EN LA GASTRITIS.

HAY QUE CUIDAR DE NO COMBINAR EL HIDRATO DE CLORAL CON OTROS DEPRESORES DEL SNC COMO EL ALCOHOL.

#### PRECAUCIONES:

SE DEBE USAR EL HIDRATO DE CLORAL CON PRECAUCIÓN EN PACIENTES CON PROBLEMAS CIRCULATORIOS, PUES PUEDE DEPRIMIR EL CORAZÓN (VASODILATACIÓN PERIFÉRICA). EL USO PROLONGADO DEL HIDRATO DE CLORAL EN DOSIS MAYORES A LA TERAPÉUTICA PUEDE DAR COMO RESULTADO UNA DEPENDENCIA FISIOLÓGICA Y PSICOLÓGICA.

## PRESENTACION.

BUCAL. CÁPSULAS 225, 250, 450, 500 MG.

JARABE 250, 500 MG/5 MIL.

SUPOSITORIOS RECTALES 50, 120, 300, 450, 500, 600, 900 MG.

## INDICACIONES.

EL HIDRATO DE CLORAL ES ESPECIALMENTE ÚTIL COMO PREMEDICACIÓN PARA PRE ESCOLARES. ES DE ACCIÓN RÁPIDA, TIENE UN GRAN FACTOR DE SEGURIDAD Y POCOS EFECTOS ADVERSOS.

SUELE USARSE COMO ÚNICO AGENTE PREMEDICANTE, PERO TAMBIÉN SE LE PUEDE USAR EN CONTROLABLES DE SEDACIÓN CONSCIENTE, COMO SEDACIÓN POR INHALACIÓN DE ÓXIDO NITROSO Y OXÍGENO. EL ODONTÓLOGO DEBE TENER EXPERIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE LA SEDACIÓN CONSCIENTE Y EN SOSTÉN DE LA VIDA BÁSICA.

## CONTRAINDICACIONES.

LAS CONTRAINDICACIONES AL USO DE LOS BARBITÚRICOS INCLUYEN UNA HISTORIA DE HIPERSENSIBILIDAD A CUALQUIER BARBITÚRICO.

ADEMÁS SE EVITARÁN LOS BARBITÚRICOS DONDE EXISTA UNA HISTORIA DE NOTO-

RIA DIFICULTAD HEPÁTICA Y EN PACIENTES CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN LAS QUE EXISTAN DISNEA U OBSTRUCCIÓN.

#### PRECAUCIONES.

LOS BARBITÚRICOS PUEDEN PRODUCIR SOMNOLENCIA, LETARGO Y SEDACIÓN RESIDUAL. EL USO PROLONGADO DE ESTOS AGENTES, AÚN EN DOSIS TERAPÉUTICAS, PUEDEN CONducIR DEPENDENCIA FISIOLÓGICA Y PSICOLÓGICA.

#### ANALGESICOS NARCOTICOS.

A LOS NARCÓTICOS SE LES CLASIFICA COMO ANALGÉSICOS FUERTES. SU FUNCIÓN PRIMARIA ES EL ALIVIO DEL DOLOR MODERADO A SEVERO. ADEMÁS, ESTOS AGENTES ALTERAN LA RESPUESTA PSICOLÓGICA DEL PACIENTE AL DOLOR Y SUPRIMEN LA ANSIEDAD Y LA APRENSIÓN. MUCHOS DE ESTOS ANALGÉSICOS SE LES EMPLEA COMO MEDICAMENTOS PREANESTÉSICOS A CAUSA DE SUS PROPIEDADES SEDANTES, ANSIOLÍTICAS Y ANALGÉSICAS.

#### MEPERIDINA.

ES UN NARCÓTICO SINTÉTICO QUE FUE PREPARADO POR PRIMERA VEZ EN 1939 COMO AGENTE DEL TIPO DE LA ATROPINA.

LAS CONTRAINDICACIONES PARA EL USO DE LA MEPERIDINA INCLUYEN ALERGIA - CONOCIDA A CUALQUIER ANALGÉSICO NARCÓTICO. COMO SE INACTIVA EN EL HÍGADO, SU DOSIS DEBERÁ REDUCIRSE EN LOS PACIENTES CON DISFUNCIÓN HEPÁTICA SEVERA.

#### INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS.

SE HAN PRODUCIDO REACCIONES SEVERAS AL ADMINISTRAR MEPERIDINA EN PACIENTES TRATADOS CON INHIBIDORES DE LA MONOAMINA OXIDASA.

TODOS LOS ANALGÉSICOS NARCÓTICOS DEBEN SER UTILIZADOS CON PRECAUCIÓN - EN PACIENTES QUE ESTÉN RECIBIENDO OTROS DEPRESORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, INCLUIDOS OTROS ANALGÉSICOS NARCÓTICOS, ANESTESIA GENERAL, FENOTIAZINAS, AGENTES ANSIOLÍTICOS, SEDANTES-HIPNÓTICOS, ANTIDEPRESORES TRICÍCLICOS Y ALCOHOL.

#### PRECAUCIONES.

TODOS LOS ANALGÉSICOS NARCÓTICOS PUEDEN PRODUCIR DEPENDENCIA Y, POR LO TANTO, TIENEN EL POTENCIAL PARA EL ABUSO. PUEDE GENERARSE DEPENDENCIA FISIOLÓGICA Y PSICOLÓGICA, ASÍ COMO TOLERANCIA. EMPLEADOS RACIONALMENTE EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA HAY POCO QUE PREOCUPARSE EN ESTE SENTIDO.

## REACCIONES ADVERSAS.

SI BIEN LOS EFECTOS ADVERSOS PRINCIPALMENTE DE LA MEPERIDINA INCLUYEN DEPRESIÓN RESPIRATORIA Y, EN MENOR GRADO, DEPRESIÓN CARDIOVASCULAR, -- LAS REACCIONES ADVERSAS MÁS COMUNES SON ANTES MOLESTAS QUE PELIGROSAS.

LOS EFECTOS INCLUYEN VÉRTIGO Y MAREOS, NÁUSEAS Y VÓMITOS, RUBOR FACIAL, TRANSPIRACIÓN Y SEQUEDAD DE LA BOCA, VISIÓN BORROSA Y SÍNCOPE.

## INDICACIONES.

SE USA LA MEPERIDINA BUCAL PRIMARIAMENTE PARA ALIVIAR EL DOLOR CUANDO RESULTAN INSUFICIENTES LOS ANALGÉSICOS LEVES.

USADA PARENTERALMENTE DEBE SER CONSIDERADA UN AGENTE PRODUCTOR DE NIVELES SEDANTES MÁS PROFUNDOS. PO ESTA RAZÓN, RARA VEZ SE USARÁ LA MEPERIDINA EN NIÑOS CON CONDUCTA MANIFIESTAMENTE PERTURBADORA.

LA MEPERIDINA SE EMPLEA CON FRECUENCIA EN COMBINACIÓN CON OTRAS DROGAS, TALES COMO CLORHIDRATO DE PROMETAZINA O EL DIAZEPAM.

SI BIEN LA MEPERIDINA ES UN AGENTE SEDANTE Y ANALGÉSICO ALTAMENTE EFICAZ, TAMBIÉN ES UNA DROGA, COMUNES Y OTROS MENOS COMUNES PERO MÁS POTENCIALMENTE PELIGROSOS.

## FENATIL.

EL CITRATO DE FENATIL ES UN AGREGADO RELATIVAMENTE RECIENTE AL ARMAMENTO NARCÓTICO.

EL USO CLÍNICO PRIMARIO DE ESTE AGENTE ES COMO AUXILIAR EN LA INDUCCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA ANESTESIA GENERAL INTRAVENOSA. SU USO EN LA PRÁCTICA DENTAL DEBE SER LIMITADO A LAS PERSONAS QUE HAYAN COMPLETADO SU ADIESTRAMIENTO EN ANESTESIA GENERAL.

SE USA EN LA PREMEDICACIÓN DEL NIÑO RECALCITRANTE, SE LE EMPLEA COMUNEMENTE POR VÍA PARENTERAL: INTRAMUSCULAR, POR LO GENERAL.

## FENOTIAZINAS.

LAS FENOTIAZINAS COMPRENDEN UN GRUPO DE MEDICAMENTOS CLASIFICADOS COMO AGENTES ANTIPSICÓTICOS. SE ENCUENTRAN ENTRE LAS DROGAS MÁS AMPLIAMENTE UTILIZADAS EN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA DE HOY.

## CONTRAINDICACIONES.

LAS CONTRAINDICACIONES PARA EL USO DE LAS FENOTIAZINA, INCLUYEN UNA ALERGIA CONOCIDA A CUALQUIER FENOTIAZINA, EL USO DE OTROS DEPRESORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, ENFERMEDAD DE PARKINSON, DISFUNCIÓN HEPÁTICA O RENAL, HIPOTENSIÓN SEVERA Y FEOCROMOCITOMA.

SE DEBEN USAR CON PRECAUCIÓN LAS FENOTIAZINAS EN PACIENTES QUE RECIBEN OTROS DEPRESORES DEL SNC, A CAUSA DE SUS EFECTOS ADITIVOS. LA DOSIS DEL NARCÓTICO O BARBITURATO DEBE REDUCIRSE CON UNA FENOTIAZINA.

#### REACCIONES ADVERSAS.

LA SEDACIÓN EXCESIVA ES LA REACCIÓN ADVERSA MÁS FRECUENTEMENTE OBSERVADA A LAS FENOTIAZINAS CUANDO SE USA COMO AGENTE ANTIPSICÓTICO.

EL EFECTO COLATERAL MÁS IMPORTANTE DE LAS FENOTIAZINAS ES LA REACCIÓN EXTRAPIRAMIDAL YA CONSIDERADA.

OTROS POSIBLES EFECTOS COLATERALES INCLUYEN: DEBILIDAD, PALPITACIONES, OBSTRUCCIÓN NASAL, BOCA SECA Y LIGERA CONSTIPACIÓN.

#### ANESTESIA GENERAL.

ANALGÉSIA Y ANESTESIA SON DOS TÉRMINOS QUE SE SUELEN USAR ERRONEAMENTE, COMO INTERCAMBIABLES.

POR DEFINICIÓN, ANALGÉSIA SIGNIFICA LA INCAPACIDAD PARA APRECIAR EL DOLOR Y SÓLO EL DOLOR. LA ANALGÉSIA REGIONAL PUEDE SER FÁCILMENTE INDUCIDA POR LA ADMINISTRACIÓN DE SOLUCIONES DILUIDAS DE AGENTES FARMACOLÓGICOS QUE INTERRUMPAN LA CONDUCCIÓN NERVIOSA, PUES ESAS SOLUCIONES - -



AFECTAN SÓLO LAS FIBRAS NERVIOSAS QUE TRANSMITEN LAS SENSACIONES DOLOROSAS.

LA ANESTESIA GENERAL, EN CAMBIO ES FÁCIL DE ALCANZAR, PERO DEBE IR -- ACOMPAÑADA POR LA PRODUCCIÓN DE INCONCIENCIA.

#### MÉTODOS DE SUPRESIÓN DEL DOLOR.

ESENCIALMENTE HAY CINCO MÉTODOS DE SUPRESIÓN DEL DOLOR: ELIMINACIÓN DE LA CAUSA, BLOQUEO DE LAS VÍAS DEL DOLOR, ELEVACIÓN DEL UMBRAL DOLOROSO, DEPRESIÓN DEL SISTEMA CENTRAL Y MÉTODOS PSICOSOMÁTICOS.

#### ELIMINACIÓN DE LA CAUSA.

LA APLICACIÓN DE COMPRESAS HÚMEDAS CALIENTES MÁS EL USO PRUDENTE DE RELAJANTES MUSCULARES DE ACCIÓN CENTRAL PUEDE REDUCIR EFICAZMENTE EL ESPASMO MUSCULAR, CON LO CUAL SE QUIEBRA EL CÍRCULO VICIOSO DEL TRISMO QUE CAUSA DOLOR.

#### BLOQUEO DE LAS VÍAS DEL DOLOR.

ESTA ES LA FORMA MÁS COMÚN DE SUPRESIÓN DEL DOLOR EN ODONTOLOGÍA. INVOLUCRA LA APLICACIÓN DE AGENTES LOCALES PARA INTERRUPIR LA CONDUCCIÓN NERVIOSA EN ZONAS ANATÓMICAS PRECISAS.

#### ELEVACIÓN DEL UMBRAL DEL DOLOR.

ESTE ES UN PROCESO QUE FACULTA AL PACIENTE PARA TOLERAR MEJOR LOS PROCESOS DE ESTÍMULOS NOCIVOS. PUEDE LOGRARSE POR LA ADMINISTRACIÓN DE DIVERSOS AGENTES, POR EJEMPLO ANALGÉSICOS O NARCÓTICOS.

LA SEDACIÓN CONCIENTE OFRECE AL ODONTÓLOGO Y AL PACIENTE UN MÉTODO MÁS PARA DOMINAR EL TEMOR Y EL DOLOR.

EL PACIENTE ASÍ PREPARADO ESTÁ EN UN ESTADO CASI IDEAL PARA LA ACEPTACIÓN DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO. YA NO HABRÁ TEMORES; SE TOMARÁ DÓCIL Y COOPERADOR, CON LO CUAL FACILITA EL TRATAMIENTO Y AUMENTA LA PRODUCCIÓN Y EFICIENCIA DEL ODONTÓLOGO.

#### DEPRESIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

PARA LOS PACIENTES NO SUSCEPTIBLES DE TRATAMIENTO CON ANESTESIA LOCAL, SOLA O EN COMBINACIÓN CON SEDACIÓN CONCIENTE, LA ANESTESIA GENERAL ES UNA ALTERNATIVA SATISFACTORIA. EN ESTE CASO, SE ADMINISTRAN DIVERSOS AGENTES FARMACOLÓGICOS CAPACES DE DEPRIMIR EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL QUE TOMAN AL PACIENTE INCONCIENTE E IMPERMEABLE A TODA MODALIDAD SENSORIAL.

#### MÉTODOS PSICOSOMÁTICOS.

ESTE ES UN MÉTODO DE SUPRESIÓN DEL DOLOR QUE A MENUDO ES PASADO POR ALTO Y QUE PUEDE SER A VECES EL MÁS BENEFICIOSO Y MENOS DAÑOSO DE LOS MÉTODOS DISPONIBLES EN ODONTOLOGÍA PARA ALTERAR EL UMBRAL DE REACCIÓN AL

DOLOR. LOS MÉTODOS PSICOSOMÁTICOS VARÍAN DE LA SIMPLE SUGESTIÓN A LA HIPNOSIS EN SÍ.

SIN EMBARGO, TODO EL PERSONAL DEL CONSULTORIO DEBE TENER CONCIENCIA -- DEL PAPEL QUE LA SUGESTIÓN PUEDE DESEMPEÑAR EN LA SUPRESIÓN DEL DOLOR Y LA ANSIEDAD.

### ANESTESIA GENERAL.

LA ADMINISTRACIÓN DE LA ANESTESIA GENERAL PUEDE SER DIVIDIDA EN TRES -- FASES: PREPARACIÓN, MANTENIMIENTO Y RECUPERACIÓN. LA FASE DE PREPARA CIÓN COMIENZA CON LA ADMINISTRACIÓN DE LA PRIMERA MEDICACIÓN QUE DEPRIMIRÁ EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. PUEDE COMENZAR LA NOCHE ANTERIOR A LA CIRUGÍA CUANDO SE ADMINISTRA DROGAS AL PACIENTE PARA ASEGURAR UNA -- NOCHE DE SUEÑO DESCANSADO.

LA FASE DE RECUPERACIÓN COMIENZA EN ESTE PUNTO Y CONTINÚA HASTA QUE -- EL PACIENTE ESTÉ EN ARMONÍA CON SU CIRCUNSTANCIA EN UN ESTADO PREANES-- TÉSICO.

LA ETAPA DE PREPARACIÓN COMIENZA CON LA ADMINISTRACIÓN DE LA PRIMEKA -- MEDICACIÓN ES CAPAZ DE DEPRIMIR EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y SE PRO-- LONGA HASTA QUE EL PACIENTE PIERDE LA CONCIENCIA. AL CONTINUAR LA AD-- MINISTRACIÓN DE LA ANESTESIA, SE ENTRA EN LA QUIMIAMNESIA. DURANTE ES

TA ETAPA, AUNQUE EL PACIENTE ESTÁ INCONCIENTE LA CAPACIDAD DE HACER MOVIMIENTOS COORDINADOS O INCOORDINADOS EN RESPUESTA A LA ESTIMULACIÓN QUIRÚRGICA PERSISTE, SEGÚN EL GRADO DE DEPRESIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO. A ESTA ALTURA HAY ANALGESIA Y AMNESIA TOTAL. CONTINUANDO CON LA ADMINISTRACIÓN SE ENTRA EN LA TERCERA ETAPA O QUIRÚRGICA. AQUÍ EL PACIENTE NO EFECTÚA MOVIMIENTOS EN RESPUESTA A LA ESTIMULACIÓN QUIRÚRGICA.

TODO ESTO REQUIERE DE UN ANESTESIÓLOGO ADIESTRADO. EN NINGÚN CASO DEBIERA ALGUIEN ADIESTRADO SOLAMENTE EN TÉCNICAS DE SEDACIÓN CONCIENTE - PERMITIR QUE SU PACIENTE ENTRE EN LA INCONCIENCIA.

DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE UNA ANESTESIA GENERAL HAY QUE SATISFACER CUATRO OBJETIVOS:

1. EL PACIENTE DEBE ENTRAR EN INCONCIENCIA. POR DEFINICIÓN, SE DEBE PRODUCIR INCONCIENCIA PARA QUE SE PRODUZCA UNA INSENSIBILIDAD CORPORAL TOTAL A TODOS LOS ESTÍMULOS SENSORIALES.
2. DEBE EXISTIR AMNESIA. ES EVIDENTE POR SÍ QUE EL PACIENTE DEBE ENCONTRARSE EN UN ESTADO QUE NO DEJE RECUERDOS DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.
3. SE DEBE PRODUCIR ANALGESIA. AUNQUE EL PACIENTE ESTÉ INCONCIENTE Y AMNÉSICO DURANTE LA ANESTESIA GENERAL, HAY QUE ADMINISTRARLE CIERTAS DROGAS PARA ASEGURARSE QUE EL ESTÍMULO NOCIVO NO INICIE DESVIACIONES DELETÉREAS EN TODAS LAS FUNCIONES VITALES.

4. DEBEN DARSE CONDICIONES OPERATORIAS SATISFACTORIAS PARA EL CIRUJANO. EL PACIENTE DEBE QUEDARSE QUIETO. ÉSTO PUEDE CUMPLIRSE DE UNA ENTRE VARIAS MANERAS. AL USAR UNA TÉCNICA DE "INHALACIÓN", LA CONCENTRACIÓN DE GAS LE LLEGA AL PACIENTE EN CANTIDADES SUFICIENTES PARA DEPRIMIR EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL HASTA LA ETAPA DE ANESTESIA QUIRÚRGICA.

#### TECNICAS EN ANESTESIA GENERAL.

##### . ANESTESIA ENDOTRAQUEAL

###### INTUBACIÓN NASAL.

LOS PROBLEMAS TÉCNICOS PARA LA INTUBACIÓN NASAL ENDOTRAQUEAL SON MUY CONOCIDOS. ES PRECISO QUE SE VEAN LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS.

LA INDUCCIÓN DEL TUBO NASAL ES CASI SIEMPRE FÁCIL, PERO A VECES PLANTEA PROBLEMAS EN CASOS EN QUE LA ENTUBACIÓN ORAL NO PRESENTA NINGUNA.

EN EL CASO DE DIFICULTAD SE DEBE RECURRIR A UN TUBO DE MAYOR CALIBRE; UN TUBO DE TAMAÑO APROPIADO PARA LA LARINGE PUEDE INTRODUCIRSE DE ORDINARIO POR LA NARIZ.

LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL SE REALIZA CON LA AYUDA DE RELAJANTES

NEUROMUSCULARES.

PARA UNA INTERVENCIÓN QUE HA DE DURAR 15 MINUTOS, ES RECOMENDABLE - EL USO DE UN RELAJANTE MUSCULAR NO DEPOLARIZADO MÁS ACTIVO.

#### INDICACIONES PARA INTUBACION ENDOTRAQUEAL.

- SI LA MANTENCIÓN DEL ACCESO DE AIRE ES DIFÍCIL, COMO EN LAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS, ALGUNOS PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL.
- SI LA RESPIRACIÓN DEBE SER AYUDADA O CONTROLADA O SI SON ESENCIALES, ELEVADAS CONCENTRACIONES DE OXÍGENO COMO EN LOS PACIENTES CON AFECCIÓN CARDÍACA O PULMONAR.
- SI ES DIFÍCIL MANTENER LA SANGRE, EL PUS U OTRA SUBSTANCIA EXTRAÑA FUERA DE LA LARINGE Y LA TRÁQUEA.
- PARA INTERVENCIONES LARGAS O DIFÍCILES.
- ANESTESIA GENERAL.

#### PELIGROS DE INTUBACION Y SU PREVENCIÓN.

DOS FACTORES QUE SON RESPONSABLES DE LA FORMACIÓN DE EDEMA POR INTUBACIÓN SON: LA INFECCIÓN YA EXISTENTE EN EL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR, INTRODUCIDA POR UN TUBO QUE NO ESTÁ ESCRUPULOSAMENTE LIMPIO. EL

SEGUNDO ES EL TRAUMA RESULTANTE DE LA INSTRUMENTACIÓN TORPE O USO DE TAMAÑO INADECUADO.

EL MEDIO DE IMPEDIR ESTAS COMPLICACIONES ES EL EVITAR LA INTUBACIÓN SI HAY DUDA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA SUPERIOR; EN MÉXICO SIEMPRE SE DEBE DE TRABAJAR CONJUNTAMENTE CON UN ANESTESIÓLOGO.

. TÉCNICA ENDOIRAQUEAL.  
ANESTESIA INTRAVENOSA.

ESTA TÉCNICA DE ANESTESIA A PESAR DE SU AMPLIA DIFUSIÓN, NO SE CONSIDERA RECOMENDABLE.

LAS RAZONES PRINCIPALES DE LA DIFUSIÓN DE ESTA TÉCNICA FUERON LA BUENA ACOGIDA DE PARTE DE LOS PACIENTES Y LO SENCILLO DEL MÉTODO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE ANESTESIA. LOS BARBITÚRICOS FACILITAN LA INDUCCIÓN Y SI LA INTERVENCIÓN ES BREVE Y LA DOSIS NO ES EXCESIVA, LA RECUPERACIÓN VA SEGUIDA DE UNA NOTABLE EUFORIA.

LA ADMINISTRACIÓN DEL ANESTÉSICO REQUIERE ÚNICAMENTE DE UNA JERINGA Y UNA AGUJA. PARA LA ADMINISTRACIÓN SEGURA, ES NECESARIA, SIN EMBARGO, LA PRESENCIA DE UN ANESTESIÓLOGO CON TODOS LOS APARATOS REQUERIDOS PARA LA ASPIRACIÓN FARINGEA BAJO VISIÓN.

LAS DESVENTAJAS SON LA INEVITABLE DEPRESIÓN Y DIFICULTAD DE MANTE--

NER EXPEDIDAS LAS VÍAS AÉREAS Y EL LARINGOSPASMO.

#### INHALACION CLASICA.

LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA PUEDE EFECTUARSE POR UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA, PERO EL PRINCIPAL ANESTÉSICO ES EL ÓXIDO NITROSO Y EL -- OXÍGENO, CASI SIEMPRE JUNTO CON HALOTANO Y ADMINISTRADO POR UNA CARRILLA NASAL.

CUANDO SE HA APLICADO SUFICIENTE ANESTESIA, LA BOCA SE MANTIENE -- ABIERTA POR MEDIO DE UN ABREBOCA. SE ESTABLECE LA RESPIRACIÓN NASAL Y HA CONTINUACIÓN EL DENTISTA COLOCA LOS TAPONAMIENTOS DE BOCA, DE ACUERDO CON LA PRÁCTICA Y PROCEDE A LA INTERVENCIÓN. LOS SUPLEMENTOS VOLÁTILES SE RETIRAN A CONTINUACIÓN Y LA ADMINISTRACIÓN DE -- OXÍDO NITROSO SE SUSPENDE MIENTRAS FINALIZA LA INTERVENCIÓN. SE LE VANTA AL PACIENTE Y SE LE TRANSPORTA A LA SALA DE RECUPERACIÓN.

EN MÉXICO SE CARACTERIZA POR LA NECESIDAD DE UNA ALTA CONCENTRACIÓN DE ÓXIDO NITROSO 30, Y LA CLÍNICA NOS DICE QUE ESTA CONCENTRACIÓN -- NOS PUEDE LLEVAR A HIPOXIA SEGURA.



## CONCLUSIONES

EL PACIENTE IMPEDIDO REQUIERE DE UN TIEMPO MAYOR, PREPARACIÓN Y TRATO ESPECIAL QUE UN PACIENTE NORMAL.

NECESITAN COMPRESIÓN, SIMPATÍA Y UN SERVICIO PROFESIONAL EXCELENTE, QUE DEBE BASARSE EN LA EXPERIENCIA DEL ODONTÓLOGO.

EL PACIENTE IMPEDIDO REQUIERE UN PLAN DE TRATAMIENTO DE ACUERDO CON EL TIPO Y EXTENSIÓN DE SU AFECCIÓN.

EL SERVICIO DENTAL A PACIENTES IMPEDIDOS MUY A MENUDO SE DESCUIDA, SIN EMBARGO, PERO AÚN ASÍ ESTE PACIENTE NECESITA CUIDADOS DENTALES MUCHO MÁS ESPECIALES A CAUSA DE SU PROBLEMA.

SI EL ODONTÓLOGO DESEA LOGRAR O REALIZAR UN BUEN ACERCAMIENTO A LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA EN ESTOS NIÑOS DEBE CONOCER LA IMPORTANCIA DEL AMBIENTE HOGAREÑO Y LA INFLUENCIA DE LOS PADRES.

NO ES MUY COMÚN QUE ESTE TIPO DE PACIENTES SE PRESENTE A UN CONSULTORIO DENTAL A MENOS QUE EL TRATAMIENTO SEA DE URGENCIA, EL ODONTÓLOGO DEBE ESTAR PREPARADO PARA ESTE TIPO DE SITUACIONES, SI NO SE SIENTE COMPETENTE DEBE REMITIR AL PACIENTE A ALGÚN ODONTÓLOGO COMPETENTE O ESPECIALISTA.

SE DEBE ESTABLECER UN PLAN ODONTOLÓGICO PREVENTIVO EN UN PACIENTE IMPE

DIDO, AL IGUAL QUE SE HACE EN UN PACIENTE NORMAL.

COMO EN ESTOS PACIENTES LA INGESTIÓN DE CARBOHIDRATOS ES MAYOR, ES EVIDENTE QUE ESTOS AGENTES SON ESENCIALES EN LA PRODUCCIÓN DE CARIES DENTAL, PUEDE PREVENIRSE CON UNA DIETA ADECUADA.

AUNQUE LA PREMEDICACIÓN Y AGENTES ANESTÉSICOS SON DE GRAN AYUDA PARA EL TRATAMIENTO DENTAL EN PACIENTES IMPEDIDOS, EL ODONTÓLOGO DEBE DARSE CUENTA QUE NUNCA SUSTITUIRÁN A LA PACIENCIA Y COMPRENSIÓN QUE DEBERÁ TENER AL TRATAR A ESTOS PACIENTES,

YA SEA QUE EL TRATAMIENTO SE EFECTÚE EN EL CONSULTORIO DENTAL O EN EL HOSPITAL BAJO ANESTESIA GENERAL, ES IMPORTANTE CONSULTAR CON EL MÉDICO DE LA FAMILIA O ESPECIALISTA Y OBTENER LA MAYOR INFORMACIÓN POSIBLE -- CONCERNIENTE A LA NATURALEZA, LA CONDICIÓN Y LAS PRECAUCIONES QUE DEBEN TENERSE.

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

1. FARRERA V. MEDICIA INTERNA. OCTAVA EDICIÓN. EDIT. MARÍN, S.A. 1972.
2. HARRISON. MEDICINA INTERNA. QUINTA EDICIÓN. EDIT. PRENSA MÉDICA MEXICANA 1984.
3. NOWAK ARTHUR J. ODONTOLOGÍA PARA EL PACIENTE IMPEDIDO. PRIMERA EDICIÓN. EDIT. MUNDI. 1979.
4. RAYMOND L.B., MERLE E. MORRIS. ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA. PRIMERA EDICIÓN. EDIT. MÉDICA PANAMERICANA. 1984.
5. B. VON HALLER GILMAR. PSICOLOGÍA GENERAL. SEGUNDA EDICIÓN. PRENSA TÉCNICA, S.A. 1977.
6. ESPINO VELA JORGE. INTRODUCCIÓN A LA CARDIOLOGÍA. LIBRERÍA DE MEDICINA. SEXTA EDICIÓN 1984.
7. BURKET L. V. MEDICINA BUCAL, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. SEXTA EDICIÓN. 1973.
8. Mc. DONALD, R. E. ODONTOLOGÍA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE. EDITORIAL PANAMERICANA. 1971.

9. MONHEIM L. M. ANESTESIA GENERAL EN LA PRÁCTICA DENTAL. EDITORIAL MUNDI. 1962.
10. PRIOR BUSH. TÉCNICA DE ANESTESIA. TERCERA EDICIÓN. EDITORIAL -- INTERAMERICANA. 1979.
11. SHAFER W. G.; HINE M. K.; LEVY B. M. TRATADO DE PATOLOGÍA ORAL. TERCERA EDICIÓN. EDITORIAL INTERAMERICANA. 1980.
12. ROBBINS, STARLOGH. PATOLOGÍA BÁSICA. SEGUNDA EDICIÓN. EDITORIAL INTERAMERICANA. 1979.