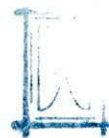


T.O.
1/16



COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE CENTRO

T0480

"MANEJO ODONTOPEDIÁTRICO DE PACIENTES DISCAPACITADOS"

YANETH GALEANO SANCHEZ
LIGIA ESPERANZA CHACON CONTRERAS
PIEDAD ROCIO SANTOS DELGADO
SORAIDA VASQUEZ CHISINO
NIDIA MORENO GARZON
DIANA CERQUERA PASTRANA

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
SANTAFE DE BOGOTA, D.C. 1995

"MANEJO ODONTOPEDIATRICO DE PACIENTES DISCAPACITADOS"

YANETH GALEANO SANCHEZ	882025
LIGIA ESPERANZA CHACON CONTRERAS	891014
PIEDAD ROCIO SANTOS DELGADO	891031
SORAIDA VASQUEZ CHISINO	891075
NIDIA MORENO GARZON	891098
DIANA CERQUERA PASTRANA	892069

*Monografía para optar al
título de Odontólogas*

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

SANTAFE DE BOGOTA, D.C. 1995

AGRADECIMIENTO

A todas aquellas personas que de alguna manera hicieron posible la realización de este trabajo.

DOCTORA LENOR CHISINO. Odontóloga Universidad Nacional. Director del Departamento de Odontología del Hospital La Samaritana.

DOCTOR CARLOS AUGUSTO BEDOYA. Odontólogo Universidad Javeriana. Profesor cátedra de patología general.

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

Es poco lo que podemos expresarle a quienes con su esfuerzo, cariño y ayuda desinteresada lograron hacer de nosotras unas profesionales.

tan solo podemos decirles, gracias padres por habernos dado la oportunidad de ser, unas personas útiles a la sociedad a la cual sin duda nos dedicaremos.

AUTORIDADES ACADEMICAS

*A todo el cuerpo docente de la Facultad de Odontología del
Colegio Odontológico Colombiano en especial a:*

Dr. Jorge Arango Tamayo

Dr. Jorge Arango Mejia

Dr. Javier Barragan

Dr. Carlos Castro

Dr. Fredy Osorio.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	4
1. JUSTIFICACION	6
2. OBJETIVOS	6
2.1 GENERALES	6
2.2 ESPECIFICOS	6
3. MANEJO ODONTOPEDIATRICO DE LOS PACIENTE DISCAPACITADOS SENSORIALMENTE	7
3.1 DEFINICION	7
3.2 NIÑOS DISCAPACITADOS EN LA SOCIEDAD	7
3.2.1 Problema con la familia	9
3.3 FACTORES DE RIESGO	12
3.3.1 Dieta	12
3.3.2 Función muscular	12
4. DISCAPACIDADES SENSORIALES	14
4.1 CEGUERA	14
4.1.1 Consideraciones a tener en cuenta para la atención odontológica	14
4.2 SORDERA	15
4.2.1 Consideraciones a tener en cuenta para	

<i>la atención odontológica</i>	16
4.3 NIÑOS SORDOS Y CIEGOS	16
4.3.1 <i>Consideraciones a tener en cuenta para</i> <i>la atención odontológica</i>	17
5. DISCAPACIDADES FISICAS	18
5.1 EPILEPSIA	18
5.2 VICTIMAS DE ACCIDENTES	21
5.2.1 <i>Consideraciones especiales para la atención</i> <i>odontológica</i>	21
6. TRATAMIENTO	22
6.1 PREVENCIÓN	24
6.2 DIETA Y FLORUROS	26
6.3 ATAQUES EN EL CONSULTORIO	27
6.4 ANDAR	28
6.5 LENGUAJE	28
6.6 OÍDOS	31
6.7 OJOS	32
6.8 ANALGESIA CON ÓXIDO NITROSO	32
CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFIA	38

INTRODUCCION

Actualmente estamos afrontando un problema que se presenta en todas las sociedades de nuestra comunidad, como lo es la discapacidad infantil, es por eso que debemos formar una mayor conciencia en cuanto a las responsabilidades y en los planes de tratamiento a ejecutar.

La profesión odontológica está afrontando el problema de manera individualizada y no solo desarrolla el tratamiento conforme al problema de salud oral sino que también lo ejecuta de manera igual que el paciente infantil normal.

Nosotros como futuros profesionales de Salud Oral, queremos dar a conocer no solo los problemas dentarios sino las restricciones del niño discapacitado tanto en la evolución psicológica médica, sociológica acompañados de sus problemas físicos.

1. JUSTIFICACION

En el transcurso del tiempo con nuestra experiencia hemos observado la deficiencia del odontólogo al no cubrir todos los problemas del manejo del paciente discapacitado, que cada día se ve más afectado.

Debemos brindarle beneficios y comodidades adecuadas y poder aplicar los últimos avances en odontología.

2. OBJETIVOS

2.1 GENERALES

Lograr una mayor eficiencia en el tratamiento del paciente discapacitado con una interacción multidisciplinaria y obtener una mayor capacitación a nivel general

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- *Conocer instituciones que prestan el servicio al paciente discapacitado.*
- *Dar a conocer un caso clínico específico para estos paciente.*

3. MANEJO ODONTOPEDIATRICO DE LOS PACIENTES DISCAPACITADOS SENSORIALMENTE

x 3.1 DEFINICION

Se conoce como Niño Discapacitado, a los niños con enfermedades crónicas, afecciones congénitas o anormalidades que interfieren en el desarrollo mental y físico.✧

Discapacidad - Restricción o falta de epidermiología, capacidad para realizar una actividad en forma oral para todo ser humano, debido a un deterioro.

Esta discapacidad es una desventaja para el individuo y requiere de una intervención integral médica, educativa, social, sicológica y dental.

3.2 NIÑOS DISCAPACITADOS EN LA SOCIEDAD

Cuando en una familia existe un discapacitado, toda la

familia resulta afectada, existe un sentimiento de culpa, enojo, remordimiento, indefensión e incertidumbre, conllevan a tensiones emocionales, físicas y financieras.

Toda la familia es influenciada en cierta forma: por ejemplo una madre se ocupa del niño discapacitado y abandona las aspiraciones profesionales.

A temprana edad un niño discapacitado advierte que es diferente por la plena comprensión de la situación vital (1 a 19 años), esta es una depresión mental. Durante nuestra adolescencia pueden atravesar períodos difíciles, rechazar los tratamientos y reaccionan de diferente forma al hecho de ser diferentes, por ello necesitan de asistencia psicológica.

1. Tratamiento: Se necesita inspección multiprofesional.
- ✕2. Para evitar enfermedades dentales en los niños discapacitados es necesario atenderlos en forma precoz. ✕

Muchas entidades podrían derivar al niño a los servicios odontológicos, si conocieran las consecuencias sobre salud oral y varios tratamientos y medicamentos

Es importante que nosotros como profesionales tomemos una actitud ante los discapacitados y una reacción inmediata.

3.2.1 Problema con la familia.

El ambiente emocional del hogar del niño disminuido suelen tener más importancia para su adaptación que el propio tratamiento médico, por tanto la familia debe llegar a comprender sus propios sentimientos y satisfacer sus necesidades. siempre se les debe ofrecer algo constructivo que puedan hacer.

La reacción de los padres ante un niño con estos problemas depende de cómo crean que ello va a afectar a su competencia, su posición social, y sus proyectos para el futuro. Casi todos los padres tratan en principio de ignorar la realidad, sobre todo si el niño presenta las deformidades físicas.

A la negación suelen seguir la frustración, la desorganización, las acusaciones y las dudas; los temores y la ansiedad para el futuro llegan a ser abrumadores. En esos momentos es especialmente necesario dar explicaciones claras, respaldar y orientar a la familia. Al irse organizando las defensas paternas, aparecen el rechazo, la hostilidad y los intentos de responsabilizar a alguien. Si



el médico no es consciente de que los padres pueden proyectar sus sentimientos de culpa contra él, no estará preparado para reaccionar con la debida paciencia y comprensión, y puede sentirse herido-. Si no funciona la comunicación y los consejos no sirven de nada, se produce una reacción de rechazo y los padres empiezan a buscar la opinión de otros médicos. Con frecuencia, la participación de los padres en grupos de discusión con otros en su misma situación les da la oportunidad de compartir sus sentimientos o de enterarse de la verdadera situación de su hijo.

La capacidad del médico para dar una imagen de verdadero interés profesional por el niño y por la situación de la familia suele marcar la diferencia entre la participación activa de la familia y su rechazo de todo apoyo. Dependiendo de su madurez y su capacidad emocional, se puede ayudar a la familia a afrontar de forma realista y positiva las necesidades futuras de su hijo. Los padres y demás familiares deben valorar y revisar conjuntamente los progresos del niño y participar de forma activa en el tratamiento del mismo.

Si la familia no puede aprobar o aceptar recomendaciones que se le hacen (aunque sean las más idóneas), o si no se

puede disponer de los servicios sociales recomendados, se deben buscar alternativas. Se puede recurrir a la discusión individual o en grupo de los problemas del tratamiento. Nunca se ha de subestimar la ayuda que puede prestar la iglesia a las familias en momentos difíciles.

Los problemas son tan variados como las personas implicadas. La mayoría de los padres, independientemente de la situación se sienten culpables: conviene resolver este problema para evitar que surjan posturas de autosacrificio, excesiva protección o rechazo del niño. Casi todas las familias tienen sentimientos ambientales, que van desde la hostilidad manifiesta hasta la indulgencia más excesiva. Muy a menudo el niño incapacitado es el factor desencadenante de crisis matrimoniales que, básicamente no guardan relación con él.

Al ir creciendo los niños tienen que hacer ajustes que de otra forma no serían necesarios, debidos a su prolongada dependencia, van adquiriendo mucha importancia los problemas de aislamiento social, escolarización, desarrollo sexual y, a veces el comportamiento poco agradable del niño.

3.3 FACTORES DE RIESGO

3.3.1 *dieta*

Los niños con limitaciones físicas, problemas para succión, masticar, disfunción muscular, etc, pueden demorar con cada comida una hora o más, y son comunes los alimentos líquidos o líquidos cariogénicos. La comida es mantenida hacia abajo, largo rato, antes de ser ingerida, y en ciertos estados que necesitan las dietas con calorías especiales.

Muchos niños discapacitados también presentan disnea crónica y para tratar estas situaciones se usa a menudo medicamentos edulcolorados, compotas, frutas secas, bebidas, etc., y a los niños, se les recomienda ingerir bastante líquidos para evitar daños renales y para un niño ingiera lo suficiente, los padres recurren a bebidas azucaradas.

3.3.2 *Función muscular:*

La hipotomía y la paresia influyen en la salivas y producen babeo, problemas de masticación, retención de comida y reducción de autolimpieza en la cavidad oral, y también pueden tomar difícil la limpieza de los dientes, la hiperfunción produce amplio desgaste de los dientes por bruxismo.

Los medicamentos edulcolorados a largo plazo y muchas drogas que en la saliva aumentan la susceptibilidad a las caries.

★ 4. DISCAPACIDADES SENSORIALES

Los niños con discapacidades sensoriales como |ceguera, |sordera, | pueden presentar conceptos y perspectivas muy diferentes al resto de las demás. Es importante tomar gran consideración al tratamiento de los niños.

† 4.1 CEGUERA

La ceguera puede ser producida por agresiones prenatales como infecciones al principio de la gestación, como rubéola y también puede estar presente como uno de los síntomas de diversos síndromes.

las causas postnatales pueden ser: prematurez, tumores, traumas a consecuencia de ciertas enfermedades. \

† 4.1.1 Consideraciones a tener en cuenta para la atención odontológica.

Como la visión restringida, se debe una tener una comunicación verbal amplia e integral.

A menudo hay que permitirle tocar con sus manos y oler los objetos de manera que pueda familiarizarse con ellos. Es importante dedicarles un tiempo para que se familiaricen antes de empezar el tratamiento.

En algunos casos la causa de la ceguera como infección, prematuridad, también puede haber afectado la mineralización de los dientes porque en los primeros años de vida del niño, es importante las visitas bimestrales para un tratamiento profiláctico a causa de las anomalías dentales y problemas de comunicación.*

*4.2 SORDERA

La causa se puede deber a trastornos genéticos, infecciones prematuras, incompatibilidad sanguínea o trauma. En el 50% de los casos la causa es hereditaria.

La mayoría de los niños sordos tienen problema en el habla, aunque en ocasiones con ayuda del lenguaje de signos y con lectura de labios, algunos chicos pueden desarrollar con el tiempo una comunicación adecuada.

4.2.1 Consideraciones a tener en cuenta para la atención odontológica

Al comunicarse con un paciente sordo, es importante hablar con lentitud y claridad, con buenos movimientos de los labios, de esta manera por lo general el niño entenderá lo que se le dice.

Procurar hablarle directamente. Si el odontólogo usa del contacto regularmente con más niños sordos, le será útil aprender algunos signos para comunicarse. Las figuras son también recursos muy importantes para informar a estos niños.

No hay problema dental específico asociado niños con sordera, pero hay informes que tienen incidencia de hipodoncia.

*Si el niño tiene una audífono es mejor apagarlo durante los períodos ruidosos del tratamiento.**

4.3 NIÑOS SORDOS Y CIEGOS

Estos niños tienen problemas serios, cuando estos dos sentidos faltan, es muy difícil percibir lo que ocurre alrededor, ya que el niño ciego desarrolla al máximo la

audición y el niño sordo lo que desarrolla es la visión.

Causa: prematurez, rubéola, algunos síndromes.

4.3.1 Consideraciones a tener en cuenta

Algunas de ellas pueden oír un poco con ayuda de audífonos, o ver los suficiente para interpretar el lenguaje de signos con unas condiciones óptimas: buena luz, colores contrastantes y una distancia adecuada para comunicarse.

De otra manera la comunicación se puede hacer por medio de signos de palma de mano.

Se debe tener un contacto directo a través del tacto, ya que para la sensación es muy positivo a importante para establecer confianza en la terapia y tratamiento.

5. DISCAPACIDADES FISICAS

Causas:

Diversas afecciones hereditarias o progresivas.

Accidentes

Varias enfermedades a raíz producen discapacidad física.

5.1 EPILEPSIA

La epilepsia es un trastorno convulsivo caracterizado por ataques de inconsciencia o conciencia parcial y, a menudo, espasmos musculares. Se ha atribuido a muchas causas variables desde entidades directas y como una lesión cerebral o encefalitis hasta los más remotos defectos genéticos.

Aunque se puede diagnosticar clínicamente la epilepsia por la observación del ataque o por una historia de ataques, se usa el electroencefalograma para complementar ese diagnóstico y para determinar además cuándo del cerebro y qué parte está involucrada en la energía anormal liberada

por las neuronas cerebrales.

Se describen dos tipos de epilepsia de acuerdo con la etiología, a saber, sintomático e idiopática.

La firma sintomático corresponde a la de ataques que son síntoma de alguna enfermedad o se debe a una lesión estructural del cerebro. En la epilepsia idiopática, los ataques no son secundarios a ningún otros trastorno. La víctima no tiene lesiones estructurales del cerebro por traumatismos o procesos patológicos. A la epilepsia idiopática se le conoce también como genuina o esencial.

También se puede clasificar la enfermedad según los tipos de ataques. Se suele describir dos categorías de ataques: submaximos y máximas. Los ataques submáximos, conocidos también como epilepsia parcial o focal, pueden adoptar muchas formas que van desde contracciones musculares, ira, impedimento o pérdida de la conciencia, fiebre, etc. Han sido descritas diversas formas de epilepsia submáxima: incluyen petit mal, variante del petit mal, psicomotora focal, jacksoniana, talamica e hipotalámica.

En caso de que un paciente epiléptico experimente un ataque se deben observar ciertas precauciones.

1. *No tratar de detener el ataque o revivir al paciente.*
2. *No restringir las movimientos del paciente, pero si evitar que se caiga o lesione.*
3. *Si monitorear la respiración del paciente, particularmente en casos de salivación incrementada o vómitos. Pero no intentar forzar las mandíbulas apretadas.*

Por su carácter o preparación algunos odontólogos no sirven para tratar a los niños discapacitados y a sus familias. para conseguir una buena asistencia hace falta mucho tiempo y muchos niños e incluso padres no cooperan, no aprecian la ayuda o adoptan a veces una actitud negativa. Hay que pasar mucho tiempo con aquellos padres cuyas reacciones emocionales necesitan más atención que el propio niño. Sin embargo, el médico que va más allá del tratamiento estricto del trastorno puede ayudar a os niños incapacitados y a sus familias a vivir mucho mejor.

Los odontólogos pueden sentirse inútiles porque los problemas parecen demasiado complejos e insolubles, o superan sus posibilidades de actuación. Deben ser capaces de conocer sus posibles actitudes negativas, prejuicios y limitaciones, y sobre todo, deben ser capaces de recurrir a otros profesionales o especialistas y de emplear otros

recursos sociales sin dejar de actuar como odontólogo de cabecera.

5.2 VICTIMAS DE ACCIDENTES

Cuando un accidente origina discapacidad, por lo general, la lesión afectó la médula espinal o el encéfalo. La lesión de la parte inferior de la médula espinal cervical puede producir tetraplejía. El grado de discapacidad depende de que parte del sistema nervioso haya sido lesionado.

5.2.1 Consideraciones especiales para atención odontológica

En las lesiones cerebrales puede desarrollarse una alteración en la coordinación motora oral, por ejemplo, con problemas para comer y desarrollo de maloclusión. La capacidad del paciente para realizar su higiene dental puede estar limitada y a menudo resulta útil un cepillo eléctrico. Las víctimas de accidente con discapacidad severa pueden necesitar limpieza profesional de sus dientes y tratamiento preventivo, en sesiones tan cercanas entre sí, cada dos semanas.

6. TRATAMIENTO DEL NIÑO DISCAPACITADO

El tratamiento del niño discapacitado cae dentro del ámbito de todo odontólogo que esté dispuesto a brindar su paciencia y su comprensión a la práctica profesional. Por fortuna, estos niños no constituyen una proporción grande de la población, pero a causa de este mismo hecho a veces olvidamos los detalles de los trastornos que aquejan a cada uno.

En nuestra experiencia juzgamos a la mayoría de estos pacientes como muy agradecidos y, dentro de las fronteras de su limitación física, muy colaboradores. Claro que hay notorias excepciones, pero algunas de las más placenteras relaciones de dentista y paciente se han desarrollado al tratarlos. Algunos niños discapacitados es innegable que son difíciles y nada colaboradores. En general, se les protege por demás en su hogar, no entran en las relaciones habituales de la infancia, y por lo tanto, pueden resultar temerosos en el consultorio dental. Hay que destacar, empero, que las diferencias en las respuestas entre el niño

normal y el niño discapacitado no son marcadas.

A veces hay odontólogos que evitan tratar a personas física o mentalmente anormales porque como profesionales se sienten emocionalmente afectados. Esta actitud no está fuera de lo común y es comprensible.

El tratamiento de los niños discapacitados requiere ciertas modificaciones en nuestros modos habituales de pensar y presupone algún conocimiento de la naturaleza de una determina enfermedad. Cuando estos dos requisitos coinciden, el tratamiento resulta más simple y lleva a un sentimiento definido de misión cumplida por parte del odontólogo

Los niños discapacitados pueden tener mayor necesidad de atención odontológica preventiva. Las personas con determinada discapacidad pueden desarrollar también lesiones en la mucosa oral, que requieren programas preventivos especiales.

las recomendaciones para un programa de cuidados preventivos no están destinadas sólo al niño discapacitado (y sus padres), sino que pueden extenderse también a otros profesionales de la salud, maestros, personal de cocina de

instituciones, parientes y organizaciones civiles.

Es importante establecer buen contacto entre el personal médico y odontológico. Por ejemplo, odontólogos e higienistas dentales pueden efectuar visitas regulares a la sala de pediatría de hospitales e instituciones donde los niños permanezcan internados mucho tiempo a los fines de promover la higiene oral y brindarle tratamiento preventivo a los pacientes.

6.1 PREVENCIÓN

El tratamiento empieza con una valoración funcional del niño y unas explicaciones comprensibles a los padres. El tratamiento debe comprender los mismos servicios asistenciales prestados a todos los niños. Manteniendo el contacto e interesándose por el niño y su familia, el odontólogo puede elaborar un plan realista y revisarlo periódicamente. El objetivo final es el de conseguir que el niño se desarrolle tanto como sea posible y pueda integrarse en la sociedad y valerse por sí mismo en la medida en que las circunstancias lo permitan. Los objetivos inmediatos deben ser suficientemente realistas y alcanzarlos, ya que los fracasos desaniman mucho, mientras que los éxitos y las alabanzas alientan y motivan para

seguir adelante.

Con frecuencia los niños incapacitados suelen tener escasas oportunidades para vivir las experiencias que son la base del aprendizaje y el desarrollo normales, por tanto, hay que esforzarse especialmente en procurar las experiencias adecuadas a cada etapa del desarrollo. Se deben proporcionar a estos niños oportunidades para aprender, para relacionarse con los grupos y la sociedad y para alcanzar la autodisciplina adecuada.

El desarrollo óptimo del niño exige una serie de estímulos sensoriales y de relaciones estrechas, afectuosas y estimulantes con los padres desde el momento del nacimiento. es especialmente importante recomendar a estos padres que favorezcan desde el principio los estímulos y relaciones con la sociedad y el entorno.

Se debe buscar un equilibrio entre el exceso de estimulación y el exceso de protección. La indulgencia, o la protección desproporcionada pueden privar al niño de una serie de experiencias normales, como llegar a conocer los límites habituales del comportamiento aceptable y la disciplina mediante el autocontrol. Hay que hacer todo lo posible para limitar la incapacidad secundaria en el

desarrollo de la personalidad, que puede llegar a ser más importante que la deficiencia original.

Por encima de todo, el odontólogo debe ayudar al niño a tratar de llegar una vida feliz. Se debe hacer todo lo posible para que el niño y sus padres comprendan el problema, e intervengan en la planificación del tratamiento y en la adopción de decisiones. Un buen profesional se tomará el tiempo que haga falta para explicarle al niño (de forma que pueda entenderlo) por qué es diferente, qué es lo que le van a hacer y por qué. También ha de explicar la situación y la conducta del niño a los que están en contacto con él.

6.2 DIETA Y FLORUROS

Los principios dietéticos básicos son iguales para todos los niños, sean sanos o discapacitados. En pacientes con secreción salival reducida o con mecanismo de autolimpieza de la cavidad oral deteriorada, los padres o quien los cuide deben prestar especial atención a la dieta. Ciertas restricciones son necesarias, pero cabe advertir a aquellas personas que la prohibición total no es conveniente. Los medicamentos y las bebidas edulcoradas son un importante problema en muchos niños enfermos.

Si las medicinas edulcoradas no pueden ser reemplazadas por drogas equivalentes sin azúcar, se recomienda tomar medidas junto con las comidas. Los padres pueden haber oído que los niños deben tomar mucho para evitar la deshidratación o el daño renal provocado por medicamentos. Si el niño no acepta el agua, se aconsejan bebidas exentas de azúcar entre comidas.

Los niños con deterioro de la función muscular pueden retener alimentos en la boca durante largo tiempo después de la comida. En esos casos se aconseja tomar un vaso de agua después de cada comida.

6.3 ATAQUES EN EL CONSULTORIO

Si el paciente había manifestado una historia de epilepsia y de pronto se torna pálido, se dilatan sus pupilas, giran sus ojos y vuelve la cabeza a un lado, se insertará entre sus dientes una cuña de goma o de madera y se le mantendrá en esa posición para evitar que se muerda la lengua, lo que podría derivarse de las contracciones tónicas y luego crónicas de los músculos de la masticación. Los metales u otros objetos duros no pueden ser colocados entre los dientes porque ello podría causar su fractura.

En muchas ocasiones, el lugar más seguro para un paciente con ataque es el suelo en un espacio abierto, libre de paredes y muebles, donde pueda permanecer sin provocarse ningún traumatismo.

6.4 ANDAR

Cuando el niño entra en el consultorio dental, el odontólogo o la persona que lo examine puede apreciar rápidamente su andar, y ver si este es normal o afectado. Probablemente, el andar anormal más común es el de un niño enfermo que camina con inseguridad debido a su debilidad. Otros tipos de andar son los de tipo inseguro hemipléjico, tambaleante, de balanceo y atáxico. Cuando se observa este tipo de andar en el niño habrá que hacer una valoración cuidadosa. Puede interrogarse a la madre sobre cualquier cambio reciente que haya observado en el andar del niño.

6.5 LENGUAJE

El desarrollo del lenguaje depende de la capacidad que tiene uno de reproducir sonidos que ha escuchado; por ejemplo, los niños muy pequeños con problema de audición graves pueden tener desarrollo del lenguaje anormalmente lento. Entre las edades de 21 y 24 meses, los niños

empiezan a usar frases. Entre los dos y tres años generalmente empiezan a hablar con oraciones completas. Debe recordarse que hay gran variación, considerada normal, en cuanto a la edad en que pueden ocurrir estas etapas. La conversación del niño con la ayudante o con el odontólogo permite hacer una estimación informal de su lenguaje.

Hay que considerar cuatro tipos de trastornos del lenguaje: 1) afasia, 2) lenguaje retardado, 3) tartamudeo, y 4) trastornos articulatorios del lenguaje.

La afasia motriz es rara y generalmente denota pérdida del lenguaje como resultado de algún daño al sistema nervioso central.

Retrasos en el lenguaje pueden tomarse en consideración si el niño no habla cuando llega a los tres años. Algunas causas de retraso del lenguaje son las siguientes: pérdida de la audición, retraso intelectual, retraso de desarrollo general, enfermedades graves prolongadas, defectos sensoriales, falta de motivación y estimulación inadecuada del medio. Los niños demasiado dependientes de sus padres y los que padecen una lesión neurológica también pueden ser muy lentos en el lenguaje.

Un patólogo especialista en lenguaje puede ayudar a determinar la etiología y el tratamiento necesarios en los casos en que se sospeche que existen trastornos del lenguaje. El consultar al especialista rápidamente puede en muchos casos significar para el niño, la diferencia entre tipos de lenguaje normales y anormales futuros.

El tartamudeo, o lenguaje repetitivo, ocurre en casi todos los niños en algún período, antes de ir al colegio. preocuparse demasiado o aprensión excesiva por el lenguaje del niño puede impedir su fluidez normal. El tartamudeo es más común en los niños que en las niñas. La tensión psicológica juega una papel importante en el desarrollo y la persistencia de este problema. El "amontonamiento" es un tipo de lenguaje poco corriente, que se caracteriza por repetición de palabras o frases, comienzos erróneos, cambios en la dirección de la frase a la mitad de la misma, y en general, gran confusión verbal.

Los trastornos articulatorios del lenguaje que pueden considerarse importantes son: omisión, inserción y distorsión. Substituir el sonido c por el sonido de s produce seseo. Algunos defectos de articulación ocurren dentro de los límites de desarrollo normal; sin embargo, los niños con parálisis cerebral, lesión neurológica

central, paladar hendido o maloclusión a menudo tienen dificultades articulatorias. La parálisis de los músculos laringeos y faringeos, por ejemplo parálisis cerebral, puede alterar la calidad del lenguaje, y producir voz de sonido nasal. Una voz ronca puede deberse a haber cantado o gritado en exceso, a sinusitis aguda o crónica, a cuerpos extraños en la laringe, laringitis, papilomas de la laringe, parálisis, sarampión, o, en los niños, desarrollo sexual precoz.

6.6 ODIDOS

El odontólogo deberá estar consciente de cualquier deficiencia de audición en el paciente infantil. La observación del neato auditivo externo puede revelar cierta secreción.

Generalmente, la queja principal será de un dolor en la cavidad bucal que se irradia al oído; esto necesita un examen a conciencia de las piezas. El odontólogo debe ser capaz de determinar si el dolor referido originado en la dentadura es la posible causa del dolor de oídos. Si al hacer un examen radiológico clínico no se encuentra problema dental alguno, deberá enviarse al niño a un médico para que le haga un examen concienzudo del oído. La

palpación del oído externo y de la apófisis mastoides puede revelar algo de sensibilidad que indicaría al dentista que la inflamación existen dentro del oído mismo.

6.7 OJOS

El odontólogo deberá observar si el niño tiene o no dificultad para ver y si usa lentes o no. La observación de los ojos del niño deberá incluir la acción de los párpados, presencia o ausencia de inflamación, hinchazón o irritación alrededor del ojo, costras o lesiones de párpados, presencia o ausencia de conjuntivitis, defectos del iris y lagrimeo anormal.

La inflamación que está asociada con las piezas maxilares puede extenderse a la región orbital, causando inflamación de los párpados y conjuntivitis. Algunas enfermedades generales pueden producir cambios en los tejidos oculares y bucales. Los defectos de desarrollo de la cavidad bucal pueden tener su contrapartida en el ojo. Frecuentemente, los niños con infección respiratoria alta, sinusitis crónica y alergia tienen cierta hinchazón en los párpados y en los tejidos periorbitales.

En general, el odontólogo deberá observar y conocer

cualquier anormalidad en la estructura del ojo y en los tejidos que le rodean. Deberá descartar cualquier afección bucal como factor etiológico y enviar al paciente a un oculista de reputación para que le haga un examen completo.

Actualmente, los padres de niños discapacitados saben que estos necesitan expertos cuidados dentales restaurativos y preventivos. La profesión dental se ha esforzado enormemente por satisfacer esta necesidad. Los programas de escuelas dentales incluyen instrucción en técnicas de tratamiento especial para niños discapacitados, y en este campo está progresando enormemente la investigación.

Tratar dentalmente a la mayoría de los niños discapacitados no requiere singulares esfuerzos por parte del odontólogo. El cuidado dental de estos niños generalmente puede llevarse a cabo con los procedimientos seguidos para niños normales. El odontólogo puede resolver los problemas dentales más graves y complejos que afectan a individuos impedidos, siempre que tenga los conocimientos, la paciencia y la comprensión requeridos para el tratamiento dental de estos niños.

6.8 ANALGESIA CON OXIDO NITROSO

Con niños impedidos, la analgesia por inhalación de óxido nitroso puede ser un método seguro y eficaz para disminuir la aprensión o la resistencia al tratamiento dental. Existen pocas contraindicaciones para su empleo, excepción hecha de niños con grave retardo mental o trastornos emocionales igualmente graves.

El odontólogo familiarizado con la administración de analgesia de óxido nitroso puede combinar este procedimiento junto con premedicación y anestesia local, para superar muchos problema asociados con niños discapacitados. La analgesia del óxido nitroso disminuye la espasticidad muscular y los movimientos no coordinados del parálisis mental, y disminuye la tensión física y las molestias, logrando de esta manera que el paciente soporte períodos de tratamiento más largos.

La analgesia de óxido nitroso para niños discapacitados debería limitarse en la etapa de analgesia relativa por el empleo de flujos de óxido nitroso relativamente bajo y flujos altos de oxígeno, que permanezcan por debajo de los niveles de excitación. El propósito principal de un nivel de analgesia relativa es relajar al paciente y aumentar su

cooperación. Durante los períodos más dolorosos del tratamiento dental, este nivel analgésico puede complementarse con empleo de anestesia local, siempre que la afección del paciente lo permita.

Los factores principales para emplear con éxito el procedimiento son consideración cuidadosa y manejar la introducción analgésica de óxido nitroso, así como su administración inicial en niños impedidos. En niños con impedimentos muy graves se requiere premedicación para disipar la aprensión que frecuentemente acompaña a su primera experiencia con analgesia. Deberá consultarse al médico del paciente para decidir con él el tipo de terapéutica medicinal que se va a seguir.

Es esencial paciencia y comprensión al administrar por primera vez analgesia de óxido nitroso. Debe concedérsele al niño tiempo para ajustarse a esta experiencia. Deberá demostrársele cómo se emplea la máscara y puede hacerse correr el juego de gases sobre las manos y mejillas del niño, antes de colocar la máscara. Si existe resistencia, se puede controlar con suave restricción física y un flujo de óxido nitroso de 50 por 100 directamente hacia los orificios nasales. Esta mezcla puede producir efecto ligeramente eufórico y relajar al paciente lo suficiente

para permitir la colocación de la máscara; después de esto, deberá reducir la concentración de óxido nitroso al nivel apropiado, generalmente un flujo de 10 a 15 por 100.

Como la comunicación verbal con niños discapacitados es frecuentemente difícil e insegura, el odontólogo debe ser capaz de evaluar el nivel de analgesia para la observación de cambios físicos y de conducta en el paciente. Cuando se logra el nivel apropiado de analgesia, el odontólogo puede iniciar el tratamiento. En estos casos, los procedimientos operatorios difieren poco de los seguidos normalmente. Son de ayuda el dique de caucho y sostén bucal; sin embargo, es importante recordar que emplear el dique de caucho disminuye el efecto de dilución creado al abrir la boca, por lo que en estos casos se reducirá la proporción de óxido nitroso.

CONCLUSION

Después de varias investigaciones a lo largo de los últimos meses hemos llegado a la conclusión que es de vital importancia que el odontólogo general se encuentre en capacidad tanto intelectual como práctica en el manejo odontopediátrico de un niño discapacitado, debido a que desafortunadamente en nuestra sociedad no contamos con los suficientes profesionales capacitados en esta área.

Sin dejar de resaltar la importancia que juegan los padres en el manejo de la higiene oral del niño y en su futura educación oral del mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ADDELSON M.K. *Your child's first visit to his dentist.*
Child study 31:33. 1954

FEER, E. *Tratado de enfermedades de los niños.* Barcelona,
marin. 1964.

MENEGHELLOX R., Julio. *Pediatría.* 4a. ed. Vol. 2 parte
23

NEISON. *Tratado de pediatría.* Vol 1 y 2

THOMA, K, H. AND ROBINSON, H.B.G. *Oral and dental dignosis.*
4th ed. Philadephia. 1976.

WEBSTER, R.C. *Clef palate a tretament oral surf, oral Med*
and Oral Path. 1980