

32  
dy



# UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

Escuela de Odontología

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

LOS CUIDADOS ODONTOLÓGICOS PARA EL  
TRATAMIENTO DE NIÑOS ATÍPICOS.

## TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

ARTURO TRUJILLO CARVAJAL

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

## INDICE

	PAG.
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I.- LA ODONTOLOGIA PEDIATRICA ANTE LOS TRASTORNOS HEMATOLOGICOS Y HEREDI TARIOS.....	3
CAPITULO II.- LA ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO CIEGO.....	17
CAPITULO III.- LOS CUIDADOS ODONTOLOGICOS PARA EL TRATAMIENTO DE NIÑOS ATIPICOS.....	41
a) Primera cita.....	41
b) Modificación de la conducta.....	47
c) Premedicación.....	50
d) Analgesia con óxido nitroso, hos- pitalización y anestesia general...	54
CONCLUSIONES.	
BIBLIOGRAFIA.	

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

Hace algunos años atras la gente rechazaba en forma evidente a los niños con algun impedimento físico o mental a los cuales en la actualidad llamamos atípicos, como si se tratase de alguna enfermedad contagiosa. Así mismo todo este tipo de niños estaban destinados a permanecer encerrados en hospitales o en sus propios domicilios.

El tratamiento odontológico para este tipo de pacientes resultó que era sólo accesible en centros médicos aislados y en un pequeño porcentaje de prácticas privadas.

En la actualidad la ciencia odontológica es considerada con múltiples modalidades y sus diferencias individuales son grandes. Tanto los investigadores dentales como los dentistas clínicos saben que la adaptación de técnicas de otros campos de la ciencia es compleja, a menudo indirecta y poco útil, a menos que esos métodos sean investigados de manora exhaustiva y modificados para que puedan servir y/o incorporarse a la atención de pacientes especiales. Se ha establecido en Estados Unidos que probablemente existe una mayor concentración de individuos atípicos con ósima salud dental que individuos no atípicos. Aunque es difícil valorar la confiabilidad de estos reportes en definir con precisión el estado del cuidado dental de los pacientes impedidos, son la causa del considerable interés de los profesionales de la odontología respecto a la disponibilidad de tratamiento para el niño impedido.

Históricamente, la responsabilidad para el tratamiento de

este tipo de pacientes ha sido asumida fundamentalmente por los odontopediatras y unos cuantos cirujanos dentistas generales.

La inmensa mayoría de niños atípicos pueden ser tratados con eficacia por especialistas o C.D. generales en la práctica privada, para lo cual cooperaremos con una pequeña aportación de conceptos y técnicas básicas que intervienen en la rehabilitación bucal de este tipo de niños. Sin olvidar que los cuidados tiernos, amigables y amorosos son quizás los medios más accesibles e importantes.

## C A P Í T U L O I

### LA ODONTOLOGIA PEDIATRICA ANTE LOS TRASTORNOS HEMATOLOGICOS Y HEREDITARIOS.

En el pasado, los pacientes con trastornos hemetológicos a menudo parecían estar dispuestos a la enfermedad dental. El factor causal primario es el temor natural del paciente a la hemorragia, tanto por la higiene dental en el hogar como por el cuidado dental profesional. Esta situación es de hecho desafortunada y está cambiando rápidamente a medida que los cirujanos-dentistas se familiarizan con los problemas especiales que se presentan en los procedimientos de tratamiento para estos pacientes.

El tratamiento dental para pacientes con trastornos hemetológicos deberá realizarse en consulta con el hematólogo del paciente. Casi todos estos pacientes, han tenido contacto con la hepatitis sérica y por lo general, el cirujano dentista y su asistente, deberán utilizar guantes y cubrebocas durante los procedimientos del tratamiento.

Empezaremos por hablar de algunos de los trastornos hereditarios el cual es el otro aspecto que abocaremos en este capítulo, por ejemplo, la parálisis cerebral es un término amplio utilizado para describir un grupo de trastornos causados por un daño cerebral que ocurrió prenatalmente, durante el nacimiento o en el periodo postnatal, antes que el sistema nervioso central alcanzara su madurez. El daño cerebral resultante se manifiesta como un mal funcionamiento de los centros motores y se caracteriza por parálisis, debilidad muscular, incoordinación y

otros trastornos de la función motora. La mayoría de los niños con parálisis cerebral tienen, además de su incapacidad motora, otros síntomas de daño cerebral orgánico como trastornos convulsivos, retardo mental, trastornos sensoriales y de aprendizaje. La parálisis cerebral no es curable, no es letal y mucho menos contagiosa y frecuentemente se hace más tolerable para el paciente mediante terapia de varios tipos, entrenándolo para realizar tareas dentro de sus limitaciones, de sus propias capacidades y educando a las personas que le rodean, sobre los diversos problemas de los paráliticos cerebrales.

El término parálisis cerebral cubre una variedad de trastornos los cuales se pueden especificar de acuerdo al tipo de trastorno motor de la manera siguiente: RIGIDEZ. Aquí se encuentra afectada la actividad concurrente de los músculos en contracción y sus antagonistas, resultando en una tendencia a un movimiento marcadamente disminuido. LA ESPASTICIDAD. Se caracteriza por un estado de tensión muscular que se manifiesta por un reflejo de estiramiento exagerado que se muestra en una mayor concentración del músculo cuando es estirado. La espasticidad se suele asociar con la anoxia y habitualmente resulta del daño o defecto de la zona motora cortical del cerebro. Más del 50% de los pacientes con parálisis cerebral tienen este tipo de complicación muscular, para estos pacientes se ha diseñado un cabezal especial que se adapta al sillón dental. También existe la ATAXIA. La cual se describe como un trastorno en el equilibrio postural y coordinación para asir objetos, nótese que este tipo de paciente deberá tomarse muy en cuenta por el odontólogo ya que si ejemplificamos a este tipo de pacientitos les es muy

difícil mantenerse sentados correctamente para los cuales deberemos usar sujetadores o tabia papoose como auxiliar del tratamiento odontológico. Así mismo si hablamos de la ATETOSIS, - este otro tipo de perturbación motora, hay movimientos incontrolables, involuntarios sin propósito y pobremente controlados por el cuerpo, resultando un patrón de actividad muscular raro, los movimientos musculares son exagerados cuando el paciente intenta una actividad voluntaria del músculo, en este tipo de parálisis cerebral pueden existir muecas de los músculos faciales babeo y defecto del habla. Para estos casos se recomienda el uso del cabezal especial del cual hablaremos más tarde, la ATONIA y el TREMOR se describen así, la ATONIA o HIPOTONIA implica falta de tono o tensión muscular normal y se caracteriza por músculos débiles y blandos y el TREMOR consiste en movimientos involuntarios de los músculos que siguen un patrón rítmico regular en el que los músculos flexores y extensores se contraen alternadamente, por lo cual el odontólogo si no toma en cuenta esta observación y se prevee, puede encontrarse en situaciones embarazosas al querer atender odontológicamente al paciente que manifieste tembor.

Los niños con parálisis cerebral suelen tener problemas dentales, en un índice más alto que la población normal.

La hipoplasia del esmalte de los dientes primarios se encuentra más a menudo en niños con parálisis cerebral, el defecto hipoplásico en el esmalte de los dientes deciduos puede ser una indicación de la época del daño cerebral al feto en desarrollo.



Otros problemas dentarios que se encuentran más en este tipo de pacientes que en los normales son: Una proporción ligeramente más elevada de caries, mayor incidencia de gingivitis, especialmente en aquellos pacientes con trastorno convulsivo asociado y que por ende están tomando medicamento, especialmente en el tipo atetoide, el bruxismo intenso es un hallazgo común en el paciente atetoide y en el espástico y esto puede llevar a un problema en la articulación temporomandibular. Dentro de los trastornos hereditarios encontramos a los pacientes que padecen SINDROME DE DOWN y como es frecuente que nos visite en la consulta privada un paciente con estas características, revisaremos esta alteración la cual se dice que es una aberración cromosómica frecuente que se ocurre en el par 21 y también se le denomina trisomía veintiuno, estos pacientes tienen un índice de supervivencia más alto de todas las alteraciones cromosómicas. El niño mayorcito con retardo mental y los caracteres clásicos del síndrome de down, puede hacerse un diagnóstico con una simple mirada más sin embargo en el neonato se necesita una inspección más detenida, pero el perfil facial plano, la hipotonía muscular, las articulaciones hiperflexibles, la palma de la mano se encuentra cuadrada con el pliegue horizontal único y el meñique pequeño invariablemente permiten el diagnóstico aceptado. A medida que el niño va creciendo se van acentuando los rasgos característicos del síndrome de down, como retraso mental moderado, presenta un coeficiente de inteligencia entre 25 y 50 en una escala del 100, los signos faciales parecidos a los de la raza oriental, con los ojos oblicuos y estatura baja, la cabeza tiende a ser pequeña y ovalada, con la frente inclinada.

Las orejas están situadas muy abajo, son redondeadas con-

lábulo pequeños, los ojos oblicuos se deben a la presencia del epicanto que cubre el ángulo medio de la fisura palpebral, la nariz es corta y el puente nasal disminuido, con frecuencia el iris muestra manchas de color grisáceo en algunos casos hay cat diopafías congénitas.

En cuanto a las manifestaciones bucales tenemos; los dientes deciduos son de erupción retardada, el paladar se encuentra alto, angosto y arqueado, la lengua fisurada es una característica común y constante en el síndrome de down, en ocasiones se encuentra macroglosia aunque en la mayor parte de los casos la lengua es de tamaño natural, la protrusión de la lengua y boca abierta suelen observarse debido a la falta de desarrollo del maxilar superior.

Las irregularidades dentarias en cuanto a la erupción se debe a la influencia del síndrome en la época prenatal y posnatal afectando a la odontogénesis ya que el sistema nervioso central y la corona dentaria son de origen ectodérmico y ambos tejidos comienzan su diferenciación aproximadamente a la quinta o sexta semana de embarazo. Puede haber factores comunes que afectan la morfología dentaria y anomalías del sistema nervioso central. La mesio oclusión es un hecho común que encontramos en los niños que padecen este síndrome.

Como trastornos hereditarios y del desarrollo también encontramos la epilepsia la cual no es una enfermedad en si misma, si no un síntoma de un trastorno cerebral subyacente, ocurre en el 0,5 al 1% de la población y aproximadamente el 5% tiene sub-

normalidad mental.

La EPILEPSIA y los trastornos convulsivos recurrentes son términos que han sido utilizados recíprocamente, ambos designan un complejo sintomático caracterizado por ataques paroxístmicos de inconsciencia o conciencia parcial, habitualmente con una sucesión de espasmos musculares tónicos o clónicos. Si la causa de las convulsiones resulta ser una anomalía cerebral demostrable se dice que el paciente tiene una epilepsia orgánica o sintomática.

Si no se encuentra la causa, se dice que el paciente tiene una epilepsia ideopática. En la mayoría de los casos la causa de las convulsiones recurrentes no se puede establecer, no obstante, parecería probable que un defecto genético específico en el metabolismo cerebral sea responsable en muchos de los pacientes afectados con epilepsia ideopática, los ataques del pequeño mal consisten en pérdida temporal de la conciencia que puede manifestarse en una variedad de formas. Existe un ligero temblor de los músculos del tronco y los miembros, caída o inclinación de la cabeza, un giro hacia arriba de los ojos y movimientos de los párpados.

La evidencia clínica del pequeño mal raramente aparece antes de los 3 años y frecuentemente desaparece hacia la pubertad.

Los ataques del gran mal pueden ser precedidos por aura momentánea o en algunos casos por un espasmo localizador o contracción de los músculos. Estos ataques son convulsiones genera

lizadas habitualmente con fase tónicas y clónicas de los espasmos musculares.

El comienzo es rápido y el espasmo tónico puede ocurrir - simultáneamente con la pérdida de la conciencia. El paciente se desploma, las pupilas se dilatan, los glóbulos se dan vuelta hacia arriba o al costado, la cara se distorsiona y la glotis se cierra, la cabeza puede caer hacia atrás o al costado, los músculos abdominales y del torax se ponen rígidos y los miembros - se contraen irregularmente o se endurecen. La lengua puede ser mordida gravemente como resultado de la contracción rápida de - los músculos maxilares. A medida que la fase tónica del ataque - continúa, la palidez facial es seguida a su vez por cianosis - producida por la detención de todos los movimientos respirato - rios. La fase tónica suele durar aproximadamente medio minuto y es seguida por la fase clónica que consiste en espasmos en los - cuales la rigidez y la relajación alternan en rápida sucesión. - La fase Clónica dura períodos variables.

Después de la fase clónica de un ataque de gran mal, las - funciones corporales normales vuelven en períodos que van de 15 minutos a 8 horas. Típicamente, cuando más frecuentemente un pa - ciente tiene ataques, más rápido es el período de recuperación - después de la terminación de un ataque.

El efecto más común de la terapia prolongada con fenitoi - na es la hiperplasia gingival como entidad patológica definida. La hiperplasia gingival con el uso de la fenitoína deja, un pro - blema mayor en el manejo dental de los pacientes epilépticos.

La hiperplasia gingival no solamente puede interferir con la masticación si no que frecuentemente invita a cambios inflamatorios secundarios y se puede pensar que la placa dentobacteriana, la inflamación gingival y los efectos directos de la droga estan implicados en la formación de hiperplasia gingival.

Las drogas principales para el control de los ataques de gran mal y de la epilepsia psicomotora son el fenobarbital, carbamazepina, y la fenitoína. El fenobarbital y el carbamazepina, en forma de tabletas es la droga de elección para uso prolongado en el paciente con gran mal. Las drogas son relativamente eficaces, comparativamente inocua en dosis terapéuticas por periodos prolongados y de bajo costo. Los niños tendrán ocasionalmente reacciones alérgicas al carbamazepina o al fenobarbital, lesiones macopapulares en la piel y las mucosas, fiebre y somnolencia excesiva pueden ser signos de la sensibilidad o sobre dosis, la cual desaparecerá pronto si se reduce la dosis o si se interrumpe el medicamento.

#### ATENCION DENTAL EN CASOS DE LEUCEMIA.

Inmediatamente después del diagnóstico, el médico deberá enviar al niño para que se le realice el tratamiento dental preventivo e interceptivo, con el objeto de reducir las complicaciones bucales de la enfermedad y su tratamiento.

Iniciando deberemos explorar cada una de las lesiones cariosas, pasaremos a hacer la preparación de la cavidad hasta donde las circunstancias lo permitan y se colocará una curación

temporal. Si se requiere de anestesia local antes de la inyección deberemos administrar antibiótico y varios días en el postoperatorio si el paciente presenta granulocitopenia las lesiones incipientes deberán dejarse sin tocar, ya que pueden restaurarse después en la remisión con un riesgo mucho menor para el paciente.

Cualquier diente que tenga un pronóstico dudoso, por ejemplo, los dientes con exposición pulpar o los dientes en exfoliación, deberán extraerse antes de la terapia con quimioterapia. Es necesario la protección adecuada con antibióticos (el medicamento de elección es la penicilina G), así como concentraciones adecuadas de plaquetas y circulantes. (NOTA: Se tomarán cultivos de nariz, faringe y encía para pruebas de sensibilidad ante la o las extracciones).

Bajo protección con antibióticos, se realiza una escarificación completa y técnica de profilaxis para eliminar todo el cálculo, los colgajos y otros irritantes potenciales de la encía. Estos irritantes incluyen a las bandas ortodónticas, los brackets y adhesivos los mantenedores de espacios removibles o fijos y las prótesis parciales o completas a menos que sea aconsejable para el bienestar psicológico y físico que el niño conserve su dentadura.

Para cada paciente deberá escogerse un programa individual de cuidados domésticos, por ejemplo, utilizando un cepillo de cerdas suaves y en lugar de un hilo dental, frotar sencillamente la encía y los dientes con una esponja húmeda. Aunque to-

davía no ha sido probada para uso general, la clorohexidina a 0.2% o la alexidina a 0.2% / HCL a 0.036% han demostrado reducir la gingivitis en los niños leucémicos y normales. Este resultado es particularmente real cuando se utilizan los agentes por corto tiempo. Es posible que los problemas gingivales se reduzcan con el uso tópico de estos medicamentos. La clorohexidina ha probado ser eficaz cuando es imposible el cepillado de los dientes.

#### MANEJO DEL NIÑO CON PROBLEMAS CARDIACOS Y DIABETES.

Nelson señala que la muerte repentina es rara en los niños con anomalías cardiacas congénitas, al contrario de lo que ocurre en las enfermedades degenerativas de los adultos, llevando esto en mente, el Cirujano Dentista puede sentirse más relajado al atender a estos niños.

Al igual que con los demás pacientes pediátricos, deberán utilizarse técnicas de manejo para una buena conducta. Las citas deberán ser cortas en los niños de edad preescolar, ya que la mayoría de éstos, en especial aquéllos con defectos que producen cianosis, demuestran una disminución a la resistencia a la tensión emocional. El llanto y otras manifestaciones de ansiedad como la tensión muscular, pueden contribuir al aumento de la cianosis, la isquemia cerebral y la acidosis. Estos niños a menudo pueden ser manejados con un agente que alivie la ansiedad como el diazepam de 2-10 mg., por vía oral. Al principio deberán utilizarse dosis más pequeñas, con un aumento gradual hasta lograr el efecto deseado.

La analgesia con óxido nitroso/oxígeno ha probado ser efi

caz en los niños ansiosos con defectos que producen cianosis. El efecto calmante del óxido nitroso acoplado con el aumento en la presión parcial del oxígeno, puede lograr una desaparición dramática de la cianosis y calmar por lo tanto al cirujano dentista así como al paciente y al padre espectador. Por lo general los narcóticos están contraindicados como premedicación en niños con defectos cianóticos, puesto que reducen la frecuencia respiratoria y aumentan el riesgo de anoxia cerebral. Una excepción a esto es el tratamiento de los ataques disnéicos paroxífticos en niños con tetralogía de Fallot, aquí la administración de oxígeno y morfina en dosis de 0.5-1.0 mg., por cada 5 kg., de peso corporal es bastante efectiva. Los niños que tienen problemas graves de conducta y que no responden a las técnicas habituales pueden ser tratados en la sala quirúrgica bajo anestesia general. Cuando se necesita un tratamiento muy extenso es posible que sea menor el riesgo para el paciente que estar visitando repetidamente al dentista.

Muchos niños con bloqueo cardiaco están dotados con una marca-paso electrónico y ciertos dispositivos electrónicos hacen que el marcapaso no funcione con consecuencias graves, si no fatales, bajo ninguna circunstancia deberá exponerse a estos niños a los siguientes equipos o tratamientos:

- a) Tratamiento electroquirúrgico
- b) Hornos de microondas
- c) Cualquier forma de energía de radio-frecuencia.

Frecuencia como soldadura eléctrica, sistemas inalámbricos de comunicación y algunos tipos de piezas de mano activadas



por bandas. También puede haber problemas si se utilizan vitalómetros y unidades ultravioletas de curación.

Todo tratamiento para este tipo de pacientes, deberá ser coordinado con el cardiólogo y el médico del niño para que reciba la mejor atención posible de los profesionales.

Así como debemos tener cuidado con los niños con problemas cardiacos los niños diabéticos en el comienzo de su padecimiento es rápido al contrario de los adultos.

La diabetes es un trastorno complejo del metabolismo que se caracteriza por hiperglucemia, glucosuria, pérdida de peso, acidosis y finalmente coma y muerte si la enfermedad permanece sin control. La diabetes es una enfermedad hereditaria la cual parece tener una característica recesiva de herencia multifactorial.

Aunque la obesidad y comer en exceso son factores que contribuyen a la diabetes en los adultos, no hay evidencia que sugiera que esto sea verdad en los niños.

Es más probable que el niño esté bajo de peso, en la mayoría de los casos la hiperglucemia de los niños, no responde a los medicamentos hipoglucémicos orales. Los síntomas más comunes incluyen pérdida de peso con aumento del apetito, la sed y la excreción urinaria.

En ocasiones el comienzo es tan rápido, que el niño entra en coma diabético o estupor (acidosis diabética) antes de ha-

berse hecho el diagnóstico. A menudo esto es precipitado por -- una infección aguda. El coma diabético se caracteriza por rese-  
quedad de la piel, mejillas y labios enrojecidos, respiración -  
con olor a acetona, náuseas, vómito, dolor general y abdominal.  
El pulso es rápido y débil con temperatura y presión sanguínea-  
anormal.

Puede producir síntomas orales como resquedad de la boca,  
sensación de quemadura de la lengua y la mucosa y tejidos gingi-  
vales inflamados y congestionados.

Puede encontrarse pérdida ósea tanto alrededor de la den-  
tición primaria como de la secundaria. También se han descrito-  
cantidades excesivas de placa dentobacteriana de lo cual se cal-  
culó, tanto en los diabéticos controlados como en los no contro-  
lados y se detectó que en los pacientes controlados, el índice-  
de caries parece ser menor que el normal, no obstante, en la -  
diabetes no controlada, hay un incremento significativo. Es con-  
veniente subrayar la importancia del cuidado dental regular y -  
continuo.

En estos niños, ya que cualquier infección, incluyendo la  
enfermedad periodontal y los abscesos, pueden trastornar bas-  
tante el control metabólico necesario en el niño diabético.

El tratamiento dental puede realizarse con pocos problemas si se toman algunas precauciones sencillas. Dado que la tensión física o mental tiene tendencia a alterar el equilibrio insulínico, deberá utilizarse premedicación en los niños aprensivos. El diazepam y el óxido nitroso-oxígeno, son bien tolerados y reducirán notablemente el nivel de ansiedad de los niños-mayores.

Las consultas deberán planearse aproximadamente 1:1/2 hora después de la dosis de insulina matinal y después de un desayuno adecuado. Si el niño se muestra demasiado inquieto o agitado en la primera consulta deberá utilizarse un agente que alivie la ansiedad en la noche anterior y en la mañana de la consulta siguiente. Esto reducirá la posibilidad de una mala digestión y absorción de los alimentos del desayuno, lo cual podría precipitar un choque insulínico en el paciente. Es conveniente tener en el consultorio, una solución de glucosa para uso oral e inyecciones estériles de glucosa para el evento de un choque insulínico. Con estas pocas precauciones, el cirujano dentista puede descubrir que el tratamiento de estos niños es recompensante y presenta un desafío respecto a la motivación de la higiene oral en el niño y el control de la enfermedad periodontal.

## C A P I T U L O    11

### LA ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO CIEGO

#### DEFINICIONES.-

Los niños totalmente ciegos constituyen solamente una pequeña minoría de los legalmente ciegos. Una persona legalmente ciega es aquella que con corrección óptica ve menos a la distancia de 6,90 mts. Que una persona con vista normal a 61 mts.- (Agudeza visual de 20/20), cuyo campo visual se limite a un ángulo estrecho. Incluidos en el grupo con deficiencias visuales, aunque no legalmente ciegos, están los que poseen vista parcial. Esta población incluye aproximadamente a 1 de cada 500 niños de edad preescolar y de edad escolar. Tales niños poseen una agudeza visual de 20 / 70 o menos en el mejor ojo, aunque poseen un residuo de visión útil que les permite utilizar esto como la principal vía de aprendizaje y de comunicación con el cerebro.

La experiencia ha demostrado que la definición de la ceguera no es útil desde el punto de vista docente. Se ha demostrado que muchos niños legalmente ciegos pueden usar eficazmente los medios docentes especiales diseñados para los que poseen vista parcial, por lo que deberán ser clasificados como parcialmente videntes pero no ciegos. Esto se menciona para hacer notar al facultativo dental que el grado de la deficiencia visual puede requerir interrogar al paciente, sus padres o ambos. Debido a que existen confusiones en las definiciones, trataremos un poco de como es la metodología para el tratamiento y la educación

de los niños de ambos grupos.

La ceguera en los recién nacidos por infección durante -- el nacimiento (oftalmia neonatorum) y la ceguera causada por si filis, se han reducido sorprendentemente. El tracoma es casi -- inexistente, es una enfermedad ocular que constituyen aun causa principal de ceguera en todo el mundo. Otras dos afecciones que han creado grandes poblaciones de niños ciegos son la fibroplasia retrolental y la rubéola.

La fibroplasia retrolental solía ser muy frecuente entre 1949 y 1954, antes de que fuera determinada la etiología y se -- tomaran medidas correctivas. La RFL se presenta en los niños -- prematuros con bajo peso al nacer que han recibido altas concentraciones de oxígeno durante periodos prolongados de tiempo. El oxígeno daña los tejidos inmaduros del ojo. Lo que provoca cicatrización de la retina. Irónicamente, han comenzado a aparecer -- casos nuevos de FRL debido a que muchos de los hospitales pequeños rurales comienzan a emplear equipo más moderno e incubadoras administrando oxígeno con mayor frecuencia cada vez. Los niños afectados con FRL tienden a ser pequeños, delicados y con -- retraso en el crecimiento físico y en ocasiones mental.

Desde 1964 hasta la fecha solo dos epidemias de rubéola -- en este país, se han presentado, afectando a muchos niños indirectamente. Cuando la rubéola ataca a una mujer en el primer -- trimestre del embarazo, el efecto sobre el producto puede ser -- de gran magnitud. Muchos de los niños con deficiencias múltiples padecen el síndrome de la rubéola que puede incluir una o

todas de las afecciones siguientes: ceguera por la formación de cataratas congénitas, sordera, cardiopatías, retraso mental y - deficiencias neurológicas.

Otras de las causas principales de la ceguera son el glucoma, que afecta y obstruye la circulación del humor acuoso; la catarata, que es el opacamiento de la lente; la degeneración macular que ataca el área de la retina responsable de la agudeza visual; la diabetes, frecuentemente asociada con hemorragias de la retina.

#### CONSIDERACIONES PREVIAS AL MANEJO DENTAL DEL NIÑO

La ceguera no cambia a los métodos los modifica. Al conocer modificaciones, fijaremos la atención en cuanto y cómo deberán emplearse estas modificaciones. El odontólogo que suministra la atención dental a los niños ciegos deberá considerar esta labor como un reto y una oportunidad para aumentar sus recursos, así como para obtener experiencias que lo satisfagan. El manejo dental adecuado del niño ciego comienza antes de hacer contacto mismo con el paciente. Comienza cuando se hace una cita para visitar al odontólogo. Existen numerosos datos que el odontólogo y la recepcionista deberán obtener de los padres. El profesional que haya mandado al paciente si es que existe y otras fuentes apropiadas. Existen muchos otros datos e informes que el odontólogo puede obtener de los padres y de las experiencias que hayan tenido con el niño.

El médico familiar o la maestra especial son fuentes de -

información importantes adicionales que nos permitirán saber más sobre el ajuste emocional del niño. Su actitud y la de su familia con respecto a su deficiencia visual y su habilidad para desenvolverse con sus semejantes. Si el odontólogo emplea estos datos fundamentales, podrá comprender mejor el comportamiento y la personalidad del niño ciego a su cargo. Estos son algunos de los datos que deberán ser recabados.

#### GRADOS DE LA DEFICIENCIA VISUAL.

Los niños parcialmente videntes aprenden de la misma forma que los niños videntes con quienes comparten experiencias visuales comunes. Sin embargo los niños que han nacido ciegos o que se han quedado ciegos temprano en la vida deberán depender de sus otros sentidos para saber algo acerca del mundo. Por esto, la metodología empleada por el odontólogo para educar al niño y enseñarle medidas preventivas deberá ser flexible. El niño parcialmente vidente posee ventajas considerables en términos. Podrá aprender a cepillarse los dientes y otras manipulaciones con más facilidad. Suele hacerse independientemente y autosuficiente a edad más temprana. Sin embargo, se presentan ciertas dificultades. Una experiencia visual parcial puede ser confusa y en ocasiones trastornante.

El niño tiende a observar determinados objetos y solamente logrará obtener vagas impresiones. Suelen ser atemorizantes, especialmente si considera uno el operatorio dental con la luz suspendida y mangueras de aire colgantes.

El estar consciente de formas que no le es posible defi -

nir suele tornarlo más aprensivo que el niño totalmente ciego.

La angustia, la aprensión y el temor son factores evidentemente perjudiciales que deberán ser superados al proporcionar atención dental. También existen desventajas en el manejo ya -- que al mostrar los instrumentos al niño parcialmente vidente es te los observará tratando de decifrar su significado, por lo -- que su concentración será mala al tratar de aprender por el sen tido del tacto. Por esto el grado de deficiencia visual constituye un factor variable que contribuye a aumentar los errores -- de juicios y la frustración que un niño pueda presentar.

#### EDAD A LA QUE SE PRESENTÓ EL DEFECTO.

Dependiendo de la edad a la que se presentó esta deficiencia, el niño que ha quedado ciego posee ciertas ventajas otro -- niño nacido ciego.

Su memoria visual y los recuerdos del mundo que observó -- constituyen una ventaja inicial, aunque esta memoria tiende a -- desvanecerse en grado diverso con el paso del tiempo. Si la -- vista no se pierde hasta que el niño haya cumplido seis años -- de edad, suele existir una memoria visual funcional. Estos ni -- ños serán capaces de comprender los colores al explicarle, por -- ejemplo, el color de un cepillo y el color de la solución reve -- ladora, así como su valor en la salud dental.

#### CAUSA DE LA CEGUERA

El conocimiento de la etiología de la ceguera del niño --



puede ser útil para comprender los sentimientos del niño hacia su ceguera y con frecuencia constituye también una guía con respecto a los sentimientos del padre.

#### CONDICION OCULAR ACTUAL.

El odontólogo deberá saber si existe alguna enfermedad -- ocular activa para evitar cualquier fase de su tratamiento que pudiera deteriorar el estado físico o emocional del niño. Existen varios tipos de enfermedades oculares en las que el rayo de luz dental puede causar gran molestia ocular, otros procesos patológicos que provocan un cambio visual, ya sea para bien o para mal, pueden provocar un cambio emotivo en el individuo. -- Cualquier tensión adicional deberá ser evitada en estos momentos, incluyendo la introducción a la odontología.

#### ESCUELA

El conocer la escuela donde asiste el niño puede dar cierto idea con respecto a la existencia de otras deficiencias. El saber el grado escolar en que se encuentra el niño también -- calcular el nivel de inteligencia y la posible comprensión de los procedimientos dentales. El nivel escolar puede ser una base para hacer comparaciones con el nivel de inteligencia calculado por los padres idealistas. Es prudente recordar que los ciegos como un grupo no entran a la escuela uniformemente a los seis años de edad. Por esto puede haber cierto retraso en el área de los conocimientos y habilidades. La identificación de la escuela indicará al odontólogo si el niño se encuentra reunido en alguna institución.

La atención dental para el paciente ciego que se encuen -

tra dentro de una institución puede diferir de la atención su - ministrada según la metodología sistemática del consultorio.

#### ACTITUDES DE LOS PADRES.

Las actitudes de los padres hacia su hijo ciego refle --- jarán lo que se haya observado en el niño. La personalidad, el comportamiento y las habilidades conformadas por los padres -- afectarán y ejercerán un efecto directo e indirecto sobre el -- tratamiento dental. Las actitudes de los padres hacia los ni-- ños ciegos pueden ser de todo tipo desde la sobreprotección, la culpabilidad y hostilidad hasta el descuido.

#### PUNTOS CLAVES DEL DESARROLLO

Los estudios realizados sobre el desarrollo de los niños- ciegos indican que el orden del desarrollo en términos genera - les no es cambiado por la ceguera, mientras que la ocurrencia - de varias etapas del desarrollo varían de un individuo a otro.

El desarrollo más lento que lo normal ha sido atribuido - a que los niños ciegos deberán aprender y realizar cosas en for - ma diferente. La ceguera misma no es causa del grave retraso.-- El interrogar a los padres con respecto a algunas de las etapas fundamentales del desarrollo del niño puede ayudar a calcular - cuando éste se encuentre listo para la inspección y palpación - de la boca y la presentación de padecimientos de salud bucal au - toadministrados. Preguntas con respecto a la capacidad de auto- suficiencia del niño ayudarán a juzgar la habilidad manual, la - iniciativa y la motivación del niño. por un buen - - - - -

desempeño y su grado de confianza en si mismo. A los cuatro años de edad, el niño deberá ser capaz de vestirse, desvestirse, alimentarse, lavarse, realizar por sí solo sus necesidades fisiológicas y mantenerse limpio y seco.

Al igual que con todos los niños, el odontólogo deberá ser receptivo a las necesidades del niño ciego. Las reacciones hacia el dentista en ocasiones implican agrado y desagrado según las exigencias hechas sobre él mismo. El progreso del niño por las diversas etapas del desarrollo permitirá al dentista calcular el tipo de reacción que podrá presentarse.

#### DESARROLLO DEL LENGUAJE.

Debido a la necesidad de comunicarse, el vocabulario del niño ciego puede ser mayor al del niño vidente. Esto sin embargo, no sucede con el niño descuidado. Puede ser útil estudiar la situación familiar. Si el niño no habla, se utilizan otros métodos de comunicación, tales como braille, o la formación de letras con los dedos o se verifica si el niño tiene un intérprete.

#### MOVILIDAD.

¿El niño se desplaza en forma adecuada? El odontólogo necesita saber que el niño utiliza un bastón, si es conducido de la mano, si es cargado o si existe algún otro problema físico que requiere la utilización de silla de ruedas. Pocos niños se desplazan ayudados por perros.

## DIFICULTADES PARA LA ALIMENTACION

Algunos estudios indican que los niños ciegos se niegan a aceptar fácilmente alimentos sólidos. Esto puede ser a raíz del temor a las experiencias nuevas y a la tendencia a dejar atrás a la niñez. Si estos estudios son correctos, podemos prever que el odontólogo encontrará más casos de deglución incorrecta o de síndrome de mamila entre la población de ciegos que aún persisten en emplear la botella de leche infantil.

## NOMBRE DEL NIÑO.

La mayor parte de los niños. Si no presentan deficiencias muy graves, reconocen sus nombres. Es reconfortante para ellos escuchar su nombre, especialmente dentro de un ambiente nuevo. El nombre del niño deberá ser empleado con mucha frecuencia.

## AJUSTE SOCIAL Y COMPORTAMIENTO

El odontólogo quizá quiere saber que le gusta al niño, si estos son razonables y la tenacidad con la que el niño se adhiere a los mismos. Las reacciones del niño hacia la crítica o a la ayuda podrán indicar si aceptará o rechazará la odontología y la diferencia entre la dependencia y la autosuficiencia. También es útil saber si el niño y su familia o ambos son atendidos por un psicólogo o un profesional similar. El cuidar de los niños ciegos, al igual que todos los niños, puede ser fácil o difícil, dependiendo de la educación y de las actitudes del niño. Un niño que es amado en casa posee seguridad y siente que pertenece a la familia, por lo que deberá ser un excelente paciente dental por lo contrario, el niño ciego rechazado por su-

familia bien puede adoptar un comportamiento agresivo y antisocial además de representar un problema para el manejo dental. - Los niños ciegos exhiben varios tipos de mecanismos de ajuste para el manejo dental. Los niños ciegos exhiben varios tipos de mecanismos de ajuste que varían desde un comportamiento de comprensión hasta la negación, defensa, retracción y reacciones que indican falta de ajuste. Este último tipo se caracteriza por - que está centrado en si mismo, incapaz de ser sociable, inestabilidad emocional, nerviosismo y gran preocupación así mismo angustiada. Un niño que exhiba este tipo de comportamiento puede - resultar muy difícil de tratar.

#### MENTALIDAD.

La valoración de la capacidad mental de los niños ciegos suele ser un asunto complicado, especialmente en los muy jóvenes. Aunque existen pruebas estandarizadas para determinar la inteligencia estas requieren revisiones periódicas. El desarrollo lento de un niño ciego puede ser reflejo de la poca oportunidad para explotar si ha sido excesivamente protegido o presenta una deficiencia concomitante en el oído o en la capacidad motora y no - ser realmente un reflejo de su inteligencia.

#### METODO DE TRATAMIENTO.

La actitud del odontólogo hacia la ceguera es un factor - muy importante, durante el tratamiento. Como los odontólogos - suelen carecer de capacitación en el tratamiento de los ciegos, con frecuencia se sienten inseguros y frustrados al ser llamados a prestar atención a estos pacientes. Es importante que el odontólogo primero acepte al niño ciego con una actitud positi-

va. En lugar de hacer énfasis en la capacidad visual del niño, deberá realizar todos los esfuerzos para incorporar los sentidos restantes del niño como el tacto, el olfato, el oído y el gusto al plan de tratamiento.

La visita al odontólogo deberá ser lo más relajada, libre de angustia y preocupaciones posibles. Demasiada preocupación-- puede hacer que el niño reaccione desfavorablemente. Una actitud rígida o compulsiva por parte del odontólogo o de su personal no tiene cabida en el tratamiento de los niños ciegos.

El clima emocional del consultorio dental es de suma importancia. La actitud del dentista es más importante y ejerce mayor influencia que las técnicas o métodos empleados para suministrar el tratamiento. Los niños son capaces de percibir cuando existe afecto sincero y preocupación por su bienestar.

Debemos insistir en que muchos niños son intelectualmente capaces de aprender muchas disciplinas. Difieren en su capacidad para adquirir habilidades especiales en la misma forma que los niños videntes. Los niños ciegos pueden convertirse voluntariamente en buenos pacientes dentales si no son obligados a alcanzar metas poco realistas. La aceptación de los procedimientos dentales implica alcanzar ordenadamente una serie de metas sencillas que a la larga conducirán al objetivo final. Por lo tanto, en casos sistemáticos resulta apropiado hacer una visita inicial corta con explicaciones verbales adecuadas. Cuando sea posible, resulta mejor esperar hasta que el niño se encuentre dispuesto a captar ciertos procedimientos y no utilizar la fuerza. El odontólogo deberá armarse de paciencia y aceptar los

accidentes o contratiempos calmadamente.

El niño que ha nacido ciego se encuentra en una posición diferente del individuo que repentinamente perdió la vista. El primero ha crecido y se ha adaptado a su ceguera y ha aprendido a ajustarse de tal forma que reaccionará de manera similar al ambiente dental que la persona vidente en forma aprensiva y con dudas. La disipación de estas dudas y la exhibición de competencia para la atención de estos niños requiere atributos especiales por parte del odontólogo.

Algunas de estas cualidades incluyen paciencia, flexibilidad, comprensión, imaginación, sentido del humor, aceptación de la deficiencia o deficiencias, reconocimiento de las diferencias individuales, sentido común, entusiasmo y conocimiento práctico de la ceguera y deficiencias relacionadas.

Es importante también, que el personal del odontólogo posea conocimiento, de los problemas que surgen de la ceguera. Solo entonces podrá el odontólogo compartir su responsabilidad -- de atender al niño ciego con su personal. Esto asegurará la mejor atención al suministrar un servicio de salud bucal mientras el niño se encuentra en el medio del consultorio dental.

#### METODOLOGIA DEL TRATAMIENTO.

No existe un tratamiento sistemático aplicable a todo niño ciego. Desde luego, existe una base desde la cual podemos -- principiar, pero de este modo en adelante el paciente constitu-

ya un caso único. Intentaremos ofrecer una relación general de los principios terapéuticos, sin intentar presentar una metodología estandarizada para ser empleada en el consultorio dental.

Antes de la primera visita del niño, deberá recabarse la mayor cantidad de datos posibles respecto a la historia y antecedentes del paciente, como fue mencionado antes. De ser posible, la primera visita deberá excluir el tratamiento totalmente. Deberá ser el momento en que el odontólogo estudie la historia ya debidamente obtenida, conozca al niño y más importante, darle la oportunidad de familiarizarse con el medio dental (sonidos olores). Puede resultar provechoso pedir al niño ciego que se acompañe de su hermano, o un vecino durante la visita dental.

Al conocer al niño ciego, es apropiado saludarlo verbalmente. Frecuentemente, el primer integrante del equipo del consultorio que recibe al niño es el ayudante o la recepcionista. Por este motivo, mencionamos anteriormente lo importante que es para el personal dental estar bien informado y adecuadamente preparado para atender a los niños ciegos. Mientras se encuentra en la sala de espera, el niño ciego deberá ser presentado a los que le rodean, ya que oír ruidos, movimientos y conversaciones de otros. El juego informal entre los ciegos y los videntes puede dar al niño vidente una mejor oportunidad para comprender al ciego.

Llegado el momento de conducir al paciente al área de tratamiento, es conveniente ofrecer la mano al joven paciente o el brazo a un paciente mayor de edad. El que conduzca deberá conce-



bir que actuara como si fuese los ojos del paciente. Deberá -- permitírsele a la persona sostenerse del brazo. Esto permitirá el control simultáneo de ambos cuerpos. Es importante caminar -- ligeramente por delante del paciente ciego, para que éste pueda preveer lo que se aproxima por el movimiento del cuerpo. Esto -- permitirá al paciente seguir con mayor facilidad y a la vez, ad-- vertirle de cualquier movimiento previsto. Los cambios de posi-- ción deberán ser señalados diciendo cosas como "hacia el ruido" "derecha" o "izquierda" "arriba" o "abajo". Equiparando las dis-- tancias con las medidas corporales, tales como "el largo de un-- brazo", "dos pasos", el sentido especial en los niños ciegos -- está relacionado también con el flujo de aire a su alrededor y-- con los sonidos cercanos y distantes. Estos factores entrarán -- en juego al explicar los ruidos motorizados de la unidad, tam-- bién debemos informar al niño de los cambios en el recubrimien-- to del piso, como los que experimentaría al pasar de alfombra a loseta.

Una vez que el niño sea llevado a la sala de tratamiento, su mano deberá ser colocada sobre la silla, sobre el respaldo y sobre el brazo del contorno de la silla antes de intentar sen-- tarlo. Deberá hacerse una explicación de los que se encuentran en la sala, así como del diseño del área inmediata. Frecuente-- mente, en este momento el niño conoce al odontólogo por primera vez.

¿Qué es lo que percibe el niño ciego primero de las otras personas? quizá no son los cuerpos, como perciben los videntes. Quizá son simplemente voces acompañadas de toques ocasionales --

de la mano o de una superficie del cuerpo. El concepto de la imagen del cuerpo de otro individuo quizá sea más abstracto que la imagen del cuerpo propio del niño ciego. Por ese motivo, es conveniente que se describa el odontólogo al niño. Podrán hacerse bromas por su aspecto físico, agregando un toque humorístico a la narración. Si se menciona que existen gafas, bigote, si es alto o bajo, obeso o delgado, ayudará al niño a percibir correctamente al odontólogo como persona y no simplemente como un par de manos siempre en movimiento.

Para poder disminuir la aprensión y dar al niño cierto sentido de familiaridad. Es conveniente pedirle que lleve un juguete consigo. Podrá ser atado a la silla para evitar que caiga y se le protegerá cuando necesite seguridad. El miedo a ser separado de la madre o a ser dejado sólo, especialmente en un ambiente dental desconocido, puede ser muy amenazador para el niño ciego.

Por este motivo, suele ser conveniente en ocasiones permitir que la madre acompañe al niño a la sala de tratamiento, algunas veces durante todo el tiempo que dure el procedimiento, aunque frecuentemente sólo durante el período inicial, cuando se siente el niño en la silla dental.

Un método de evitar el miedo a la separación y de aumentar su confianza en sí mismo y la independencia es permitir que el niño se familiarice con el odontólogo o con un miembro del personal antes de hacer la visita en la que se piensa realizar la separación. Deberá dársele al niño la oportunidad de familiarizarse

zarse con el consultorio y sus alrededores antes de la visita de separación. Al principio sólo deberá separarse de la madre - al niño durante un corto período de tiempo, lo cual le dará seguridad. Este período puede ser alargado lentamente. No deberá dejarse solo al niño.

Penetrar en la boca puede ser logrado fácilmente "contando" los dientes en voz alta a la vez que se presiona sobre los mismos con el dedo. Debemos proponer al niño que explore su propia boca con sus dedos. Es importante mencionar al niño el olor y el sabor residual del jabón empleando para lavar las manos algunos jabones saben bien, pero huelen mal; otros presentan las características invertidas. El odontólogo deberá probar algunos para obtener experiencia personal.

Los instrumentos y los objetos que serán colocados dentro de la boca deberán ser manejados totalmente por el niño ciego. Deberá darse a la vez una explicación verbal. No es necesario decir que proteger al niño contra lesiones cuando se encuentre en la sala de tratamiento es de suma importancia. Por ejemplo, los instrumentos afilados o con punta afilada deberán ser demostrados cuidadosamente. Las explicaciones de los instrumentos deberán hacerse según el uso que se les dé.

Con frecuencia, es difícil para los niños ciegos reconocer los instrumentos al ser llevados cerca de la boca, salvo - que puedan asociar un ruido con los mismos. Para resolver este problema, podrá colocarse la mano del niño sobre la del odontólogo al aproximarse el instrumento a la boca. Deberá dársele -

tiempo al niño para oler en algunos casos probar lo que se encuentra sobre el instrumento. Ser sorprendido por un objeto desconocido inesperado resulta desagradable. Por eso, algunos de los materiales dentales empleados con mayor frecuencia deberán ser presentados correctamente al paciente. Algunos de estos materiales son barniz para cavidades, pastas para limpieza con sabor, pomadas para anestesia superficial con sabor, alginate con sabor y preparados a base de óxido de zinc y eugenol.

Suele ser útil golpear un instrumento dental con otro de manera similar a lo que puede suceder al usar un espejo y explorador dentro de la boca, para que el paciente no se sorprenda por los ruidos accidentales que ocurrieron durante el examen. Golpear un diente con el espejo también deberá ser explicado.

El odontólogo deberá esforzarse por explicar las cosas según el trabajo que será realizado, la textura, grado de calor o frío, suavidad o dureza, sequedad o humedad, agudeza o filo, pesado o ligero, ángulos o curvas, vibraciones o pulsaciones. Una vez que el niño se haya familiarizado con los sabores, olores, tacto y sonidos de la odontología, puede que ya no necesite otra preparación más que verbal. Es deseable conservar siempre un orden continuo en los procedimientos dentales, ya que esto establece un sistema y de familiaridad, evitando las explicaciones prolongadas o repetidas. Afortunadamente, la mayor parte de los procedimientos dentales se llevan a cabo paso a paso, estableciéndose la familiaridad rápidamente. Debido a que los niños aprenderán a reconocer algunos procedimientos por sus olores o sabores, deberá anotarse en el expediente el tipo de material -

empleado que tenga olor y sabor específico. Por ejemplo, si se emplea pasta para profilaxis con sabor naranja y solución de fluoruro con sabor a uva inicialmente durante una visita para prevención, es conveniente volver a emplear estos mismos sabores nuevamente, siempre que sean aceptables al niño. El establecimiento de sistemas y la observación del orden, sin ser rígido o inflexible ayudará a evitar la confusión en el niño. La repetición establecerá un sentido de seguridad y constancia ayudará a eliminar la duda.

Desde un principio, el niño deberá saber lo que se espera de él en lo que respecta a comportamiento y cooperación. Deberá esperarse lo mejor del niño y deberá darse aprobación cuando -- sea legítima. Como los ciegos no pueden ver las expresiones faciales del odontólogo, incluyendo sonrisa, aprobación e interés, sólo podrán ser expresados por la palabra. El tono de la voz -- constituye un factor importante que le permite al niño interpretar y comprender lo que sucede. Deberán ser realistas. El odontólogo deberá evitar frustrar al niño.

Es conveniente que las mismas ayudantes, y otros miembros del personal atiendan al niño ciego durante cada visita. En el caso de una práctica en grupo o en un medio a manera de clínica, es preferible que el niño sea atendido únicamente por el -- odontólogo, podrá impartirse un sentido de seguridad acariciando suavemente la cabeza del niño con la mano y pidiendo a la -- ayudante que sostenga la mano del niño durante los procedimientos dentales. Cuando sea tiempo para que el niño baje de la silla, se continuará ofreciendo seguridad física permitiendo que-

el niño se afiance de la mano o los dedos del odontólogo hasta que esté de pie y bien equilibrado por sí mismo.

HOSPITALIZACION.- Si se requiere hospitalización para la odontología, deberá informarse a los padres que con frecuencia se trastornan las horas de sueño y vigilia se proporcionan inadverdaderamente horas irregulares para dormir. El niño podrá asociar la cama con una serie de experiencias negativas tales como dolor, molestia y separación de la familia. Por lo tanto, se comprende que el niño ciego requiere cierto tiempo para volver a su horario de dormir habitualmente.

EDUCACION EN MATERIA DE SALUD DENTAL. No existen medidas preventivas de salud dental apropiadas para el niño ciego. La mayor parte de la literatura odontológica que se ha ocupado del tratamiento del paciente ciego carece de información sobre salud preventiva. En ocasiones, se hace mención pasajera de que deberá instruirse "instrucción preventiva en el hogar". No se ha ofrecido ninguna sugerencia precisa para las técnicas de instrucción o el material.

Si un niño ciego no está dotado, mediante la instrucción precisa, de la capacidad y las destrezas que conducen a una vida eficiente y sana, podrá convertirse en un objeto de lástima. Por lo tanto, parece más importante ayudar al niño ciego a ayudarse así mismo y a enorgullecerse de sus logros, que pueden ayudarle a superar los sentimientos de inferioridad. Tal capacitación exige paciencia infinita tanto en el consultorio dental como en el hogar. Gradualmente por tanteos, estímulos y refuerzo, el niño encontrará satisfacción en aquello que sea capaz de

realizar por sí mismo. No solamente se hará independiente, sino que se sentirá independiente. Adquirir habilidad para la técnica del cepillado y otros procedimientos de higiene bucal significa que el niño no necesita esperar a que el adulto tenga tiempo o el deseo de hacerlo. Existen, desde luego, ocasiones en que se acepta una regresión a la etapa de ayuda por parte de los padres, como sucedería con un niño enfermo o un niño pequeño que carezca de coordinación física para hacer una buena labor o cuando se requiera ayuda de los padres, tal como en un niño ciego con deficiencias múltiples.

La historia global obtenida anteriormente desempeña aquí un papel importante. Puede comprenderse que los padres de un niño ciego estén ansiosos de verlo normalmente o aún más pronto que el niño normal. Sin embargo, el niño se desarrollará a su propio paso, por lo que no deberá ser apresurado. Los niños ciegos y los que poseen poca vista suelen no desarrollarse tan rápidamente como los niños videntes normales, ya que carecen de la capacidad de imitación visual. El factor importante que deberá señalarse a los padres es que el niño a la larga alcanzará su meta. Necesitará un poco más de tiempo para practicar y aprender las habilidades habituales cotidianas de un niño en crecimiento, incluyendo el cepillado dental.

Debido a que los niños ciegos no pueden aprender por imitación visual de la demostración del odontólogo, no podrán corregir una técnica de cepillado incorrecta. Deberán observar e imitar siguiendo cuidadosamente las instrucciones y actuando por el sentido del tacto. Según Davis, las personas ciegas es--

tan habituadas a seguir de cerca las instrucciones verbales, por lo que fácilmente adquirirán la protección para realizar la higiene bucal. Esta observación no ha sido apoyada por otros artículos o por la experiencia personal. Aunque personas videntes que tienen el beneficio de poder observar la angulación del cepillo dental, el movimiento y los efectos de la solución reveladora, suelen limpiarse los dientes cuando se les pide una demostración. No existe uniformidad de criterio entre las investigaciones respecto a la edad en que el niño vidente adquiere la capacidad física para realizar los procedimientos adecuados de higiene en el hogar. El estudio de Terhune fija este momento mágico a los ocho años de edad, otros piensan que esto no es una cifra realista.

Aunque la independencia por la capacidad para realizar una técnica de higiene bucal adecuada ha sido ya mencionada, no se ha discutido cómo se hace la introducción a tal programa. Un artículo en la literatura dental ha tratado las reacciones a las instrucciones preventivas. Se encontró que estas reacciones eran similares en todos los niños y sirven para comprobar la similitud entre los niños videntes y los invidentes.

Un programa de salud dental preventivo eficaz exige que junto con la enseñanza de las técnicas para el aseo en casa, se establezca un programa educativo; esta es la porción del programa en que el niño aprenderá de qué están hechos los dientes y la forma en que se forman las caries, los beneficios que reportan los procedimientos de higiene bucal adecuados y la necesidad de la nutrición adecuada.



Esta es la educación básica preventiva que deberá manejar el dentista al tratar al paciente ciego. Con este fin, incluimos a continuación una lista de los medios preventivos.

1. Modelos grandes de dientes.- Dientes sencillos de gran tamaño para demostrar por medio del tacto, que el diente posee varias superficies, tales como "CORONA" RAIZ y surcos. tales modelos se fabrican de plástico, yeso, etc.

2.- Tipodontos de la dentición primaria y de la permanente.- Con estos se dará una explicación de los dientes en la arcada, dientes faltantes y consecuencias de su falta. Las superficies dentarias y forma de las arcadas. Los tipodontos, tales como los producidos por la compañía Unitek, son auxiliares valiosos para explicar la erupción de los dientes en el hueso, dejando que el niño toque ambos conjuntos de dientes del mismo tipodonto.

3.- Tableros magnéticos para demostrar el crecimiento y desarrollo.- Estos demuestran el crecimiento de los dientes y la erupción de los mismos, empleando para ellos dientes magnetizados. Los dientes pueden ser colocados para indicar los procesos y los problemas ortodónticos; el niño podrá tocar todas las partes.

4.- Modelos de dientes con y sin preparaciones de cavidades. Para explicar al niño lo que se hace a su diente. Los modelos con cavidades preparadas deben ser palpados por el paciente, lo que le permite comprender el hoyito en su diente.

5. Dibujo en braille. Estos son útiles, aunque en ocasiones al niño se le dificulta interpretarlos, aún con una buena explicación.

#### LIBROS EN BRAILLE Y LIBROS CON TIPO GRANDE.

Muchas organizaciones pueden traducir libros impresos, folletos y otra literatura al braille. Deberá consultarse a cualquier escuela para ciegos para obtener una relación de los libros existentes.

La enseñanza del cepillado y la utilización del hilo dental no es muy diferente de la que se ofrece a los niños videntes.

Con el niño ciego, es necesario señalar primero las superficies de los dientes que serán limpiados, tocándolos primero en un tipodonto y usando posteriormente los dedos como "localizadores" dentro de la boca. Una vez que se hayan tocado todos los dientes, se dará una explicación sobre la posición del cepillo y el movimiento que deberá ser realizado; primero con el tipodonto y después dentro de la boca. La mano del niño se coloca encima de la del odontólogo al cepillar los dientes. Se dará también una explicación de la solución reveladora, y lo que ésta significa para el odontólogo. Una vez que se haya colocado la solución sobre los dientes del niño, el odontólogo colocará los dedos del niño sobre la zona que requiera mayor atención. De esta forma, el niño conocerá la zona de su boca en la que deberá concentrar sus esfuerzos. Al niño se le pide que se toque

los dientes con la lengua antes y después de la limpieza. Aunque esta es una prueba muy primitiva para valorar la limpieza adecuada. Ayuda al niño a percatarse de la buena higiene bucal, la sensación de frescura y de limpieza. La utilización del hilo dental deberá ser abordada en forma similar, con o sin aparato para sujetar el hilo.

El odontólogo deberá estar consciente siempre de que el conocimiento de braille por un niño ciego puede ser un buen indicador de que aceptará en forma más madura el "motivo" del control de placa y el "como" de la técnica. La aptitud para el braille se presenta a la misma edad que la aptitud para la lectura en los videntes. Se requiere concentración y cierta habilidad manual, por lo que puede ser inapropiado para niños menores de siete años de edad. También se cree que los niños ciegos, -- sordos a los que se les han enseñado métodos de comunicación -- por vibración tienen mejor concepto de laboca, por lo que podrán ser más hábiles para instruir las medidas para el control de la placa..

### C A P I T U L O III

#### LOS CUIDADOS ODONTOLÓGICOS PARA EL TRATAMIENTO DE NIÑOS ATÍPICOS

##### A) Primera cita:

Cuando un niño se enfrenta a situaciones medio ambientales como sería el caso de una primera cita en el consultorio dental, su comportamiento puede ser de manera ansiosa y defensiva, ya que todo lo que va a ocurrir a partir de este momento es una nueva experiencia sin embargo estos niveles de ansiedad y defensa se pueden aminorar si el odontólogo establece un buen estudio y un adecuado manejo del sujeto lo cual es esencial, si se hace de una manera agradable, categórica e inteligente, obtendrá credibilidad y una confianza que facilitará el tratamiento futuro.

Los pacientes que se presentan a consulta, por primera vez pueden clasificarse en:

- 1.- Pacientes con cita previa.
- 2.- Pacientes de emergencia.

1.- Cuando los responsables del niño concertan una cita con el odontólogo, indica que el infante puede tener problemas dentales los cuales y esto muy cuestionable, no sean muy agudos, ya que están dispuestos a esperar el tiempo suficiente que marque el especialista. En este caso en particular la recepcionista o la persona que tome la llamada deberá estar familiariza

da con todos los aspectos del tratamiento para niños atípicos.

Las áreas que se deben cubrir son:

- a) Información biográfica básica.
- b) El parte médico o diagnóstico.
- c) Los medicamentos que se toman actualmente y su estado-ambulatorio.
- d) Nombre del médico y fecha de su última visita, así como la fecha del último examen físico.
- e) Información financiera.

Quando el proceso de captación de datos ha terminado, deberá hacerse la cita, deben hacerse las consideraciones apropiadas acerca de los problemas particulares del paciente antes de decidir al momento de ésta. Al responsable del niño se le informará todo lo respecto a la ubicación del consultorio, el estacionamiento, el acceso al edificio, y los procedimientos que se realizan durante la primera visita incluyendo el tiempo aproximado de la consulta. La información recabada puede observarse - un tanto excesiva pues con los antecedentes de salud, es suficiente para atender a la mayoría de los pacientes dentales. Sin embargo los niños atípicos a menudo tienen una historia médica complicada que exige más investigación. En estos casos, el cirujano no deberá dudar en pedir información adicional a los profesionales de la salud o a las instituciones que han intervenido en el cuidado de su futuro pacientito. Los informes que a menudo han probado ser valiosos en el estudio del paciente incluyen resúmenes médicos, reportes de exámenes físicos, reportes de -

hospitalizaciones y evaluaciones psicológicas. De este modo es posible disponer de información confiable y al día para ayudar a construir un perfil médico del paciente.

Muchos pacientes atípicos y con problemas de salud están bajo supervisión continua de un médico. El manejo exitoso de ciertos procesos patológicos requieren el contacto frecuente médico-paciente y a menudo involucra cambios en el tratamiento, especialmente de los tipos y concentraciones de los medicamentos. Estos hechos acentúan la necesidad para una comunicación y cooperación interdisciplinaria en el cuidado extenso de los pacientes. Es importante establecer una relación que estimule la discusión libre sobre su condición pasada y su tratamiento futuro. Los procedimientos dentales se explicarán en detalle incluyendo la cantidad calculada de hemorragia (si es que la hay), el tiempo de curación, la posibilidad de infección y la tolerancia del paciente. Estos intercambios de información hacen posible tratar al paciente de manera más eficaz, segura y con mayor confianza.

Después de haber realizado todos los procedimientos anteriores el especialista estará capacitado para justipreciar si el paciente es de tipo ambulatorio o de tratamiento con anestesia general.

En el caso de que el paciente lo clasifiquemos como un paciente ambulatorio, se tendrá que realizar en la primera cita una ambientación para que no le resulte aversivo la introducción al área de tratamiento, así mismo no se deberá de empezar

el tratamiento integral de lleno si no que empezaremos por practicar con el paciente, mostrarle los instrumentos de trabajo, - realizar una exploración de la cavidad oral. Realizaremos curaciones sedativas. Lo importante de esto es evitar durante la - primera cita que el paciente sienta dolor, de esta manera en la próxima cita podrá iniciarse el tratamiento más fácilmente además de haberse gando muchos puntos a favor del profesional ciertamente muchas de nuestros pacientes que hemos clasificados de ambulatorios se presentan al consultorio en silla de ruedas para lo cual se deberá contar con equipo especializado como podría ser el DESCANSA CABEZA DE SILLA DE RUEDAS AJUSTABLE.

Este tipo de aparatos se coloca en los manubrios del respaldo de la silla de ruedas. Se acomoda a la mayoría de las sillas de ruedas y proporciona un apoyo seguro y cómodo para la cabeza de los pacientes que no pueden ser transferidos al sillón dental, cuando el trabajo se va a hacer en los dientes inferiores, es más sencillo acercarse al paciente desde el frente. Para procedimientos sobre los dientes superiores, el banquillo deberá elevarse y el cirujano dentista se aproximará al paciente desde la posición de las 11 o la 1 del reloj. Aunque es posible que el uso del descanso cabezas no permita a los operadores trabajar en las posiciones acostumbradas del tratamiento, facilita que el odontólogo trabaje sentado.

Otro implemento de gran ayuda para atender a este tipo de pacientes es el ABREBOCAS del cual es una de las piezas más útiles del equipo en el consultorio dental. Es común utilizarlo en los casos de anestesia general para impedir que la boca se cie-

rra debido a la relajación muscular. De igual modo puede utilizarse con eficacia en un paciente consciente que tiene problemas con la potencia muscular, lo cual hace difícil que mantenga la boca abierta por períodos largos. También es apropiado para el paciente que tiene un control muscular deficiente y no puede mantener la boca abierta sin considerable movimiento incontrolable. Tal podría ser el caso de un paciente con parálisis cerebral, distrofia muscular y enfermedades de parkinson.

Es necesario hacer notar que la utilización del abrebocas, debido a que podemos ocasionar iatrogenia en el hecho de que podemos dislocar la articulación temporomandibular si la boca es forzada más allá de una posición aceptable. Este debe ser utilizado con descansos entre 10-15 minutos, en ocasiones es necesario sujetar todo el cuerpo para ayudar al control del movimiento muscular involuntario. En estos casos, es mejor utilizar correas para las piernas o una tabla de Papoose más que ataduras suaves individuales. Se encuentran disponibles en tamaños-- para adultos y niños y proporcionan un control excelente del movimiento, en tanto que permiten cierto grado de comodidad al paciente. El sujetador se adapta al sillón dental reclinado y las extensiones son aseguradas alrededor de los brazos o de las piernas del enfermo. El inconveniente de este aparato es que en el pasado los sujetadores físicos se habían asociado con el castigo o la disciplina, en especial entre los individuos atípicos. Para evitar cualquier interpretación errónea, es elemental explicar el valor de los sujetadores y tabla Papoose como auxiliar del tratamiento.



Existe un descanso cabezas para parálisis cerebral el cual es un dispositivo especial que se adapta a la porción superior del sillón dental. El diseño proporciona un apoyo lateral a los pacientes con problemas de los músculos del cuello. Además, ayuda a reducir los movimientos de la cabeza en los pacientes que tienen trastornos musculares espásticos o atetóides. Aunque este soporte fue diseñado específicamente para los pacientes con parálisis cerebral, también pueden utilizarse con éxito en personas que tienen trastorno neuromuscular que conduce a una debilidad muscular extrema.

Otro de los aspectos en los cuales debe de estar bien capacitado el odontólogo y el personal de apoyo es la transferencia de la silla de ruedas al sillón dental.

Antes de que pueda realizarse cualquier tipo de transferencia los que intentan hacerla, deben comprender las partes funcionales de una silla de ruedas, esto sirve para 3 propósitos: primero ayuda a asegurar que la transferencia se realice libre de estorbos de la construcción mecánica de la silla; segundo ayuda a establecer una armonía con el paciente que a menudo se siente agradablemente sorprendido de encontrar a alguien que conoce como funciona una silla de ruedas; finalmente, si el odontólogo está familiarizado con los tipos y las diversas partes de una silla de ruedas, facilitará la valoración de la capacidad del paciente y la selección del tipo de transferencia que va a usar.

2.- Cuando un paciente llega al consultorio en calidad de emergencia, generalmente es por que en ese momento los problemas

dentales que se presentan son de tipo agudo.

En este caso el odontólogo deberá introducir al niño al consultorio rápidamente buscando la manera de que sea lo menos aversible, mientras que el asistente deberá empezar a recabar la mayor información del responsable del niño, según los aspectos que mencionamos en el caso del paciente con cita previa, asimismo el odontólogo dará una explicación al paciente rápida pero con claridad acerca del servicio que le vamos a prestar, siempre ubicado a que le vamos a quitar la molestia, el tratamiento tendrá que ser lo menos traumático posible ya que debemos siempre recordar que esta es su primera cita.

Jamás el odontólogo deberá flexibilizar su carácter en la atención del paciente por exigencias o presión de parte de los responsables del niño ya que casi siempre los padres de los niños atípicos son sobre protectores y en casos de emergencia se muestran muy angustiados.

## B) MODIFICACION DE LA CONDUCTA

Uno de los problemas recurrentes a los que se enfrenta el odontólogo que trata niños atípicos es el obtener la cooperación del paciente mientras se dedica a realizar los diversos procedimientos dentales que serán de beneficio para el niño. El control de la conducta, incluyendo la eliminación de la angustia y del temor, es de gran importancia en la odontología pediátrica en general. El problema del control de la conducta aumenta considerablemente en el caso del niño con deficiencias mentales que

no comprende el significado de los procedimientos dentales cuya comprensión del lenguaje es limitada, por lo que, las explicaciones verbales que pudieran ser eficaces con los niños normales no producirán el efecto de control deseado de la conducta del niño con deficiencias mentales. En el caso de niños con trastornos -- emocionales, el problema puede agudizarse aún más por la ocurrencia de reacciones violentas y explosivas, o por el contrario un retraimiento casi total, negándose a cooperar.

En el pasado, el odontólogo, ante un niño retraído, angustiado, agresivo y poco cooperativo, ha tenido opciones, como la sedación o la anestesia general.

En años recientes, la ciencia y la metodología de la conducta han progresado considerablemente, por lo que ahora el odontólogo cuenta con diversos procedimientos nuevos para la modificación específica de la conducta, algunos de los cuales pueden ser empleados en el consultorio dental.

El medio dental es en muchas formas el ideal para la utilización de técnicas del control de la conducta. Todo el comportamiento deseado se escenifica en el espacio limitado del consultorio dental, y el objetivo, o sea la cooperación, es similar para todos los pacientes.

Para diseñar un programa eficaz, para la modificación de la conducta hay que tomar en cuenta ciertas circunstancias como a continuación se describen:

**IDENTIFICACION DEL COMPORTAMIENTO.**- En el medio dental, - el objetivo general del comportamiento puede ser igual para la - mayor parte de los niños, o sea, pedir al niño que entre voluntariamente y tranquilo al consultorio dental, que suba al sillón - de tratamiento y se siente calladamente y coopere durante el tratamiento.

**IDENTIFICACION DE LA CONDUCTA ESPECIFICA.**- Utilizando el - repertorio de conducta terminal deseada como guía, se evalúa la - conducta inicial del niño, para determinar las nuevas conductas - que deberán ser producidas, por ejemplo, un niño que suele ser - agradable y cooperativo puede negarse totalmente a subir al sillón dental este se convierte entonces en el objetivo inmediato - de conducta que ha de alcanzarse.

**IDENTIFICACION DE CONDUCTAS INICIALES, QUE DEBERAN SER DEBILITADAS O ELIMINADAS.**- Muchos niños que son un problema de - comportamiento y manejo, adoptan diversas actitudes indeseables. Aunque muchos de estos comportamientos, como gritar, puede ser - incompatibles con la adopción de buen comportamiento dental, -- otros, tales como una actitud negativa en general, pueden no serlo. La labor del dentista será identificar en términos operativos aquellas conductas de mayor frecuencia que deberá reducir -- antes de poder proceder al tratamiento dental.

**DETERMINACION DE LOS REFORZADORES EFICACES.**- Como el éxito de un programa de modificación de la conducta depende principalmente de la existencia de estímulos de refuerzo apropiados es indispensable identificar desde un principio aquellos reforzadores que controlarán el comportamiento del niño. Esto puede lograrse

con rapidez y eficacia mediante el procedimiento denominado ---  
muestreo de reforzadores. Al niño se le da la oportunidad de mi-  
rar, sostener, probar o escuchar una gran variedad de posibles -  
reforzadores que el odontólogo tenga en su consultorio. Los ob-  
jetivos en que el niño muestre gran interés servirán en la mayor  
parte de los casos como reforzadores.

Resumiendo, los pasos básicos para el control de la con --  
ducta en el medio dental son: A) Colocar al niño en una situa -  
ción totalmente relajada durante la primera sesión, haciendo -  
gran uso de reforzamiento social positivo. B) Explicarle al niño  
un sistema de recompensa. C) Proporcionar refuerzo social posi-  
tivo en cada sesión. D) Hacer halagos verbales inmediatamente y-  
con precisión después de exhibido el comportamiento deseado. E) O  
Otorgar puntos verbalmente cada vez que se observó la conducta--  
deseada. F) Asegurarle al niño que los puntos ganados le dan de  
recho a obtener un premio al final de la sesión. G) Otorgar un-  
premio, cada sesión deberá terminar siempre con alagos profusos  
por el buen comportamiento del paciente.

### C) PREMEDICACION.

El tratamiento de los pacientes incapacitados dentro del -  
consultorio depende en gran medida de la utilización de agentes-  
farmacológicos de fácil administración por vía bucal o intramus-  
cular para el tratamiento de los pacientes, aunque en la prácti-  
ca los resultados no han sido del todo aceptables.

Los motivos de estos, estriban en las desventajas relacio-

nadas con las vías de acción lenta. Los parámetros normales para la dosificación, basados en la edad, peso son de poca utilidad - para la farmacología del comportamiento, las variaciones individuales, las diferentes étnicas y culturales respecto a la reacción al dolor y al temor, la influencia del condicionamiento y la neuropatología, la diferencia en la tensión que provocan los diversos procedimientos y neuropatología, la diferencia en la tensión que provocan los diversos procedimientos dentales y el efecto - del ambiente sobre el paciente exigen la utilización de técnicas farmacológicas cuyos resultados pueden ser vigilados sistemáticamente durante su administración y cuya dosificación puede ser ajustada minuto a minuto.

La premedicación no debe ser utilizado sistemáticamente en casos de deficiencia mental grave y en niños de depresión causados por este método, pueden opacar aún más la poca comprensión - existente, tornado al paciente menos tratable.

SEDACION INTRAVENOSA.- Esta vía de administración es la más útil para superar diversos obstáculos en el tratamiento dental. El paso de la premedicación a la sedación por vía endovenosa es un paso importante, se trata de pasar de técnicas dignas - de poca confianza a un método seguro. La sedación por vía endovenosa proporciona un sueño ligero cuya potencia puede controlar - la mayor parte de los trastornos mentales y emocionales y sobreponerse a muchas incapacidades físicas. La inducción es suave, - el mantenimiento es tranquilo y la recuperación postoperatoria - rápida.

AGENTES.- La gran variedad de drogas existentes que pueden

ser utilizadas por vía endovenosa es casi ilimitada, dependiendo únicamente de los conocimientos del operador y de las necesidades del paciente. Se aconseja emplear agentes que posean amplios márgenes de seguridad.

**BARETURICOS.**- Estos agentes seguros para las primeras ocasiones en que el odontólogo utilice técnicas endovenosas. Proporcionan resultados adecuados aunque no ideales, incluyendo somnolencia, distracción y confusión en dosis normales.

Los **TRANQUILIZANTES** causan modificación del estado anímico hasta alcanzar un estado eufórico, pero debido a que no poseen propiedades analgésicas o sedantes, agentes para controlar a los pacientes. Talwin (fenacina) y valium (diazepam) han sido empleados en combinación como analgésicos ataráxicos. Valium, empleado solo, permite al paciente permanecer totalmente despierto, pero tranquilo y amnésico.

Fomenta la cooperación, pero no es suficientemente sedante para controlar a pacientes muy difíciles, faltos de comprensión o que sufren dolor. La amnesia retrógrada producida por esta droga permite su uso especialmente en pacientes jóvenes que tienden a conservar la impresión de su visita dental. La falta de trastornos postoperatorios y la poca sensibilidad de complicaciones hacen que este agente esté indicado para la introducción a las técnicas de sedación por vía endovenosa.

El uso de los **NARCOTICOS** se encuentra en un nivel más avanzado debido a la posibilidad de efectos colaterales graves.-

Los narcóticos proporcionan una base para la sedación y represión cortical y potencial las cualidades analgésicas de otras drogas. Elevan el umbral al dolor y permiten que el paciente sea más tratable y susceptible a la sugestión. Los narcóticos por vía endovenosa suelen usarse en combinación con otros agentes, por lo que la cantidad de narcóticos empleados puede ser reducida.



#### D) ANALGESIA CON OXIDO NITROSO, HOSPITALIZACION Y ANESTESIA GENERAL

El método de psicosedación empleado con mayor frecuencia en el consultorio dental es el óxido nitroso con oxígeno. Esta técnica es útil para calmar al paciente aprensivo y para superar estados de falta de cooperación voluntaria leves. Su aplicación es limitada, ya que no puede obtenerse relajación muscular en pacientes espásticos la respiración bucal es una contraindicación y ciertos problemas de conducta, podrán ser intensificados por la supresión ligera de las inhibiciones corticales. Muchos pacientes con deficiencias mentales son incapaces de obtener beneficios de la porción psicológica de su efecto y podrán confundir a algunas personas subnormales.

La utilización de sedación por inhalación deberá ser limitada a pacientes levemente aprensivos para procedimientos y manipulaciones de larga duración, en combinación con agentes por vía intramuscular o endovenosa como auxiliares.

La técnica de la administración comienza con la introducción verbal y la orientación psicológica, durante la cual el paciente se hace consciente de los conceptos y sensaciones de la sedación por inhalación. Se le dice que se colocará una pequeña máscara sobre la nariz y respirará un aire medicado que hará que se sienta tibio y que sienta "cosquilleo", no se dormirá y conservará el control de sus pensamientos y del lenguaje, pero no presentará la aprensión normal o la sensación de dolor. Una-

sensación de calma y tranquilidad invadirá sus pensamientos.

El flujo de oxígeno se comienza a 5 o 10 litros por minuto hasta que se haya llenado la bolsa de reserva y se haya ajustado firmemente el dispositivo nasal. Una vez que se haya establecido la respiración nasal, se comenzará el flujo de óxido nítrico y se aumentará poco a poco a la vez que se reducirá el flujo de oxígeno hasta que se obtenga una relación eficaz. El paciente se encuentra listo cuando las sugerencias de que se siente tibio, agradable y distante provocan una respuesta positiva, deberá mantenerse la comunicación verbal de tiempo en tiempo para asegurarse de que el paciente se encuentra perfectamente. La mezcla de gas deberá contener un mínimo de 20 por 100 de oxígeno durante todo el procedimiento. Para sesiones de larga duración el nivel de oxígeno nítrico deberá ser reducido gradualmente para evitar anoxia por difusión. Se le dará al paciente oxígeno puro, que respirará un mínimo de dos minutos al final del proceso de inhalación.

Una concentración mayor del 50% no está garantizada para producir hipoanalgesia o sedación consistente. Sin embargo, mientras al paciente se halle cómodo, consciente, y puede responder a las preguntas que se le formulen, aún que pesadamente, es correcta la consideración.

El óxido nítrico produce su máximo efecto en 3 a 5 minutos, apareciendo los primeros síntomas en menos de un minuto, siendo inerte, no se une químicamente a la estructura orgánica-

y es eliminado sin transformaciones por los pulmones, en menos de 5 minutos. No produce efectos en el organismo ni en los sistemas, mientras no se encuentre acompañado de hipoxia, las funciones del sistema cardiovascular y respiratorio se mantendrán en sus límites normales, bajo la influencia de este agente.

## HOSPITALIZACION Y ANESTESIA GENERAL.

La anestesia general es un auxiliar valioso para controlar al paciente impidiendo que no pueda ser tratado con las técnicas de acondicionamiento psicológico, sedación u otros procedimientos en el consultorio. Brinda también un ambiente más seguro para la mayoría de los enfermos impedidos médicamente.

Existe el uso de anestesia general en el consultorio dental, tanto para procedimientos quirúrgicos breves como tratamiento restaurador general, son pocos los odontólogos entrenados y que actúan en consultorios equipados de manera similar a un hospital, esto significa beneficio tanto para el profesional como para el paciente. No obstante, para la mayoría de los odontólogos, el ambiente hospitalario ofrece más ventajas, especialmente para la seguridad del paciente. Algunas de las desventajas principales de la hospitalización están siendo eliminadas en el hospital moderno. Estas incluyen la internación con alguno de los padres y la preparación psicológica para la existencia, lo que reduce el trauma psíquico, además más hospitales están brindando anestesia general para el paciente ambulatorio o con un día de internación, lo que reduce el costo de la atención y elimina también la separación del paciente de sus padres.


La mayoría de los pacientes impedidos son bastante adaptables a la rutina del tratamiento dental en el consultorio privado. El uso de depresores del sistema nervioso central utilizados en las técnicas de sedación como narcóticos, barbitáricos,

tranquilizantes y analgesia por inhalación de óxido nitroso/oxígeno, han reducido la cantidad de pacientes que requieren anestesia general. A menudo la conducta de los pacientes impedidos mejorará mucho con una serie de visitas de preparación, sobre todo si se comienza lentamente, con instrucciones de odontología preventiva y una limpieza dental.

Las indicaciones más comunes para la hospitalización con anestesia general:

- 1.- En niño muy pequeño con destrucción masiva por caries por síndrome de biberón.
- 2.- El paciente que requiere tratamiento odontológico extenso, incapaz de colaborar en el consultorio mediante sedación aunque no estén limitados o impedimentos físicos, deficientes mentales e inestables emocionales o psicológicos.
- 3.- El paciente con diagnóstico médico que requiera una calidad de atención médica que no puede considerarse como ambulatorio, por ejemplo enfermedad cardiaca enfermedad renal, discrecias sanguíneas y alergias.
- 4.- El paciente con traumatismos extensos en los dientes y estructuras de soporte como fracturas dentarias múltiples y/o maxilares.
- 5.- El paciente que requiere tratamiento odontológico ex-

tenso y vive muy lejos de los centros que se lo pueden brindar.

La preparación psicológica del paciente ha probado ser be neficiosa para prevenir el trauma psíquico que puede ser muy - profundo y prolongado. Esta preparación es beneficiosa también- para el odontólogo y los padres o encargados. 

La sala de operaciones debe tener esencialmente el mismo- equipo y distribución que el consultorio odontológico. El equi- po típico en el quirófano está integrado por el odontólogo, una o dos asistentes , una enfermera ambulante y el anestesista.

El odontólogo debe jugar un papel activo en el tratamien- to del paciente y en la ayuda al personal del hospital.

**PRINCIPIOS DE ANESTESIA GENERAL.** Existen muchas teorías - sobre anestesia, para ninguna pueda más que teorizar respecto a por qué un paciente se duerme cuando se le administra un anesté sico.

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

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

La anestesia comienza con la premedicación para aminorar la excitabilidad reflejada por depresión del sistema nervioso central. Los barbitúricos, narcóticos y tranquilizantes, son las drogas que se usan comúnmente.

Después se realiza la inducción, que puede ser suplementada con otras drogas complementarias para lograr un curso suave, como la succinilconina o el curare.

Siguiendo la inducción se efectúa la entubación endotraqueal. Es habitual que el odontólogo pida intubación nasal y no bucal, para aumentar el campo operatorio.

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

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

Cuando el paciente está suficientemente alerta y respirando espontáneamente, se retira el tubo y se le pasa a una camilla de recuperación, donde se controlan los signos vitales, hasta que se haya producido la estabilidad y sensibilidad. Luego -

el paciente es devuelto a su habitación para observación hasta la recuperación total.

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



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

Gracias a los grandes avances por los que ha incursionado la odontopediatría, cada día se aumentan más y más las oportunidades de ser mejor atendidos los pacientes que presentan algún tipo de impedimento.

Resulta difícil controlar la ansiedad que se presenta cuando uno se enfrenta con las limitaciones que presenta una persona impedida, debe uno tratar de comunicarse con una persona ciega; - puede requerirse el trato con una persona cuya conducta, aspecto y control son difíciles de comprender. Puede ser significativo-- al tratar a alguien incapaz de controlar sus movimientos musculares, no importa lo mucho que la persona se esfuerce.

Sin embargo, el tratar a una persona inválida también comprende otros aspectos; como es observar a un paciente con parálisis cerebral esforzándose por dominar los movimientos musculares, incontrolables, que hacen que una simple tarea como la cepillarse los dientes sea extremadamente difícil; o escuchar que un paciente el cual presenta un daño cerebral y del cual suponemos-- nunca vamos a escuchar palabras de él e inesperadamente pronuncia una palabra durante el tratamiento. Esto es experimentar la gratitud del paciente por haber encontrado a un cirujano dentista que los atienda.

La decisión de tomar la responsabilidad dental de un paciente impedido no es fácil, pero sin embargo, cuando se toma -

ésta y se ha tratado a varios pacientes, va uno madurando, asimismo las dudas y temores tienden a desaparecer, es una sensación de orgullo y logro además de un sentimiento de satisfacción profunda como el que se experimenta en las situaciones de reto y que uno supera satisfactoriamente.

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

- 1.- Harrison. Medicina Interna.- La prensa mexicana. Cali, Colombia 1973, 4a. edición. Tomo 1
- 2.- Nowak, Arthur J. Odontología Para el Paciente Impedido. Ed. Mundi Buenos Aires, Argentina, 1979. 1a. Edición.
- 3.- Chohayeb, Dimmel H. Aconcept For Care of the Special Patient. Ny State Dent. 1981.
- 4.- Rippon R. Dentistry For the Handicapped in Longstan Hospitals. Dent Up Date 1980.
- 5.- Rogers P. National Conference On Dental Care For Handicapped Americana. Dent Educ. 1950.
- 6.- Robbins Angel. Patología Básica. Ed. Interamericana, México 1973 2a. Edición.
- 7.- Fishleder R.G. Odontología Pediátrica en Ciegos y Débiles - Visuales. Práctica Odontológica. Vol. 5 # 10 1984.
- 8.- Brunavold M., DDS The Measured Effect Of Phenytoin Withdrawal On Gingival Hyperplasia In Children. Journal of - Dentistry for Children. Nov. Dec. 1985.

- 9.- Theorell K. Oral Health In Non- Institutionalized Epileptic Children, With Special Reference to Phenytoin - Medication  
Journal of Dentistry for Children Community Dent Oral Epidemiol. 1986 Jun. 14 (3): 165 - 12:413-419. Publication June 25.
- 10.- Smith & Turnbull. The Effects Of Phenytoin and Sodium Val - proate on the Periodontal Health of Epileptic - Patients. Journal of Clinical Periodontology. - 1985. 12: 413-419. Publication June 25.
- 11.- Weyman J. Odontología para Niños Impedidos. Ed. Mundi. - Buenos Aires, Argentina. 1976. 1a. Edición.
- 12.- Barber T.K. & Luke L.S. Odontología Pediátrica. Ed. Manual Moderno. 1985.
- 13.- López Faudoa S.G.E. de. Síndrome de Down. Ed. J. Langdon Down. México, D.F. 1980.
- 14.- Kenneth D. Sawyer. Manual de Odontopediatría Clínica. Edit. Labor, Mex. D.F. 1980
- 15.- Leyt, Samuel. Odontología Pediátrica. Ed. Mundi. Buenos - Aires Argentina 1980.