

046

T.O.
421

T0468

MANEJO DE NIÑOS ESPECIALES
"SINDROME DE DOWN Y RETRASO MENTAL"
EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO

LILIANA MARIA ^{LC}ARBELAEZ JIMENEZ

ANGELA GONZALEZ ROMERO

LUISA FERNANDA SASTOQUE GAITAN

ANDREA HURTADO ARISTIZABAL

DIANA MARIA HURTADO ESPITIA

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

SANTAFE DE BOGOTA, D. C.

1995

MANEJO DE NIÑOS ESPECIALES
"SINDROME DE DOWN Y RETRASO MENTAL"
EN EL CONSULTORIO ODONTOLOGICO

LILIANA MARIA ARBELAEZ J. CODIGO 891004
ANGELA MARIA GONZALEZ. CODIGO 891011
LUISA FERNANDA SASTOQUE G. CODIGO 891023
ANDREA HURTADO A. CODIGO 891064
DIANA MARIA HURTADO E. CODIGO 891081

Monografía para optar al título de odontologas

Director

DOCTOR RAFAEL PARRADO

Odontólogo

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

SANTAFE DE BOGOTA, D. C.

1995

INTRODUCCION

El presente trabajo se propone la identificación más completa de problemas y de métodos en los diversos aspectos en el desarrollo del tratamiento terapéutico en niños con alteraciones mentales y motrices.

Este trabajo nace ante la inquietud de no encontrar un instrumento de planes y programas para aclarar las distintas etapas y aspectos en este tipo de pacientes; careciendo así de una guía de entrenamiento y capacitación aplicado a cada caso.

Pretendemos aclarar las diferentes etapas y aspectos en el tratamiento terapéutico, con un enfoque que lo hace aplicable a los problemas que plantea. Un paciente con limitaciones a nivel de la adaptación y postratamiento odontológico; para ellos indica los diferentes grados de limitaciones, comportamientos y características físicas para luego poder diseñar una guía como instrumento de

trabajo directo, con el cual se podrá determinar el tratamiento adecuado asegurándonos que pueda usarse con flexibilidad y sentido práctico. Tanto para orientar a los profesionales de la salud oral que es su finalidad principal como para ser más fácil su análisis y evaluación en el estudiante de odontología. Una guía de esta naturaleza tiene evidentes limitaciones; en primer lugar falta de recursos teóricos en la realización del trabajo. En segundo lugar falta de recursos humanos ya que necesita la ayuda del profesional calificado y especializado, con una amplitud casi indefinida en la variedad de tratamientos posibles. En tercer lugar diversidad de tema y aumento de costo. A este propósito se ha tenido que ajustar la definición de algunos conceptos puramente prácticos para asegurar el propósito requerido.

Buscamos con este trabajo consientizar al gremio odontológico de la necesidad de crear otros campos de acción ya que existen determinadas poblaciones que necesitan adecuada atención e investigación ante la necesidad de un tratamiento terapéutico diferente.

AGRADECIMIENTO

A todos aquellos personas que de una u otra manera hicieron posible la realización de éste trabajo:

DOCTOR RAFAEL PARRADO. Odontólogo Universidad Nacional encargado del Departamento de Odontología especial del Hospital La Victoria.

DOCTOR CAMILO RIVERO. Odontólogo Escuela Colombiana de Medicina.

Jefe de Odontología del Hogar para el Niño Especial.

A nuestros padres y docentes por brindarnos su apoyo y oportunidad de formar un criterio y unas bases para el desarrollo de esta monografía.

DEDICATORIA

A nuestros padres quienes con su esfuerzo estuvieron siempre presentes estimulándonos para ser cada día mejores en las metas propuestas.

AUTORIDADES ACADEMICAS

A todo el cuerpo docente de la facultad de Odontología del
C.O.C., en especial a:

Dr. Jorge Arango Tamayo

Dr. Jorge Arango Mejía

Dr. Javier Barragan

Dra. Esperanza Sandoval

Dr. Freddy Osorio

Dr. Carlos Castro.

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVOS	10
1.1 GENERALES	10
1.2 ESPECIFICOS	10
1.2.1 Primarios	10
1.2.2 Secundarios	11
2. JUSTIFICACION	12
3. RETRASO MENTAL	13
3.1 NIVELES DE RETRASO MENTAL Y HECHOS ASOCIADOS	14
3.1.1 Límite	14
3.1.2 Leve	14
3.1.3 Moderado	14
3.1.4 Severa	15
3.1.5 Profundo	15
3.1.6 Físicos	15
3.1.6.1 Pelo	15
3.1.6.2 Ojos	15
3.1.6.3 Nariz	15

3.1.6.4	Cara	16
3.1.6.5	Boca	16
3.1.6.6	Dientes	16
3.1.6.7	Cuello	16
3.1.6.8	Extremidades	16
3.1.6.9	Manos	16
3.1.6.10	Pie	16
3.1.6.11	Abdomen	16
3.1.6.12	Genitales	16
3.1.6.13	Tórax	17
3.1.6.14	Piel	17
3.2	CARACTERISTICAS ORALES	17
3.2.1	Periodontal	17
3.2.2	Maloclusiones	17
3.2.3	Bruxismo	17
3.2.4	Caries	17
3.2.5	Hábitos	18
3.2.6	ATM	18
3.2.7	Trama	18
4.	SINDROME DE DOWN	19
4.1	CARACTERISTICAS ORALES	20
5.	PROTOCOLO PARA MANEJOS DE NIÑOS ESPECIALES	21
5.1	HISTORIA CLINICA	21
5.1.1	Capacidad de comunicación	21
5.1.2	Colaboración	21

5.1.3 Estado físico	21
5.1.4 Dependencia	21
5.1.4.1 Normales	22
5.1.4.2 Anestésico-resistentes	22
5.1.4.1.3 Anestésico-sensibles	22
5.1.5 Exámenes complementarios	22
5.1.6 Interconsulta	23
6. FARMACO-TERAPIA	24
6.1 PROPOSITOS BASICOS DE LA PREMEDICACION	24
6.2 ELECCION DE DROGAS	24
6.2.1 Barbitúricos	24
6.2.2 Drogas sedativas e hipnóticas	25
6.2.3 Antihistamínicos	25
6.2.4 Drogas sicotróficas	25
6.2.5 Analgésicos	25
6.2.5.1 Potentes	25
6.2.5.2 Suaves	25
7. RECOMENDACIONES A LOS PADRES	26
8. TRATAMIENTO A SEGUIR	27
8.1 INTIMIDAD	27
8.2 AUTONOMIA	27
8.3 ADAPTACION	28
8.3.1 Es esencial ofrecer un programa de estimulación multisensorial, como son:	28
8.3.2 Parte práctica	29

8.4 TRATAMIENTO TERAPEUTICO	29
8.4.1 Posición para evitar un estímulo de los reflejos primitivos	29
8.4.2 Preparación del paciente y odontólogo para el cuidado dental	30
8.4.3 Radiología	31
8.4.4 Durabilidad de los materiales	31
8.4.5 Premedicación	31
8.4.6 Preventiva	31
9. CONCLUSIONES	33
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	34
GLOSARIO	36
ANEXOS	38

1. OBJETIVOS

1.1 GENERALES

Poder establecer métodos de ayuda al Odontólogo en su práctica privada en la determinación y tratamiento Odontológico de niños especiales evitando o minimizando los sufrimiento durante la consulta odontológica.

1.2 ESPECIFICOS

1.2.1 Primarios:

- * Recopilar información sobre pacientes especiales. (S. Down)
- * Realizar un protocolo para el manejo de niños especiales. (S. Down)
- * Capacitación y entrenamiento de padres y auxiliares en

el manejo de pacientes especiales. (S. Down)

1.2.2 Secundarios:

- * Concientizar al profesional de la necesidad de modificar la práctica odontológica en pacientes especiales.

- * Dejar pautas para seguir adelante con este protocolo



2. JUSTIFICACION

Vemos como la gran mayoría de Odontólogos tiene limitantes para tratar niños especiales; queremos dejar la inquietud de nuestro compromiso, como profesionales de la Salud Oral, ante el manejo de éste tipo de pacientes, ya que contrario a lo que se cree es un grupo considerable en la comunidad.

La falta de conocimiento, entrenamiento, recursos e intereses por parte del gremio Odontológico hace que debido al comportamiento anormal y falta de colaboración del paciente especial y su familia; el tratamiento terapéutico se haga más complejo y esto trae como consecuencia que el Odontólogo general presente aversión ante este tipo de pacientes.

3. RETRASO MENTAL

Desarrollo insuficiente de inteligencia que alcanza un grado inferior al que corresponde por la edad cronológica. Sus manifestaciones más obvias se ven en el desarrollo motor, intelectual y del lenguaje.

Algunos son normales físicamente, son miembros autosuficientes de la sociedad, y sus problemas es difícilmente discernible. Otros son físicamente anormales y optan por tener un comportamiento inferior al que corresponde por su edad. Muchos están lesionados severamente, vegetando en cunas, incapaces de hablar, de comunicar sus necesidades más simples. Otros tienen incapacidades adicionales como son epilepsia, parálisis cerebral, problemas de lenguaje, problemas auditivos o visuales. Así el retardo mental se refiere a un grupo de personas donde el común denominador es no alcanzar su desarrollo potencial óptimo. Por ejemplo, la adaptabilidad

puede ser medida en términos de capacidad del niño para atender sus propias necesidades personales como: vestirse y comer; también pueden medirse las capacidades sociales, así como la capacidad para adaptarse a las demandas educacionales generales en una situación de escolaridad normal.

3.1 NIVELES DE RETRASO MENTAL Y HECHOS ASOCIADOS

3.1.1 Límite: Los niños no son retrasados estrictamente hablando pero son vulnerables a los problemas educacionales.

Normalmente son capaces de desenvolverse adecuadamente en los niveles bajos de clases normales. Muchos alcanzan adaptaciones sociales y vocacionales independientes.

3.1.2 Leve: Este grupo comprende el 90% de los niños clasificados como normales. Muchos necesitan su inscripción en clases especiales, y algunos pueden llegar a cierto grado de nivel de lectura. Los que están bien adaptados pueden desenvolverse ante la sociedad.

3.1.3 Moderado: Los niños de este grupo pueden desenvolverse en clases para los retrasados "Enseñarles",

insistiendo en obtener una máxima capacidad para cuidarse así mismo, y quizás obtener alguna capacidad académica. Los que se adaptan bien pueden ser capaces de desenvolverse semiindependientemente en puestos de trabajo en hogares protegidos.

3.1.4 Severo: Los niños de este grupo sólo pueden aprender a cuidar mínimamente de sí mismos, a conversar rudimentariamente. Necesitan mucha supervisión, a veces institucionalizada.

3.1.5 Profundo: Los niños de este grupo necesitan una supervisión total. Solo son capaces de cuidarse a si mismos mínimamente. Algunos pueden aprender a bañarse, cepillarse. El desarrollo del lenguaje es mínimo.

3.1.6 Características físicas asociadas con retraso mental

3.1.6.1 Pelo: Cabellos despuntados, ralo ó ausente.

3.1.6.2 Ojos: Microftalmia, Hipertelorismo, Hipotelorismo, Oblicuidad hacia arriba y afuera ó hacia adentro y abajo, Epicanto interno o externo Nistagmo, Telangectasias.

3.1.6.3 Nariz: Puente aplanado, pequeño tamaño, aletas

nasales en anteversión.

3.1.6.4 Cara: Hipoplasia maxilar y/o mandibular.

3.1.6.5 Boca: Contorno en "V" invertido de labio superior.
Paladar grande o angulado.

3.1.6.6 Dientes: Formación anormal del esmalte
Odontogénesis anormal.

3.1.6.7 Cuello: Corto. Falta de movilidad completa.

3.1.6.8 Extremidades: Miembros cortos o largos.
Hiperangulación de los codos.

3.1.6.9 Manos: Dedos cortos y gordos. Dedos largos y finos.
Pulgares grandes, Clinodactílica, Uñas anormales.

3.1.6.10 Pie: Dedos montados, Dedos cortos y chatos, Dedos
largos y delgados, acabados en punta, dedos anchos y
largos.

3.1.6.11 Abdomen: Abdomen protuyente, hernia umbilical.

3.1.6.12 Genitales: Micropene, Localización anormal del

meato uretral, Testículos no descendidos.

3.1.6.13 Tórax: Pezones supernumerários.

3.1.6.14 Piel: Manchas café en lecha, nevus despigmentado, Adenoma sebáceo, Rubor malar, Exema.

3.2 CARACTERISTICAS ORALES

3.2.1 Periodontal: Incidencia es 3 veces más de lo normal, alto porcentaje de gingivitis, cálculos en abundancia, hipoplasia gingival.

3.2.2 Maloclusiones: Mordida abierta anterior, paladar ojival, hipoplasia maxilar e hipoplasia mandibular, apiñamientos.

3.2.3 Bruxismo: Su incidencia es 2 veces más de lo normal. Usualmente los athoids. Su severidad lleva a cierre de mordida, atrición.

3.2.4 Caries: Su severidad es igual en las personas normales. Agenesia dental. Hipoplasia del esmalte, su incidencia es 30% más de lo normal.

3.2.5 Hábitos: Protrusión de la lengua. Respiración bucal, incontenencia de la saliva, dificultad de ingerir.

3.2.6 ATM: Balance en la musculatura, maloclusión.

3.2.7 Trauma: Fractura de los incisivos, incidencias de caídas, ausencia de los reflejos de protección del labio.

4. SINDROME DE DOWN

Este síndrome cromosómico es el resultado de la presencia de un cromosoma 21 adicional. Siendo la alteración cromosomática más frecuente y mejor conocida. Se asocia con ciertos factores predisponentes como: Infecciones, alcoholismo, anticonceptivos, químicos, antecedentes familiares, deficiencias endocrinas, edad paterna y lesiones en úteros por elementos extrínsecos.

El individuo con síndrome de Down suele ser dócil, afectuoso, fácil de manejar, travieso y ocasionalmente agresivo. Presenta un retardo mental de moderado a intenso.

Muestran un desarrollo mental psicomotor deficiente. Hipotonía generalizada, piel seca y áspera, estatura baja, tendencia a la obesidad, hipermovilidad articular, subdesarrollo sexual; manos cortas y anchas, quinto dedo en ángulo y grietas palmares.

4.1 CARACTERISTICAS ORALES

Pérdida del surco labiodental, plano mandibular inclinado, ángulo goniáco obtuso con un masetero poco desarrollado, paladar duro pequeño, ojival y profundo, falta de selle labial, con una mordida abierta anterior y respiración bucal, lengua fisurada, hipertrofia papilar, macroglosia, diámetro meso-distal de los dientes disminuido, microdoncia con diastemas grandes, malposiciones, prognatismo mandibular, mordida cruzada posterior, uni o bilateral. Baja incidencia de caries, alteraciones del contorno gingival, pérdida del punteado gingival, color rojizo, hemorragia y consistencia blanda y adematosa.

5. PROTOCOLO PARA MANEJOS DE NIÑOS ESPECIALES

5.1 HISTORIA CLINICA

Al hacer la historia clínica en niños especiales necesitamos la colaboración de quien acompaña al paciente, y se determina si el paciente necesita o no de anestesia general. Para tales efectos se estudian los siguientes aspectos. (VER ANEXO)

5.1.1 Capacidad de comunicación: Que el paciente preste atención, entienda y de alguna manera responda.

5.1.2 Colaboración y disposición del paciente.

5.1.3 Estado físico del paciente para determinar si la cita es corta o larga.

5.1.4 Dependencia del paciente a la persona que siempre está con él, en caso de que en algunas oportunidades no lo

pueda acompañar.

Si definitivamente se llega a la conclusión de que el paciente necesita anestesia general se ubica al paciente dentro de estos 3 grupos.

5.1.4.1 Normales: Reacción normal a la anestesia. Aproximadamente un 75% de las personas pertenecen a este grupo.

5.1.4.2 Anestésico-resistentes: Presentan resistencia al anestésico y cuando vuelven de la anestesia reaccionan violentamente.

5.1.4.1.3 Anestésico-sensibles: Susceptibles del anestésico, fáciles de anestesiar pero demandan particular atención.

De acuerdo al grupo en que se ubique el paciente requerirá premedicación suave o intensa y cuidados post-operatorios más o menos intensos.

5.1.5 Exámenes complementarios: TP , TPT, Cuadro hemático, Parcial de orina.

5.1.6 Interconsulta: Psicólogo, Neurólogo, Cardiólogo,
Anestesiólogo.



6. FARMACO-TERAPIA

El Odontólogo verá al paciente 24 horas a 48 horas antes de la cita odontológica.

6.1 PROPOSITOS BASICOS DE LA PREMEDICACION

- * Ofrecer una noche tranquila antes de la consulta.
- * Eliminar la aprehensión.
- * Deprimir la irritabilidad.
- * Disminuir la actividad metabólica.
- * Controlar la salivación excesiva.
- * Elevar el umbral doloroso en caso de necesidad.

6.2 ELECCION DE DROGAS

6.2.1 **Barbitúricos:** Elimina la aprehensión y el temor, produce sedación psíquica.

6.2.2 Drogas sedativas e hipnóticas: Se deben tener en cuenta las condiciones del paciente como edad, factores musculares, obesidad, etc.

6.2.3 Antihistamínicos: Inhiben secreciones glandulares, actúan como analgésicos locales, prolongan la acción analgésica, inhiben secreciones salivares.

6.2.4 Drogas sicotróficas: Tranquilizantes puros antidisturbios, antidepresivos.

6.2.5 Analgésicos: Pueden ser:

6.2.5.1 Potentes: Acción depresiva del sistema nervioso central produciendo pérdida de la conciencia. Son usados en dolores severos.

6.2.5.2 Suaves: Actúan como depresores del centro telámico que es encargado de la recepción del dolor. Además del efecto analgésico ayudan en la inducción del sueño.

7. RECOMENDACIONES A LOS PADRES

Es necesario el apoyo emocional de los padres, por tal razón a estos se les debe explicar de manera sencilla y exacta el procedimiento que se va a efectuar, los pasos a seguir y posibles riesgos.

Las preguntas deben ser respondidas con sencillez, y se debe dar tranquilidad para que a sí mismo se la trasmitan al niño.

Los padres necesitan explicaciones e interpretaciones claras, sencillas y válidas sobre lo que se va a realizar enseñándoles técnicas simples como:

Enseñanza de cepillado: Identificar el objeto (cepillo dental), toma correcta de el elemento, demostración, imitación y refuerzo sobre modelos didácticos.

8. TRATAMIENTO A SEGUIR.

Tenemos que tener en cuenta que el tratamiento en este tipo de pacientes especiales se debe llevar a cabo de 4 ó 6 manos preferiblemente.

8.1 INTIMIDAD

Necesidad de dar amor. Amor en este sentido es equivalente a un rango de experiencias que implican interacciones positivas con la gente cuya estima es valorada. En este nivel, recibir amor consiste en experiencias como atención, reconocimiento, aceptación, aprobación y amor mismo, tanto del Odontólogo como del auxiliar. Dar amor se relaciona con todas las actividades que reflejan interés por el bienestar de los otros.

8.2 AUTONOMIA

Control sobre cualquier influencia que pueda ocurrir evitando actitudes de desconfianza, antagonismo, temerosidad, agresividad e inseguridad en general.

8.3 ADAPTACION

El primer objetivo es lograr una modificación de su comportamiento para alcanzar un desarrollo potencial óptimo del porcentaje y sea capaz de vencer lo más efectivamente su minusvalía.

El Odontólogo debe ser honesto a la estimación de las posibilidades del niño, se debe estimular para facilitar el inicio del tratamiento con experiencias vividas en el consultorio.

8.3.1 Es esencial ofrecer un programa de estimulación multisensorial, como son: Los ruidos que escucharán durante el procedimiento odontológico; entre otros:

- El sonido de la pieza de mano de alta y baja velocidad.
- El sonido del compresor.
- El choque del instrumental.
- La jeringa triple. etc.

8.3.2 Parte práctica: Darle a conocer al niño el mundo de la cavidad oral por medio de:

- Modelos de estructuras orales.
- Modelos de boca sucia y boca limpia.
- Rompecabezas para identificación de elementos de higiene oral.
- Modelos didácticos de escupir.
- Modelos didácticos para colocar crema dental.
- Definición de los implementos de higiene oral como son cepillo, vaso y crema.
- Técnicas de ayuda para llevar a cabo el cepillado por ejemplo enseñanza de apertura del tubo dental, colocar un aditamento para el fácil manejo del cepillo dental.
- Demostración, imitación y refuerzo en el hogar.

8.4 TRATAMIENTO TERAPEUTICO

8.4.1 Posición para evitar un estímulo de los reflejos primitivos:

- * Cabeza en línea media.
- * Estabilizar la cabeza con un brazo al realizar la operatoria.
- * Piernas dobladas a nivel de las rodillas.

- * Atmósfera rebajada.

Odontología de pie.

- * Informar todo al paciente sobre los movimientos que se van a presentar para evitar sorpresas.
- * Controlar el cierre de la boca.

8.4.2 Preparación del paciente y odontólogo para el cuidado dental:

- * Observar condiciones.
- * Historia clínica, nivel de independencia, antecedentes.
- * Explicar al paciente lo que se va a realizar, tener en cuenta el nivel de inteligencia del paciente.
- * Explicar el uso de equipo, sonido, etc..
- * Evaluar reflejos primitivos, consultas con los médicos o terapeutas.
- * Evaluación de medicamentos.
- * Considerar la necesidad de premedicación y que clase.
- * Dificultad de ingerir.
- * Reflejos de vómito y náusea.
- * Succión.
- * Dique de goma.
- * Seda dental.

- * Movimientos mandibulares incontrolables.
- * Abreboca.
- * Posición de la cabeza.
- * Odontología a 6 manos.

8.4.3 Radiología:

- * Películas rápidas.
- * Conos cortos.
- * Asistencia para sostener la película.
- * Radiografías extraorales.

8.4.4 Durabilidad de los materiales: Coronas de acero, no amalgamas.

8.4.5 Premedicación:

- * Debe estar bajo interconsulta.

8.4.6 Preventiva:

- * Educar a la familia y al paciente.
- * Instrucciones de cepillados.
- * Dieta
- * Sellantes de fosetas y fisuras.

- * Ayuda de otras personas.
- * Adaptación de citas cortas.
- * Recompensas.

CONCLUSIONES

Atribuimos al profesional de la salud oral y a los familiares de pacientes especiales la culpabilidad de no mantener normas de higiene y cuidado periódico de los mismos; teniendo en cuenta que el niño especial depende casi totalmente de otras personas y es difícil lograr en ellos una disciplina de higiene óptima y mantenimiento.

Finalmente vemos la dificultad de someterlos a un tratamiento terapéutico contando para ello con su máxima colaboración.

BIBLIOGRAFIA

KENNETH, A. The oral aspects pf Mongolism. J. of Public Health Dentistry issue. 35 (2): 95- 106.

ORNER, J. Periodontal Disease Among Children with Down's Syndrome and Their Siblings. J. Dent. Rest 55: 778- 781. 1976.

SWALLOW, J. N. Dental Disease in Children with Down's Syndrome. J. of Dent for children. 293- 297. July-August 1976.

BEHRMAN, Richard. VAUGHAN, Victor. Tratado de Pediatria. Novena Edición. México, D. F. Editorial Interamericana, S. A., Tomo 1. 125- 131, 307- 317. 1985.

FEER, E. Tratado de Enfermedades de los Niños. Barcelona, Marin. 1944.

COHEN MICHAEL. Odontologia Pediatrica. Buenos Aires. Ed.
Mundi. 1958.

GLOSARIO

Athoids : Clasificación del Síndrome de Down.

Clinodactilia : Desviación de los dedos del pie, que están inclinados en diversos sentidos.

Epicanto : Repliegue de la piel, en el ángulo interno del ojo, que puede ocultar la carúncula lagrimal y una parte del globo ocular.

Hipotonía : Flacidez de los músculos que permite actitudes anormales.

Incontinencia : Emisión involuntaria de líquidos corporales.

Microftalmia : Pequeñez de uno o con mas frecuencia de los dos ojos.

Nistagmo : Dirección convergente hacia arriba y hacia dentro.

Telangectasia : Dilatación de los pequeños vasos, especialmente de los de la nariz y de los pómulos o inflamación local: afección de la piel, acné, barros, queratosis, lupus.



ANEXO

EXAMEN CLINICO ORAL

11-51	_____	21-61	_____
12-52	_____	22-62	_____
13-53	_____	23-63	_____
14-54	_____	24-64	_____
15-55	_____	25-65	_____
16	_____	26	_____
17	_____	27	_____
18	_____	28	_____
41-81	_____	31-71	_____
42-82	_____	32-72	_____
43-83	_____	33-73	_____
44-84	_____	34-74	_____
45-85	_____	35-75	_____
46	_____	36	_____
47	_____	37	_____
48	_____	38	_____

DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

DX	_____

TTO	_____

