

50
T.O.
506
532

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROTOCOLO DEL MANEJO DE PACIENTES
ESPECIALES Y DISCAPACITADOS

SANTAFÉ DE BOGOTÁ
MAYO DE 1996

0537

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PROTOCOLO DEL MANEJO DE PACIENTES
ESPECIALES Y DISCAPACITADOS

INTEGRANTES:

LUZ ANYELA AGUIRRE 911281

MILTON MEJIA CAMACHO 911329

AURA ENITH MARTINEZ H. 912201

*OLGA PATRICIA MOTTA G. 912211

JADDY ELIANA MOJICA W. 912237

GRUPO: 21

PRESENTADO A:

Dr. Freddy Osorio.

SANTAFE DE BOGOTA

MAYO DE 1996

*Dedicado a nuestros padres que en
el lugar donde se encuentren, nos han
apoyado impulsandonos con su inmenso
amor*

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

1. OBJETIVO GENERAL

1.1. Objetivos especificos

2. JUSTIFICACION

3. METODOLOGIA

4. ANTECEDENTES

4.1. Pacientes especiales

4.1.1 ceguera

4.1.2 sordera

4.2. Pacientes discapacitados

4.2.1 Retardo mental

4.2.2 Síndrome de Down o trisomía 21

4.2.3 Autismo

4.2.4 Parálisis cerebral

4.2.5 Epilepsia

5. MARCO TEORICO

I. Manual del manejo de pacientes discapacitados y especiales

5.1. Pacientes discapacitados

a. Definición

b. Clasificación

5.2. Características generales en su comportamiento

- a. Paciente discapacitado leve-moderado
- b. Paciente discapacitado severo

5.3. Protocolo para manejo de pacientes discapacitados

II. Pacientes Especiales

5.4. Sordera

- a. Definición

5.5. Protocolo para el manejo del paciente con sordera

5.6. Ceguera

- a. Definición

5.7. Protocolo para el manejo del paciente con ceguera.

6. AGRADECIMIENTOS

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

INTRODUCCION

El cerebro no es solo una bomba para producir pensamientos, sirve también para el almacenamiento de la información, el procesamiento y la comunicación, actuando como un todo y no en celdillas separadas.

A medida que se produce la evolución y la escala de especies se perfecciona, se va complicando.

Hay personas con un coeficiente intelectual más alto que otras, por diversas razones. Intervienen circunstancias de índole genética que operan a nivel individual, y aún en grupos étnicos.

Una de las razones de algunas alteraciones es netamente orgánica, se relaciona con el orden estructural del cerebro, con influencias exógenas que pueden producir cambios e inclusive lesiones que hacen variar el funcionamiento.

Otro es a nivel cultural y el medio ambiente que rodea a la persona y desempeña papel importante la estimulación adecuada temprana del niño y el impulso de actividades como la captación de la música, la vocalización, desarrollo del lenguaje.

También influye la nutrición. Si no hay buena alimentación (aún antes de nacer) está sometido a fallas nutricionales, a ataques tóxicos y a otros factores contaminantes, es probable que esa persona nunca llegue a desarrollarse tan integralmente como otro que sí gozó de ese privilegio.

Las incógnitas en torno al tema son básicas en ocasiones, por que han despertado la curiosidad de investigadores, científicos; algunas sin respuesta hoy en día. Por esto decidimos realizar un manual de manejo de paciente discapacitados y especiales que esperamos sea muy útil.

OBJETIVO GENERAL

Crear un manual práctico para los profesionales en odontología, haciendo hincapié en que los pacientes discapacitados y especiales atraviesan una serie de etapas físicas y mentales en su desarrollo con reacciones y patrones de conducta que los distinguen claramente de los demás, ya sea en sus limitaciones físicas y/o mentales, pero sin apartarse de que son personas y como tal debe atenderseles, respetarlos, sin ningún temor, ni reserva, en el ejercicio diario profesional.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Abordar las principales y más significativas situaciones en los pacientes discapacitados y especiales que el odontólogo afronta en su ejercicio profesional.
- Facilitar la familiarización del profesional con las necesidades particulares del paciente especial o discapacitado.
- Hacer énfasis en el protocolo de manejo de pacientes discapacitados o especiales en odontología preventiva y de rehabilitación.
- Dar a conocer las pautas generales de la personalidad de pacientes discapacitados y especiales, para lograr entender mejor su manejo.
- Diferenciar el manejo odontológico de un paciente "Normal" a un paciente discapacitado y especial.

JUSTIFICACION

Casi todo profesional de la Salud Oral, se siente imposibilitado en atender pacientes discapacitados y especiales, a quienes maneja igual a un paciente "normal" o se niega a atenderlo por ignorancia en el tema. El fin de este trabajo es dar bases y guías en el manejo, atención de estos pacientes, quienes por lo general han sido bastante rechazados, menospreciados por la sociedad, y merecen ser atendidos como cualquier otro paciente, guardando las diferencias que se tratará de explicar en el trabajo.

METODOLOGIA

-Tipo de investigación: directa e indirecta

-Muestra: 12 personas

-Recursos:

-Nos guiaremos por los antecedentes, e investigaciones previas realizadas sobre el tema.

-Se harán visitas a diferentes centros de niños especiales y discapacitados tales como:

Instituto Colombiano de la Audición y el Lenguaje (ICAL). Cra 9 No. 122-22

Instituto Nacional de Sordos (INSOR) Cra. 47 No. 65A-28

Instituto Nacional para Ciegos (INCI) Cra. 13 No. 34-91

Colegio Johnatan Swift Cl. 106 A No. 43-12

Hogares Luz y Vida Cl. 8 No. 5-41

Centro Rehabilitación del Adulto Ciego (CRAC).

Triangulo Mágico

-Se han recibido asesorías de varias personas relacionadas con el tema.

Gloria Gamba de Hinestroza Terapista de personas invidentes y niños discapacitados.

Dra. Martha Marquez Terapista de adaptación a niños con parálisis cerebral

Dra. Eleonora Jiménez. División de Rehabilitación del INCI

Amparo Ramirez. Rectora Académica de la Fundación Juan Antonio Pardo Ospina.

Hermana Valeriana García. Hogares Luz y Vida.

Luis Cholden. Psiquiatra que trabaja con pacientes invidentes.

-Recopilación y análisis de los datos obtenidos

-Desarrollar con la investigación e información obtenida un manual para el manejo de pacientes discapacitados y especiales.

-Materiales: Diapositivas, acetatos, fotografías.

PACIENTES ESPECIALES Y DISCAPACITADOS

CEGUERA

Afecta actualmente a 15.000.000 personas. Su etiología aún no está definida, aunque puede deberse a factores pre, peri, y posnatales como: atrofia óptica, microftalmia, cataratas, sífilis, rubéola, meningitis, traumatismos, hipertensión, afecciones hemorrágicas, leucemia, diabetes mellitus, glaucoma entre otros.

Las personas con ceguera suelen ser personas sobreprotegidas, generando un retardo general del desarrollo y a menudo mal interpretado por un retardo mental. Es preciso distinguir entre personas que alguna vez vieron y aquellos que nunca vieron y que por tanto no forman conceptos visuales. Los de la segunda categoría necesitan más explicaciones para percibir su medio ambiente, requiriendo también de mayores demostraciones de afecto y amor.

El individuo que posea una gran madurez e independencia probablemente afronta con mayor equilibrio su limitación:

1. Necesidad y dificultades en el desarrollo de aceptación psíquica de la incapacidad.
2. Se le debe dar la ayuda humana que se le proporciona a otra persona.
3. Procesos internos que caractericen el desarrollo personal. Es la gran variable para una relación interpersonal del ciego puesto que la base de cualquier relación terapéutica es un trato comprensivo y sensible. Se debe dejar que la persona invidente exprese libremente sus sentimientos.

SORDERA

Discapacidad que a menudo pasa inadvertida. Con frecuencia el habla también está afectada. Si la afección es tan severa que impide la comunicación, con ellos se debe comunicar por medio de la vista, el tacto, gusto, a fin de familiarizar y adaptar el niño al tratamiento odontológico.

La pérdida auditiva se puede clasificar en:

Insignificante (Escasa o mala comprensión del lenguaje).

Leve (Dificultad con la voz pero el desarrollo del lenguaje es normal):

Leve a moderada, marcada, severa, extrema; cada clase supone más complejidad del sistema del habla e incremento del problema psicológico.

Hay factores pre, peri y postnatales relacionados con la presencia de esta patología (Infecciones víricas, drogas ototóxicas, sífilis, herencia, anoxia, lesiones, etc.).

PACIENTE DISCAPACITADO

Estado mental, físico o social que le impide alcanzar todo su potencial en comparación con otra persona de su misma edad. Se trata de un paciente limitado total o parcialmente, temporal o permanente.

RETARDO MENTAL

Persona cuya capacidad y desarrollo intelectual es más bajo que el de una persona considerada normal. Se manifiesta durante el período de desarrollo.

Clasificación:

Leve (educable). Moderada (Entrenable) Grave (No entrenable).

Etiología:

Genético. Inespecífico. Es una incógnita de la ciencia que no ha sabido explicar.

Adquiridas. Medio Ambiente, nutrición, falta de afecto, trauma.

Componentes orales:

Boca abierta, alta salivación, paladar alto, maxilar hipoplásico, lengua bífida.

SINDROME DE DOWN O TRISOMIA 21

Es un trastorno autosómico, es muy raro que se presente. Hay 47 cromosomas. Se produce porque no hay disyunción mitótica completa, influencias ambientales. Son muy susceptibles los niños de madres de edad aumentada (40-45 años).

Manifestaciones clínicas:

Retraso mental, perfil facial plano, defectos cardíacos, principalmente a nivel de la válvula tricúspide y mitral, hipotónico muscular (Lo que causa movimientos incoordinados), pliegue palmar horizontal, implantación de las orejas y del pelo bajas, predisposición a leucemia aguda, ojos rasgados, cuello corto, cabeza braquicefalia, gordos, nariz en puente, corta estatura.

Componentes orales:

Macroglosia, lengua fisurada, mordida cruzada anterior, maxilar superior pequeño, hipotónico en músculos labiales.

AUTISMO

Es una alteración del desarrollo emocional y mental que causa problemas de aprendizaje y de comunicación, presenta un coeficiente intelectual bajo.

PARALISIS CEREBRAL

Etiologías perinatales: Traumas, problemas vasculares, enfermedad hemolítica del recién nacido, infecciones virósicas de la madre (Rubéola).

Etiologías Postnatales: Tóxicas, vasculares, neoplasias, infecciones, desnutrición, traumas.

Etiologías prenatales: Nutrición, infecciones, radiaciones, tóxicas, prematuridad.

Características de acuerdo a la zona afectada en el cerebro:

-Centros piramidales: Pacientes espáticos:

Impedimento en movimientos voluntarios, pacientes clase II, división dos, mordida cruzada anterior, babeo intenso, hipertónica en lengua, no tiene control en músculos de la lengua.

-Centros extrapiramidales a nivel del ganglio basal: Pacientes atetoides.:

Movimientos involuntarios, maloclusiones, clase II división tres, bruxismo severo, hipotónicos.

-Cerebelo: Pacientes atáxicos.

Alteración en el equilibrio, son incoordinados, movimientos involuntarios, dientes anteriores fracturados (por caídas), huesos fracturados, deficiencias sensoriales.

EPILEPSIA

Es un paciente que no presenta ningún retraso mental, pero se corre riesgos al atenderlo, lo tomamos en cuenta debido a que se ve alterado el sistema nervioso, especialmente las neuronas.

Un desorden de la actividad eléctrica cerebral que puede originar numerosos cuadros clínicos con distintos signos o síntomas, muchas veces inadvertida.

Es una manifestación eléctrica de uno o varios grupos de células cerebrales (neuronas) que, por razones no bien definidas aún, escapan al autocontrol del sistema y responden violentamente, con descargas a estímulos generales fuera o dentro del mismo sistema.

No es hereditaria, se tiene predisposición a presentarla.

Etiología:

Traumatismos, tumores, trastornos metabólicos, alcoholismo, drogadicción, o fenómenos tan transitorios como la insolación y la deshidratación.

MANUAL DEL MANEJO DE PACIENTES DISCAPACITADOS Y ESPECIALES

I. PACIENTE DISCAPACITADO

Definición:

Persona con estado mental, físico o social, que le impide alcanzar todo su potencial en comparación con otra persona de su misma edad se trata de un paciente limitado total o parcialmente.

Clasificación:

1. Retardo mental:

Definición:

Persona cuya capacidad y desarrollo intelectual es significativamente más bajo, que el de una persona considerada normal.

Características Orales:

- Boca abierta
- Sialorrea
- Paladar alto
- Maxilar hipoplásico
- Lengua bífida.

2. Síndrome de Down:

Definición:

Trastorno autosómico donde se presentan 47 cromosomas, se produce porque no hay disyunción mitótica completa o por influencia ambiental.

Características orales:

- Macroglosia
- Lengua fisurada

- Mordida cruzada anterior.
- Macronagtia
- Hipotonía en músculos labiales

3. Parálisis cerebral:

Definición:

No es enfermedad específica sino una colección de trastornos invalidantes causada por lesión y daños permanentes en el cerebro.

Características Orales:

- Impedimento en movimientos voluntarios
- Pacientes con clasificación de Angle Clase III división dos o tres.
- Mordida cruzada anterior.
- Babeo intenso.
- Lengua hipertónica
- Bruxismo severo
- Dientes anteriores fracturados.

4. Epilepsia

Definición:

Desorden de la actividad eléctrica cerebral, cuya característica principal son sus estados convulsivos.

Características orales:

Es un paciente normal en casi todos sus aspectos.

5. Autismo:

Definición:

Es una alteración del desarrollo emocional y mental que causa problemas de aprendizaje y de comunicación. Presenta un coeficiente intelectual menor.

Características orales:

Sin ninguna alteración generalmente.

CARACTERISTICAS GENERALES EN SU COMPORTEAMIENTO

I. Paciente discapacitado leve-moderado:

- Alegres
- Carifiosos
- Amistosos
- De buen carácter
- Cooperador
- Deficiencia neurosensorial
- Trastorno psicomotor
- Trastorno de conciencia
- Emocionalmente variable
- Imitadores
- Necesitan tiempo para habituarse a situaciones nuevas
- Sensibles
- Poseen bastante fuerza
- Curiosos.

II. Paciente discapacitado severo:

- Agresivos
- Voluntariosos
- Altaneros
- Aislados
- Poco sensibles

- Nerviosos
- Poco colaboradores
- Incontrolables.

PROTOCOLO PARA MANEJO DE PACIENTES DISCAPACITADOS

1. Historia clínica completa. (Interconsultas constantes con el medico y el sicólogo si lo tiene).
2. Desensibilizar (acostumbrarlo al consultorio con un ambiente relajado y limitar la atención a un solo profesional).
3. Realizar citas cortas (15 minutos).
4. Usar frases sencillas, cortas, simples, repetitivas, carifiosas y mantener la voz firme (ya que son sensibles a recriminaciones y alabanzas).
5. Ser didácticos, explicar todo el tratamiento que se va a realizar, empleando DMH (decir, mostrar, hacer)
6. Ignorar pataletas
7. Contar con la colaboración de los padres y/o adultos con mayor autoridad sobre ellas.
8. a) Emplear líquidos reveladores de placa bacteriana
b) Emplear enjuagues
c) Usar aditamentos en cepillos dentales para facilitar la higiene.
d) Controlar la dieta y nutrición
e) Emplear fluoruros sistemicos y tópicos si es necesario.
9. Aumentar gradualmente la complejidad del tratamiento (profilaxis- cirugía)
10. Hacer énfasis en la prevención y educación
11. Realizar controles periódicos.

Nota 1.

Para pacientes discapacitados severos podemos utilizar

1. Contención física del cuerpo con tablero de Paposse o sábana triangular
 - b. Extremidades: Tiras de posey, toallas y cintas.
 - c. Cabeza: cefalostato. bol plástico.
2. En casos sumamente extremos se emplea la sedación o la anestesia general.

Nota 2:

Para el paciente epiléptico debemos tener en cuenta:

1. Se debe dejar convulsionar, no es conveniente frenarlo apretandolo, o presionandolo.
2. Nunca en ninguna circunstancia, ni por ninguna razón se le debe administrar alimentos, ni líquidos ni sólidos, ya que cualquier elemento deglutorio podría matarlo. Si tiene algún elemento en la boca procurar sacarlo.
3. Si parece vomitar debe colocarse de lado con la cabeza más abajo del tronco.
4. En el momento en que convulsione se puede meter un objeto blando tal como un pañuelo colocandolo entre los dientes introduciendolo por la parte lateral de la boca, siempre y cuando el paciente no halla ajustado las mandíbulas, para que no se muerda la lengua y no para que no se la trague ya que anatómicamente es imposible.

II. PACIENTES ESPECIALES

SORDERA

Definición:

Discapacidad que con frecuencia tiene el habla afectada, si la afección es severa impide la comunicación.

PROTOCOLO PARA MANEJO DE PACIENTES CON SORDERA

1. Historia medica completa
2. Dar seguridad al paciente por contacto físico (Dar la mano, poner la mano sobre su hombro, etc.)
3. Evitar el bloqueo del campo visual
4. Si el paciente emplea audífono, ajustarlo previamente al uso de la pieza de mano, ya que este amplifica los sonidos.
5. Aprender las señales básicas (aparecen en los anexos del manual), sobre todo la de su nombre.
6. No se debe gesticular en exceso.
7. Hablar de cerca, y de frente.
8. Realizar restauraciones preventivas
9. tener cuidado con la dieta y nutrición
10. Hacer énfasis en cuidados de higiene oral en el hogar.
11. Supervisión profesional periódica.

CEGUERA

Todos los aspectos del niño ciego merecen consideración. Es preciso distinguir entre los que alguna vez vieron y aquellos que nunca vieron, porque necesitan más explicaciones para percibir el ambiente odontológico.

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON CEGUERA

1. Hacer explicaciones recurriendo al tacto, oídos, olfato y gusto. Hacer una descripción de la distribución del consultorio.
2. No tomar para guiarlo, ni mover al paciente sin avisarle de antemano.
3. Presentarle las personas que van a participar en el tratamiento.

4. Permitir al paciente que pregunte lo necesario.
5. Informe los procedimientos a realizar, hable constantemente.
6. Si el paciente usa lentes permitir que los use para que se sienta seguro.
7. Usar cassettes o folletos en sistema braille para enseñar las técnicas de higiene oral.
8. Limitar la atención del paciente a un solo profesional.
9. Preparar al paciente para los ruidos especialmente el de la pieza de mano.
10. Tratar de mantener un ambiente relajado.

AGRADECIMIENTOS

Al doctor Freddy Osorio, por que más que nuestro docente ha sido un amigo, y un verdadero guía en bastante parte del camino que hemos recorrido.

A Martha Márquez, por la dirección y colaboración que nos prestó, haciendonos sentir la importancia de atender y dar cariño a todas las personas, en especial de las que tratamos en este manual.

A las personas que miramos, con quienes compartimos, y en especial a sus padres o acudientes, ya que logramos aprender variadas cosas y así plasmarlas a través del manual. Descubriendo lo maravillosa que es la vida dandole gracias a el "Todopoderoso" por todo lo que nos ha brindado y en muchas ocasiones no hemos sabido aprovechar.

A Gloria Gamba quien entre otras cosas que nos hizo asimilar, nos enseñó una frase de Auntie Mame: " La vida es un banquete y la mayoría de los malditos tontos se mueren de hambre" palabras que nos hicieron recapacitar en muchas de las actitudes que tomabamos en la vida, exaltando todas la cualidades que tienen estas personas, y la importancia de saberlos manejar.

Gracias a todas las personas que de una u otra manera colaboraron para que concluyéramos este trabajo, el cual fue bastante gratificante realizarlo, ya que nos motivaron constantemente y creyeron en nosotros.

BIBLIOGRAFIA

Centro Rehabilitación del adulto ciego (CRAC)

CLINICAS Odontologicas de Norteamérica. El Paciente con Mayores Riesgos Médicos. Ed. Interamericana. 1983.

CHOLDEN Luis. Psiquiatra que trabaja a cerca de la ceguera.

COLEGIO Johnatan Swift.

HOGARES Luz y Vida.

INSTITUTO Nacional para Ciegos (INCI)

FUNDACION Juan Antonio Pardo Ospina.

GUIA de la Salud de El Tiempo. Fascículo No. 2 y 3.

SALVAT; El libro guía de la Salud. 1992.

STANLEY L, Robbins. Patología Estructural y Funcional. Ed. Interamericana. 1984