

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
Facultad de Odontología

Manejo Odontológico de Pacientes Discapacitados

Presentado por

Jaime López 911230

Cláudia Córdoba 921053

Michelle Serrano 921056

Francía Rodríguez 921103

Jimmy Beltrán 922025

Santafé de Bogotá, Mayo 29 de 1997

• INTRODUCCIÓN

En la práctica Odontológica los profesionales se tienen que encontrar con pacientes con diferentes alteraciones ya sean psicológicas, emocionales ó sistémicas.

De acuerdo a cada diagnóstico se evalúa un plan de tratamiento ; pero se encuentra necesariamente con pacientes a los cuales se les tiene que aplicar un tratamiento diferente, ya que sus condiciones lo ameritan ; son los llamados pacientes discapacitados.

Lo primero que se evalúa es la historia clínica seguida de los exámenes requeridos y de la valoración del paciente psicológica, emocional y físicamente

De acuerdo al estudio se logrará ubicar al paciente en un plan de tratamiento que se adecue a su estado desde que tipo de anestésia se administrará, el procedimiento a seguir y las recomendaciones para el paciente y su familia.

- **OBJETIVO GENERAL**

Crear una guía práctica para los profesionales en odontología, enfocada hacia los pacientes discapacitados, los cuales atraviesan una serie de etapas físicas y mentales en su desarrollo, con reacciones y patrones que los distinguen claramente de los demás, ya sea en sus limitaciones físicas y/o mentales ; pero sin apartarse de que son seres humanos y como tales se les debe atender.

- **OBJETIVO ESPECÍFICO**

Abordar las principales y más significativas situaciones en los pacientes discapacitados que el odontólogo afronta, en su ejercicio profesional; además de facilitar la familiarización del profesional con las necesidades particulares del paciente en mención; haciendo énfasis en el protocolo del manejo odontológico dando a conocer las pautas generales de la personalidad de estos pacientes, para lograr entender mejor su manejo.

• JUSTIFICACIÓN

En algunas ocasiones los profesionales de la salud oral se sienten imposibilitados para atender pacientes discapacitados, a quienes maneja igual que a un paciente normal ó se niega a atenderlo por ignorancia en el tema.

El fin de este trabajo es el de dar bases firmes y guías en el manejo de estos pacientes quienes por lo general han sido relegados por la sociedad olvidando que deben tener atención como cualquier otro paciente guardando la diferencia que se trata de explicar en el presente trabajo.

• METODOLOGÍA

Tipo de investigación directa e indirecta.

Recursos :

Guías de investigaciones previamente realizadas, visitas a diferentes centros de niños especiales y discapacitados como ICAL, INSOR, INCI, Hogar Luz y Vida.

Materiales y métodos :

Diapositivas y fotografías.

• TABLA DE CONTENIDO

Hoja

INTRODUCCIÓN.....	
OBJETIVO GENERAL.....	
OBJETIVO ESPECÍFICO.....	
JUSTIFICACIÓN.....	
METODOLOGÍA.....	
TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	
1. PACIENTE DISCAPACITADO.....	1
1.1 CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES DISCAPACITADOS.....	2
1.1.1 Paciente Discapacitado Sensorial.....	3
A. Ceguera.....	3
a. Definición.....	3

<i>b. Etiología.....</i>	<i>4</i>
<i>c. Manejo Odontológico.....</i>	<i>5</i>
<i>d. Tratamiento Dental.....</i>	<i>5</i>
<i>B. Sordera.....</i>	<i>6</i>
<i>a. Definición.....</i>	<i>6</i>
<i>b. Etiología y Frecuencia.....</i>	<i>7</i>
<i>c. Manejo Odontológico.....</i>	<i>8</i>
<i>d. Tratamiento Dental.....</i>	<i>9</i>
<i>C. Autismo.....</i>	<i>10</i>
<i>a. Definición.....</i>	<i>10</i>
<i>b. Etiología y Frecuencia.....</i>	<i>11</i>
<i>c. Problemas Dentales.....</i>	<i>12</i>
<i>d. Tratamiento Dental.....</i>	<i>13</i>

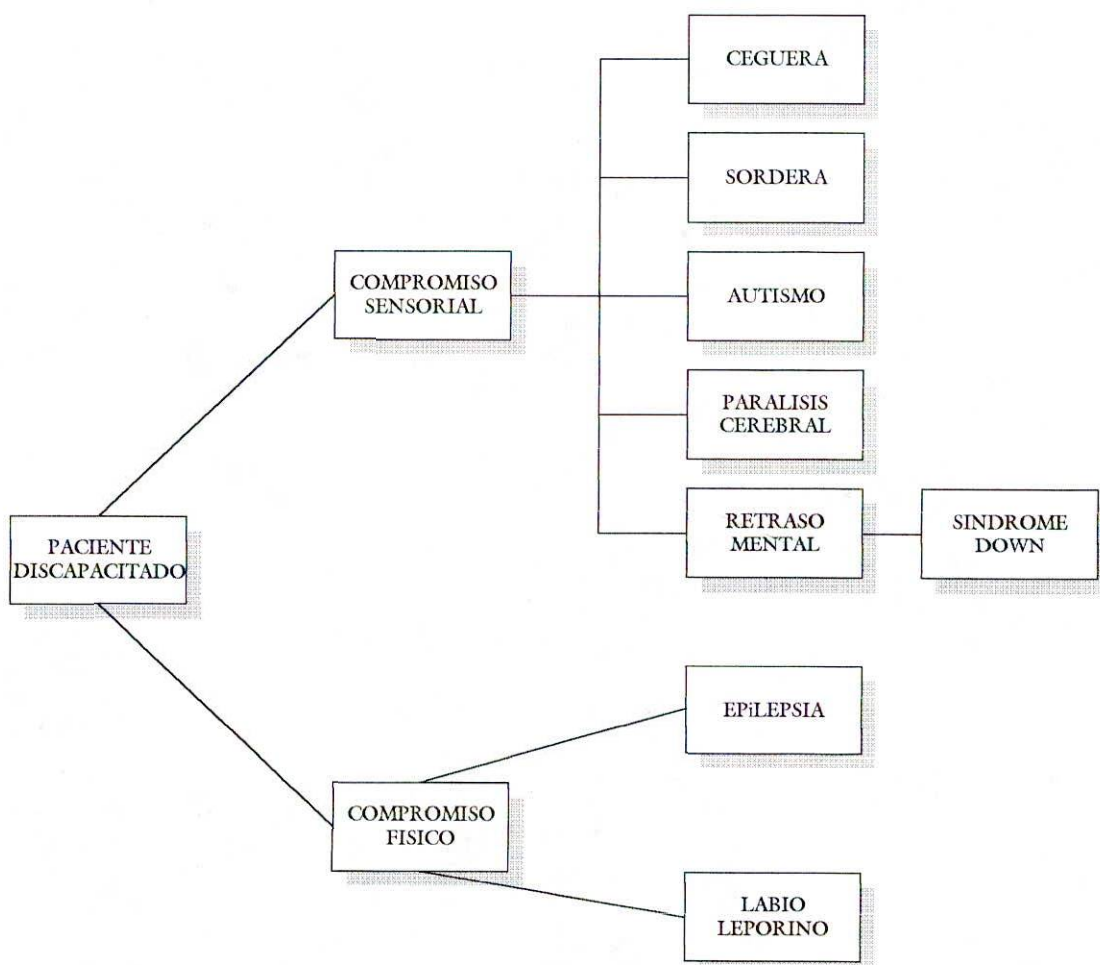
<i>D. Parálisis Cerebral.....</i>	<i>14</i>
<i>a. Definición.....</i>	<i>14</i>
<i>b. Etiología y Frecuencia.....</i>	<i>14</i>
<i>c. Manifestaciones Orales.....</i>	<i>15</i>
<i>d. Manejo Odontológico.....</i>	<i>16</i>
<i>e. Tratamiento Dental.....</i>	<i>16</i>
<i>E. Retraso Mental.....</i>	<i>17</i>
<i>a. Definición.....</i>	<i>17</i>
<i>b. Etiología y Frecuencia.....</i>	<i>19</i>
<i>c. Manifestaciones Orales.....</i>	<i>21</i>
<i>d. Manejo Odontológico.....</i>	<i>21</i>
<i>F. Síndrome de Down.....</i>	<i>22</i>
<i>a. Definición.....</i>	<i>22</i>
<i>b. Etiología y Frecuencia.....</i>	<i>23</i>
<i>c. Manifestaciones Orales.....</i>	<i>23</i>
<i>d. Tratamiento Dental.....</i>	<i>24</i>

1.1.2 Paciente Discapacitado Físico.....	25
<i>A. Epilepsia.....</i>	25
<i>a. Definición.....</i>	25
<i>b. Etiología y Frecuencia.....</i>	27
<i>d. Manejo Odontológico.....</i>	28
<i>e. En Caso de un Ataque en el Consultorio.....</i>	29
<i>B. Labio Leporino.....</i>	29
1.2 CONSIDERACIONES PARA EL USO DE ANESTESIA GENERAL Y SEDACIÓN.....	32
CONCLUSIONES	
BIBLIOGRAFÍA	

1. PACIENTE DISCAPACITADO

Se conoce como discapacitado a las personas con una incapacidad atribuible a una afección cardíaca, enfermedad crónica, afección congénita, ó anomalías que interfieren en el desarrollo mental y físico, éstas discapacidades requieren una intervención integral médica, educativa, social, psicológica y dental.

1.1 CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES DISCAPACITADOS



1.1.1 PACIENTE DISCAPACITADO SENSORIAL

A. Ceguera

a. Definición : Es la incapacidad reconocida como la pérdida de una modalidad sensorial y ésta definida como la entidad en la que la agudeza visual no excede 20/200 en el mejor ojo con lentes, ó hay una agudeza visual mayor de 20/200 pero acompañada de una limitación del campo de visión de tal manera que el ángulo visual no es mayor de 20 grados.

Las personas con ceguera suelen ser sobre protegidas generando un retardo mental ; es preciso distinguir división de personas que alguna vez vieron y que por tanto no forman conceptos visuales , los de la segunda categoría necesitan mas explicación por percibir por su medio ambiente, requiriendo tratamiento de mayores demostraciones de afecto y amor.

En vista de la importancia de la detección temprana de cualquier tipo de compromiso visual, teniendo en cuenta que entre los 2 ó 4 años es la edad en la que con mayor frecuencia se empieza a manifestar alteraciones de tipo postnatal, es ideal que a edad temprana se realice un examen de agudeza visual por un especialista.

b. Etiología :

Prenatales : Atrofia óptica, microftalmus, cataratas, glaucoma, olermoides y otros tumores, toxoplasmosis, enfermedades de inclusión, citomegálica, sífilis, rubéola, meningitis, tuberculosis, desarrollo anormal de las órbitas.

Postnatales : Trauma, fibroplasia retrolental, hipertensión prematura, poliatemia severa, desordenes hemorrágicos, leucemia, diabetes, glaucoma.

c. Manejo Odontológico : Hacer una descripción al paciente de la distribución del consultorio, no tomar al paciente para guiarlo sin antes consultárselo, hacerle presentación formal de las personas que van a participar en el tratamiento, tratar de que no hayan ruidos sorpresivos ni que entren ó salgan personas continuamente ; informar al paciente qué se le va a realizar, permitirle al paciente que toque los instrumentos que van a ser llevados a su boca, que huela los materiales siempre y cuando no sean irritantes ó de olor fuerte, informarle de los cambios de posición que tiene la silla y tenerlo mientras sucede este cambio.

La frecuencia de las visitas al consultorio son básicas para una buena prevención oral y confianza con su odontólogo, usar música en un tono muy bajo para permitirle relajación y que los cambios de ruidos no sean muy fuertes para él.

d. Tratamiento Dental : El tratamiento del paciente ciego debe ser individual, sensible y considerado.



B. Sordera

a. Definición : Es una discapacidad que se caracteriza por la pérdida de la percepción de estímulos auditivos en diferentes grados de intensidad, en la cual se afecta inevitablemente el habla ya que estos dos sentidos están íntimamente relacionados.

Clasificación de la pérdida auditiva :

- *Leve* : (Pérdida de 15-30 Decibeles) Requieren que se les hable duro, su discapacidad es ligera , no interfiere en su desarrollo y requiere muy poca ayuda.
- *Parcial* : (Pérdida de 30-65 Decibeles) Escuchan razonablemente, generalmente requieren utilizar audífonos combinados con lectura de labios.

- Severas : (Pérdida de 65-95 Decibeles) Para hablarles hay que hacerlo muy cerca y fuerte, necesitan audífonos y complementar con lectura de labios.
- Profunda ó Grave : (Pérdida de 95 Decibeles en adelante) Muy pocos individuos sufren pérdida total, generalmente pueden oír unos pocos sonidos. No escuchan con el uso de audífonos, requieren lectura de labios y lenguaje manual y de signos.

b. Etiología : Su etiología en un 57% es desconocida y las causas conocidas son principalmente :

- Prenatales : Hereditarias, infecciosas por el virus de la rubéola que es la causante del 20% de la sordera congénita también por tosferina, sarampión, varicela, paperas. Al nacer se pueden producir traumas obstétricos que producen hemorragias, prematurez, incompatibilidades sanguíneas en el RH y Anoxia.

- *Postnatales :Traumas principalmente por fracturas del hueso temporal, antibióticos como la estreptomina, neomicina, vaniomina, quinina, aceites de quenopodio ; salicilatos son ototóxicos y enfermedad de Menier's que se caracteriza por la pérdida auditiva y vértigo.*
- *Manifestaciones Orales : Se han encontrado displasia ectodérmica y bruxismo, éste con mucha frecuencia al parecer, es una forma de autoestimulación para percibir algún tipo de sensación en el oído.*

c. Manejo Odontológico : Historia Médica completa, dar seguridad a los parientes y a los pacientes por medio del contacto físico, evitar el bloqueo del campo visual, aprender las señales básicas como su nombre, ,no se debe gesticular en exceso, hablar de frente, tener cuidado con la nutrición y supervisión profesional periódica.

d. Tratamiento Dental: Para el niño es muy importante conocer no sólo al odontólogo, sino a todas las personas que trabajan en el consultorio ; la explicación del tratamiento debe hacerse de una manera visual. La técnica de decir, mostrar y hacer, debe realizarse con una experiencia visual y táctil.

Si la discapacidad es muy severa, en las primeras sesiones se debe permitir el acompañamiento de un adulto ó intérprete del niño, si el niño usa audífono debe apagarse durante la sesión, se debe tener buena luz, el contacto es importante para establecer confianza, tener buenos movimientos y vocalizar muy bien.

Si el paciente usa audífono estos deben ser retirados ó disminuirle el volumen durante el tratamiento, pues los ruidos agudos emitidos por la pieza de mano pueden producir una respuesta adversa en el paciente.

C. Autismo

a. Definición : Es un síndrome caracterizado por múltiples impedimentos de desarrollo mental y emocional que causa problemas de aprendizaje, comunicación y relaciones con los demás y es severamente discapacitado ; debe tenerse en cuenta un diagnóstico diferencial entre niños con retraso mental, sordera, esquizofrenia y secuelas de un trauma psicológico.

Es un síndrome que se presenta en los tres primeros años de vida, y se manifiesta toda la vida. Incluye disturbios de :

- Desarrollo y secuencia incluyendo el retraso y las regresiones.*
- Poca respuesta a estímulos sensoriales incluyendo visuales, táctiles, olfativos y gustativos.*
- Habla, lenguaje y comunicación no verbal muy pobre.*
- Incapacidad para relacionarse apropiadamente con la gente, eventos y objetos.*

b. Etiología : Es desconocida, son hipótesis :

- *Resultado de la privación maternal.*
- *Daño en el sistema nervioso central por enfermedad ó injuria como rubéola, anorexia fetal y prematuridad.*
- *Combinación genética y ambiental.*

Características

- *Nivel de desarrollo : Retardo en el crecimiento corporal, succionamiento pobre y regurgitación frecuente, pobre coordinación, hiperactivo ó hipoactivo, desorientación espacial, umbral del dolor alterado, agresión personal, respuesta impredecible a los sonidos, obsesivo, aislamiento, comportamiento ritualista, juegos repetitivos, autoestimulación (gestos y dar vueltas), incremento en el uso del sentido del tacto, gusto y olfato, nistagmus, mutismo con audición normal, talento musical.*

- *A nivel del lenguaje: vocalización anormal, mímica, ecoláquia pronunciación al revés, lenguaje fragmentado .*
- *Nivel de socialización: Fallas para asumir postura anticipatoria para ser alzados , contacto pobre con la mirada, lloran y ríen fácilmente, pataletas frecuentes, autosuficientes apáticos, no les interesa las conversaciones de los demás .*
- *Apariencia: Niños físicamente bonitos y aparentemente agradables, expresiones faciales de ser inteligentes, dan la impresión de estar pensativos o meditantes.*
- *Pronóstico: Pobre para aquellos niños que todavía a los cinco años presentan alteración del lenguaje. Se nota la mejoría principalmente en edades entre seis a siete años en sus relaciones interpersonales.*

c. Problemas dentales: Alta incidencia de bruxismo, trauma por auto agresión, prefieren comidas blandas con alto contenido de azúcar, por tanto alta incidencia de caries por disminución en el fluido salival por la

dieta sacarolítica. Higiene oral pobre por la poca coordinación motora y el desagrado por el contacto físico, problemas gingivales secundarios a fenitoina por los desordenes convulsivos, alta incidencia de anemia la cual no permite buena cicatrización .

d. Tratamiento Dental: Citas cortas de 15 minutos , desensibilización, enseñarle como va a ser el ruido de la pieza de mano y cuanto tiempo va a durar , usar frases sencillas simples y repetitivas , movimientos suaves e ignorar las pataletas, no ejercer fuerza sobre él , informar a sus padres de su colaboración en la casa en cuanto a la higiene oral del niño.

Si el tratamiento es complicado, es preferible usar sedantes ó anestesia general si es hospitalario .

D. Parálisis cerebral :

a. Definición : La parálisis cerebral es un trastorno del sistema nervioso que se manifiesta en varios tipos de disfunciones neuromusculares, como es espasticidad, ateosís, ataxia , rigidez ó temblores .

Los niños con parálisis cerebral sufren alta frecuencia de retardo mental ; se ha calculado que 36 de cada 100 tienen cociente de inteligencia menor de 50, y 21 de cada 100 tienen coeficiente de inteligencia entre 50 y 70. No es una enfermedad específica sino una colección de trastornos invalidantes causados por lesión y daño permanente del cerebro durante los periodos prenatal y postnatal, cuando el sistema nervioso central aun está inmaduro .

b. Etiología : La localización de la lesión cerebral determina el tipo de disfunción neuromuscular por medio de la cual se manifiesta el trastorno ; las lesiones de la corteza cerebral se manifiestan por espasticidad, la lesión del ganglio basal da por resultado ateosís y la ataxia es causada por lesiones en el cerebelo .

La parálisis cerebral es el trastorno mas común del sistema nervioso.

- *Prenatal : Producida por infecciones (Rubéola) premadurez, trastornos genéticos del desarrollo, toxemia del embarazo, defectos congénitos del embarazo y envenenamiento con drogas y metales pesados.*
- *Perinatal : Anoxia durante el parto, trauma durante el parto, disminución de oxígeno al feto por pobre suplemento materno, anemia, hemorragia y disturbios placentarios.*
- *Postnatal : Tumores accidentes cerebrovasculares ; infecciones cerebrales como meningitis, encefalitis, trauma cefálico.*

c. Manifestaciones Orales : La mayoría de los niños con parálisis cerebral tienen índice de ataque carioso mas elevado que los niños normales. Este aumento se debe a la incapacidad de mantener una buena higiene oral, también presentan maloclusiones que pueden atribuirse a funciones musculares anormales y a la posición poco natural de la lengua la cual ocasiona vestibularización de los dientes anteriores superiores.

sobremordida extensiva, mordida abierta, mordida cruzada, maxilar pequeño, bruxismo e hipoplasia del esmalte y Anoxia.

Encontramos también enfermedades periodontales con frecuencia por el uso de difenilhidantonina la cual ocasiona esta inflamación en la encía asociada (Hiperplasia Gingival) a mala higiene oral.

d. Manejo odontológico : Es indispensable antes de la primera visita, tener una historia personal minuciosa del paciente y comentársela al auxiliar de trabajo para así lograr una cooperación buena y proporcionarle al paciente una mayor confianza.

e. Tratamiento Dental : Se aconseja el empleo de apoyos bucales y protectores durante procedimientos restaurativos, al igual que la tela de caucho, para evitar lesiones al paciente y al odontólogo si los maxilares se cierran violentamente, retirar estos en periodos frecuentes para dar descanso a los músculos orales ya que se cansan con mucha facilidad.

Todo tipo de ayuda es indispensable ligarla con seda dental , para poder extraerlas rápidamente en el momento que el paciente haga movimientos de deglución ó aspiración.

Debe mostrarse repetidamente las técnicas de cepillado adecuado y debe recalcarse la importancia de limitar alimentos cariogénicos y si el paciente no vive en un área donde el agua potable no esta fluorizada, debe aconsejarse el uso de flúor tópico ; trabajar rápida y eficientemente teniendo en cuenta controles y seguimientos, tener al paciente semi sentado y estabilizar la cabeza del paciente durante el tratamiento.

E. Retraso Mental :

a. Definición : Funcionamiento intelectual general subnormal que se origina durante el periodo de desarrollo y esta asociado con el deterioro del aprendizaje y adaptación social.

Es cuando la capacidad mental de una persona está disminuida hasta el punto de necesitar una educación especial y ayuda para las actividades normales de cada día. Dadas las limitaciones de estos pacientes la introducción al tratamiento dental debe ser cuidadosa y detallada. Los niños con retraso mental pueden mostrar cierta falta de concentración y actitud caprichosa, por lo que el odontólogo debe estar atento para evitar que el paciente se autolesione.

El retraso mental se refiere a las características intelectuales por debajo de la normalidad mental ; estos pacientes tienen generalmente un cociente intelectual menor de 70.

División del coeficiente intelectual : (Según la O.M.S.)

- Subnormalidad Leve : con coeficiente de inteligencia de 50 a 60 niño, 8 a 12 adulto.*
- Subnormalidad Moderada : Con coeficiente de inteligencia de 20 a 49 y edad mental en el adulto de 3 a 7 años.*

- *Subnormalidad Grave : Con coeficiente de inteligencia 0 a 19 niño y edad mental en el adulto de 0 a 12 años.*

Clasificación desde el punto de vista pedagógico :

- *Educable 50 - 75%*
- *Entrenable 30 - 50%*
- *Profundo Menor de 30%*

b. Etiología :

- *Principales Categorías de Retraso Orgánico : Infecciones e Intoxicaciones, trauma o agentes físicos, desordenes de metabolismo o nutrición, enfermedades postnatales, influencias prenatales desconocidas, anormalidades de los cromosomas, desordenes de la gestación, desordenes psiquiátricos , influencias ambientales.*

1. Infecciones e Intoxicaciones :

- a. Infecciones Prenatales : Rubeóla, sífilis, toxoplasmosis.*

- a. *Infecciones Postnatales : Meningitis, encefalitis.*
- c. *Intoxicaciones ó Envenenamientos : Por droga (Alcohol, nicotina, Heroína) ; por envenenamiento.*
- 2. *Trauma y Otros Agentes Físicos : Anoxia perinatal, lesión mecánica (fórceps), síndrome del niño maltratado.*
- 3. *Desórdenes de Metabolismo y Nutrición : Fenilcetouna, galactosemia, síndrome de Horler, trastornos endocrinos (Hipotiroidismo, desnutrición), trastornos en el metabolismo de los lípidos.*
- 4. *Enfermedades Cerebrales postnatales : esclerosis tuberosa, enfermedad de Von Reckling -hausen.*
- 5. *Influencias Prenatales Desconocidas : Hidrocefalia, meningocele ó encefalocele, microcefalia.*
- 6. *Anormalidades de los Cromosomas : Síndrome de Down, síndrome de Turner.*

La prevalencia del retraso mental en la población general es de aproximadamente 1%, y casi la mitad de estas personas tiene un trastorno considerado grave ó profundo.

c. Manifestaciones Orales :

- Retraso Mental Leve y profundo : Hay retardo en la erupción de los dientes, retardo en la exfoliación de los dientes primarios.*
- Retardo Mental Severo : Incremento en la enfermedad periodontal por falta de cuidado familiar en cuanto a la mala higiene oral y dieta alta en azúcares ; hay también anomalías en cuanto a la morfología de la dentición. Lengua bífida, hipoplasias del esmalte ó dentina, hiperplasia gingival, paladar alto macroglosia maloclusiones, microdoncia, micrognatía, dientes primarios retenidos, dientes en forma de clavija, dientes supernumerarios*

d. Manejo Odontológico :Conocer la enfermedad del paciente, el plan de tratamiento debe ser individualizado, enseñar a los padres ó acudientes los principios de la odontología preventiva , historia clínica

completa, si hay compromiso con sangre hacer antes una profilaxis de endocarditis bacteriana, usar drogas psicotrópicas para controlar el comportamiento como tricíclicos antidepresivos.

Explicar todo el procedimiento con voz alta y repetitiva, citas cortas, ofrecer mucho cariño y constante atención, tener en cuenta el grado de coeficiente mental para el tratamiento.

F. Síndrome de Down :

a. Definición : Es la forma mas frecuente de subnormalidad mental que se puede diagnosticar en el recién nacido ; uno de cada cien niños lo presenta, frecuencia que aumenta con la edad de la madre. Todo niño con síndrome de Down posee retardo mental.

b. Etiología : El síndrome se debe a una anomalía cromosómica, por lo general una trisomía del par 21, es decir, la existencia de un cromosoma supernumerario en el par 21, ; en consecuencia el niño posee 47 cromosomas en vez de 46.

Características : La cabeza suele ser pequeña con malformaciones articulares y puente nasal aplanado. En el ángulo interno del ojo, existe un pliegue cutáneo ó epicanto, que da al niño un parecido de la raza mongólica, lo que justifica la denominación de este síndrome.

Presentan edema, piel reseca, manos cortas, dedos romos, trastornos de la visión (Cataratas, glaucoma), trastornos gástricos (atresia duodenal), trastornos cardiacos (tetralogía de Fallot), hipotiroidismo congénito, hipotonía muscular, déficits sensoriales, crecimiento físico retardado, inmunidad disminuida.

c. *Manifestaciones Orales* : Cierre labial incompleto, lengua grande y fisurada , hipotonicidad labial, oclusión (mordida cruzada anterior y posterior), bóveda palatina baja y estrecha, erupción dentaria retrasada, frecuentes las agenesias dentales , las fusiones, dientes cónicos ; saliva con un PH elevado, poca prevalencia de caries dental, mayor incidencia de

enfermedad periodontal (asociada a mala higiene oral y al PH de la saliva), Hemorragias gingivales persistentes.

D. Tratamiento Dental: Es importante antes de formular ó instituir cualquier tratamiento, saber la edad mental del niño, para así saber el grado de cooperación necesaria para trabajos ordinarios ó extensos.

- *Instituir unas reglas básicas para una buena higiene oral.*
- *Evaluar la cooperación de paciente y familiares.*
- *Evaluar estado de situación dental del paciente.*
- *Evaluar Grado de miedo-ansiedad del paciente.*
- *Evaluar estado sistémico del paciente y drogas formuladas.*
- *Decidir grado de sedación ó anestesia local y/o general a utilizar.*
- *Comunicar a los familiares del pacientes el tratamiento y el riesgo que conlleva la sedación ó anestesia.*
- *Proceder a realizar la asepsia.*

- *Bloquear canal faríngeo con el fin de evitar el paso accidental de algún instrumento.*
- *Gingivectomias – gingivoplastias.*
- *Exodoncias de restos radiculares.*
- *T.C.C.*
- *Obturaciones Definitivas.*
- *Preparación para Restauraciones.*

1.1.2 PACIENTE DISCAPACITADO FÍSICO

A. Epilepsia (Síndrome Convulsivo) :

a. Definición : Es un síndrome que afecta a las personas produciendo un cambio en el estado de conciencia, experiencias sensoriales anormales, contracciones musculares tónicas ó clónicas, trastorno de conducta.

La duración de cada ataque es aproximadamente de 15 segundos, acompañada de sacudidas rítmicas de cabeza y brazos.

Clasificación del Síndrome Convulsivo :

. *Ataque de pequeño mal* : Este ataque se caracteriza por episodios de pérdida momentánea y repentina del conocimiento. La persona adquiere una cara inexpresiva y suspende cualquier tipo de actividad voluntaria que hubiese iniciado anteriormente ; a esta pérdida del conocimiento pueden acompañarlas sacudidas rítmicas de cabeza y brazos. Como estos ataques son muy breves, representan una dificultad muy pequeña para tratar al paciente.

. *Ataque de Gran Mal* : Este ataque es mucho más violento, típicamente los ojos giran en las órbitas, las pupilas se dilatan y la cara enrojece ó palidece ; se pierde el conocimiento, el cuerpo sufre un espasmo tónico que detiene la respiración y el paciente se torna cianótico. A los 10 a 30 segundos, al espasmo tónico le sigue una fase clónica de probablemente varios minutos de duración en la que los músculos se contraen violentamente y se presenta también salivación difusa, sudor y

evacuaciones involuntarias de intestinos y vejiga. Generalmente el niño después del ataque permanece estuporoso y cae en un sueño profundo, al despertar puede sufrir intensos dolores de cabeza y mostrar signos de inquietud, durante un periodo de duración variable.

b. Etiología : Los trastornos epilépticos pueden dividirse en dos grupos :

- Idiopáticos : Las epilepsias no pueden atribuirse a lesión estructural demostrable y frecuentemente son de origen genético.*
- Sintomáticos : Las epilepsias sintomáticas se asocian con patologías del cerebro debidas a anomalías del desarrollo, lesión ó enfermedad relacionada con episodios viral y bacteriano, lesión estructural intracerebral ó extracerebral, hidrocefalia, desordenes de tipo tóxico, metabólico o infeccioso.*

Consideraciones Odontológicas ; *Con excepción de la hiperplasia fibrosa de la encía producida por el medicamento anticonvulsivo (Dilantin Sódico), el paciente epiléptico no sufre problemas dentales especiales debido a su*

enfermedad. En la mayoría de los casos se puede eliminar quirúrgicamente la hiperplasia gingival y después controlarse con enjuagues bucales profilácticos. Si tiende a recurrir, deberá controlarse al médico para ver si es posible cambiar el medicamento.

Hay también maloclusiones secundaria al agrandamiento gingival, cicatrices en la lengua debido a las convulsiones y xerostomía secundaria a la ingestión de fármacos ; se aumenta la susceptibilidad a la caries.

c. Manejo Odontológico : El odontólogo debe conocer la historia del paciente con el tipo de frecuencia de los ataques epilépticos del paciente antes de iniciar el tratamiento. Al examen clínico se deben observar las facetas de desgaste causadas por bruxismo, la presencia de trauma dental y las hiperplasias gingivales. Tener una auxiliar eficiente, encaminado a disminuir el tiempo de tratamiento, se debe hacer especial énfasis en cuanto a los procedimientos preventivos y terapias de mantenimiento. Atenderlo en las mañanas, preguntar si está premedicado, y si tomó la droga el día del tratamiento.

d. En Caso de Ataque en el Consultorio Primero ubicar al paciente en posición cúbito dorsal, retirando así toda clase de aparatología que se encuentre en la boca, colocar un pañuelo ó tela en la boca para evitar que se muerda la lengua.

Fármacos : *Si pasa de 10 minutos se inicia Epamín 15 mg / Kg. una dosis intravenosa disuelta en solución salina de 1 mg / Kg. minuto, sin sobrepasar los 20 mg / minuto.*

B. Labio Leporino : UN labio leporino es un defecto congénito de las estructuras que forman la boca. Es una hendidura ó separación en el labio y/o en el paladar y significa que los dos lados del labio superior no crecieron al unísono..

Un paladar hendido es una hendidura ó fractura en la cavidad paladar superior ; el labio leporino y el paladar hendido pueden presentarse

simultáneamente pero también pueden ocurrir por separado. La apertura en el labio ó en el paladar puede ser uni ó bilateral.

Incidencia : *Es uno de los defectos congénitos más comunes, afecta 1 de cada 700 ó 750 bebés. Más de 250.000 personas en E.E.UU. tienen un defecto de este tipo, el 25% de estas personas padecen de paladar hendido, 25% de labio leporino, y 50% de ambos.*

Causas : *La boca del feto se forma durante las primeras semanas de embarazo, durante este tiempo las partes de la cavidad palatal superior y el labio superior normalmente se unen, cuando esta unión no ocurre el niño tiene un labio leporino y/o paladar hendido.*

Consecuencias :

- *Problemas de oído : Los niños con esa condición suelen padecer de mas infecciones del oído, estas se deben al desarrollo incompleto del paladar y de los músculos palatales, los cuales son necesarios para abrir los canales de eustaquio que se encuentran a cada lado de la garganta y conducen al oído medio. Niños con esta condición deben estar en supervisión constante*

del otorrinolaringólogo para evitar daños permanentes en el oído debido a infecciones crónicas.

- *El Habla y el Lenguaje : La pérdida de la audición puede ocasionar problemas de aprendizaje en cuanto al desarrollo del habla. El niño de paladar hendido debe examinarse a temprana edad para practicarle cirugía reconstructiva, la voz de éstos tiene una cualidad nasal pero después de la cirugía puede someterse a una terapia para :*

1. Desarrollo del Lenguaje.

2. La Articulación.

3. El Balance de la Resonancia.

El terapeuta le ayudará a decidir si es necesaria una terapia adicional para mejorar alguna destreza en particular.

Odontología : Los niños con labio leporino y/o paladar hendido deben llevarse a un odontólogo - pediatra lo más pronto posible para asegurarse que

las mandíbulas del niño son de la forma y tamaño correcto, corregir la posición de cada diente y mantener una buena higiene oral dental.

1.2 CONSIDERACIONES PARA EL USO DE ANESTESIA GENERAL Y SEDACIÓN

El control del dolor, ansiedad y aprehensión es una parte esencial de cualquier práctica médica. Para cumplir este objetivo se usan varias técnicas como: Acercamientos psicológicos, anestesia local y varios tipos y combinaciones de agentes sedativos y anestésicos generales.

La elección del tratamiento más apropiado para una situación particular, esta basada en el conocimiento, manejo y experiencia del profesional, la naturaleza, severidad y duración del procedimiento, la edad, la condición psíquica y psicológica del paciente, el nivel de miedo, la ansiedad y los pacientes con reacción previa al procedimiento.

Los procedimientos dentales son regularmente cortos, la profundidad de anestesia ó los niveles de sedación son bajos, pero partiendo de que paciente se va a tratar.

La sedación describe una depresión del nivel de conciencia, el cual puede variar de ligero a profundo. En un nivel , ligero el paciente está conciente, posee respuesta al comando verbal, los reflejos están normales ó mínimamente alterados. En un nivel Moderado la conciencia es parcial , puede ó no haber respuesta al comando verbal y los reflejos están notoriamente disminuidos.

En el nivel profundo el paciente está inmóvil y sin reflejos.

Adultos : *Para adultos ansiosos, la sedación provee un efecto calmante y la adición de anestesia local puede lograr un alivio del dolor y la incomodidad, también puede ser indicado para disminuir stress, teniendo en cuenta la condición médica del paciente , como por ejemplo hipertensión.*

Es usada cuando el procedimiento es largo y hay niveles altos de ansiedad preoperatoria.

Geriátricos : Las indicaciones son prácticamente las mismas que los para adultos, sin embargo una edad avanzada marca un cambio en la farmacocinética y farmacodinamia, tanto como la interacción con otros medicamentos previamente formulados.

Niños : Cuando un niño es inquieto, aprehensivo etc., son las primeras indicaciones para el uso de la anestesia general y sedación, igualmente un paciente joven con dolor agudo, traumatizado, paciente discapacitado psíquicamente ó con retardo mental, aunque presencia de compromisos médicos dificultan la atención ambulatoria para el paciente. Sin embargo podrá recibir la misma atención pero a nivel hospitalario.

Los grupos de drogas usados para la sedación ó anestesia general en el oficio dental son esencialmente los mismos que se usan a nivel hospitalario, estos grupos incluyen las benzodíacepinas (diazepam), barbitúricos (fenobarbital), alcoholes (hidrato de cloral), analgésicos (opioides meperidina), (fentanyl), antibistaminas (difenhidramine, hidroaxina), fenotiazinas (prometazina) y óxido nítrico / oxígeno.

RECURSOS :

- *Instituto Colombiano de la audición y del lenguaje (ICAL)*

Carrera 9 No 122-22

- *Instituto Nacional de Sordos (INSOR)*

Carrera 47 No 65 A 28

- *Instituto Nacional para Ciegos (INCI)*

Carrera 13 No 34- 91



CONCLUSIONES

- *Esta monografía nos da apoyo en el manejo de cada paciente, el cual es completamente independiente ; por lo tanto no podemos establecer una forma de atención generalizada .*
- *Los pacientes discapacitados, dada su condición, son generalmente sobre protegidos por su familia, lo cual los forma en un medio de colectividad diferente con las demás personas.*
- *Con esto se puede afirmar que los pacientes discapacitados, según su clasificación, son aquellos que necesitan de un tratamiento especializado con profesionales que tengan la capacidad de manejar las situaciones que se puedan presentar en el consultorio , con conocimiento y seguridad.*

BIBLIOGRAFÍA :

Clinicas Odontológicas de Norteamérica

*Vol. 2/ 1983 Editorial Interamericana, El Paciente con
Mayor Riesgo.*

Hospital Lorencita Villegas de Santos

Pabellón de Tratamiento Especial.

Mc. Donald, Ralph Dentistry for the Child and Adolescent Fifth

Edición 1998

*Catedráticos Universidad Nacional de Colombia, Facultad de
Odontología, Protocolo de Manejo Estomatológico del Paciente
Pediátrico.*

*Oral Function in the Physically Handycapped with or without
Severe Mental Retardation Greland*

Journal of Children, january 1989

Wesbster, R.C. Def Palate a Tratament Oral Surfi Oral

Med One Path 1980

Salvat, El Libro Guia de la Salud

1992

Cobos, Francisco. Psiquiatria Infantil . Editorial pluma.

Junio de 1980

*O' Donnell, Joseph . Mental Management for Develope Mentally
Disabled Persons in the Comunity.*

Edision segunda 1988

Ingalls, P. Robert, Retraso Mental, La Nueva Perspectiva.

Editorial El Manual Moderno. 1982

Informativo para el Niño Diferente

Complicaciones Clínicas en el Paciente Psiquiátrico

Volumen 2 No 3 Mayo de 1996

Odontología para Niños Minusválidos Físicos y Psiquiátricos

Magnusson Odontopediatría.

Tratamiento Dental para Niños con Problemas Médicos

Robert Cooley, Clínicas de Norteamérica 1983.