

00430  
R

7.0  
20130  
00436

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO**

**X SEMESTRE**

**MANEJO DE PACIENTE CON IMPEDIMENTO FISICO Y/O MENTAL  
EN EL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO**

**Materia:  
Seminario Clínica Adultos**

**Presentado a:  
Dr. JORGE ARANGO MEJIA**

**Presentado por:  
Grupo No.7**

**SANTAFE DE BOGOTA, D.C., JUNIO 2 DE 1994**

**GRUPO No. 7**

**OLGA BARRAGAN**

**SANDRA CARREÑO**

**MARCELA DIAZ**

**CESAR FUENTES**

**ADRIANA MURILLO**

**ANGELICA RIVERA**

**PILAR ROCA**

**ADRIANA RODRIGUEZ**

**SANDRA TRIANA**

**OSCAR VILLAMIZAR**

# 1. MANEJO DE PACIENTE CON IMPEDIMENTO FISICO Y/O MENTAL EN EL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

## 2. INTRODUCCION

Los pacientes con impedimento o limitación física y personas con retardo mental, a pesar de que constituyen una minoría dentro de nuestra población, son para el odontólogo general un verdadero desafío que eludimos con frecuencia por simple aprehensión ante la deformación física o por impotencia ante la ignorancia total del tratamiento.

Esta investigación se originó en la inquietud de averiguar a que tantos obstáculos nos podemos enfrentar cuando a nuestra consulta llega un impedido físico y/o mental.

Nuestras actitudes hacia este tipo de pacientes distan de ser científicas, éticas o simplemente humanas en profesionales de la salud, y confinan a estos pacientes a el terreno de nadie, negándoles de por vida las oportunidades de una rehabilitación adecuada; o se delega

su atención a otros profesionales o instituciones que por ignorar el problema de toda su magnitud se excede generalmente en sus procedimientos, creando de paso impedimentos adicionales que obstaculizan el desarrollo normal del tratamiento.

El conocimiento real, para el tratamiento de estos pacientes, sus posibilidades y sobre todo la oportunidad para el desarrollo de este tratamiento son conceptos que no debería desconocer ningún odontólogo, aunque algunas veces para el mismo odontólogo especializado representen un obstáculo, por eso en estos casos es necesario contar con un equipo de especialistas con mutuo conocimiento de las posibilidades de aporte de cada uno para la solución favorable del caso.

Para la realización del trabajo se enfocó el trabajo hacia 2 instituciones Instituto Franklin D'Roosevelt y el INCI (Instituto Nacional de Ciegos).

### 3. OBJETIVOS

- Fundamentar teóricamente la problemática que para el profesional de la salud oral implica atender a un limitado físico (minusválido o ciego).

- Dar a conocer a nuestros colegas y estudiantes las exigencias y expectativas de este tipo de pacientes.
  
- Mostrar un perfil psicológico del profesional cuando se enfrenta a estos pacientes.
  
- Saber qué programas se han desarrollado o se piensan desarrollar en las diferentes facultades frente a el problema de la comunidad afectada.
  
- Hasta donde se tiene responsabilidad social frente a el problema y que responsabilidad tenemos frente a el Código de Etica.
  
- Presentar pautas de tratamiento y manejo de pacientes aplicables en la facultad de Odontología.

## I. INSTITUTO FRANKLIN D'ROOSVELT

### PARALISIS CEREBRAL

**Definición:** Parálisis que tiene por causa una lesión intracraneal.

Síndrome de disfunción cerebral que incluye tipos de deficiencia mental y epilepsia. Puede afectar la parte motora, neurológica o mixtas, dependiendo la localización de la lesión en el cerebro (depende de la relación clínica - anatómica - patológica).

**Etiología:** Puede ser aparente en algunos casos y haber ocurrido antes, durante o después del nacimiento.

- Hemorragia
- Infecciones virales durante el embarazo
- Anoxia fetal
- Prematurez
- Trauma en el nacimiento
- Kernicterus: forma grave de la Ictericia del recién nacido
- Meningitis tuberculosa
- Familiares
- Casos ideopáticos

**Clasificación:** Parálisis Cerebral de acuerdo al trastorno motor:

- Espasticidad: Este tipo ocurre en más de la mitad, de todos los pacientes paráliticos cerebrales y se debe al daño que afecta los tractos piramidales, resultante en un impedimento de la capacidad para controlar los movimientos voluntarios. Existe un reflejo de estiramiento exagerado y contracciones tendinosas, aumentadas. Hay el aspecto de rigidez muscular severa y el movimiento planeado de un miembro afectado resulta en un reflejo tendinoso hiperactivo.

El niño puede describirse como parapléjico, con ambos miembros inferiores afectados; cuadripléjico o tetrapléjico, con los cuatro miembros afectados; hemipléjico con un brazo y una pierna del mismo lado afectados; y hemiplejia doble, infiere que los cuatro miembros estén afectados, pero los brazos mucho más que las piernas.

- Atetosis: Se caracteriza por movimientos involuntarios frecuentes, a menudo incoordinados, que pueden dar lugar a la aparición de contorsiones. Fácilmente, esto puede resultar en muecas, babeos, defectos de dicción y otros problemas.

- Rigidez: Es un tipo no frecuente en el que hay resistencia al movimiento pasivo aunque este puede a veces

ser superado por la acción rápida. La mayoría de estos niños son defectuosos mentalmente.

- Ataxia: Hay un trastorno en el equilibrio y dificultad para asir objetos. Sentarse erecto puede ser difícil.

- Temor: Afecta todo el cuerpo con movimientos rítmicos constantes, pueden haber otros miembros de la familia afectados.

#### ESTADO BUCAL

- Caries dental: La mayoría de los estudios que se han efectuado sobre la experiencia de caries de estos niños, muestra que es solo ligeramente más elevada que en los controles normales. En el niño parálitico cerebral hay una cifra muy alta para dientes cariados y ausentes y en el niño normal hay un índice más alto de dientes obturados.

- Hipoplasia del esmalte: Hay una incidencia más elevada de hipoplasia del esmalte en la dentición primaria, sobre todo en aquellos pacientes con una historia de premadurez o kernicterus.

- Enfermedad periodontal: Más de tres cuartos de los pacientes paráliticos cerebrales tienen algún grado de

gingivita, siendo la incidencia más elevada en los mayores que en los pequeños. Se presenta más en el grupo espástico y menor en los atetoides. Aquellos pacientes cuyos problemas médicos incluyen episodios convulsivos, pueden estar tomando una de las drogas del grupo dilantina y como resultado se producen casos de gingivitis hipertróficas y una cantidad de afecciones periodontales severas. La higiene bucal en los paráliticos cerebrales suele ser bastante pobre, el problema de mantener una buena higiene bucal en muchos casos en estos niños puede ser muy grande. El despeje bucal con la lengua, labios y carrilos, suele ser anormal, la deglución puede ser difícil y puede ocurrir babeo. Lo mecánico del cepillado dentario puede ser tan difícil como para desanimar al paciente o al padre en su perseverancia.

**Maloclusión:** Los pacientes paráliticos cerebrales tienen una más elevada incidencia de maloclusión que lo habitual debido a la actividad muscular anormal. Puede relacionarse con el grado de tonicidad de los músculos faciales masticatorios o de la deglución y con la función anormal y movimientos involuntarios de las estructuras que influyen de los arcos dentarios.

#### **TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO**

El buen cuidado en estos niños es de vital importancia

porque:

1. Tienen dificultades masticatorias que aumentan con al pérdida de dientes.
2. Muchos de estos pacientes no podrán usar dentaduras por su capacidad muscular.
3. Los problemas fonéticos aumentan por la pérdida de los dientes.

**Tratamiento al paciente:**

**1. Introducción al consultorio:**

- El odontólogo debe buscar información del médico sobre la condición del niño.
- Necesita conocer el tipo de complicación neuromotriz y su gravedad, cualquier historia de convulsiones, terapias con choque, otros defectos visuales o auditivos, y una estimación de su nivel de inteligencia.
- El acercamiento debe ser amistoso y simpático pero firme y con plena confianza.
- El objetivo debe ser un trabajo en equipo entre el odontólogo y el niño, haciendo éste su parte y dándose cuenta cabal de ello.

**2. Postura:** Muchos de los pacientes paráliticos cerebrales

pueden sentarse en el sillón dental, pero éste debe inclinarse hacia atrás de manera que haya sensación de mayor seguridad en cuanto a no caerse hacia adelante. En algunos casos puede necesitarse de una auxiliar, junto al sillón para controlar los movimientos de la cabeza, cuando el odontólogo esté trabajando frente al paciente. Si está trabajando desde atrás puede lograr el control sosteniendo la cabeza entre su brazo izquierdo y el cuerpo quedando libre su muñeca y su mano. Otros pacientes son controlados más fácil si se sientan en el regazo de un padre o una auxiliar. El niño se sienta en la rodilla de una persona con sus piernas entre las de ella para controlar si es necesario. Se inclina hacia atrás con su cabeza inclinada en el hombro de quien le ayuda y es sostenido tranquilamente con los brazos de la auxiliar alrededor del cuerpo y brazos del niño.

El uso de tiras de retención para soporte es aconsejable firmemente para algunos, pero condenado para otros.

#### EXAMEN

1. Debe estimularse al paciente para que se relaje.
2. Explicar y demostrarle todas las acciones propuestas.
3. No realizar movimientos repentinos.

4. En el paciente espástico, el intento de abrir la boca, puede producir una contracción muscular interna, pero si el odontólogo le enseña a hacerlo con presión suave puede vencer esa contracción.

5. No hay que poner los dedos entre los dientes en los casos en que los maxilares pueden contraerse.

6. Hay que tener cuidado en la colocación de un explorador agudo para que si se cierra, hacer intempestivamente, la punta no constituya un riesgo para los tejidos blandos.

7. Las películas radiográficas son difíciles de ubicar, y mantener sin movimiento y quizás habrá que omitirlas.

8. Al paciente hay que permitirle descansos frecuentes de la posición de la boca abierta.

9. Es de gran importancia el eyector de saliva o suctor, son esenciales para limpiar rápidamente el campo de restos, ya que no le es factible enjuagarse la boca.

Si bien la mayoría de los paráliticos cerebrales puede ser tratado con buen éxito en esta forma, hay una cantidad en quienes esto no es posible por razones físicas o emocionales. Como alternativa, toda la conservación puede hacerse bajo anestesia general, este es el método preferido sobre todo para el tratamiento inicial porque se

elimina una larga serie de visitas y el niño queda con su problema dental resuelto.

Al niño afectado ligeramente se le puede concurrir como a un paciente normal en el consultorio, mientras, aquellos que son severamente impedidos física y mentalmente como para estar internados en instituciones especiales solo son adecuadas para extracciones y un buen cuidado con relación a su higiene bucal y es a quienes se encuentran entre esos dos extremos, que debe dirigirse la atención odontológica especial. Si el niño está en condiciones de asistir a un centro o a una escuela, entonces se le puede ayudar.

El niño con algún grado de complicación en la cabeza o en el cuello, presenta gran problema para la atención odontológica.

## MANEJO PSICOLOGICO DEL PACIENTE CON PARALISIS CEREBRAL

En primera instancia el manejo psicológico de estos pacientes varía de acuerdo a su problema, a su edad, su sexo, a el apoyo familiar y al nivel socio-cultural y económico de su familia. Sin embargo, los problemas más relevantes y comunes en estos pacientes son la disminución de su autoestima, depresión, irritabilidad y ansiedad; y es allí sobre estos síntomas donde actúa directamente el manejo psicológico.

Y cómo se inicia ?

- Permittedo a el niño o paciente su expresión, mediante el juego, el dibujo o diferentes actividades que le permitan manifestar sus sentimientos.
- Brindándole información de su tratamiento Odontológico, en una forma didáctica.
- Integración en grupo con pacientes del mismo nivel o problema.

- Trabajo con la familia brindando información y educación sobre el manejo de los pacientes así como la concientización del problema.
- Estimulación cognocitiva y apoyo emocional. A nivel de manejo del dolor se incurren a la relajación e hipnosis, distracción cognocitivas o en casos severos anestesia general que es manejada a nivel individual.

#### MANEJO MEDICO DEL PACIENTE CON PARALISIS CEREBRAL

Dr. CARLOS FRANCISCO RINCON

"Instituto Franklin D'Roosevelt, Médico Cirujano Neurofisiólogo, medicina física y rehabilitación.

La primera dificultad que encuentro es el manejo psicológico, su comportamiento, su estado emocional, su deficiencia por su incapacidad, su minusvalía ante personas de su misma edad, incapacidad para afrontar los retos, la discriminación social.

Para el manejo de estos pacientes se exige por parte del cuerpo médico, una instrucción académica, vocación y una interacción multidisciplinaria. En el Instituto atendemos a un paciente de una forma integral.

Cuando el paciente llega se le hace una valoración, se le prestan los servicios que necesite con urgencia y después si lo requiere, se le prestan los servicios de cirugía ortopédica, Terapia física, ocupacional, fonoaudiología, asistencia pre y postoperatoria, Educación Especial, recreación, odontología, trabajo social.

Aquí no se hospitalizan pacientes odontológicamente sino médicamente y si necesita atención odontológica se le presta.

La estadía de un paciente puede ser larga o corta dependiendo de su patología y rehabilitación".

**MARTHA HELENA HURTADO**

Instituto Franklin D'Roosvelt

Recreación Terapéutica

Jefe del Servicio

"Aquí manejamos al paciente en grupo e individualmente enfocamos el tratamiento al desarrollo de sus habilidades". De acuerdo a sus necesidades y del medio en que se desenvuelven

## II. INCI

### Invidentes.

Nuestro grupo realizó una investigación al Instituto Nacional de Ciegos INCI el día 11 de Mayo del presente año. Allí nos entrevistamos con el Psicólogo HECTOR JULIO CASTANEDA y con el Señor WALTER BRIZNA, los cuales nos comentaron los objetivos del Instituto. Es que es un ente asesor a las personas con limitación visual tanto en el campo laboral, integración de primaria y secundaria, asesoría psicológica a niños y adultos, tutoría.

En el INCI no hay atención médica ni odontológica, solamente hay ayuda psicológica y de rehabilitación. Hacia una semana el INCI se conectó con la Universidad Nacional, específicamente con la facultad de Odontología para reservar prácticas odontológicas en pediatría, por eso no nos fue posible buscar una conexión real, enfocada hacia una extramural o cualquier otra actividad odontológica con el C.O.C.

### TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Definición: Ceguera o pérdida visual, puede ser de origen prenatal, peri-natal o post-natal y deberse a problemas de desarrollo, infecciones, traumatismo o envenenamiento con

oxígeno. Pero estos niños son mentalmente normales y deben ser tratados como tales.

#### TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO PROPIAMENTE DICHO

Los niños con ceguera debido a daño cerebral no deben recibir anestesia general, salvo que el especialista a cargo del paciente la haya aprobado, pues en algunos la anoxia puede causar daño. Aparte de esto no hay contraindicación para el tratamiento odontológico normal.

El aspecto impaciente de la atención odontológica de los niños ciegos es el manejo que el odontólogo hace al paciente. Nunca hay que demostrar que es en ninguna forma diferente a los demás niños y debe parecer que se le trata como normal. En realidad, por supuesto, debe variarse el acercamiento habitual de manera que el niño pueda apreciar qué está sucediendo y esto se hace por descripción y sentido del tacto. No se le pone en el sillón dental como si fuera incapaz de hacerlo por sí mismo, sino que se colocan sus manos sobre los brazos del sillón y se le deja sentarse solo: en la primera visita querrá sentir el sillón para comprobar como es, y una explicación de las partes ayuda a establecer cómo es. Como se sigue aplicando la regla de que nada debe hacerse a un niño en forma inexplicada, todos los procedimientos deben ser precedidos

por un cuadro verbal y si es razonable se le debe permitir que sienta algunos de los instrumentos. Cada vez que nos acercamos a la boca hay que avisarle al paciente que se le va a hacer, esto no tiene que llevar mucho tiempo, ya que las explicaciones no serán prolongadas y se efectúan mientras se está realizando el trabajo.

## PROPUESTAS

1. Adecuación de las instalaciones de las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano del centro para la adecuación de uno del tercer piso de la clínica de la Calle 13 No.9-56, necesitaríamos dividir para 4 consultorios.

Factores a tener en cuenta: -

a. Las áreas del consultorio deben ser amplias, ya que los niños sufren aprehensión y ansiedad.

b. La disposición de Instrumental y Materiales debe ser lo más cercano posible al operador y paciente.

c. La asistencia de un auxiliar es necesaria.

d. La succión del eyector debe ser potente.

e. En los sillones deben existir tirantas para los pacientes que requieran una estabilidad mayor.

f. Decorar el consultorio con colores fuertes y figuras alegres, ya que la mayoría de pacientes son niños y debemos tratar de llamar su atención.

g. El ingreso del paciente a las instalaciones de la clínica debe facilitarse con rampas ubicadas a la entrada de la clínica y al piso.

2. En el Instituto Franklin D'Roosevelt por sus instalaciones, por la colaboración del personal que allí trabaja y lo más importante que debemos tener en cuenta es que el paciente que el Instituto maneja es un paciente atendido integralmente y generalmente son pacientes de condiciones sociales y económicas muy bajas. Por todo esto pensamos que lo mejor sería hacer un desplazamiento del cuerpo odontológico hacia las instalaciones del Instituto, así como funcionan las clínicas extramurales de la Universidad.

Las puertas del Instituto quedan abiertas para cualquier tipo de propuesta, siendo la mejor para ellos la de la clínica extramural.

La persona con la que pueden hacer la conexión es con el Coordinador de Relaciones Públicas, señor EVER VIRVIEZCAS.  
Tel.341 11 11.

3. Dejar el esbozo de un folleto informativo en el cual de una forma clara y concreta, se explique el manejo del paciente invidente y minusválido.

Dejamos a su disposición esta información y la decisión de modificarlo o no y reproducirlo o no. Daría una orientación a nuestros compañeros y docentes, para un mejor manejo de este tipo de pacientes.

## CONCLUSIONES

- Un paciente limitado físicamente (minusválido, ceguera, polio), no tienen ninguna contraindicación y será manipulado odontológicamente como un paciente normal y es nuestra obligación atenderlo.
- Es importante tener en cuenta al tratar a un limitado mental tener la seguridad de que el equipo esté en un perfecto estado y que es imprescindible el manejo, ayudado de una auxiliar.
- La posibilidad de tener el instrumental, los equipos y el material cerca con un diseño apropiado del consultorio es muy importante.
- Concluimos que el colegio podría estudiar la posibilidad de realizar una clínica extramural en el Instituto Franklin D'Roosevelt y de instalar una clínica especial para limitados físicos, mentales y ciegos en el C.O.C. para así dar una posibilidad de capacitar a los estudiantes para el manejo óptimo de un paciente limitado

elevando aún más la calidad de nuestros profesionales  
21 colegiales.

- Fue importante para nosotros la experiencia de los  
profesionales de la salud con pacientes limitados en un  
folleto que sirva para dar una pauta a los odontólogos que  
en algún momento pueda llegar a tratar un paciente  
limitado.

