

251
Zej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

IMPORTANCIA DE LA ODONTOPEDIATRIA
EN LA PARALISIS CEREBRAL

Marcela Pineda
S. H. N. A. C. P.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N :

ELSA PINEDA SOLORIO
MARCELA CAMBRON NATERAS
NORA NAKAHODO RIVERA



MEXICO, D. F.

1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

- INTRODUCCION	1
 <u>CAPITULO I</u>	
- DEFINICION DE PARALISIS CEREBRAL	4
- ETIOLOGIA	8
- SIGNOS Y SINTOMAS	10
- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	14
- INSTITUCION DE APOYO	15
 <u>CAPITULO II</u>	
- CLASIFICACION DE PARALISIS CEREBRAL	16
- RASGOS DE LA PERSONALIDAD	26
 <u>CAPITULO III</u>	
- HISTORIA CLINICA	30
- IMPORTANCIA DE LA RELACION ODONTOPEDIATRA/ PACIENTE,	41
- LA PERSONALIDAD DEL ODONTOPEDIATRA	43
- LA PRIMERA CITA Y SU IMPORTANCIA	45
- PSICOLOGIA APLICADA A LA ODONTOPEDIATRIA	50
- DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO	55
- TIPOS PSICOLOGICOS DEL NIÑO Y SU MANEJO	61

- ACTITUDES DEL NIÑO	63
- PROBLEMAS ESPECIFICOS DE CADA GRUPO CRONOLOGICO.	70
- OTRAS CONDUCTAS INFANTILES	72
- MANEJO DEL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL	74
- ENFERMEDADES DE INTERESES PARA ODONTOLOGO	78
- ESTADO BUCAL EN LA PARALISIS CEREBRAL	87
- CUADRO DE DENTICION	89
- OCLUSION	91
- ENFERMEDADES O LESIONES EN LA BOCA DE LOS PACIENTES/CON PARALISIS CEREBRAL.	94
- AFECCIONES TRAUMATICAS DE LOS DIENTES	97
- IMPORTANCIA DEL MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE LA BOCA EN EL PACIENTE CON PARALISIS CEREBRAL	98
- EL ODONTOPEDIATRA Y SU ORGANIZACION	100
- POSTURAS(PACIENTE ODONTOPEDIATRA Y SU ASISTENTE)	101
- TRATAMIENTO ODONTOPEDIATRICO	106
- PROBLEMAS DEL TRATAMIENTO	106
- ASPECTOS IMPORTANTES PARA EL TRATAMIENTO DEL NIÑO	111

CAPITULO IV

- CUIDADO ODONTOPEDIATRICO DEL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL	114
- PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES DE LA BOCA	117
- APLICACION DE FLUOR	118
- CUIDADO DENTAL DEL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL.	118

- INSTRUCCIONES ESPECIALES PARA EL CUIDADO DENTAL.	120
- ACCESORIOS PARA EL TRATAMIENTO ODONTOPEDIATRICO DEL PARALITICO CEREBRAL	122
- MATERIAL EDUCATIVO ODONTOPEDIATRICO	128
- CONCLUSIONES	151
- GLOSARIO	157
- BIBLIOGRAFIA	164

INTRODUCCION.

El interes que nos ha movido a la realizaci3n de esta tesis, es la importancia que tiene el conocimiento del manejo y la conducta de la Parálisis Cerebral en la Odontopediatría, para brindar una mejor atenci3n a éste tipo de pacientes, ya que hasta ahora se les ha restado importancia y es la poblaci3n que necesita más atenci3n y servicios Odontológicos.

Al darnos cuenta del poco interés que han prestado - las instituciones por la falta de conocimiento o al rechazo que presenten hacia los portadores de dicha enfermedad; consideramos necesario el conocimiento fisiopatológico de la Parálisis Cerebral, tomando en cuenta que éstos pacientes son personas con tanta inteligencia, anhelos y sueños como cualquier persona normal con la única diferencia que sufrieron una lesi3n irreversible en el Sistema Nervioso Central por lo que tienen falta de control en algunas partes de su cuerpo y con dificultad o imposibilidad para hablar, lo que dificulta una rehabilitaci3n oral rápida; -- por lo que se requiere un enfoque multidisciplinario en - el cuál están implicadas diversas especialidades como son:

- Médicos
- Psicólogos
- Pedagogos
- Psiquiatras
- Terapistas
- Odontopediatras

- Pediatras
- Trabajadora Social

Durante la realización de este trabajo nos hemos dado cuenta de la poca información que existe a nivel bibliográfico como profesional para este tipo de lesiones; por lo que es palpable la gran cantidad de enfermos con problemas orales y la poca atención que se les brinda en las Instituciones del Servicio Público.

El conocimiento del Parálitico Cerebral se podrá obtener a través de estudiar los aspectos genéticos, fisiológicos, sociológicos, pediátricos, económicos y socioculturales. Para poder incluir un correcto diagnóstico con el fin de darle un tratamiento integral con el objeto de convertirlo en un ser útil a sí mismo.

Habría que considerar que es frecuente que para el Parálitico Cerebral presenta también problemas de orden psicológicos, ya que por lo general la familia sufre atenciones, angustias que sobre protegen al hijo o por el contrario lo rechazan.

El tratamiento Psicomédico-Odontopediátrico de la Parálisis Cerebral debe aplicarse no solamente al niño sino que se extenderá a sus padres, debe comprender la unidad niño-padres se debe de tratar de conservar la salud física, a veces se debe hacerse énfasis en algunas reglas de higiene personal sobre alguna dieta alimenticia y sobre profilaxis buco-faríngea.

El pronóstico odontopediátrico tendrá que ser evaluado por el Cirujano Dentista y estará comprendido de tres partes:

- 1.- Pronóstico de Capacidad; capacidad con la que el niño cuenta para el debido manejo de algún aparato ortodoncico y capacidad para elaborar su higiene personal.
- 2.- Pronóstico de Prevención; para tratar de evitar fallas.
- 3.- Pronóstico de Evolución a largo plazo.

Es importante señalar que el que se encuentra en este tipo de problemática es conciente de sus limitaciones, por lo que se siente diferente a los demás, es ahí donde juegan un papel muy importante los especialistas, al darle confianza al niño, aunado con la cooperación familiar, con el fin de lograr su rehabilitación.

C A P I T U L O I

DEFINICION.-

La Parálisis Cerebral se define como un "trastorno del movimiento y de la postura debido a un defecto del cerebro inmaduro". La lesión cerebral no es progresiva y causa un deterioro variable de la coordinación de la acción muscular, con la resultante incapacidad del niño para mantener posturas normales y realizar movimientos normales.

Este impedimento motor central se asocia con frecuencia con afectación del lenguaje, de la visión y de la audición; con diferentes tipos de alteraciones de la percepción, cierto grado de retardo mental y/o epilepsia.

Las personas con Parálisis Cerebral sufren de una lesión irreversible en el Sistema Nervioso Central, que afecta principalmente los centros motores del cerebro, por lo cual tienen falta de control en algunas partes de su cuerpo y con frecuencia dificultad o imposibilidad para el habla, son personas inteligentes que pueden y desean ser útiles y valerse por sí mismos. A pesar de que la Parálisis Cerebral es irreversible, si es detectada a tiempo da muchas posibilidades de una rehabilitación integral, esta rehabilitación es costosa, necesitamos de muchas personas que aporten un apoyo económico.

El término de Parálisis Cerebral es un nombre del todo no adecuado ya que no constituye una entidad dentro

de la cual no pueden clasificarse los trastornos nerviosos, porque difieren ampliamente tanto desde el punto de vista etiológico como anatómico.

Diversos autores han dado algunas definiciones:

Perlstein: "Afirma que la expresión Parálisis Cerebral" carece de todo significado específico aunque - en términos generales se puede emplear, para indicar que algún traumatismo o lesión del cerebro produce - dificultad para controlar los movimientos"

Westlake: "La Parálisis Cerebral no es solo un tipo de trastorno neuromuscular, sino grupo de trastornos que ocurren como consecuencia de un compromiso - de áreas de control motor cortical o subcortical".

Mac Keith, Mackenzie y Polani: "Han definido la Parálisis Cerebral como un desorden motor de tipo cualitativo debido a la falta de interderencia progresiva del cerebro ocurrida antes de que el Sistema Nervioso Central, este completamente desarrollado".

Abbott: "La Parálisis Cerebral es una incapacitación neurológica causada por una lesión en los centros motores del cerebro. Este no sólo acarrea la pérdida control muscular funcional, sino también, perturbaciones del sensorio".

La Academia Americana: "La define a la Parálisis Cerebral como una alteración motora o del movimiento -

voluntario causada por una lesión, padecimiento o enfermedad del Sistema Nervioso Central contenido en la cavidad craneana, mientras este Sistema Nervioso esta en desarrollo y cuyo padecimiento no sea progresivo".

H. Hallas: "La Parálisis Cerebral se caracteriza -- por una desorganización del control que regula la actividad motora, debido a una lesión del Sistema Nervioso Central".

Los Bobaths: "Describen la Parálisis Cerebral como un -Transtorno Sensoriomotor- y señalan que no se trata de una entidad nosológica en particular, sino de un grupo de ellas consiguiente a un desarrollo -- anormal del encéfalo o a una lesión encefálica".

El término Parálisis Cerebral refleja un trastorno o desorden del movimiento y la postura; debido a defecto ó lesión del cerebro.

El término Parálisis Cerebral, no designa enfermedad en el sentido médico común, es sin embargo, un término -- utilizado para designar a aquellos individuos que se encuentran incapacitados debido a trastornos motores, los -- cuales se reflejan en anomalías no progresivas en el cerebro, inevitablemente muchos niños con Parálisis Cerebral, pueden tener alteraciones intelectuales, algunos -- presentan convulsiones, otros defectos de audición, de la vista u otras dificultades sensoriales.

También se dirá que Parálisis Cerebral es un término clínico para referirse a trastornos dependientes de lesión cerebral, que data del nacimiento o de la primera infancia generalmente sin señas clínicas de progresión - el foco en la Parálisis Cerebral suele ser la zona donde los defectos motores son más manifiestos, aunque en sentido amplio el término sea mal aplicado para incluir --- trastornos de percepción y conducta que se considera, - representa disfunciones cerebrales menores ó mínimas.

Definición de Parálisis Cerebral: Designa a un grupo de trastornos no progresivos resultantes de una función anormal de los centros y vías motoras del cerebro caracterizado por Parálisis, debilidad, incoordinación y otras alteraciones de la función motora que tiene su origen en el periodo prenatal, perinatal ó bien antes de que el Sistema Nervioso haya alcanzado una madurez relativa".

El término Parálisis Cerebral Infantil, incluye un conjunto de hallazgos que son resultado de una lesión o desarrollo anormal del cerebro durante los dos primeros años de vida.

ETIOLOGIA.-

Dentro de nuestra investigación documental encontramos que aproximadamente 0.5% de los enfermos recibidos en los hospitales de niños tiene parálisis Cerebral. La causa habitual es un defecto del desarrollo o una degeneración de parto anómalo (distocia), traumatismo obstétrico o asfixia neonatal. Sin embargo, no es siempre posible determinar si las alteraciones patológicas provienen de defectos del desarrollo o de traumatismo obstétrico, pero algunas investigaciones han demostrado que pueden deberse a diferentes factores etiológicos, que pueden causar Parálisis Cerebral Infantil por alteración de la función motora, que tiene su origen en el periodo prenatal, perinatal y postnatal.

- a).- Prenatales: Esta etapa esta considerada desde el momento de la concepción hasta antes del parto.
- b).- Perinatales: Las que se dan en el parto.
- c).- post-natales: Las que se dan después del nacimiento.

A).- PRENATALES:

-Aplicación de rayos X durante el periodo de el primer trimestre.

- Infecciones de la madre (Rubeóla, Sarampión, Sífilis Toxoplasmosis, enfermedades de Cuerpos de inclusión citomegálica).
- Trastornos metabólicos (diabétes).
- Avitaminosis
- Mala nutrición de la madre
- Automedicación
- Factor RH
- Hemorragia Cerebral fetal por anoxia
- Maltrato físico
- Uso excesivo de antibióticos
- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Drogas.

B).- PERINATALES

- Parto prolongado
- Anoxia Perinatal
- Traumatismo sobre cerebro
- Nacimiento prematuro
- Obstáculos durante el parto (estrechez pélvica)
- Placenta previa
- Prolapso del cordón
- Parto gemelar
- Parto con forceps (mal uso de forceps)
- Estrechez extrauterina
- Mala administración de anestesia

C).- POST-NATALES:

- Infecciones (Sarampión, escarlatina, Tosferina, tifo, pulmonia, endocarditis séptica, gripe, meningitis).
- Traumatismos
- Mala nutrición
- Intoxicaciones
- Envenamiento por plomo
- Shocks eléctricos
- Anoxia
- Temperaturas no controladas
- Embolias
- Heridas del cráneo
- Apoplegia
- Hemorragias consecutivas
- Síndrome de Lesch-Nyham (defecto genético)
- Diabétes

SIGNOS Y SINTOMAS.-

En los casos más graves los síntomas son evidentes - desde el nacimiento, pudiendo notarse vómitos, irritabilidad y dificultad para amamantarlo. Los niños acaso sean pequeños y de delicado desarrollo físico, mostrándose susceptibles a las infecciones intercurrentes y pudiendo sucumbir tempranamente en la infancia. En los casos más leves, tal vez no se adviertan las dificultades motoras, si no después que el niño no ejecute los actos esperados en ciertos meses.

En los casos congénitos o intrapartum, la Parálisis aparece inmediatamente después del nacimiento. Posteriormente se va haciendo más manifiesta, a medida que progresa la motilidad de los miembros sanos. Si la Parálisis es post-natal se presenta en los tres primeros años de la vida. El padecimiento se inicia bruscamente, tras algunos pródromos, con fiebre alta, dolor de cabeza, vómitos delirio y convulsiones hemilaterales o generalizadas. Este periodo inicial dura una o varios días, en ocasiones, semanas y en seguida aparece la hemiplegia.

Al cabo de unas semanas se mejoran los trastornos, pero persiste, ya para siempre, un grave déficit del movimiento.

La hemiplegia de la Parálisis Cerebral infantil, --- abarcan como la de los adultos, los dos miembros (La Parálisis de los nervios facial e hipogloso es menos manifiesta); el brazo está más paralizado que la pierna. Al principio se trata de una parálisis flácida pero al poco --- tiempo se inicia la rigidez de los músculos y las contracturas, que frecuentemente toman el tipo de Wernicke Mann. "El brazo se aprieta contra el tronco y se hecha algo hacia adelante, el codo y la mano están flexionadas, sólo --- raras veces están extendidas; los dedos se encuentran extendidos y doblados sobre la palma de la mano y el pulgar queda sujeto por ellos; otras veces la mano se cierra en forma de puño, la pierna está ligeramente doblada, el pie toca el suelo con la base del dedo gordo y su punta está dirigida hacia adentro. De esta forma la punta del pie ---

arrastra por el suelo al andar; de ordinario hay una inervación espástica de los músculos, hay espasmo intensional en los movimientos activos (hemiotomía) y todo impulso de movimiento se acompaña de una contracción tónica de los - músculos correspondientes. Todo ello dificulta extraordinariamente los movimientos activos, mientras que los pasivos son fáciles. Junto con la rigidez muscular hay exaltación de los reflejos tendinosos y clonus del pie". También se aprecian otros síntomas de vías piramidales.

Otros síntomas de estas hemiplegias infantiles son: trastornos de los movimientos, en especial los movimientos simultáneos de los miembros paralizados y más rara vez, de los sanos.

También son características de estas parálisis infantiles la corea y la atetosis o la hemicoreas y hemiatetosis; no son raras las parálisis de los músculos del ojo, la rigidez pupilar, el nistagmus y la trofia del óptico. Otro síntoma no raro, en la hemiplegia derecha es la afasia, que corrientemente toma la forma de afasia motora o disartria. Las extremidades, no crecen lo debido en longitud ni en grosor, en los huesos se aprecia osteoporosis; los músculos están atrofiados y su volumen está muy disminuido, mientras que su excitabilidad eléctrica permanece intacta.

Otros trastornos tróficos son:

atrofia o hipoplasia de testículos y epididimos, la peque más anormal o la hipertrofia de la mama, la falta de desa rrollo del meñique y anular, distribución anormal del ve llo, calvicie precoz de un lado de la cabeza, microcefa- lia y otros.

Así mismo, se observan trastornos de la caja ósea - del cráneo, como asimetrías, depresiones, retrasos en el desarrollo e hipoplasia del lado de la lesión cerebral.

La epilepsia acompaña con frecuencia inusitada y po- co deseable las formas hemiplejicas de esta enfermedad. - Alguna vez se reconoce ya en las primeras convulsiones; - otras aparece más tarde, al cabo de uno a dos años y pue- de ocurrir que transcurran decenios hasta que aparezca el primer ataque. Estos son análogos a los de la epilepsia jenniana, pero pueden localizarse también en el lado efec- tado y adoptar la forma de epilepsia cortical.

Con gran frecuencia padece la inteligencia pero pue- de quedar intacta. Cuando padece, se encuentran todas -- las formas posibles entre el idiotismo grave y la debili- dad mental apenas perceptible; más aunque la inteligencia esta intacta, no faltan las anomalías del carácter: irri- tabilidad, tendencia a la cólera, a los accesos de furia y a cometer actos violentos

En los casos congénitos o intrapartum no se limita - la enfermedad a medio lado, sino que, con gran frecuencia,

ataca a los dos lados o sólo a las dos piernas. Las parálisis quedan en segundo plano y el síntoma más llamativo de la enfermedad es la paraplegia con rigidez de los músculos. Pero también puede faltar la hipertonía y observarse hipotonía muscular: tipo atónico astático de la parálisis cerebral infantil. (Foerster).

Cuando todas las extremidades están afectadas se habla de la hemiplegia infantil espástica. En esta enfermedad es más rara la epilepsia que en la forma hemiplegica. La inteligencia puede estar intacta, pero en esta forma es donde se encuentran defectos más graves y son frecuentes los trastornos del lenguaje (disartrias)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.-

Puede confundirse la Parálisis Cerebral infantil con la Espina infantil. Cuando sólo hay monoplegia de un brazo, sea esta primaria, sea síntoma residual de una hemiplegia, se puede confundir con la Parálisis del parto. A veces puede dominar el cuadro morbozo de la epilepsia y pasar desapercibida la enfermedad fundamental.

La enfermedad de Friedreich, la esclerosis múltiple precoz y los tumores congénitos del cerebro, en especial los cavernomas, pueden confundirse también con ésta dolencia.

INSTITUCIONES DE APOYO (A.P.A.C.) -

Las personas con parálisis cerebral necesitan de una rehabilitación integral, sin embargo, estas rehabilitaciones son costosas, necesitando la cooperación de muchas personas como son: Odontopediatras, Médicos, Psiquiatras, Terapistas físicos, Terapias ocupacionales, Psicólogos, Pedagogos y Trabajadoras Social.

En base a estas necesidades, se creó una institución que nació del esfuerzo de un grupo pequeño de padres de familia, iniciándose en 1970 la Asociación Pro-Paralítico Cerebral (A.P.A.C.), donde se proporciona una educación especial desde el preescolar hasta preparatoria, rehabilitando de acuerdo a los problemas de cada uno de los alumnos; paralelamente a esto, están los programas de salud general, y rehabilitación con servicios de Medicina General, Odontología y Psiquiatría; Terapia Física, Ocupacional, de Lenguaje y Comunicación, Deportes, Campamentos y Paseos, así como los programas de estimulación temprana, programas de adultos, programa de niños, programa de motivación y programas de casa.

C A P I T U L O II

CLASIFICACION.-

I.- Clasificación Fisiológica (motora)

- a).- Espasticidad
- b).- Atetosis
 - Tensión
 - Sin tensión
 - Disonia
 - Temblor
- c).- Rigides
- d).- Ataxia

II.- Clasificación Topográfica

- a).- Monoplejia
- b).- Paraplejia
- c).- Hemiplejia
- d).- Triplejia
- e).- Cuadriplejia
- f).- Diplejia
- g).- Doble Hemiplejia

La clasificación se realiza en forma descriptiva, - según la deficiencia motora más manifiesta, y así tenemos:

La mayoría de los pacientes presentan básicamente - debilidad espástica, el daño se encuentra a nivel de la corteza cerebral, está lesionada la vfa piramidal, lo -- que produce un incremento en el tono muscular y la espasticidad puede encontrarse en cualquier músculo del cuerpo, suelen estar afectados inclusive, músculos del lenguaje, de la respiración, deglución y sistema extraocular, por lo que habrá problemas en la respiración, desnutrición, disfagia y estrabismo.

Se caracteriza, por la existencia de un reflejo patológico de estiramiento, hiperactividad de los reflejos tendinosos profundos, clonus, marcha en tijera, hiperirritabilidad muscular, respondiendo con actividad al más ligero estímulo (actividad muscular).

Hay un movimiento lento por la espasticidad de los agonistas. Puede presentar predominancia de músculos hipertonicos extensores o flexores. Lo más frecuente, es encontrar flexión en miembros superiores, cintura, tronco y cintura pélvica.

Los miembros: Los miembros inferiores están comprometidos, los músculos aductores, debilitados; la movilidad de las rodillas está limitada por las contracciones musculares, y como consecuencia no se flexiona ni extienden normalmente durante la marcha, la contracción muscular mantiene las piernas juntas y a menudo rotadas hacia adentro a nivel de la articulación de la cadera, dando -

resultado a la "marcha en tijera". Con lo que respecta a los miembros superiores se encuentran pegados al cuerpo, con los codos flexionados, antebrazos pronados y dedos flexionados así como las muñecas.

El niño con espasticidad, es el que se convulsiona con más frecuencia, puede tener inteligencia normal, aunque con más probabilidades de ser mentalmente retardado, en comparación con un niño sano.

La quinta parte, presenta trastornos de movimientos, casi siempre coreo-atetósicos, pero también ataxia y distonía.

Ahora veremos, las características del paciente con signos predominantes de atetosis y así tenemos: movimientos sin control, ni coordinación, postura anormal, los movimientos son relativamente lentos en comparación con los que presentan los pacientes con corea, los cuáles son súbitos, espontáneos y sin control, que se presentan igualmente en reposo que en movimiento voluntarios y sin asumir claramente una postura anormal. Su tono muscular es fluctuante que va desde la hipertonia a la hipotonía; o sea, desde la extrema tensión muscular hasta la laxitud muscular extrema. El paciente atetósico, a comparación del espástico no tiene dificultad para moverse, ya sea que lo haga sin desearlo. A menudo hiperextiende el cuello, hecha la cabeza hacia atrás, la boca está abierta y la lengua protuida. El lenguaje y los músculos masticadores están a menudo involucrados. Este tipo de pacientes

por sus actividades y actitudes, pueden dar la impresión de deficiencia mental. El paciente atetósico, es poco - menos probable que sufre una deficiencia mental en compa_{ra} ración con el espástico.

De acuerdo con la academia Americana de Parálisis - Cerebral hay cuatro subtipos de atetosis:

- a).- Con tensión
- b).- Sin tensión
- c).- Distoria
- e).- Temblor

La rí gida: Tanto los músculos agonistas como antago_nistas están afectados, trayendo como consecuencia, una alteración en su relación, con aumento de resistencia a los movimientos pasivos de ambos grupos musculares, deri_vvando disminución de los movimientos.

La atáxica: La lesión está localizada en el cerebro. Hay pérdida del tono muscular. Las masas musculares dan la impresión de blandura. Las articulaciones están rela_jjadas y hay trastornos en la coordinación de los múscu_llos; hay pérdida del equilibrio y del sentido de la posi_ción vertical, especialmente porque pierde la sensibili_ddad propioceptiva.

Los movimientos son imprecisos, generalmente, con - temblor, su marcha es tambaleante, su lenguaje es arras_trado monótono y lento.

Es frecuente que haya atrofia óptica, nistagmus, - sordera, alteraciones de la percepción; en general de - la maduración neurológica.

La mixta: Es la combinación de dos o más tipos de los antes mencionados.

Los grados de complicación pueden ser:

Leve.- En la que hay pequeña limitación de la actividad.

Moderada.- Qué es lo suficientemente severa para - incapacitar la marcha, ayuda propia y comunicación pero no suficiente para incapacitar por completo.

Severa.-Es en donde se encuentra una total incapacidad.

De acuerdo con la Clasificación Topográfica son:

- a) **MONOPLEJIA:** Lesión de un sólo miembro
- b) **PARAPLEJIA:** Afecta únicamente las piernas
- c) **HEMIPLEJIA:** Cuando esta dañado medio cuerpo
- d) **TRIPLEJIA :** En este tipo, son tres extremidades dañadas, por lo general, las extremidades inferiores y las superiores.
- e) **CUADRIPLEJIA:** Cuatro miembros afectados.

- f) **HEMIPLEJIA DOBLE**: Este nombre se dá a los casos en los que miembros superiores estan más dañados que los inferiores.
- g) **DIPLEJIA** : Este término, se usa rara vez y es empleado para designar a las parálisis que afectan, partes semejantes en el lado opuesto del cuerpo, se usa también como sinónimo de parálisis bilateral.

Resumiendo las diversas clasificaciones, tenemos -- tres tipos principales que son: Espásticos, Atetósicos y Atáxicos que se combinan entre sí. En cuanto a su localización:

- Cuadriplejia: Se ven afectadas las cuatro extremidades.
- Diplejia : Se ven afectadas las dos extremidades superiores.
- Paraplejia : Se ven afectadas las dos extremidades inferiores.
- Hemiplejia : Esta afectado el hemicuerpo

El fenómeno común a todos los tipos, es la alteración de tono muscular pudiendo encontrar hipertono, hipotono o un tono fluctuante. Debido a esta anomalía en el tono, vamos a encontrar patrones anormales de movimientos normales y funcionales, así tampoco tendremos -- postura normal, ni reacciones adecuadas de enderezamiento y equilibrio.

El niño, aprende a través de estímulos sensoriales y el movimiento, es un estímulo básico. El niño sentirá y aprenderá la sensación de movimiento y responderá a esta. Por tanto, el movimiento no es solo una respuesta, sino un estímulo en sí, que es capaz de modificar la conducta anormal del niño. Al mismo tiempo le permitirá darse cuenta de su medio ambiente y relacionarse con él, conocer su propio cuerpo y experimentar nuevas sensaciones tanto de sí mismo, como de objetos que le rodean.

Las estadísticas nos señalan los siguientes defectos que acompañan a la Parálisis Cerebral.

- a).- Convulsiones: El 80% tiene el EEG anormal. Se han encontrado en 37.5% en niños con retardo mental, o parálisis cerebral su frecuencia es tres veces mayor en la espástica, que en la atetósica. Las crisis convulsivas deben ser tratadas, ya que sirven de obstáculos, para el aprendizaje y hay la posibilidad de daño cerebral adicional.
- b).- Defectos de la conducta: Tienen los niños con daño cerebral mínimo, falta de concentración, hiperexcitabilidad, habilidad emocional e hiperquinesia.
- c).- Defectos del oído: Se han encontrado en un 5.7% En niños con Kernicterus se han encontrado en un 80%.

d).- Insuficiencia Visual: El estrabismo, es uno de los signos más frecuentes de la Parálisis Cerebral. El 50% de estos niños presentan los grados de pérdida visual varían en relación directa con el grado de retardo mental.

e).- Pérdida general sensorial a la estereognosis, a la imposibilidad de distinguir dos puntos, a la posición, a la vibración, al dolor y a la temperatura.

f).- Problemas en percepción

g).- Problemas de comunicación, se requiere de integración neuronal.

La frecuencia de la insuficiencia del habla varía, - de un 30 a un 70%.

Recién Nacidos de alto riesgo:

1.- Antecedentes materno-obstétrico.

- Talla: menor 1.50mts., Peso: alto o bajo
- Desnutrición, anemia
- Interválo, entre embarazo menor de un año
- Utero infantil
- Madre infectada, cardiopata, drogadicta, diabética, Isoinmunización al Rh, etc...
- Parto: Distócico, rápido, prolongado, sufrimiento fetal y ruptura de membranas

2.- Antecedentes neonatales.

- Hipoxia, apgar menos 6, maniobras de resucitación, depresión respiratoria, depresión neurológica

- Insuficiencia respiratoria
- Prematuros
- Post-maduros
- Hipotrofia
- Malformación congénita
- Ictericia, convulsiones

3.- Presencia en el neonato de:

- Prematurez (menor de 37 semanas de gestación)
- Hipotróficos (bajo peso al nacimiento)
- Macrosómicos (hijos de madres diabéticas)
- Reanimados al nacer, con antecedentes de sufrimiento fetal
- Síndrome de insuficiencia respiratoria
- Ictericia precoz
- Cianóticos (cianosis persistente)
- Anomalías congénitas
- Crisis convulsivas
- Traumatizados en el momento del parto

La detección, lo que persigue es ayudar a que el niño logre su potencial máximo, no que sea normal. Las técnicas médicas especializadas deben dirigirse contra defectos específicos y así tenemos: Terapéutica física, las prótesis y en ocasiones, la cirugía ortopédica que ayuda, si el potencial funcional lo justifica. Los programas -- educativos especiales, dependen básicamente, de las principales manifestaciones neurológicas, las convulsiones se tratan como en cualquier otro paciente. En cualquier niño y en particular en el bebé con convulsiones, es impor-

tante excluir los defectos metabólicos, ya que el tratamiento específico puede ser esencial, no solamente para controlar las convulsiones, sino también para evitar daño adicional al S.N.C.

La hiperactividad o la hiperquinesia, pueden por lo general estar relacionadas con el medio ambiente. Las medicinas pueden ayudar, en lo relacionado con el plan total de dirección ó manejo. Estos medicamentos se deben controlar y llevar el registro para irlos dosificando; porque es importante el tratamiento temprano. Debido a la gran importancia de adaptabilidad y plasticidad del cerebro infantil, los primeros 18 meses en la vida de un niño normal, son período de evolución amplia y rápida.

RASGOS DE LA PERSONALIDAD.

El Niño Atáxico. -

El miedo a la pérdida del equilibrio y el conocimiento por parte del niño, de su lento e inadecuado mecanismo de ajuste postural, lo hacen moverse lento y cuidadosamente. Limita el rango de patrones de movimiento en forma voluntaria, o se mueve sólo aquellos patrones que puede controlar y con los que se siente seguro. Puede mantener sus ojos fijos en el piso o sobre algún objeto móvil inmóvil y arriesgarse a no mover la cabeza. En consecuencia, puede sostenerse rígidamente, caminando -- con un paso amplio por seguridad; con frecuencia no puede estar parado, ya que ajusta su equilibrio en la posición de pie, dando pasos y no mediante el ajuste postural de la cabeza y del tronco, la postura típica se muestra en la forma de caminar. Las formas adquiridas de ataxia, que no pertenecen estrictamente a la parálisis cerebral, pero que aparecen en la niñez, se debe a meningitis, encefalitis, como resultado de infección viral y de modo infrecuente, a accidentes automovilísticos. Estos por lo general, son casos mixtos con espasticidad o rigidez. La típica inestabilidad del tronco se demuestra en la posición de sentado.

El Grupo Atetoide. -

Muchos factores etiológicos contribuyen, en este tan variado grupo. Uno de los factores más importantes, es -

la incompatibilidad sanguínea, en especial el factor Rh. La identificación de la isoimmunidad Rhesus y posteriormente, su prevención y tratamiento pudieron haber producido una significativa caída, en el número de niños con parálisis cerebral, del 2 por mil con una declinación en el número de niños atetoides.

Todos los niños atetoides presentan un inestable y fluctuante tipo de tono postural. En los casos puros, el tono postural básico, es inferior al normal y la amplitud de la fluctuación, varía ampliamente en el niño individual, dependiendo de la severidad de la condición, y del grupo de estimulación y de esfuerzo. Estos niños carecen de un tono postural sostenido y de estabilidad, debido a la alteración de la inervación recíproca. Carecen de contracción proximal, y en consecuencia, no pueden mantener una posición estable contra la gravedad. Su incapacidad para controlar sus movimientos, y para dar fijación postural a la parte que se mueve, interfiere en la realización de destrezas manuales. Son en muchas formas la contraparte del niño espástico, en quien la hipertonia permanente y lo exagerado de la motilidad. El niño atetoide, a menos que su condición esté complicada -- con espasticidad, no puede graduar la actividad antagonista y sinergista durante el movimiento. La contracción de un grupo muscular, conduce a la inhibición casi completa de los antagonistas, lo que falta es la correspondencia de los agonistas, antagonistas y sinergistas, tan necesaria para la fuerza y control de cualquier movimiento. Los movimientos son en consecuencia espasmódicos.

cos, incontrolados y de rangos extremos, con deficiente control de los rangos medios.

El control de la cabeza es deficiente, y los miembros superiores se encuentran por lo general, más comprometidos que los inferiores. En los casos puros, las extremidades inferiores presentan por lo general, características primitivas en lugar de anormales.

Debido a la falta de la contracción y a los rangos extremos de movimientos combinados, con un bajo tono postural, existe hipermovilidad de todas las articulaciones, con tendencia a la subluxación, en especial de la mandíbula, hombros, caderas y dedos de las manos. La distribución de la condición, es habitualmente muy asimétrica, el control de la cabeza es con frecuencia deficiente, muy a menudo asociado con alteración del control de los ojos, de la palabra hablada y de la audición. Estos niños con frecuencia presentan dificultad en la alimentación, con la boca abierta y babeo constante. Un niño con marcada asimetría de la condición, puede tener intensos espasmos intermitentes hacia un lado, dando como resultado, espasmos rotatorios y una marcada tortícolis intermitente.

La respiración es habitualmente muy anormal, y la vocalización en especial, ha sido dificultosa, mientras que la vocalización bajo estrés emocional, es con frecuencia, sorprendentemente buena. En muchos niños, la articulación de la palabra no es tan deficiente, pero -

la producción de la voz, es mala en casi todos los niños, en especial, con respecto a sonidos sostenidos. La norma lización del tono de la musculatura corporal con el tratamiento, con frecuencia, posee un sorprendente efecto, sobre el habla y la respiración.

Rasgos de la Personalidad del Grupo Atetoide.-

Todos los pacientes de este grupo, parecen ser ines tables y algo impredecibles en su respuesta a la estimula ción. Parecen poseer un bajo umbral para la excitación, cuando se encuentran en un estado de hipertonia y un umbral elevado, con respuesta retrasada cuando su estado es hipotónico. Presentan cambios rápidos y extremos de un estado al otro, tanto físicamente como emocionalmente, y -- tienen facilidad para reír y llorar en forma incontroladas. Presentan súbitos estallidos de mal genio, mientras que otras veces están alegres, se ríen con facilidad y -- lloran con indiferencia.

CAPITULO III

HISTORIA CLINICA

DATOS PERSONALES.

Fecha: _____

Nombre del niño: _____ Alias: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Fecha y Lugar de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono _____

Escolaridad: _____ Ubicación: _____

Nombre del Padre: _____

Nombre de la Madre: _____

Número de Hijos: _____ Lugar que ocupa entre ellos _____

Motivo de la Consulta: _____

ANTECEDENTES MEDICOS.

Nombre y dirección del médico de la familia: _____

Teléfono: _____

Ultimo examen Médico _____ Razón: _____

¿Toma algún medicamento? _____ Cual: _____

Estarura del niño: _____ Peso: _____

Es alérgico a algún alimento o medicamento: _____

Operaciones Practicadas: _____

Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades:

	EDAD	
Escarlatina	_____	_____
Sarampión	_____	_____
Varicela	_____	_____
Difteria	_____	_____
Tosferina	_____	_____
Neumonía	_____	_____
Parotiditis	_____	_____
Retraso Mental	_____	_____
Parálisis Cerebral	_____	_____
Poliomielitis	_____	_____
Tétanos	_____	_____
Asma	_____	_____
Convulsiones	_____	_____
Desvanecimientos	_____	_____
Hepatitis	_____	_____
Diabétes	_____	_____
Trastornos emocionales	_____	_____
Fiebre Reumática	_____	_____

[The page contains approximately 15 lines of text that has been completely obscured by heavy, dark horizontal scribbles. The scribbles vary in density and thickness, completely covering any underlying text or markings.]

POST-NATAL:

Infecciones: Meningitis () _____

Encefalitis: () _____

Sífilis () _____

Absceso Cerebral () _____

Envenenamiento por plomo: _____

Traumatismos: _____

Peso al nacer: _____ Talla: _____

ALIMENTACION:

Materna: _____ Hasta que edad: _____ Motivo: _____

Mixta: _____ Hasta que edad: _____

Artificial: _____ Hasta que edad: _____

EVOLUCION PSICOMOTRIZ

A que edad se sentó: _____

A que edad caminó: _____

¿Conservó el equilibrio? _____

Problemas auditivos: _____

Problemas lenguaje: _____

Problemas mentales: _____

CARACTERISTICAS DE LA CONDUCTA.

ACTITUDES:

- a) Cooperativo ()
- b) Falta de habilidad para cooperar ()
- c) Potencialmente no cooperativo ()
- d) Negativo ()
- e) Positivo ()

Relación con los padres: _____

Relación con los hermanos: _____

Relación con otros (amigos, familiares, sirvientes) _____

CONDICIONES SOCIO-ECONOMICOS DE LA FAMILIA.

Tipo de Vivienda: _____

Condiciones de la vivienda: _____

Salario: _____

Aportaciones economicas a la casa: _____

Caraterfsticas de la alimentación: _____

Personas que viven en la misma casa: _____

EXAMEN BUCO-DENTAL

CAVIDAD ORAL:

Lengua: Macroglosia ()	Ahuecarla ()
Frenillo Lingual ()	Doblarla ()
Movilidad Derecha ()	Adelgazarla ()
Movilidad Izquierda ()	Ensancharla ()
Arriba ()	Vibraciones Gruesas ()
Abajo ()	Finas ()
Circular ()	Intermedias ()
Afuera ()	Recorrer los Carrillos ()
Adentro ()	Recorrer Paladar Duro ()

PALADAR DURO:

- Alto ()
- Plano ()
- Ojival ()
- En Cúpula ()
- Estrecho ()
- Hendido ()
- Lateral Derecho ()
- Lateral Izquierdo ()
- Completo ()
- Incompleto ()

Ffistula ()
 Gingivo-nasal ()
 Naso-palatina ()
 Anterior ()
 Media ()
 Posterior ()
 Cicatrices: a) Trumaticas ()
 b) Quirurgicas ()
 Longitudinal ()
 Transversal ()
 Completa ()
 Incompleta ()
 Piezas Dentales Aberrantes ()
 Paladar Corto ()

PALADAR BLANDO:

Integro ()	Pilares normales ()
Asimétrico ()	Cicatrísalez ()
Cicatrices ()	Retraído ()
Uvula Normal ()	Paladar Membranoso ()
Anormal ()	Hendido ()
Larga ()	Medial ()
Corta ()	Lateral derecho ()

Arcadas Dentarias:

- | | |
|-----------------------------------|-------------------|
| Completas () | Incompletas () |
| Irregular () | Forma regular () |
| De mayor tamaño () | Menor tamaño () |
| Caries múltiple () | |
| Fractura de piezas () | |
| Espacios interdentes normales () | |
| Implantación dental normal () | |
| Posición oblicua () | |
| Mordida abierta () | |
| Encías () | |
| Engrosadas () | |
| Rugosas () | |
| Sangrantes () | |
| Higiene dental buena () | |
| Deficiente () | |
| Mala () | |
| Afección medicamentosa () | |

CUELLO: (Cara anterior)

- Hipertrofia de músculos ()
- Desviación cefálica a la derecha ()
- Desviación cefálica a la izquierda ()
- Hiperextensión ()
- Flexión sobre el pecho ()
- Movilidad limitada ()
- Extensión rotación ()
- Giro ()
- Giros laterales ().

ODONTOGRAMA

PRIMERA DENTICION.

55	54	53	52	51		61	62	63	64	65
85	84	83	82	81		71	72	73	74	75
Inferior Derecho						Inferior Izquierdo				

SEGUNDA DENTICION

18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
Inferior Derecho								Inferior Izquierdo.								

Codificación de colores, para el tratamiento a realizarse en cada uno de los dientes afectados.

NEGRO TRATAMIENTO PULPAR O EXTRACCIONES
 AZUL, ROJO Y VERDE.... PARA INDICAR EL TIPO DE RESTAURACION A EFECTUAR.

TIPO DE RESTAURACION,

Si el diente será restaurado con :

AMALGAMA
 CORONA COMPLETA
 RESINA O SILICATO

Lo marcaremos con color:

AZUL
 ROJO
 VERDE

IMPORTANCIA DE LA RELACION ODONTOPIEDATRA PACIENTE:

Otra aportación importante de la psicología a la medicina, es el énfasis en el estudio de la interrelación, del médico con el paciente como parte importante del proceso terapéutico. Esto ha representado el análisis por métodos psicológicos de una noción tradicional la de la personalidad del médico como catalizador de los procesos recuperativos del organismo enfermo. Desde el campo de la psicología, se ha mostrado que el médico influye sobre el paciente a través de una interacción dinámica en la cual intervienen factores de autoridad, de dependencia, de transferencia, de sugestión, de catarsis y de apoyo emocional. De la capacidad de cada médico para comprender los elementos dinámicos en juego, en su relación con el enfermo, depende su habilidad para identificar e influir en el elemento psicológico en sus síntomas, estimulando en él, el desarrollo de actitudes adecuadas para la restitución del equilibrio orgánico. Esto se logra más eficazmente cuando el médico, además de poseer los conocimientos necesarios, se siente libre para manejar su propia personalidad como instrumento terapéutico, como complemento en todos los casos y en sustitución de las terapéuticas médicas y quirúrgicas en algunos otros.

El Odontopediatra trata con algo más que dientes y su reparación, realiza un intercambio activo con un ser humano inmaduro y en desarrollo, que es sumamente emocional y de pronta reacción. Se relaciona con su paciente en una forma íntima, dado que en el niño la boca es una zona especialmente sensible.

Los procedimientos odontológicos son a menudo dolorosos y la imagen que del odontopediatra tiene el niño, suele ser atemorizante. Gran parte del tratamiento odontopediátrico, debe incluir el problema de la ayuda al niño para que se sobreponga a sus temores y acepte las técnicas especializadas adecuadas.

Al madurar la profesión odontológica y reconocer su responsabilidad frente al paciente como persona, a parte de sus dientes ha habido un reconocimiento creciente de la necesidad de comprender al paciente, sus actitudes y temores, además de sus problemas dentales.

Pero los niños crecen y cambian. Un niño de 4 años difiere de sí mismo a los dos, tal como el de seis difiere del de 4. Cada periodo cronológico y cada niño se caracterizan por patrones de conducta distintos, que dependen de su nivel de desarrollo psicomotor, de su medio ambiente y de su estructura básica de la personalidad.

Si el Odontopediatra sabe reconocer, cuál es el patrón de conducta característico dable a determinada edad, está mejor preparado para encararlo. Y lo está además para reconocer las desviaciones de la conducta "anormal" a esa edad, y para buscar su causa.

El Odontopediatra, necesita una diversidad de aptitudes técnicas y un conocimiento del crecimiento y desarrollo (físico, mental y emocional), para manejar satisfactoriamente las necesidades dentales de los niños. Pero ne-

cesita en especial la aptitud para manejar la conducta del niño. La habilidad técnica por sí, es inútil si el niño no quiere cooperar y el odontopediatra no puede colocar una obturación o tratar una pulpa, o si no es capaz de persuadir a un niño para que acepte un aparato.

LA PERSONALIDAD DEL ODONTOPEDIATRA.-

Mucho depende de la personalidad y de las bases del Odontopediatra. El que posee una personalidad fuerte, con su objetivo claramente definido, habitualmente aborda al niño que no coopera, como un objeto que debe ser sometido y "manejado" sin considerar por que el niño no se comporta "bien". Envía fuera a la madre, con firmeza y luego aborda firmemente al niño hasta que el niño se somete, como habitualmente debe hacerlo.

Este abordaje es eficaz en niños que requieren firmeza, como en el dominante o antisocial de madre insegura e incapaz de dominar o guiar su conducta. Pero el niño temeroso puede sufrir gravemente una experiencia traumática de ese tipo. Por otra parte el Odontopediatra -- tranquilo y complaciente se comporta de modo muy distinto. Es eficaz cuando se requiere esencialmente bondad y simpatía -- como el físicamente disminuido, el de lesiones cerebrales y el emocionalmente perturbador -- pero puede verse frustrado por el niño dominante, que ha aprendido a sacar ventaja de unos padres abiertamente complacientes.

Los niños pueden ser manejados de diversos modos: - con vigor y autoritariamente (es decir, someter al niño y forzarlo a aceptar las exigencias del tratamiento odontológico), o mediante la comprensión de sus necesidades y su conducción a aceptar los precedimientos odontológicos. Este último es un proceso de aprendizaje activo -- que promueve el crecimiento y desarrollo emocional.

LA PRIMERA CITA Y SU IMPORTANCIA.-

La primer visita del niño al consultorio dental debe considerarse como una ocasión muy especial, ya que entran en juego una serie de factores de orden psicológico.

Al paciente que va de visita por primera vez podemos situarlo en cualquiera de dos grupos: el de aquellos que no han tenido ninguna experiencia odontológica y el de -- los que ya la han tenido.

Los niños que ya tuvieron experiencia previa reaccio-- naran de acuerdo a lo mala o buena que haya sido ésta.

Cuando recibimos por primera vez al niño en el con-- sultorio, nuestro comportamiento necesariamente tendrá -- que ser distinto en dado caso. No hay que olvidar que la actitud de la asistente o secretaria será siempre tomada en cuenta por el paciente; esta conducta será agradable, afable, servicial, el niño que llega con problemas subjetivos a la expectativa y tenso, el trato y servicio confortará a su estado de ánimo.

El niño que no ha tenido jamás una experiencia médica u odontológica es candidato ideal para convertirse en un buen paciente. Asiste a la cita confiado, aunque atento a lo que pueda suceder. Si destruímos esa confianza -- quizá lo convirtamos en un paciente desdichado, pues habremos creado en él cierto temor al dentista.

Mencionamos anteriormente que en el manejo de los niños desempeñan un destacado papel los padres, la asistente y el odontopediatra, analicemos la parte que corresponde a cada uno.

Es indudable que el grado de cultura de los padres se refleja en el niño; y lo que ve y escucha en su hogar se refleja en el comportamiento de su vida incipiente. Una cultura limitada, la falta de criterio o la ignorancia respecto a los matices de la educación del niño, en particular aquellos aspectos en relación con el cuidado y atención de su boca, pueden malograr el esmero del profesional al atender al paciente. Si cuando el niño comienza a quejarse de dolor, los padres tratan de calmarlo con amenazas o palabras hirientes, o bien le dicen que la curación será motivo de un mayor dolor, lo único que logran es provocarles miedo, lo cual limitará su cooperación para el tratamiento dental.

La asistente dental debe tener, entre otras cualidades madurez emocional y estar adiestrada en el trato con los niños. El pequeño tiene su primer contacto odontológico a través de la persona que lo recibe al llegar al consultorio. En consecuencia, la asistente es quien inicialmente orientará la conducta del niño con el odontopediatra.

La recepción deberá ser cordial, sobria y sincera, sin demasiada familiaridad, porque algunos desconfiarán -

de este tipo de actitud. Ante un niño de personalidad negativa es mejor no hacer ningún comentario al respecto al recibirlo. Facilitarle una revista infantil puede ser una buena introducción. El tener alguna información previa sobre el niño y saludarlo por su nombre, facilitará las cosas. A un niño que por primera vez asiste al consultorio conviene atenderlo en el lapso entre dos buenos pacientes. Así verá salir del consultorio a un niño tranquilo y, cuando él se retire verá en la sala de recep---ción a otro igualmente calmado. Por tal motivo es recomendable, cuando el Odontólogo se dedica a la practica general, atender a los niños sólo en determinados días.

El niño puede asociar el uniforme blanco del médico con algún recuerdo doloroso o, cuando menos, molesto, lo que le hará tener ante esta indumentaria una actitud defensiva, pues presentirá algo desagradable. Por tal motivo no es conveniente que el Odontopediatra y su asistente vistan uniformes blancos.

El dentista que desee dedicarse a la odontopedi---tria deberá tener conocimiento suficiente, tanto para la resolución de los problemas técnicos de la boca del niño, como de sus diferentes aspectos psicológicos. El reali---zar los tratamientos adecuados, en un mínimo de tiempo y sin provocar molestias, hará que el paciente quede grata---mente impresionado. Si además de esto, el profesional brinda al niño comprensión y cariño, tendrá el éxito ase---gurado.

Cuando fuere posible, hay que dirigirse al niño colocándose a su misma altura, no enfrente sino más bien a un costado. Si uno se ubica frente al niño, éste puede sentirse atrapado y rebelarse. Este primer contacto es muy importante, y así el niño no tendrá que mirar temeroso a una persona dos o tres veces más alta que él.

Siendo observador durante la primera visita al odontopediatra puede prever el curso que va a tomar el tratamiento futuro y hacer sus planes de una manera acorde.

Durante esta primera visita se debe informar a los padres de todo lo concerniente a la higiene bucal, al control de las caries, a la dieta, la fluoración y el diagnóstico del caso, como también se deben hacer las recomendaciones sobre el tratamiento futuro. Una historia cuidadosa debe obtenerse del paciente, con especial referencia de los antecedentes médicos, sus irregularidades, y las medicaciones y hábitos existentes. Una historia bien llevada es siempre necesaria para futuras consultas o exámenes médicos.

Para resumir la primera visita, habrá que hacer los siguientes:

- 1).- Valorar la facilidad con que el paciente puede cooperar con nosotros;
- 2).- Efectuar el examen de la boca, tomar la historia clínica y dar las instrucciones a los padres.

- 3).- Determinar cuál es el grado de cooperación de los padres.
- 4).- Efectuar los planes para el tratamiento futuro.

PSICOLOGIA APLICADA A LA ODONTOPEDIATRIA.-

El empleo astuto de la sugestión es un valioso auxiliar en el ejercicio de la odontopediatría. La odontología como ciencia abarca ahora mucho más que una mera restauración. Ahora es preciso que nos dirijamos a las causas tras las actividades de nuestros pacientes, y esto - antes del tratamiento odontopediátrico.

Los factores psicológicos del temor y la tensión -- nerviosa son las razones fundamentales por las cuales muchos pacientes no aceptan un tratamiento odontológico -- completo. Por la aplicación de sanos principios psicologicos de relajación y sugestión es posible aliviar mu--chos de esos temores infundados. Si un paciente llega - al consultorio dental en un estado mental relajado y es capaz de controlar sus emociones, el tiempo del odontopediatra será empleado en forma más productiva y placentera.

Cuando se le emplea correctamente, la sugestión es un arma psicológica que eliminará el temor a la mayoría de los procedimientos odontopediátricos, mediante la relajación, el odontopediatra puede ayudar al paciente a - controlar su presión y, en la mayoría de los casos, una vez reducido el temor, cualquier experiencia desagradable se hace más tolerable para el paciente.

DOLOR Y RELAJACION.

Cuando se reduce el nivel del temor, el grado de dolor que un paciente puede aceptar antes de que se haga insoportable constituye la tolerancia al dolor. El umbral doloroso del paciente es el nivel efectivo de dolor que primero percibe. Un paciente tenso y ansioso, que espera ser lastimado experimentará en un grado mucho mayor que el paciente relajado y confiado el mismo estímulo doloroso medido. El uso adecuado de la sugestión para ayudar al paciente a relajarse puede elevar efectivamente su umbral doloroso y tolerancia al dolor, de modo que pueda aceptar más dolor que el que antes hubiera tolerado.

Con repetidas experiencia de relajación, ésta alcanzará cada vez, estados más profundos. El paciente adquiere así confianza en la capacidad y buen juicio del odontopediatra y coopera más con él en cada visita.

El paciente odontológico se beneficia con el uso de la sugestión porque puede disfrutar una mejor salud dental, que antes se le negaba, si se libera del temor al tratamiento odontológico aceptará gustoso la oportunidad de que se le realice todo el tratamiento odontopediatra en menos sesiones de las que antes hubiera tolerado ese paciente disfrutará de su recién descubierta salud dental y de los beneficios físicos y psicológicos derivados de una dentadura eficiente y agradable.

El temor al dolor es probablemente el mayor factor aislado responsable del descuido en el tratamiento adon
topediátrico. La incapacidad para afrontar económicament
e el tratamiento necesario suele ser sólo una excusa.

RELAJACION MEDIANTE LA TECNICA DE SUGESTION.-

Psiquiatras y psicólogos, con toda eficiencia y seguridad, han utilizado durante años la relajación por me
dio de la sugestión con el fin de aliviar los temores y tensiones nerviosas. Como la mayoría de los pacientes - parece sentir un temor mayor por el tratamiento odontolo
gico que el médico, es aconsejable que los odontopedia--
tras se valgan de todos los métodos terapéuticos seguros a su alcance para tornar más aceptable su labor. Se pi
ensa que el temor al dolor bucal es superior, exageradamente, al en efecto involucrado en un tratamiento. Si se tiene presente que los psicoanalistas consideran que inconscientemente la boca ha de ser considerada una zona erógena que está vinculada sólo al placer, se podrá al-
canzar una comprensión y simpatía mayores por la apren-
sión del paciente.

Mediante la sugestión psicológica se podrá provocar la relajación, como para lograr la elevación real del um
bral doloroso y la reducción del nivel de tensión.

PROCEDIMIENTO DE RELAJACION.

Ver que el paciente este cómodamente sentado en el sillón dental, con las piernas descruzadas y estiradas y sin que las ropas lo estén oprimiendo. Sus manos deben estar abiertas, con los brazos en suave descanso sobre los apoyos del sillón.

Cuidar de utilizar sólo operaciones afirmativas, es decir, instrucciones positivas, no negativas. Elegir - las palabras que connoten placer y liberación de todo - lo dañoso o doloroso. Jamás sugiera una posibilidad de dolor o malestar; por ejemplo, "tu tratamiento será más cómodo".

Emplear una técnica similar a la siguiente. Con el ejercicio constante desarrollará su propio estilo y la - conexión entre usted y sus pacientes se tornará fácil y natural. Hablar lenta y claramente; con expresión, carente de monotonía.

Para facilitar el empleo de la técnica de relaja---ción y permitirle una mayor libertad para un uso más ---constructivo del tiempo de sillón, es conveniente que --grave su técnica ya refinada.

El paciente relajado está ahora preparado para una terapéutica odontológica eficiente. Aceptarfa mejor dispuesto todo nuestro tratamiento, pues su ansiedad se habrá reducido. Por lo menos, según nuestra experiencia,

un paciente relajado apreciará y querrá lo mejor que --
brinde la odontología.

Un paciente preparado mediante la relajación se en-
cuentra en un estado de ánimo más apropiado para cuidar
los planes de tratamiento y que se le realice la corres-
pondiente terapéutica que aquel paciente que entra al -
consultorio lleno de tensiones y temeroso de todos sus
movimientos. Más aún aquel paciente volverá más conten-
to a su consultorio y se convertirá en uno de sus más
ardorosos propagandistas.

RELAJACION POR LA MUSICA.

Para relajar a los pacientes con música, asegúrese
de elegir la clase de música que pueda conducir a tal -
efecto. Evite las canciones que sugieran un ritmo rápi-
do y cortado o alguna acción abrupta. La música debe -
sugerir un ritmo sin esfuerzo, del tipo que alienta un
lento deslizarse de las ideas y una disminución de la -
tensión. La música muy seria o demasiado popular no --
servirá. Lo mejor para la relajación es una música de
fondo, ligera y discreta. Una música así se unirá me-
jor a sus palabras y aumentará la eficiencia de los cua-
dros orales.

Se ha realizado abundante investigación sobre el -
uso de la música en una diversidad de ambientes. Lamen-
tablemente, la mayoría de esos estudios era de un carác-
ter eminentemente subjetivo y el experimentador formula-
ba sus juicios por los efectos que la música tenía sobre

los sujetos formulaba sus juicios por los efectos que la música tenía sobre los sujetos. Muchos de esos estudios estuvieron centrados en el uso de una terapéutica musical para pacientes mentales.

DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO.

Por desarrollo psicológico se entiende una serie -- complicada de acontecimientos que se manifiestan exteriormente como un patrón de conducta. También se refiere a -- la adquisición, por parte del niño, de conocimientos, destreza e intereses.

A pesar de que la maduración está determinada por -- factores propios del individuo, el medio ambiente sirve -- para conservar modificar el grado de desarrollo, siendo así que cada ser es una personalidad separada, cuyas experiencias en la infancia son importantes para su conducta futura y sus relaciones con sus semejantes. El dentista que decide dedicarse a la atención de niños, estará en -- contacto con un ser inmaduro y en pleno desarrollo con características propias, por lo que es importante conocer -- sus lineamientos de conducta y sus capacidades mentales y emocionales para que así sea posible encausarlas y canalizarlas de tal manera que la íntima relación que idealmente debe existir entre el niño y su odontopediatra sea altamente positiva.

PATRONES DE CONDUCTA DEL NIÑO.

(Del nacimiento a los dos años)

En esta etapa, el niño depende completamente de su madre, en lo que a cuidado y protección se refiere, por lo que se encuentra unido fuertemente a ella, de tal suerte que la considera como parte de él. Como consecuencia de ese sentimiento de seguridad del niño, conviene mantener inalterada esa unión, teniéndolo durante las maniobras odontológicas sentado en el regazo materno. Así, el odontopediatra procederá a su tarea en forma positiva sin preocuparse de la resistencia o llanto del pequeño, pues son normales a esta edad.

(De dos a tres años).

Esta es una etapa de transición entre la conducta de bebé a la de un niño preescolar, en la que el niño trata de ser independiente, en su medio ambiente familiar. Cuando hay alguna situación de tensión o peligro el pequeño trata de regresar a la protección de la madre. Su conocimiento se caracteriza porque distrae su atención fácilmente de una cosa a otra, teniendo un campo de intereses amplio y variado.

Sin embargo, esta es la edad ideal para llevar al niño al odontopediatra y comenzar un programa de atención dental preventiva. A esta edad el pequeño deberá ir acompañado por la madre, excepto en los casos que manifieste ser muy independiente. El niño de tres años -

es capaz de sentarse en el sillón por sí sólo. No habla mucho con extraños, pero puede obedecer órdenes sencillas cuando le dan directamente. El niño no expresa bien sus experiencias y sentimientos por medio de las palabras, debido a que no posee el vocabulario suficiente para hacerlo. Si el niño está asustado puede responder positivamente a un acercamiento, hablándole con voz suave y cariñosa o, por el contrario, perder el contacto con los extraños rápidamente volviendo a la protección materna. Sin embargo, su tratamiento se llevará a cargo sin la presencia de la madre, por las siguientes razones:

- a).- Comparte su atención entre la madre y el Odontopediatra.
- b).- Recibe órdenes repetitivas, al dar una indicación el Odontopediatra, la madre automáticamente repite la orden; lo que molesta al niño.
- c).- El uso inapropiado de vocabulario por parte de la madre (te van a inyectar en lugar de anestesiar).
- d).- Actitudes negativas de los padres; amenazarlos a proyectar sus temores al tratar de efectuar algún tratamiento.
- e).- Sobreprotección excesiva.

El niño de cuatro a seis años:

A esta edad el niño desea ser independiente y lo manifiesta de manera agresiva.

Su medio ambiente es la familia, los sentimientos y emociones crecen y disminuyen rápidamente y sus enemistades son tan inestables como sus amistades.

En general, se prefiere tratar al niño sin la presencia inmediata de sus padres.

A los cinco años se encuentra una amplia variedad de patrones de conducta, que van desde el niño que no coopera, que se encuentra asustado, inseguro y aún fuertemente unido a la madre, hasta el niño que se conforma, dócil y sumiso, o a la del que coopera ampliamente porque se siente seguro y disfruta de una nueva experiencia en el consultorio dental.

EDAD PREESCOLAR.

Los pequeños que aún no asisten al jardín de niños o no tienen muchos contactos sociales pueden ser tímidos o pocos sociables, por lo general temen a los extraños hasta que se identifican con ellos. En cambio, los niños que asisten a la escuela se vuelven más sociables y están más dispuestos a relacionarse con extraños y a aceptar mejor cualquier tratamiento.

PERIODO ESCOLAR.

Se divide en tres etapas:

- a).- Temprana (de 1^º al 3er. años de primaria)
- b).- Intermedia (del 4^º al 6^º año de primaria)
- c).- Final (del 1^º al 3er. año de secundaria)

La etapa temprana comprende, aproximadamente, de los 6 a los 8 años de edad, en la que el niño ya se encuentra listo para iniciar una existencia independiente, a llevar una vida social más amplia; aprende a llevarse con los demás y las normas y reglamentos de la sociedad. Al mismo tiempo, aprende a aceptarlos, siendo ésta una de las fases frecuentes e importantes de la vida. Esto sucede a los 9 años pero hay ocasiones en que ocurre a los 6.

La etapa intermedia comprende aproximadamente de los 9 a los 12 años de edad. De los 8 a los 9 empieza a romper sus relaciones con su casa, fase por la que debe pasar antes de alcanzar su madurez e independencia.

A los 9 años el niño ya tiene experiencia para adaptarse y cooperar, aún cuando el procedimiento sea doloroso, aceptando al odontopediatra como autoridad, por lo que no es necesario llegar a forzarlo. Es ésta su mayor y principal diferencia con el preescolar.

A los 10 años el niño le gusta demostrar que es capaz de realizar acciones muy difíciles. Con raras excepciones, a los 12 años suelen desdeñar todas las actitudes de niños y son firmemente independientes.

A los 12 años, el niño está lleno de curiosidad, - factor que el odontopediatra puede utilizar para ganar - su atención y confianza.

ETAPA FINAL.

Comprende de los trece a los dieciocho años. Durante esta etapa se introducen muchas alteraciones importantes como resultado del marcado desarrollo físico, mental y emocional. Este periodo exige un conocimiento y una comprensión especiales por parte del profesionalista, ya sea médico u odontopediatra si es que ha de tratar con éxito al adolescente. Aunque a ésta edad el pequeño ha dejado de ser un niño, no ha alcanzado la madurez necesaria para ser considerado como adulto. Se enfrenta al problema de quererse independizar de la autoridad que le proporciona su familia, rompiendo con muchos de los principios familiares basados en la autoridad, responsabilidad, respeto, afecto, intimidad y posesión, alejándose de su casa. El adolescente pide privilegios, pero no desea asumir ninguna responsabilidad.

En la adolescencia temprana, el chico quiere acaparar los privilegios del niño y del adulto.

Todas estas etapas por las que pasa el niño desde el nacimiento hasta la adolescencia son necesarias y de gran valor para llegar a alcanzar la madurez individual.

TIPOS PSICOLÓGICOS DE NIÑOS Y SU MANEJO

EL NIÑO TIMIDO.- Este es un niño fácil de reconocer, generalmente no quiere entrar al consultorio, busca esconderse detras de la madre. En éstos casos se le convence rá sin demostrar una insistencia excesiva, dominando poco a poco de ésta manera su temor y teniendo la oportunidad de entrar en el terreno de sus afectos, demostrando interés en lo que a él le gusta.

EL NIÑO CONSENTIDO.- La excesiva indulgencia, o a veces el rechazo o indiferencia, por parte de los padres hacen que el niño manifieste una conducta consentida que -- por lo general se caracteriza por su desobediencia, está acostumbrado a conseguir todo lo que se propone, ya sea gritando, pateando, llorando y a veces hasta insultando. En estos casos dentro del consultorio dental, se tendrá a veces que recurrir a medidas extremas como el taparle la boca para conseguir tranquilizarlo y hacerlo que pueda escuchar al odontopediatra, que le hablará con voz suave pero firme.

El manejo de este niño es muy importante, desde la primera cita, deberá hacersele el tratamiento planeado para esa cita o cuando menos parte del mismo; de otra manera, el niño repetirá sus berrinches, ya que le darán buen resultado para evitar que el Odontopediatra haga su labor.

EL NIÑO CAPRICHOSO.- Es por lo general, hijo único, el más pequeño de la familia, ha sido adoptado o ha permanecido enfermo durante mucho tiempo. Normalmente se comporta bien, pero le disgusta que se le pida algo que le moleste.

EL NIÑO DESAFIANTE.- Generalmente, ésta actitud la presentan niños que han sido sobreprotegidos por sus padres y desafían la autoridad del Odontopediatra negándose a abrir la boca. En estos casos, el Odontopediatra deberá imponer disciplina para lograr su cooperación.

EL NIÑO TEMPERAMENTAL.- Es el tipo de paciente que cabe dentro de todos los tipos, a veces coopera y a veces no, se presenta cansado o aburrido.

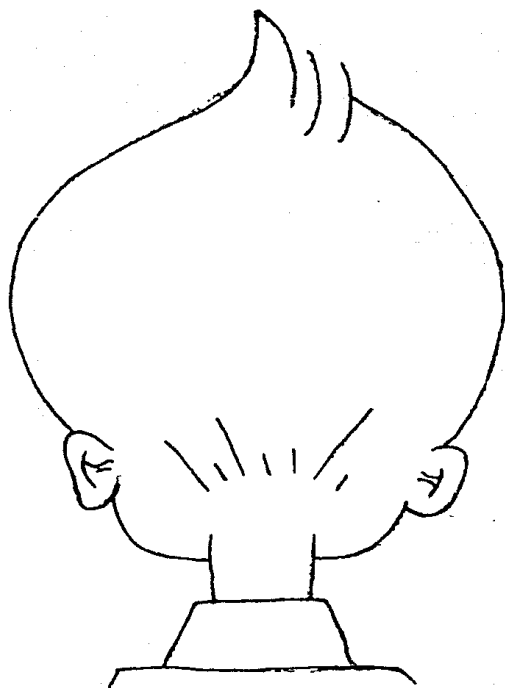
EL NIÑO DEBIL MENTAL.- Todos los niños de lento aprendizaje constituyen un problema que debe tratarse en forma individual en cada caso en particular. Generalmente se caracterizan por la lentitud con que siguen las indicaciones. Se procurará manejarlos de acuerdo al grado o etapa de debilidad mental. El Odontopediatra deberá valorar si su tratamiento se efectuará bajo anestesia general o local.

EL NIÑO COOPERADOR.- Es el niño que debemos manejar con mayor cuidado, para no hacer de él un mal paciente.

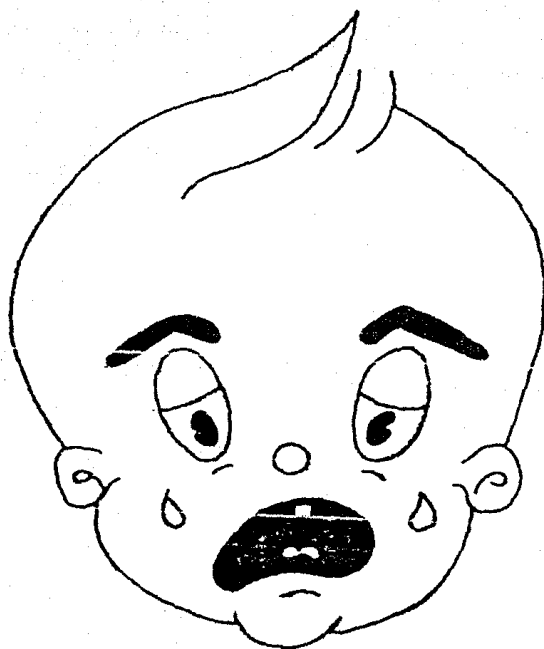
ACTITUDES

DEL

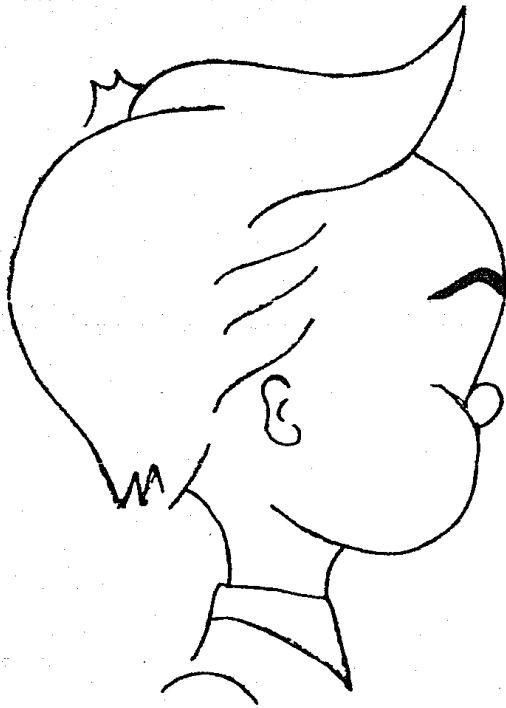
NINO



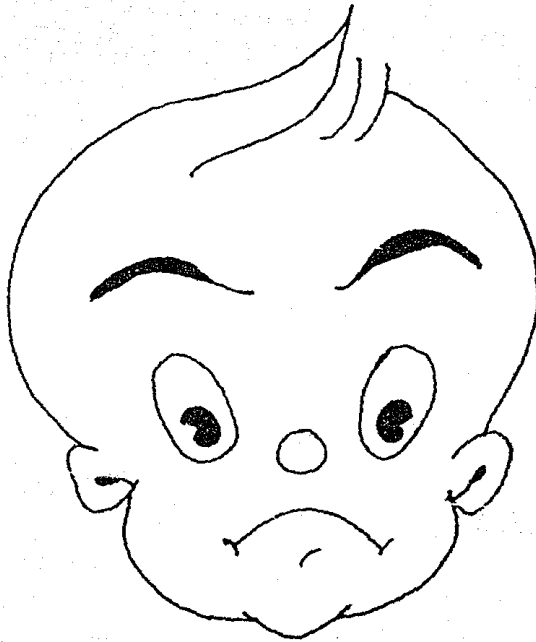
EL NIÑO TIMIDO



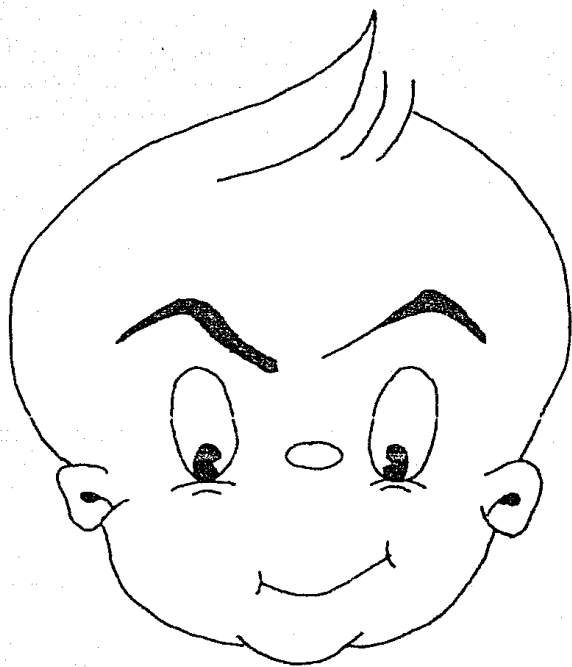
EL NIÑO CONSENTIDO



EL NIÑO CAPRICHOSO



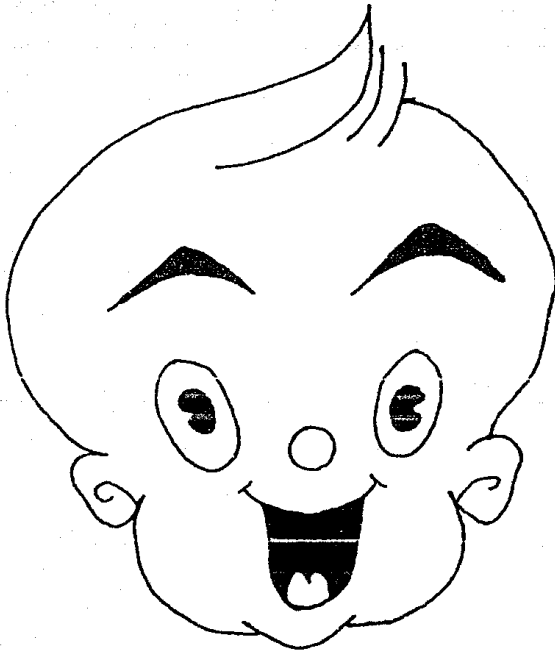
EL NIÑO DESAFIANTE



EL NIÑO TEMPERAMENTAL



EL NIÑO DEBIL MENTAL



EL NIÑO COOPERADOR

PROBLEMAS ESPECIFICOS DE CADA GRUPO CRONOLOGICO.

EL NIÑO SOCIABLE:

Ya desde los dos años y hasta el comienzo de la pubertad este niño dado normal tiene deseo de relacionarse con quienes se pone en contacto. La interacción se produce fácilmente; conversa pronto y muestra un alto nivel de curiosidad respecto de usted como Odontopediatra de lo que piensa realizar y de cómo lo hará.

Es fácil de tratar y de responder a sus preguntas, pues generalmente son pertinentes y no están motivadas por el temor o la angustia. A este niño se le pueden mostrar los instrumentos, como actúan y cuál es su propósito, todo esto para reforzar la relación que se intenta establecer con él. No es raro que este niño quiera mirar la boca de su Odontopediatra para "ver cómo es por dentro". Como cada nueva tarea es para él una especie de aventura y una experiencia en su aprendizaje, se le puede delegar parte de la responsabilidad por su cuidado dental. Hasta el caso de pasar por algún procedimiento ligeramente doloroso, este niño, está muy dispuesto a comportarse como un joven colaborador.

EL NIÑO ACTIVO.

Su presencia en la sala de espera no necesita ser anunciada por la asistente dental. Cuando llega, usted

se da cuenta muy pronto. Su conducta en el consultorio es exploradora, investigadora, siempre expresándose en tono alto y tocándolo todo. El Odontopediatra llega a ser del tipo obsesivo compulsivo, este tipo de niño puede ser muy vejante y ponerlo bien a prueba. Muy a menudo se resiste a entrar en el consultorio dental y, en especial a cualquier trabajo en la boca.

Pueden tener ataques de rabia, gritar, llorar o entregarse a cualquier otra forma de comportamiento pueril. La conducta negativa y desadaptada de estos niños jamás debe hallar aprobación en el consultorio odontológico. Como recurso expeditivo para evitar que estas respuestas sean aprobadas, es imperioso que los padres no estén con él durante el examen preliminar ni en las visitas subsiguientes.

El Odontopediatra con frecuencia podrá conversar -- con los padres acerca de la conducta del niño y comentar algunos medios para que se pueda controlar mejor esa conducta en el consultorio.

EL NIÑO ANGUSTIADO Y RETRAIDO.

Presenta un problema más serio que el niño tímido, retraído, angustiado que se somete al examen con apenas algún gemido. Es el mismo niño cuyos maestros lo consideran callados y complacientes, que nunca da trabajo. Es también el niño que con caso toda seguridad va a sufrir un alto grado de stress a lo largo de las etapas del

tratamiento. Es casi como si irradiara miedo y preocupaciones.

En razón de los muchos temores y preocupaciones de estos niños, tiene especial importancia conversar cada paso por realizar. Debe el niño estar bien informado de todo lo que usted hará y de por qué lo hará. También necesita, si puede hacerlo, expresar todas las preocupaciones que se puedan haber ido formando en su mente, aunque simpatía y comprensión sean un buen comienzo, son insuficientes para aliviar los temores y tensiones de este niño. Muchas veces los problemas de este niño temeroso y angustiado están fuera del alcance efectivo de la capacidad del Odontopediatra. Algunas veces se podrá obtener el tratamiento necesario de un psicólogo o psiquiatra.

OTRAS CONDUCTAS INFANTILES.

Hay otros tipos de conducta infantiles observables en los niños. Algunos son completamente negativo y parecen desafiar todo intento por establecer contacto.

El Odontopediatra no deberá perder de vista que los motivadores básico del negativismo del niño pueden ser la angustia y el temor. La oportunidad para crear una buena relación y aliviar parte de la angustia podrá provenir de la liberación del temor creada a través del juego.

Hay otras combinaciones de conductas en los niños, desde las más patológicas y difíciles de manejar hasta un tipo rutinario que basta un poco de ingenio para resolverlo. Todos los niños aprecian el planteo directo y honesto de cuanto se hará en el consultorio dental. - Si el procedimiento por realizar fuera necesariamente doloroso y desagradable, la explicación deberá ser breve y el procedimiento se llevará a cabo con toda rapidez.

Las lagrimas, como otras características personales deben ser aceptadas como lo son: temor y angustia sobre los nuevos y misteriosos procedimientos por realizar.

MANEJO DEL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL.

El tratamiento y manejo de un niño que sufre parálisis cerebral, implica enfrentarse a una amplia gamma de problemas. En éste trabajo la cooperación de los padres y los terapeutas trabajan juntos como equipo, se puede dar al niño las mejores oportunidades para desarrollar sus capacidades por muy limitadas que sean.

Los niños con parálisis cerebral pueden ser espásticos, atetoides, atáxicos o flácidos y su inteligencia puede ir de lo normal a lo subnormal. Pueden también tener impedimentos secundarios que afectan la visión, la audición y el lenguaje; problemas de aprendizaje y posiblemente alguna deformidad física o trastornos emocionales.

Las entrevistas de los padres con los terapeutas, está enfocada a conocer la opinión de estos acerca de, cuales son los principales problemas del niño de más edad, saber que tanta independencia ha logrado, a fin de planear el tratamiento y el manejo en el hogar para un futuro inmediato.

El dominio del niño se adquiere gradualmente y desde temprana edad, no es fácil realizar el comportamiento apropiado para una etapa del desarrollo prolongándose indebidamente a una edad más avanzada debido a estímulos continuados, cuando el proceso normal requeriría suspender gradualmente los estímulos y empezar a exigir más al niño.

Los niños no pueden desarrollarse normalmente a menos que los padres se desarrollen también.

En las clínicas ocasionalmente se vé a niños que -- tienen graves problemas de comportamiento, como llorar -- por la noche, golpearse la cabeza contra la pared, mor-- derse las manos. El niño que recibe poca atención, estí-- mulo o contacto social, tendrá la tendencia de entrete-- nerse con manipulaciones especialmente si tiene deficien-- cía parcial o completas de la visión o del oído, muchos comportamientos estereotipados, repetitivos como el de -- columpiarse, girar la cabeza, sacar y meter la lengua y movimiento complicado de los dedos, parecen ser a veces sustitutos de una estimulación o manipulación externa, estos hábitos son ciertamente difíciles de eliminar des-- pués de estar bien arraigado, porque el niño se observe en su autoestimación y se muestra indiferente al contac-- to social con otras personas.

Frecuentemente, los niños mudos en particular adop-- tan algún tipo inquietante de comportamiento a fin de -- atraer la atención de los adultos, y si el niño es físic-- amente invalido se verá forzado a emplear el llanto.

La principal razón para el reconocimiento y manejo precoz, constituyendo una fisioterapia, el aspecto más importante, es la combinación de la terapia con -- un programa de entrenamiento completo de los padres. El establecimiento de una buena relación madre-hijo, dando a la madre una completa comprensión de la naturaleza del

impedimento del niño, entrenandola en el diario manipuleo del niño, en apoyo a su tratamiento.


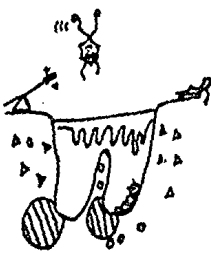
El reconocimiento precoz de la parálisis cerebral en sus muchas formas y su diferenciación del simple retardo del desarrollo de la conducta motora y de condiciones hereditarias y congénitas, exige un conocimiento completo del desarrollo de la coordinación motora.

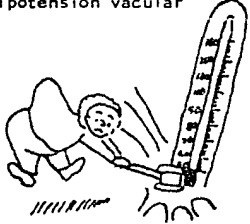
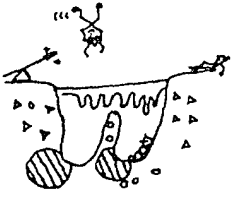
Los pacientes con parálisis cerebral presentan muchos problemas de manejo en la situación odontológica. Pueden estar en sillas de ruedas o en moldes para el cuerpo o abrazaderas para las piernas. Muchos necesitarán ayuda para ubicarse en el sillón dental y algunos requerirán almohadas y sostenes que les permitan estar cómodos, una vez sentados en el sillón. Como muchos casos de parálisis cerebral son también retardados mentales, pueden haber problemas incrementados en el manejo de la conducta. Además los trastornos del habla pueden tornar difícil o imposible la comunicación entre el paciente y el Odontopediatra.



Hay muchos problemas odontológicos concurrentes con la parálisis cerebral muchos pacientes tienen maloclusiones debida a desequilibrios musculares, ésto particularmente es válido del paciente atetoide, cuyas muecas constantes suelen llevar apareada una maloclusión.

Es común hallar un bruxismo severo, algunos pacientes presentan hipoplasias adamantina en los dientes prima

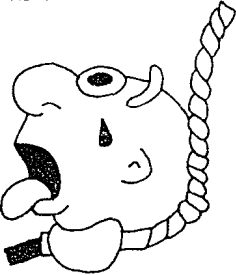



rios, a menudo la interrupción de la amelogénesis documenta el momento en que el feto padeció la lesión del sistema nervioso central. La falta de coordinación de estos niños, el hecho de que muchos hayan estado institucionalizados y hayan tenido mala supervisión de la higiene bucal y una dieta previamente pobre son todos factores para una incidencia potencialmente elevada de enfermedades dentarias.

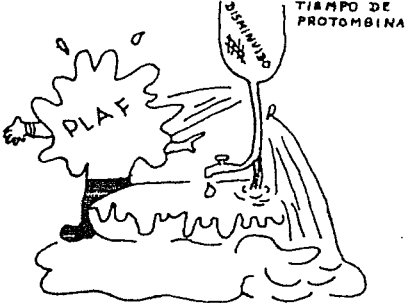
NOMBRE DE LA ENFERMEDAD	SIGNOS Y SINTOMAS	INTERES ODONTOLÓGICO	ACTITUD DEL ODONTÓLOGO
<p>Hipotensión vacilar</p> 	<p>Disminución de la tensión arterial por abajo de las cifras convencionales. (80-120 mm. Hg.)</p> <p>Hipotensión vascular, disminución de la tensión arterial por abajo de --- 120-8- mg.Hg.</p>	<p>La baja tensión puede --- conducir a una lipotimia.</p>	<p>Tratarlo previa autorización de su médico. Tomar T.A. En caso de presentar una lipotimia o shock realizar maniobras de resucitación.</p>
<p>Enfermedad cardíaca reumática.</p>	<p>Infección por estreptococo beta hemolítico que suele lesionar al corazón.</p> 	<p>La remoción de focos infecciosos de origen dental o cualquier manipulación de ellos conduce, en estos pacientes, a un estado de bacteremia, por la posible introducción de gérmenes patógenos al torrente sanguíneo. Esta bacteremia transitoria puede ser suficiente para producir una endocarditis bacteriana en un individuo susceptible.</p> <p>La introducción de bacterias en el torrente sanguíneo. Produce un estado de bacteremia.</p>	<p>Medidas profilácticas. El Ounci Dental Therapeutics (D.D.T.) indica: penicilina G. o V. 400,000 U.I/l. M. cada 6 horas, empezando 2 días antes de la intervención, el día de ésta y dos días después.</p>

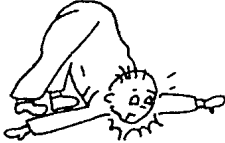

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD	SIGNOS Y SINTOMAS	INTERES ODONTOLÓGICO	ACTITUD DEL ODONTÓLOGO
<p data-bbox="36 252 238 270">Hipotensión vacilar</p> 	<p data-bbox="352 252 619 325">Disminución de la tensión arterial por abajo de las cifras convencionales. (80-120 mm. Hg.)</p> <p data-bbox="352 434 619 507">Hipotensión vascular, disminución de la tensión arterial por abajo de --- 120-8- mg.Hg.</p>	<p data-bbox="659 252 926 292">La baja tensión puede --- conducir a una lipotimia.</p>	<p data-bbox="965 252 1229 361">Tratarlo previa autorización de su médico. Tomar T.A. En caso de presentar una lipotimia o shock realizar maniobras de resucitación.</p>
<p data-bbox="36 550 238 587">Enfermedad cardíaca reumática.</p>	<p data-bbox="352 550 629 609">Infección por estreptococo beta hemolítico que suele lesionar al corazón.</p> 	<p data-bbox="659 550 939 784">La remoción de focos infecciosos de origen dental o cualquier manipulación de ellos conduce, en estos pacientes, a un estado de --- bacteremia, por la posible introducción de gérmenes --- patógenos al torrente sanguíneo. Esta bacteremia --- transitoria puede ser --- suficiente para producir una endocarditis bacteriana en un individuo susceptible.</p> <p data-bbox="659 794 939 863">La introducción de bacterias en el torrente sanguíneo. Produce un estado de bacteremia.</p>	<p data-bbox="965 550 1229 696">Medidas profilácticas. El Ouncel Dental Therapeutics (D.D.T.) indica: penicilina G.o V. 400,000 U.I./l. M. cada 6 horas, empezando 2 días antes de la intervención, el día de ésta y dos días después.</p>

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD	SIGNOS Y SINTOMAS	INTERES ODONTOLÓGICO	ACTITUD DEL ODONTÓLOGO
Anomalias congénitas cardiovasculares.	Resultado de un desarrollo defectuoso o enfermedad prenatal. Variable en sus signos, dependiendo del tipo.	<p>El tratamiento dental lleva el riesgo de producir endocarditis bacteriana.</p> 	Medidas profilácticas propuestas por el Council -- Dental Therapeutics.
Insuficiencia cardíaca congestiva.	Falta de capacidad del corazón para llenar sus cavidades completamente.	Existe el riesgo de producir trastornos del ritmo cardíaco cuando se inyectan anestésicos locales intravascularmente. Se presenta hemorragia al realizar maniobras quirúrgicas en caso de no supenderse el anticoagulante.	Valoración previa por el médico tratante. El será quien suspenda el anticoagulante para que podamos efectuar el tratamiento quirúrgico. Cuando se utiliza anestésico local hay que realizar la aspiración
		Insuficiencia cardíaca congestiva. La reserva cardíaca está tan disminuida que el corazón es incapaz de llenar sus cavidades.	


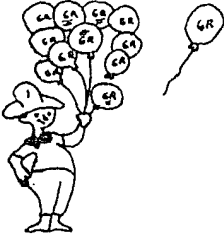
NOMBRE DE LA ENFERMEDAD	SIGNOS Y SINTOMAS	INTERES ODONTOLOGICO	ACTITUD DEL ODONTOLOGO
DIABETES MELLITUS JUVENIL	Enfermedad hereditaria en la que existe una alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono, secundaria a una deficiencia de insulina por su falta de producción o no utilización de ella.	La excitación nerviosa y emocional asociada a una intervención quirúrgica, aún leve puede causar una hiperglucemia. La curación de heridas suele ser más lenta, con frecuentes infecciones post-operatorias. La anestesia prolongada puede producir hiperglucemia.	Medicación previa con sedantes. Maniobras quirúrgicas atraumáticas. Las heridas deben ser suturadas. Antibioticoterapia, penicilina V. Oral 250 mg. cada 6 ó cada 8 horas. Si el paciente es alérgico, eritromicina ó lincomicina pre-escolar 125 mg. cada 6 horas; escolares 250 mg. cada 8 horas.
HIPERTIROIDISMO	Síndrome que resulta de la sobre-producción de hormona tiroidea por su glándula.	Con frecuencia se asocian irregularidades cardíacas (insuficiencias). Se puede desencadenar un fallo tiroideo por la administración de adrenalina o atropina. Los focos sépticos bucales pueden agravar los síntomas generales del hipertiroidismo.	Valoración médica. Anestesia local sin vasoconstrictor.
HIPOTIROIDISMO	Inadecuada producción de la hormona tiroidea	Son enfermos sensibles a narcóticos y barbitúricos. Tiene una elevada susceptibilidad a infecciones bacterianas coronarias; lo que reduce su capacidad para intervenciones quirúrgicas prolongadas.	Valoración Médica. Antibioticoterapia, según C.T.D.

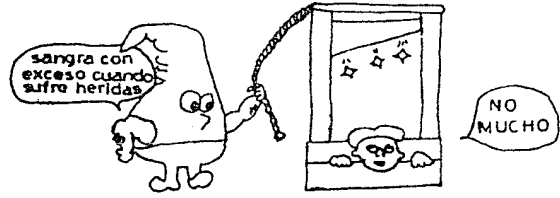
NOMBRE DE LA ENFERMEDAD	SIGNOS Y SINTOMAS	INTERES ODONTOLOGICO	ACTITUD DEL ODONTOLOGO
<p>Asma</p>  <p>Obstrucción de las vías aéreas</p>	<p>Obstrucción de las vías aéreas bajas durante la inspiración forzada, produciendo respiración sibilante.</p>  	<p>Los factores emocionales: ansiedad, excitación ira, pueden precipitar un ataque asmático</p> 	<p>Medicación previa con sedantes. La anestesia local será de elección. --- Cuando sea necesario emplear anestesia general, se recomienda utilizar halogenados debido a su acción dilatadora sobre los músculos bronquiales.</p>
<p>Infecciones de la vías aéreas</p>	<p>Inflamación de la membrana mucosa respiratoria.</p>	<p>Se considera no aptos para anestesia general, -- pues podrían presentar -- espasmo laríngeo.</p>	<p>Esperar que mejoren sus condiciones generales. -- Tratamiento paliativo para el problema dental.</p>

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD	SIGNOS Y SINTOMAS	INTERES ODONTOLÓGICO	ACTITUD DEL ODONTÓLOGO
Lesión Hepática Viral	Alteran la producción de protrombina.	Tiempo de protombina 2.5 a 3 veces menor al tiempo normal (85-110%) 10-20 seg. Hay emorragias espontáneas. Está contraindicada la anestesia general por ser hepatotóxica en estos pacientes.	Valoración médica ante la posibilidad de presentarse hemorragias cerebrales o de otra región.
		Tiempo de protombina menor al normal Hemorragias espontáneas	
EPILEPSIA	Alteración del sistema nervioso central, que se caracteriza por repetidos ataques de inconciencia y de convulsiones tónico clónicas	El "stress" puede desencadenar un ataque epiléptico. En anestesia general la anoxia y la hipoxia inducen a la convulsión.	Medicación previa, con sedantes, usar anestesia local de preferencia.

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD	SIGNOS Y SINTOMAS	INTERES ODONTOLOGICO	ACTITUD DEL ODONTOLOGO.
Síndrome Vasovagal	Se produce una dilatación de los vasos sanguíneos en la cabeza, piernas y en el abdomen, con sensación de angustia flotante, náuseas, disnea y sensación de muerte inminente. El paciente palidece, transpira y comúnmente presenta debilidad antes de perder el conocimiento.	El paciente puede perder el conocimiento y caer en un estado de shock si no es atendido rápidamente.	Suspender el tratamiento dental. Posición de Trendelenburg. Retirar de la boca cualquier cuerpo extraño. Aflojar la ropa. Si hay vómito colocar la cabeza del paciente de lado para evitar que el vómito sea aspirado. Estimulación por inhalación de sales de amoníaco, éter, alcohol, etc. Si tiene alguna alergia, será necesario investigar a cerca de alergias medicamentosas, las cuales nos pueden desencadenar diversas reacciones.
			
Enfermedad del Suero	Reacción retardada con manifestaciones generales como fatiga, artralgias múltiples, cefaleas y neuritis.	Erupciones cutáneas generalizadas y lesiones eritematosas.	Suspender el agente causal. Antihistamínico (Benadryl) 1/2 a 2 cucharaditas c/6 u 8 hrs.).

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD	SIGNOS Y SINTOMAS	INTERES ODONTOLÓGICO	ACTITUD DEL ODONTÓLOGO.
EDEMA ANGIONEUROTICO	Acumulación de líquidos subcutáneo. Puede ser local o generalizada.	Afecta labio, carrillo, - lengua, causando imposibilidad funcional.	Suspender agente causal. Administrar Antihistamínicos; (Avapena 1 ml al 1% 1/M) (Benedryl, jarabe, de 1 a 2 cucharaditas tres veces al día). Corticoides; (hidrocortisona 1.M. de 100 a 300 mg. cada 8-12 ó 24 hrs.) Alfa-aminopiridina 1/4 a 1/2 ampula cada 12 ó 24 hrs. -- 25 mg. /Kg.).
CHOQUE ANAFILACTICO	Respuesta alérgica grave inmediata de una persona previamente sensibilizada a la administración de un alérgeno.	Pone en peligro la vida - del paciente. Hay edema - laríngeo y broncoespasmo.	Vasconstrictores:(adrenalina 1 al 10,000 subcutánea de 0 a 2 cc o 3 cc; repetir cada 10 a 15 min., dependiendo - del problema).Maniobras de resucitación.¿Sangra con exceso cuando sufre heridas? ¿Sus heridas tardan en sanar? Estas dos preguntas están - encaminadas a detectar problemas hematológicos, de -- los cuales son de importancia para el Cirujano Dentista.

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD	SIGNOS Y SINTOMAS	INTERES ODONTOLÓGICO	ACTITUD DEL ODONTÓLOGO
<p data-bbox="63 270 135 285">Anemias</p> 	<p data-bbox="343 270 623 374">Síndrome que se produce -- cuando el número de hemocitos descende por debajo de los niveles normales -- (varón 4-6 millones mm^3 mujer 4-5 millones mm^3)</p>	<p data-bbox="650 270 930 358">Pueden presentar lipotimias. Está contraindicada la anestesia general por estar reducida la oxigenación del organismo.</p>	<p data-bbox="958 270 1225 358">Valoración médica previa. Anestesia local de elección. En caso de lipotimia, el tratamiento anterior y mencionado.</p>
<p data-bbox="63 582 198 596">Poliglobulias</p> 	<p data-bbox="343 582 623 707">Aumento de glóbulos rojos, hematocrito y hemoglobina por encima de los valores fisiológicos. Hto. varón 40-54% mujer 34-47% Hb Varón 12-17 g/100 ml. mujer 11-15g/100 ml.</p> <p data-bbox="343 745 623 816">Poliglobulias. Aumento de glóbulos rojos, hematocrito y hemoglobina por encima de los valores fisiológicos.</p>	<p data-bbox="650 582 930 620">Existe tendencia a las -- hemorragias espontáneas.</p>	<p data-bbox="958 582 1225 723">Valoración hematológica. Extracciones o cirugía bucal realizadas con precaución, saturando las heridas o colocando apósitos quirúrgicos (celulosa oxidada, Wonder Pack, etc.) Hemostasia local.</p>

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD	SIGNOS Y SINTOMAS	INTERES ODONTOLÓGICO	ACTITUD DEL ODONTÓLOGO
Púrpura Trombocitipénica	Disminución de las plaquetas sanguíneas.	Valoración hematológica. Hemostasia local.	Puede presentarse hemorragia excesiva en intervenciones quirúrgicas.
Hemofilia	Enfermedad hemorrágica hereditaria producida por deficiencia de varios factores.	Mecanismo de coagulación alterado: se manifiesta por hemorragias gingivales espontáneas. Falta de resistencia a las infecciones.	Su atención está contraindicada en el consultorio dental. Tratamiento intrahospitalario.
			
Leucemia.	Enfermedad que se caracteriza por un número anormalmente elevado de leucocitos (5,000 a 10,000 mm. normal).	Excesivas hemorragias. Infecciones secundarias, retardo en la evolución y en la curación de las heridas.	Paciente cuyo tratamiento odontológico y médico será intrahospitalario.

ESTADO BUCAL EN LA PARALISIS CEREBRAL.

El estado bucal de los adultos con Parálisis Cerebral difiere de los niños solamente en lo que respecta a la edad y, en muchos casos, a la falta de cuidados adecuados.

Para tener un cierto porcentaje de éxito en el tratamiento de cualquier enfermedad o anomalía, es necesario familiarizarse con ella. Si bien la obligación básica del odontopediatra en el tratamiento del paciente con parálisis cerebral es bastante limitada -vale decir el mantenimiento de un estado de salud bucal bastante satisfactorio- el odontopediatra es una parte integrante del equipo de especialistas que tienen a su cargo el cuidado total de este tipo de pacientes.

LA CAVIDAD ORAL DEL PACIENTE CON PARALISIS CEREBRAL.

La Dentición.

El patrón de erupción de los dientes temporarios y permanentes, como así también el momento de erupción de los dientes en particular, no difieren necesariamente en el paciente con parálisis cerebral del que se observa en el niño normal. Así también el paciente con parálisis cerebral, sin que el tipo de éste importe, no presenta una incidencia mayor en dientes supernumerarios o ausencia congénita de piezas dentarias.

ESTADO BUCAL EN LA PARALISIS CEREBRAL.

El estado bucal de los adultos con Parálisis Cerebral difiere de los niños solamente en lo que respecta a la edad y, en muchos casos, a la falta de cuidados adecuados.

Para tener un cierto porcentaje de éxito en el tratamiento de cualquier enfermedad o anomalía, es necesario familiarizarse con ella. Si bien la obligación básica del odontopediatra en el tratamiento del paciente con parálisis cerebral es bastante limitada -vale decir el mantenimiento de un estado de salud bucal bastante satisfactorio- el odontopediatra es una parte integrante del equipo de especialistas que tienen a su cargo el cuidado total de este tipo de pacientes.

LA CAVIDAD ORAL DEL PACIENTE CON PARALISIS CEREBRAL.

La Dentición.

El patrón de erupción de los dientes temporarios y permanentes, como así también el momento de erupción de los dientes en particular, no difieren necesariamente en el paciente con parálisis cerebral del que se observa en el niño normal. Así también el paciente con parálisis cerebral, sin que el tipo de éste importe, no presenta una incidencia mayor en dientes supernumerarios o ausencia congénita de piezas dentarias.

Debido a la gran variedad de causas potenciales de parálisis cerebral, cabe anticipar una mayor incidencia de hipoplasia dentaria tanto en los dientes temporarios como en los primeros molares permanentes de los pacientes con parálisis cerebral, estos defectos hipoplásticos son los más importantes signos de diagnóstico en los casos de parálisis cerebral resultantes de una incompetencia RH paternal. Estos datos implican que los factores etiológicos responsables del desarrollo de los defectos del esmalte son también responsables del daño cerebral.

CUADRO DE DENTICION

89

	Principio de la Calcificación	Calcificación completa de la corona	principio Erupción	Calcificación completa de la raíz.
Dentición Primaria				
Incisivos Sup.	5 meses in útero	al nacimiento	6 meses	2 años
Caninos Sup.	5 meses in útero	9 meses	18 meses	3 años
Primer Molar Superior	7 meses in útero	9 meses	1 año	3 años
Segundo Molar Superior	7 meses in útero	12 meses	18 meses	3 años
Incisivos Inf.	5 meses in útero	Al nacimiento	6 meses	2 años
Caninos Inf.	6 meses in útero	9 meses	18 meses	3 años
Primer Molar Inferior	6 meses in	9 meses	1 año	3 años
Segundo Molar Inferior	7 meses in útero	9 meses	18 meses	3 años
Dentición Secundaria				
Incisivos Sup.	6 meses	5 años	7 años	11 años
Caninos Sup.	6 meses	7 años	11 años	12 años
Premolares Sup.	18 meses	6 años	10 años	11 años
Primer Molar Superior	Al nacimiento	2 años	6 años	9 años
Segundo Molar Superior	3 años	7 años	12 años	15 años
Tercer Molar Superior	9 años	12 años	18 años	21 años

Incisivos Inf.	6 meses	4 años	7 años	9 años
Caninos Inf.	6 meses	6 años	10 años	12 años
Premolares Inf.	9 meses	6 años	10 años	12 años
Primer Molar Inferior	Al nacimiento	3 años	6 años	9 años
Segundo Molar Inferior	3 años	7 años	12 años	15 años
Tercer Molar Inferior	9 años	12 años	16 años	21 años

LA OCLUSION.-

La deformidad de los arcos y la maloclusión pueden originarse a resultas de fuerzas musculares anormales, los individuos con parálisis cerebral presentan gran in di de nd encia de maloclusión. El niño atetoide estaba afectado muchas más veces y en una magnitud mayor que los niños correspondientes a los otros tipos de parálisis cerebral. la maloclusión en el tipo atetoide era eminente mente de Clase II división I, con una mordida abierta anterior.

Factores etiológicos de importancia en la producción de la deformidad de los arcos en estos casos serían: la pérdida del equilibrio en el esqueleto y en la musculatura facial, la variación en el tono normal de los músculos faciales, donde existe generalmente una hi per toni ci dad, y la modificación de los movimientos musculares durante la fonación y la deglución. Se pensó que la pérdida prematura de los dientes temporarios tenían un papel aún más importante en la producción de la maloclusión en el niño con parálisis cerebral que en el niño normal.

La oclusión en el niño con parálisis cerebral se halla también influenciada por la forma del paladar. -- Una bóveda palatina alta y angosta es a menudo característica de los individuos atetoides, si bien esta condi ción del paladar se observa también en los espásticos. El bruxismo, con su consiguiente abrasión dentaria que lleva a un cierre de la mordida, es un hallazgo bastan-

te frecuente tanto en el grupo de los espásticos como en el grupo de los atetoides.

Los hábitos orales perniciosos no constituyen aparentemente un factor de importancia en la producción de la maloclusión en los pacientes con parálisis cerebral. La protrusión lingual, que en estos pacientes no debe ser considerada como un hábito, se observa con bastante frecuencia, y contribuye al menos al desarrollo de la maloclusión. La forma en que frecuentemente se babea se debe a la dificultad para tragar, la posición aberrante de la cabeza debida a la debilidad de los músculos del cuello, y la dificultad para mantener los labios juntos. Estos factores son también importantes en lo relativo a la protrusión de la lengua. La hipotonicidad y la hipertonicidad de la lengua en presencia de una acción anormal de los músculos faciales, son causas la dos, de la mordida abierta en el sector anterior de la boca. Si bien la lengua del paciente con parálisis cerebral puede aparentar ser extremadamente grande, esto es una ilusión producida por su posición adelantada y por su tonicidad anormal. Lo mismo, la salivación profusa y el babeo que se observan en muchos casos de parálisis cerebral es probablemente resultado, no de un aumento en el flujo salivar, sino de un mecanismo de glutorio defectuoso.

LABIO O PALADAR FISURADO.

La incidencia del labio o del paladar fisurado en los casos de parálisis cerebral no difiere en nada de la que se observa en el resto de la población normal.

ENFERMEDADES O LESIONES EN LA BOCA DE LOS PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL.

CARIES DENTAL.-

Los factores responsables de la iniciación o de la prevención de la caries dental, actúan sobre el niño -- con parálisis cerebral de la misma manera que sobre el niño normal. El patrón de caries en los dientes es el mismo, como también las zonas de inmunidad y de susceptibilidad, siempre y cuando se excluyan los defectos hipoplásticos. La incidencia de la caries dental en el niño con parálisis cerebral, sin embargo, puede ser mayor que lo que uno podría prever, debido a ciertos factores tales como la nutrición inadecuada, la consistencia de la dieta, la inadecuada higiene bucal, y la prolongada retención en la boca de partículas alimenticias debido tanto a una higiene deficiente como a la imposibilidad de la lengua de eliminar las partículas que quedan entre los dientes después de haber comido. La presencia de defectos hipoplásticos en el esmalte predispone también a una mayor incidencia de caries.

El descuido, es un factor importante en la destrucción masiva de los dientes que se observa en muchos casos de parálisis cerebral. La culpa del descuido en el tratamiento odontopediátrico del niño con parálisis cerebral la tienen tanto los padres como la profesión -- odontológica. Muchos Odontopediatras han evitado tratar a este tipo de pacientes porque aducían que les presen-

taban problemas que no podían adecuarse a la rutina de sus consultorios. También, la falta de conocimientos -- por parte del odontopediatra en lo concerniente a la parálisis cerebral en sí, se ha reflejado en una falta de confianza para poder encarar el tratamiento de rutina en tales casos. También los padres muchas veces han creído que el cuidado dental de estos niños era una cosa prácticamente imposible de realizar en el consultorio odontológico, y no se decidían a hacerlos tratar de otra manera.

ENFERMEDAD GINGIVAL DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE.

La incidencia de la enfermedad gingival y de los tejidos de soporte tiende a ser mayor entre los niños con parálisis cerebral que entre los niños normales, el grupo de los espásticos era el más atacado, y el grupo atetóide del menos.

La extrema dificultad, en muchos casos, de mantener una higiene bucal satisfactoria, es la causa principal de esta predisposición a la enfermedad gingival. A menudo es imposible que el niño se limpie los dientes en forma adecuada, y por otra parte resulta difícil a los padres limpiar adecuadamente los dientes de los niños. Aún la profilaxis dental efectuada por el Odontopediatra a la higienista se torna a menudo una tarea difícil en los niños con afecciones avanzadas. Sin embargo, la profilaxis dental efectuada por el profesional a intervalos bastante frecuentes puede ayudar mucho a prevenir o por lo menos a disminuir la enfermedad de los tejidos de soporte en estos casos.

Otros estados orales, tales como la maloclusión, el bruxismo y los dientes con caries avanzadas constituye también a la enfermedad periodontal de los pacientes de este grupo. Los factores dietéticos, incluyendo entre ellos la consistencia de las comidas y la nutrición inadecuada, son indudablemente causas predisponentes para los problemas periodontales. En muchos casos de parálisis cerebral, la dieta debe ser necesariamente de consistencia blanda, lo que disminuye la estimulación normal de los tejidos blandos de la boca. Debido a las restricciones dietéticas, los factores nutritivos esenciales son reemplazado a veces en forma deficiente. La carencia de vitamina C constituye sin duda uno de los factores nutricios predisponentes en la enfermedad gingival de estos pacientes.

Las condiciones gingivales anormales se observan con frecuencia en los niños con parálisis cerebral que tienen a la vez trastornos convulsivos asociados. La gingivitis típica y la hipertrofia gingival asociada -- con la administración prolongada de Dilantina Sódica, se observan a menudo en este grupo de pacientes.

La respiración bucal es una característica bastante frecuente que se observa en la parálisis cerebral, y parece que contribuye a disminuir aún más la salud de los tejidos blandos, muy particularmente en el sector anterior del maxilar.

AFECCIONES TRAUMATICAS DE LOS DIENTES.

El trauma de los incisivos se presenta con relativa frecuencia entre los niños que tienen parálisis cerebral. A pesar del hecho de que estos niños generalmente no participan de las múltiples actividades de los niños normales, el trauma dentario tiene lugar de resultas de caída. La falta de la protección labial, juntamente con la protrusión de los incisivos superiores en muchos pacientes con parálisis cerebral, contribuyen a este tipo de inconvenientes traumáticos en los incisivos.

IMPORTANCIA DEL MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE LA BOCA EN EL PACIENTE CON PARÁLISIS CEREBRAL.

El tratamiento odontopediátrico precoz y periódico, en los niños con parálisis cerebral, es algo que reviste singular importancia, puesto que los problemas que se -- presentan tienden a ir en aumento en cuanto a gravedad y rapidez. Debido a que el niño impedido a menudo tiene problemas físicos que tornan difíciles funciones rutinarias como la masticación y la palabra, es sumamente importante que estos inconvenientes no se agraven por el -- descuido de los dientes. En el tratamiento general del paciente con parálisis cerebral, deben ser eliminados todos los obstáculos que impidan la comodidad y el desempeño eficiente. Los problemas odontológicos pueden muy -- bien llegar a constituir un obstáculo para el cuidado o el tratamiento satisfactorio del paciente.

Debido a la dificultad para comer que tienen muchos pacientes con parálisis cerebral, la nutrición del individuo puede ser deficiente. Tales pacientes se vuelven cada vez más difíciles de alimentar si su dentición se -- halla seriamente dañada por la caries o por la pérdida -- múltiple de los dientes. La incomodidad agregada se aña de a los problemas propiamente odontológicos. Como la -- nutrición adecuada es uno de los factores básicos en el cuidado y la rehabilitación de la persona impedida, el -- estado de sus dientes reviste una importancia capital.

La dificultad en la palabra es una cosa bastante frecuente en la parálisis cerebral. La relación entre los dientes y la palabra es muy compleja, y la influencia de la maloclusión sobre la palabra, es a menudo difícil de determinar, debido a que el individuo pone en juego ciertos mecanismos compensatorios.

La maloclusión, que en un individuo normal pudiera no llegar a crear inconvenientes en el habla, constituye un serio problema para la palabra del niño con parálisis cerebral, debido a la imposibilidad que tiene éste de compensar las perturbaciones de la maloclusión.

Al tener en cuenta el camino a seguir por la odontopediatría en el tratamiento del niño con parálisis cerebral, es importante considerar la influencia del cuidado de los dientes sobre el desarrollo emotivo del niño. Una dentición sana y una oclusión estética pueden muy bien ser motivo de orgullo para el niño impedido.

EL ODONTOPEDIATRA Y SU ORGANIZACION.

La postura del Odontopediatra puede infundir confianza en la persona impedida; un profesional que tiene miedo y es receloso, a menudo encuentra dificultades para manejar al paciente. No es raro que el paciente que no se comporta bien en lo de un Odontopediatra, se comporta bien en el consultorio de otro profesional más experimentado. Desde que las relaciones entre el paciente impedido y sus padres son muy estrechas, el niño se da cuenta de lo que el padre siente durante los procedimientos odontológicos. De manera que todos los presentes pueden tener una cesión difícil. El Odontopediatra debe tener confianza en sí mismo, tomar decisiones rápidas, e infundir confianza tanto a los padres como al paciente mismo. Debe utilizar su voz para tener el control de la situación. El paciente se gufa según el tono que imprime el Odontopediatra a su voz de manera que puede ser controlado de esta forma.

INTRODUCCION AL CONSULTORIO DEL PACIENTE.

Antes de ver al niño por primera vez, el Odontopediatra debe buscar información del médico sobre su condición. Necesita saber el tipo de complicación neuromotora y su gravedad, cualquier historia de convulsiones, terapia con drogas, otros defectos sensoriales, visuales o auditivos y una estimación de su nivel de inteligencia.

Con este conocimiento, el Odontopediatra puede adecuar su actitud a las necesidades de ese paciente en particular.

El acercamiento debe ser amistoso y simpático, pero firme y siempre con plena confianza. Cualquier falta de seguridad es percibida por el niño y produce una actitud adversa, paciencia y persistencia son de capital importancia, y si es necesario hay que establecer varias visitas para lograr una relación amistosa y de confianza, con exámenes y explicaciones sencillas, antes de iniciar tratamiento. El objetivo debe ser un trabajo en equipo entre el Odontopediatra y el niño haciendo este su parte y dándose cuenta cabal de ello.

POSTURAS (PACIENTE, ODONTOPEDIATRA Y SU ASISTENTE).

Muchos de los pacientes paráliticos cerebrales pueden sentarse en el sillón dental, pero éste debe inclinarse algo hacia atrás, de manera que haya una sensación de mayor seguridad en cuanto a no caerse hacia delante. En algunos casos puede necesitarse una asistencia junto al sillón para controlar los movimientos de la cabeza -- cuando el Odontopediatra esta trabajando frente al paciente. Si lo hace desde atrás, sin embargo, el Odontopediatra puede habitualmente lograr este control sosteniendo la cabeza entre su brazo izquierdo y el cuerpo, quedando libre su muñeca y su mano.

El uso de tiras de retención para soporte es aconsejado firmemente por algunos, pero condenado por otros. Un soporte así debe ser útil siempre y cuando el niño entienda que es para soporte y no para restricción y no lo considere con adversión.

Hay pacientes quienes pueden ser controlados más fácil y completamente si se sientan en el regazo de un padre o una asistente. Si el padre es sensible y cooperador, entiende verdaderamente que se esta haciendo, entonces resultará una persona adecuada para brindar control y el niño estará más seguro si el niño se sienta en las rodillas de la persona, con sus piernas entre las de ella, para controlarlas si es necesario. Se inclina hacia atras con su cabeza apoyada en el hombro de quien le ayuda, o en un cabezal, y es sostenido tranquilamente con los brazos de la asistente alrededor del cuerpo y brazos del niño. Puede necesitarse otra asistente para mayor soporte o control de la cabeza.

Las posiciones de la asistente es quedarse frente al paciente y al operador atendiendo las indicaciones que el operador le dé y estará atenta para pasar el instrumental o medicamento que se utilicen. Para esto se coloca el brazo de la unidad y/o módulo a una distancia que este al alcance cómodo de la mano, tanto del operador como de su asistente. Es importante que este pendiente del trabajo que se efectúa por ello es necesario que se sitúe frente al paciente y se dé cuenta del instrumento o medicamento que puede utilizarse anticipadamente.

E X A M E N .

Debe estimularse al paciente para que se relaje explicando y demostrando, todas las acciones propuestas.

Los movimientos repentinos pueden precipitar una acción muscular y por eso es esencial un acercamiento suave, a veces se puede vencer esa contracción. No hay que poner los dedos entre los dientes en los casos en que los maxilares pueden contraerse, salvo que se use un protector digital metálico, un dedal puede ser útil es aconsejable agregarle un trozo de cadenita, o un cordón perforando un pequeño orificio con una fresa cerca del borde, de manera que si se sale del dedo no hay peligro de que se trague. En esos casos, un espejo de vidrio puede resultar peligroso para el paciente, porque si se astilla puede no ser posible recobrar los trozos de vidrio, sin hospitalizar al niño y sin anestesia general.

Es aconsejable un espejo de acero, hay que tener cuidado en la colocación de un explorador para que, si se cierra la boca intempestivamente, la punta no constituya un riesgo para los tejidos blandos. Las películas radiográficas son difíciles de ubicar y mantener sin movimiento, y quizás habrá que omitirlas, aunque posiblemente las interproximales puedan tener mejor éxito.

C O N S E R V A C I O N .

Con la comprensión y confianza del paciente, la conservación debería ser posible, con o sin anestesia local, y por cierto en aquellos con razonable inteligencia. Habitualmente, resulta esencial un apearador bucal, pero -

hay que cuidar que sea de un tipo, y se encuentre en posición tal, que dificulte su desplazamiento. El separador sencillo no ajustable debe usarse en su máxima apertura, para que el paciente no lo desaloje si abre un poco más su boca, o por la presión de la lengua. Un separador tipo trinquete con manijas de tijera es útil, especialmente si las superficies que contactan con los dientes están cubiertas con metal blando, o con goma dura, para minimizar la incomodidad y el deslizamiento sobre los dientes. Si los dientes están cubiertos con metal o goma. El separador puede ser controlado por la asistente quien sostiene la cabeza del niño. Al paciente hay que permitirle descansos frecuentes de la posición de boca abierta.

Un atomizador de agua y un eyector de saliva, o succionador son esenciales para limpiar rápidamente el campo de restos, ya que no le es factible enjuagarse la boca. En algunos casos puede necesitarse un retractor para la lengua, especialmente cuando se tratan dientes inferiores. Al colocar cemento limpio y seco colocando una grapa para dique (sin la goma) sobre el diente a tratar o el vecino. Puede colocarse y retirarse muy rápidamente, según necesidad, y controla la posición de los rollos de algodón, del eyector de saliva y hasta de la lengua en alguna medida.

Si bien la mayoría de los parálisis cerebrales -- pueden ser tratados 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. Una vez que esta se logra el mantenimiento de rutina se hace más fácil.

TRATAMIENTO ODONTOPEDIATRICO.

El buen cuidado dental en los niños paráliticos cerebrales y especialmente en aquellos con complicaciones en la cabeza o el cuello, es de vital importancia porque:

- 1.- Tienen dificultades masticatorias que aumentan con la pérdida de dientes, esto contribuirá -- más a deficiencias nutricias.
- 2.- Muchos de estos pacientes nunca podrán usar -- dentaduras por su incapacidad muscular.
- 3.- Los problemas fónéticos aumentan por la pérdida de dientes.
- 4.- Los aspectos emocionales no deben ser pasados por alto. Un niño cuyas necesidades dentales son dejadas de lado o descuidadas, estará más frustrado que aquel cuya estética dental y -- tratamiento conservador se cuidan en la misma medida que sus hermanos normales.

PROBLEMAS DEL TRATAMIENTO.

Al niño afectado tan ligeramente que puede concurrir a la escuela es posible tratarlo como a un paciente normal en el consultorio, mientras aquellos tan severamente impedidos física y mentalmente, como para estar internados en Instituciones especiales, sólo son adecuados para extracciones y un buen cuidado con relación a su higiene

bucal. Es a quienes se encuentran entre ésos dos extremos que debe dirigirse la atención odontopediátrica especial. Si un niño está en condiciones de asistir a una escuela o centro especial entonces se le puede ayudar.

El niño con algún grado de complicación en la cabeza o el cuello, presenta problemas para su atención odontopediátrica y quizás las dificultades sean de orden mental, físico y dental.

DIFICULTADES MENTALES

- 1.- **Aprehensión:** puede ser un gran problema al principio hasta que el niño se familiariza con el Odontopediatra y con el tipo de tratamiento, se refiere especialmente a un niño retenido en su hogar y quien raramente ve a nadie que no sea miembro de su propia familia. El niño quien concurre a una escuela o centro especial está más acostumbrado a conocer otras personas. El espástico es esencialmente propenso a la apre-hensión.
- 2.- **Dificultad de comunicación:** puede existir defectos auditivos o visuales, que dificulten la con-versación y explicaciones junto al sillón o el niño puede tener un defecto de dicción que hace sus respuestas incomprensibles. En esos casos, el Odontopediatra no debe suponer ninguna deficiencia en la inteligencia sin otra evidencia.
- 3.- **Baja Inteligencia:** En pacientes de inteligencia por debajo de lo normal, la comunicación y el entendimiento pueden ser difíciles de alcanzar cuando se intenta obtener cooperación.
- 4.- **Distracción:** en algunos pacientes con disfunción cerebral hay inquietud y una deficiente capacidad para concentrarse. Las cosas triviales ---

tienden a distraer la atención del paciente.

- 5.- **Convulsiones:** una cantidad de niños paráliticos cerebrales sufren de algún grado de convulsiones aunque la ansiedad puede precipitar un ataque, es casi seguro que el paciente está recibiendo drogas que controlan el estado, y un episodio así es raro en el sillón dental.

DIFICULTADES FISICAS

- 1.- **Posición Postural:** Un paciente con algún grado de ataxia no será capaz de sentarse en el sillón dental sin ayuda, debido al trastorno del equilibrio. El atetoide y los espásticos con complicaciones de los músculos del cuello, tienen dificultades en lograr y mantener la postura normal, con la cabeza apoyada sobre el cabezal.
- 2.- **Capacidad para Cooperar:** los niños con complicaciones mayores, sobre todo de la cabeza y el cuello y pueden presentar serios problemas de cooperación, no por falta de voluntad, sino -- por su incapacidad para producir las adecuadas acciones musculares.

En el espástico, la rigidez muscular tiende a desaparecer cuando se sienta quieto y relajado, pero cuando

se intenta accionar los músculos para abrir la boca, hay una reacción excesiva y los músculos labiales, aunque -- producen un cuarto grado de apertura, pueden estar tan -- fuertemente contraídos y tensos como para presentar una barrera al examen de la cavidad bucal. Producir separación de los arcos dentarios constituye un problema similar. En el atetoide, los constantes movimientos musculares involuntarios dificultan el tratamiento los músculos faciales y masticatorios producen contracciones y quizás el cierre repentino de la boca.

D E N T A L E S

La proporción de caries es sólo marginalmente más -- elevada que lo normal, pero la conversación es por lejos más importante debido a los mayores problemas que pueden encontrarse en relación con una prótesis. Desafortunadamente, cuanto mayores las dificultades de conversación -- menos probable es que el paciente pueda usar un aparato, pero si los problemas físicos y mentales pueden superarse entonces la conversación misma no presenta verdaderos inconvenientes.

Los pacientes con bruxismo intenso y tendencia a -- apretar y contorsionar no son adecuados para un aparato protético u ortodoncico, salvo que puedan ser irrompi-- bles. La higiene bucal es siempre un verdadero problema, pero importante en el campo preventivo. La terapia con drogas del grupo dilantinico produce una gingivitis hipertrofica persistente.

ASPECTOS IMPORTANTES PARA EL TRATAMIENTO DEL NIÑO**En relación con los padres:**

Informar a los padres lo que deben decirle al niño. Lo que no deben mencionarle, señalar que no conviene manifestar sus temores al niño, ni usar a la odontología - como castigo o asegurarle que no se le hará ningún tratamiento, Ni darle información detallada respecto al tratamiento que se le realizará en el consultorio dental. - A una pregunta que requiera una contestación extensa o - detallada, el padre indicará que será el Odontopediatra quien la conteste.

En relación con los niños:

- 1.- A partir de los 3 años, los niños no entraran - al consultorio dental acompañados de sus padres.
- 2.- Si el niño no quiere entrar, debemos salir por él.
- 3.- Si llora, lo dejaremos llorar un rato.
- 4.- Después se le dirá que no se permite llorar dentro del consultorio empleando una actitud firme a la vez que amable, explicándole posteriormente las razones y la necesidad de efectuar el -- tratamiento.
- 5.- Si grita se hará alguna maniobra no agresiva para impedir que lo haga puesto que si no establecemos comunicación con él no podremos realizar ningún tratamiento (11)

- 6.- Realizar siempre algún tratamiento o maniobra
- 7.- Valorar posibles excusas, como en el caso del niño que quiere ir al baño. Solamente lo dejaremos ir una vez. El problema de náuseas se resolverá trabajando siempre con dique de hule.
- 8.- Respetarlo, no engañarlo sobre lo que se le va a hacer, pero sí utilizar otros términos evitando así asustarlo.
- 9.- Dejar que crea que es él quien maneja la situación. Se le dirá: "coloca tu brazo izquierdo sobre el brazo del sillón de manera que descansen sobre el. Si en algún momento sientes alguna molestia, levántalo y en ese momento detendremos todo lo que estamos haciendo y nos explicaras cuál es el problema. Pero recuerda que solamente debes levantar el brazo cuando haya un problema".

AMBIENTE EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Se deberá tener presente que el aspecto del consultorio dental no va a controlar la conducta de nuestro paciente, pero sí puede ser de gran importancia la influencia que ejerce sobre su estado de ánimo.

La primera impresión que recibe el niño al entrar a la sala de recepción debe ser un ambiente agradable y de cordialidad por parte de la asistente dental.

Para la atención exclusiva del paciente infantil, - el consultorio dental deberá ser con una atmósfera de -- confianza y tranquilidad.

C A P I T U L O I V

CUIDADO ODONTOPEDIATRICO DEL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL

La evaluación de la boca del paciente con parálisis cerebral es de importancia primordial en el tratamiento odontopediátrico del niño. Debido a la importancia que ha adquirido la atención odontológica correcta en el programa general del tratamiento de éstos pacientes, el examen y el cuidado odontopediátrico deben realizarse con todo esmero. Desafortunadamente, ésto no es tarea fácil debido a los problemas físicos y psicológicos que presentan estos niños. Muchos han llevado existencias ocultas antes de ser llevados al Odontopediatra y, por lo tanto, se presentan temerosos ante cualquier situación desconocida. El problema físico en sí torna complicado el empleo de ciertos elementos que se utilizan en el diagnóstico, tales como las radiografías y los modelos de estudio.

Si bien la mayoría de los pacientes con parálisis cerebral tienen una inteligencia normal, el niño aislado que tiene además un retardo mental, constituye un verdadero problema cuando hay que atenderlo.

El primer examen del niño debe hacerse a la edad más temprana posible, para que los problemas dentales y gingivales puedan ser tratados en sus comienzos, la oclusión anormal descubierta en forma temprana, y los trastornos odontopediátricos que provocan defectos en la ---

palabra pueden ser corregidos a su debido tiempo.

El examen odontológico deberá ser precedido por una valoración de los problemas físicos, mentales o emocionales que presente el niño, para poder así encarar la forma de tratamiento que le resulte más conveniente.

En el examen del paciente con parálisis cerebral, el Odontopediatra debe considerarse parte del equipo de especialistas que tiene encomendado el diagnóstico y el tratamiento del paciente en todas sus facetas. La importancia del trabajo en equipo al tratar al paciente con parálisis cerebral ha sido recalcada con bastante frecuencia, pero también a menudo ha sido pasada por alto. Para el primer enfoque del niño, el Odontopediatra necesita saber de los hallazgos del pediatra, del psicólogo, del foniatra, del dietista y del asistente social. Estos componentes del equipo a su vez aprovechan de los hallazgos del Odontopediatra

Toda la información disponible a cerca de los diferentes problemas que presenta el enfermo debe ser cuidadosamente revisada, para que el Odontopediatra pueda prever así el comportamiento fisiológico y emotivo del paciente.

Se verá que el examen y el tratamiento pueden realizarse la mayoría de las veces en el consultorio, sin grandes modificaciones que aparten de la rutina. Solamente pocos casos necesitan ser tratados con anestesia gene

ral. Para la mayoría de los casos de parálisis cerebral, el examen y el tratamiento se realizan los mismo que en el niño normal, solamente que un poco más despacio, y con ciertas precauciones en lo referente a la seguridad del niño.

Un examen clínico minucioso es imprescindible en los niños con parálisis cerebral, para ubicar las caries, --- puesto que muchas veces es difícil conseguir buenas radiógrafías intraorales. Si no se pueden obtener radiografías intraorales, se pueden emplear las técnicas extraorales - para suplementar el examen clínico.

El examen de los tejidos de soporte debe relacionarse con el estado de la higiene de la boca, de la dieta y de la terapéutica empleada.

PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE LA BOCA.

Estableciendo un contacto precoz con el paciente - que adolece de parálisis cerebral, se pueden tomar medidas tendientes a evitar que se produzcan daños mayores en su boca.

Nuestra meta será la eliminación de la necesidad de una terapia odontopediátrica compleja, y emplearemos todos los medios a nuestro alcance para llegar a ello.

Desde el primer contacto con el niño, el padre debe saber cómo evitar males mayores en la dentadura del pequeño, y la necesidad de una cuidadosa observación de su boca. Esto incluye también un programa de cuidados que deberá llevarse a cabo en la casa bajo la supervisión de la madre.

Primera deberá establecerse si el niño puede aprender a limpiarse los dientes. A veces un cepillo de dientes que tenga un mango de diseño especial, servirá por lo menos para que ayude él también en el cuidado de su boca, sobre todo debe establecerse un estricto programa de cepillado, el que deberá comenzar a una edad bien temprana. La profilaxis dental realizada por el Odontopediatra o la higienista debe realizarse a intervalos bastante frecuentes.

Los problemas dietéticos del niño deberán recibir -

también nuestra atención ni bien entremos en contacto con el paciente. La dieta deberá ser valorada tanto en su componentes esenciales como en su contenido de carbohidratos refinados. Una consulta con el dietista puede ser muy útil, sobre todo en aquellos casos en que la masticación resulta problemática.

El empleo de la terapéutica de topicación con fluor, aún en aquellas comunidades cuyas aguas se hallan fluoradas, es siempre conveniente, como medida preventiva contra la caries.

APLICACIONES DE FLUOR

Si el paciente es lo suficientemente cooperativo como para efectuarle dentisteria operatoria, entonces el empleo de topificaciones de fluor estará indicado. Todos estamos familiarizados con los hallazgos efectuados en lo referente a la disminución de la incidencia de la caries mediante el empleo de fluoruros. Estos los haría muy útiles en pacientes que son difíciles de tratar. Además de ello, debemos educar a los pacientes en todo lo referente a la dieta, hábitos de higiene bucal, y cuidado de los dientes.

CUIDADO DENTAL DEL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL

Los niños con parálisis cerebral suelen tener problemas dentales. Las dificultades que experimentan para comer, especialmente para masticar, hacen que sus

dientes sean extremadamente susceptibles a las caries y que sus encías tengan tendencia a inflamarse e infectarse. Por lo tanto, el cuidado dental es muy importante. La limpieza de sus dientes también presenta problemas, debido a la hipersensibilidad de la boca y encías.

Consejos para el cuidado de los dientes.- Antes de que salgan los dientes temporales, o en el caso de un niño con boca hipersensible, una buena manera de limpiar las encías es usando un algodón mojado en una solución salina de bicarbonato de sodio o simplemente en agua. Cuando empiecen a salir los primeros dientes, úsese un cepillo de dientes tamaño infantil y poco a poco introdúzcase el empleo de una pasta dentífrica. Recuerdese que es la frotación mecánica que conserva limpia y sana la boca del niño más que el dentífrico. Al lavar los dientes del niño, manténgalo en posición de sentado que le permita tener un buen control de la cabeza.

Para los niños con parálisis cerebral un cepillo de dientes eléctrico tiene considerables ventajas, por medio de estudio se ha visto que los niños que usan este tipo de cepillos tiene dentaduras mucho más sanas que los que usan cepillos ordinarios.

Existen dos razones importantes.-

- 1.- Algunas veces es difícil para los niños hacer la maniobra correcta de cepillarse, mientras que el cepillo eléctrico aprende a manejarlo mejor.

2.- Estos niños no tienen fuerza suficiente y presionan de movimientos para cepillarse a mano y el cepillo eléctrico, automáticamente da masaje a las encías y a los tejidos que sostienen los dientes. Los tejidos de los dientes de muchos de estos niños son notoriamente fofos e inchados debido a que les falta el masaje que produce la masticación de alimentos sólidos.

INSTRUCCIONES ESPECIALES PARA EL CUIDADO DENTAL.

Como la cirugía dental es difícil para el niño con parálisis cerebral y para su Odontopediatra, es muy importante que los padres tengan cuidado en los siguientes puntos:

- Lavar los dientes de los niños después de cada alimento
 - No darle alimentos, ni dulces entre comidas.
- Evitar los alimentos azucarados, caramelos, pasteles y los refrescos que contengan azúcar, si al niño le gustan este tipo de alimentos lavarle la boca inmediatamente después de que son ingeridos.

Se debe insistir al niño que coma manzanas, zanahorias etc.

Es importante usar un cepillo dental pequeño, que permita cepillarse las encías del niño.

¿Qué tan seguido y desde que edad debe el Odontopediatra examinar los dientes del niño?

El primer examen debe hacerse lo más pronto posible, de preferencia junto con él, los otros miembros de la familia. Si el niño va al Odontopediatra desde que es pequeño, no sólo se acostumbra al consultorio y le perderá miedo sino es probable que no necesite ningún tratamiento durante las primeras visitas, pero éstas servirán para hacer que el niño adquiera confianza.

Más adelante es conveniente que el Odontopediatra -- examine los dientes del niño a intervalos no mayores de seis meses.

ACCESORIOS PARA EL TRATAMIENTO ODONTOPEDIATRICO DEL PARALITICO CEREBRAL

Todos los accesorios que el Odontopediatra pueda emplear para hacer su labor más fácil son valiosos, para salvarle tiempo y esfuerzo, y además redundan en una mayor comodidad para el paciente.

ESPEJOS BUCALES DE ACERO INOXIDABLE

Los Odontopediatras que trabajan con niños retardados mentales o que padecen de parálisis cerebral, siempre tienen un gran temor de que estos puedan morder un espejo de vidrio y tragar partículas. Para agravar aún más estos inconvenientes, un parálitico cerebral atetoi-
de tiene habitualmente reflejos deglutorios anormales, de manera que ayudará muy poco para recuperar los trozos de vidrio. Se ha observado desde hace años al tratar estos pacientes, que tienen una fuerza tremenda en los músculos masticatorios. Aún los espejos de acero inoxidable duro presentan partes melladas por la fuerza con que estos pacientes muerden sobre ellos.

Los mangos de estos espejos son intercambiables, para que el espejo pueda ser pulido nuevamente cuando se le encuentra mellado. Tienen un mango grueso, lo que facilita tomarlos con más firmeza. Cuando se emplea el espejo como retractor de carrillo, o como cuña entre las superficies oclusales de los dientes, la mano no se cansa. Ciertamente es alentadora la seguridad que confieren estos instrumentos.

D E D A L E S

Los dedales son iguales a los que emplean las costuras se llevan generalmente en el segundo o tercer dedo de la mano izquierda, y su principal objetivo es servir de cuña o de bloque de separación para mantener las arcadas dentarias separadas al trabajar con el paciente con parálisis cerebral. Cuando este tipo de pacientes es -- fuertemente premedicado, y la mandíbula tiende a cerrarse de resultas de la medicación, el dedal es sumamente -- útil para mantener las arcadas separadas. Se ha comprobado, sin embargo, que muchos de los pacientes hipercinéticos, al morder de golpe el acero templado parecen sobresaltarse, despertarse de su sedación, tornarse intranquilos y ansiosos. Cualquier cambio brusco en los impulsos propioceptivos provoca una alarma en los pacientes -- con parálisis cerebral.

CINTURONES Y CORREAJES.

Los movimientos musculares involuntarios e incoordinados de los atetoides, las flexiones grotescas de los -- espásticos, y la dureza de caño de plomo que presentan -- los pacientes rígidos, son problemas que dificultan la -- colocación y el mantenimiento de estos pacientes en el -- sillón dental. Se han hecho en los diferentes consultorios muchos tipos de cinturones y correaes para mantener a estos pacientes en el sillón, y otros para tenerlos en la posición deseada. Todos tienen sus ventajas, algunos son eficientes, aunque la mayoría adolecen de --

dos defectos; El primero es que apesar de lo bien hechos que están ajustados se colocan casi siempre, los pacientes se ingenian para aflojarlos. Si se les ajusta demasiado para evitar los movimientos, las correas cortan la piel del paciente, provocandole un dolor físico o actúan a manera de torniquete, y por lo tanto deben ser aflojados. A pesar de su firmeza, parece sumamente difícil evitar que los pacientes con parálisis cerebral se aflojen - las ligaduras. El segundo de ellos, es que cuando se inmoviliza de una manera determinada a estos pacientes que han estado acostumbrados a cierta posición anormal durante años, se vuelven temerosos y aprehensivos. Esta perturbación del mecanismo propioceptivo cerebral "los despierta" y la sedación excesiva no podrá evitar este inconveniente. En manos de algunos Odontopediatras los correajes pueden ser útiles no obstante, su uso debe limitarse y su empleo dejado a la discreción del operador.

Es verdad que algunos Odontopediatras tiene poca paciencia y si se dan cuenta, al promediar el tratamiento, que el niño no coopera es mucho mejor que decidan atenderlo en un hospital bajo anestesia general.

La fuerza física empleada para manejarlos, muy a menudo produce un trauma psíquico que nunca más podrá borrarse. Al tratar estos pacientes fracasan a menudo nuestros mejores esfuerzos, y uno se tienta a emplear la fuerza bruta para poder manejarlos.

APOYACABEZAS

Se ha comprobado que la antigua regla empleada en Paldodonia "los padres deben quedarse fuera del consultorio", no siempre es buena en el tratamiento de los niños con parálisis cerebral. Generalmente su único contacto con el mundo exterior lo realizan a través de sus padres. Muchas veces un niño aprehensivo cooperará mucho más si uno de los padres lo tiene en brazos.

Se ha construido un ingenio apoyacabezas, que se afirma a uno de los brazos del sillón dental corriente. De esta manera el niño puede reclinar su cabeza mientras uno de los padres lo tiene en las faldas. El padre puede tener quieto los brazos del niño si es necesario, y éste tiene la comodidad y la seguridad de estar en los brazos de su padre. El o la asistente puede tener la cabeza del niño quieta y en posición. El Odontopediatra puede trabajar de frente o de costado.

Por otra parte, el apoyacabezas es desmontable y puede asegurarse a un sillón o a una cama corriente en visitas a domicilio.

MESAS Y SILLONES.

Algunos Odontopediatras han encontrado más fácil trabajar sobre los pacientes con parálisis cerebral acostados sobre una mesa. De esta manera los movimien-

tos de culebreo o atetoides pueden ser controlados mejor e incomodan menos al operador.

Ahora bien, con el paciente en posición prona hay más probabilidades de que éste se trague algún material de obturación o un trozo de tártaro; por otra parte el empaquetamiento de la garganta resulta difícil de efectuar sin que el paciente se atragante. Los movimientos excesivos de la lengua del paciente y los poderosos músculos de ésta pueden constituir un inconveniente serio. A veces la mesa de gran utilidad, sin embargo, la elección del paciente el que realmente le conviene este tipo de tratamiento es muy importante. Se han construido sillones dentales de manera tal que se adapte a las flexiones del parálitico cerebral, y el sostén de cabeza ayude a estabilizar la cabeza del paciente.

De esta manera puede hacerse una odontología mejor, pues el niño está mejor asegurado y tiene menos espacio para moverse que en un sillón dental común.

BLOQUES DE MORDIDA

Muchas veces, después de una premedicación fuerte, el paciente se relaja tanto que puede ser difícil mantener su boca abierta o bien, la abre cuando se le indica, para volver a cerrarla poco a poco. Este inconveniente es bastante molesto para el Odontopediatra, pero puede resolverse colocando un bloque de mordida dentro de la

boca. Este estará sujeto a un trozo de hilo fuerte y su empleo es muy simple. Cuando se abre la boca se introduce el bloque entre los molares y premolares del lado opuesto al que se va a trabajar. Habrá que asegurarse que el hilo quede afuera de la boca para poder retirar el bloque si se considera conveniente. Esto eliminará el riesgo de que el paciente pueda mordernos los dedos.

PERSONAL AUXILIAR

Muchos Odontopediatras reconocen la gran ayuda que significa trabajar con un asistente dental. Estos particularmente cierto en la odontopediatría para niños con parálisis cerebral donde es necesario trabajar bien y rápido. El empleo de un personal bien enseñado torna la labor mucho más fácil. El asistente dental podrá administrar la premedicación sin que el Odontopediatra tenga que vigilarlo directamente podrá preparar los casos que necesite anestesia general en el hospital, y obtendrá de los padres una historia clínica mucho más detallada en lo que concierne al paciente.

El trabajo de equipo en la sala de operaciones es sumamente importante. En todos los procedimientos el equipo trabaja como si fuera un todo, el resultado de esto es que se obtiene un servicio mucho más efectivo.

INSTRUMENTOS DE ALTA VELOCIDAD

El empleo del instrumental de alta velocidad ha sido de gran ayuda en odontopediatría. Tiene un lugar muy especial en el tratamiento de los pacientes con parálisis cerebral, y puede hacer más fácil y mejor la tarea del Odontopediatra. Es sumamente útil por otra parte, en la sala de operaciones donde la velocidad es cosa primordial.

MATERIAL EDUCATIVO ODONTOPEDIATRICO

El material audiovisual constituye una de las herramientas primordiales para introducir en la mente infantil la necesidad e importancia del cuidado de los dientes, tratando de dejar una imagen, a través de una orientación de las características de un buen cepillado, técnicas correctas, importancia de la pasta dental, flúor, seda dental, pastilla reveladora, importancia de las dietas adecuadas y de las visitas periódicas al Odontopediatra, todo esto con la intención de mostrar al paciente con parálisis cerebral, de una forma más didáctica la importancia de la prevención en todos sus aspectos.

LAMINA No. 1

"El equipo bocasana", te ayuda a:

Mantener limpios tus dientes y saludable tus encías, también contribuye a: evitar la caries dental

y a brindar un mejor servicio para la higiene bucal.

LAMINA No. 2

Esta es "cardita" el cepillo dental. De este tamaño me usan los niños menores y del color que más te -- guste lo puedes escoger.

LAMINA No. 3

Aprende primero a reconocer un buen cepillo dental:
MI mango recto es y mis cerdas iguales deben ser.

LAMINA No. 4

Mis cerdas como tú puedes ver del mismo tamaño y du
reza mediana.

LAMINA No. 5

Despdes de cada comida tus dientes vas a cepillar -
con ayuda de tus papas.

LAMINA No. 6

Los de arriba hacia abajo, los de abajo hacia arri
ba por dentro y por fuera, y la parte que mastica -
de atras hacia adelante.

LAMINA No. 7

Ya aprendiste a usarme y cuando termines no olvides
lavarme.

LAMINA No. 8

Si a casa de tu amigo te invitan a comer, dentro de tu bolsa me puedes poner.

LAMINA No. 9

Soy tan útil y popular que en muchos países me han aprendido a usar.

LAMINA No. 10

Cuando mi misión haya cumplido y un buen servicio - ya no te pueda prestar por uno nuevo me debes cambiar.

LAMINA No. 11

Yo soy "flourita", la pasta dental.

LAMINA No. 12

Muchos hombres de ciencia se han dedicado a estudiar me.

LAMINA No. 13

Se ha comprobado que usando la pasta con flúor "fluorita" ayudo a evitar la caries dental.

LAMINA No. 14

Yo soy sedita dental.

LAMINA No. 15

Después del cepillado hazme pasar entre tus dientes, para que los restos de alimentos te pueda yo quitar.

LAMINA No. 16

Nosotros los Odontopediatras también limpiamos tus dientes en forma profesional, con un cepillito y una pasta especial y con una pastilla vamos comprobar si tus dientes te has sabido cepillar.

LAMINA No. 17

Sobre tus dientes aplicamos flúor para mantenerlos fuertes y sanos.

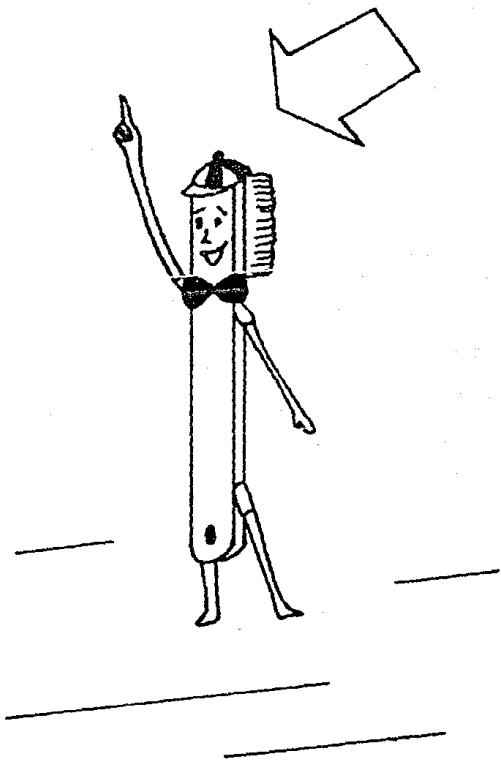
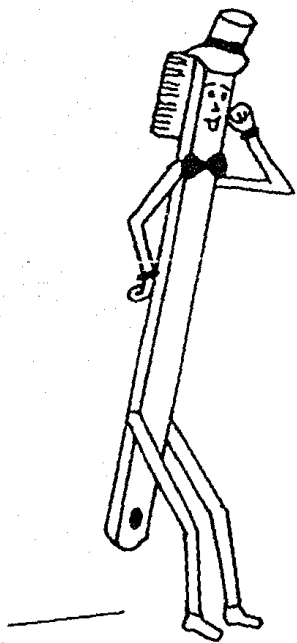
LAMINA No. 18

Ya aprendiste tu boca a cuidar y ahora con "Nutri-dieta" la vez a completar.

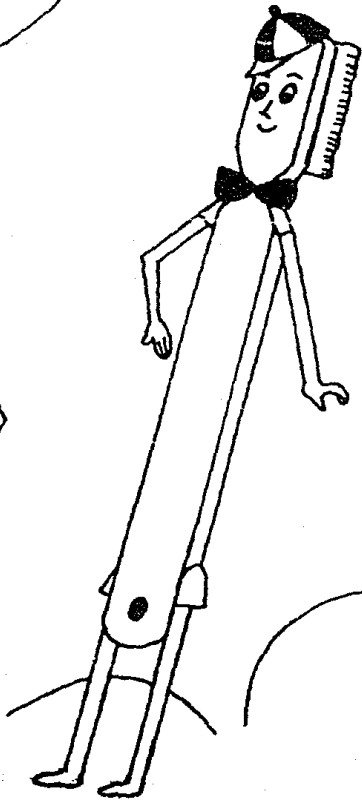
LAMINA No. 19

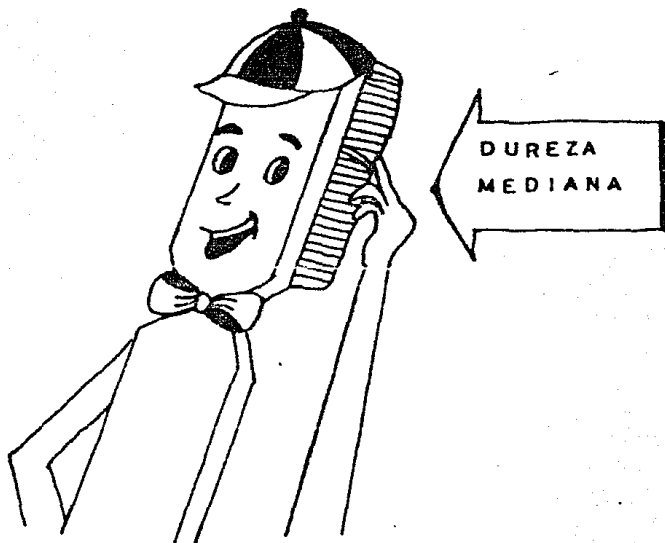
Si sigues todos estos consejos hasta en un campeón te convertirás.



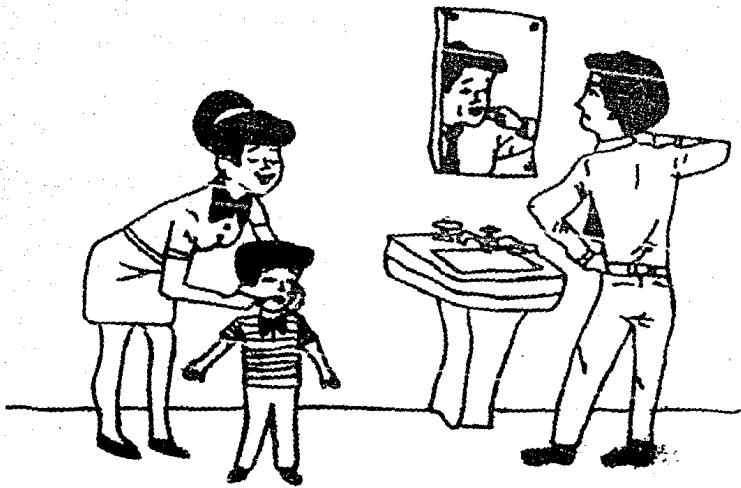


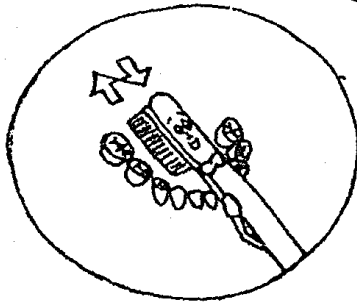
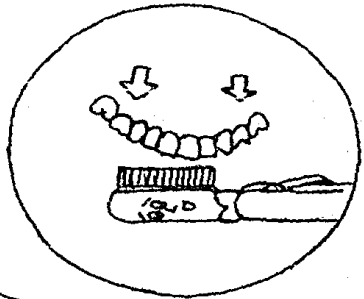
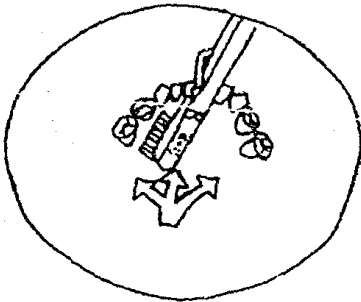
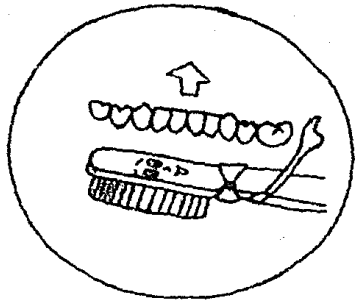
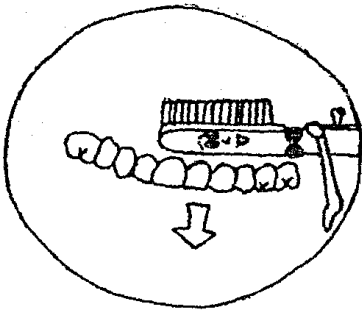
MANGO
RECTO

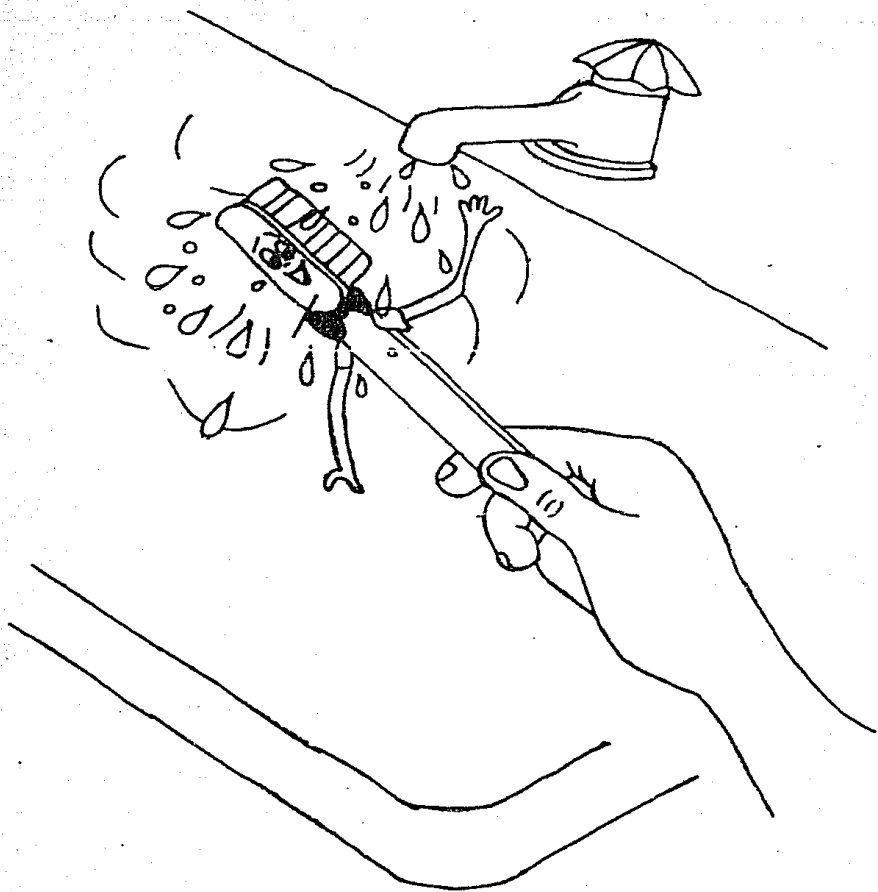


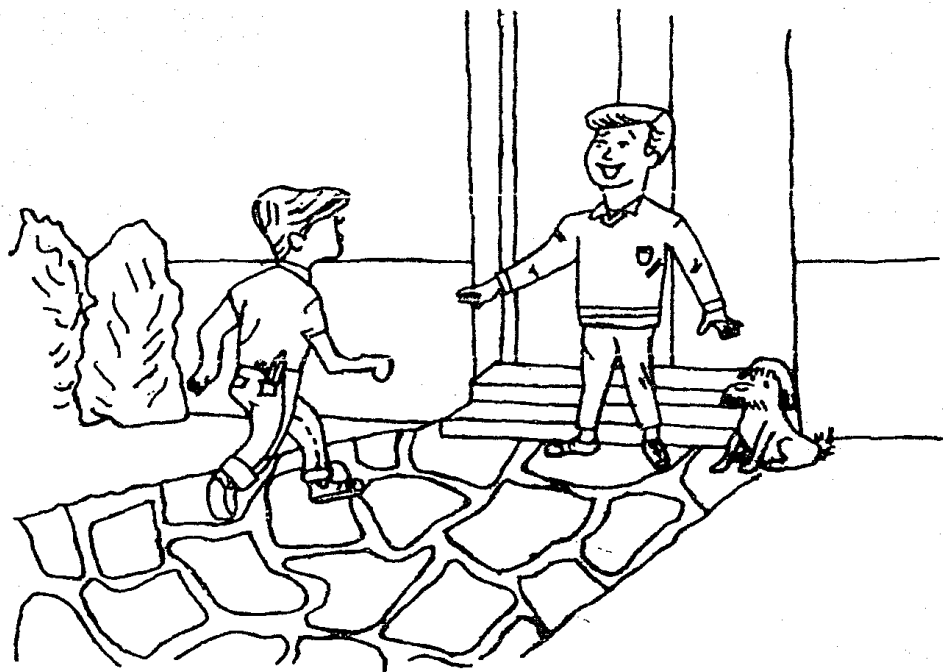


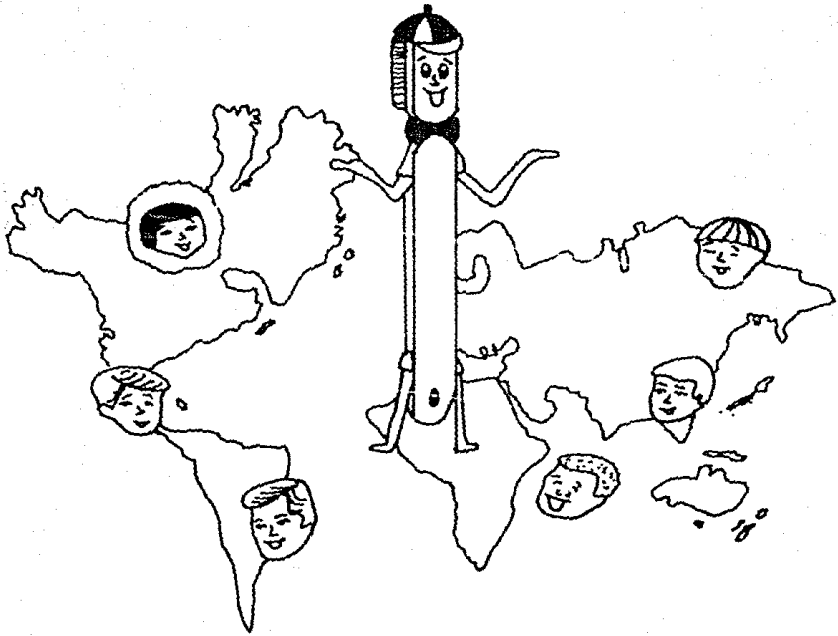
DUREZA
MEDIANA

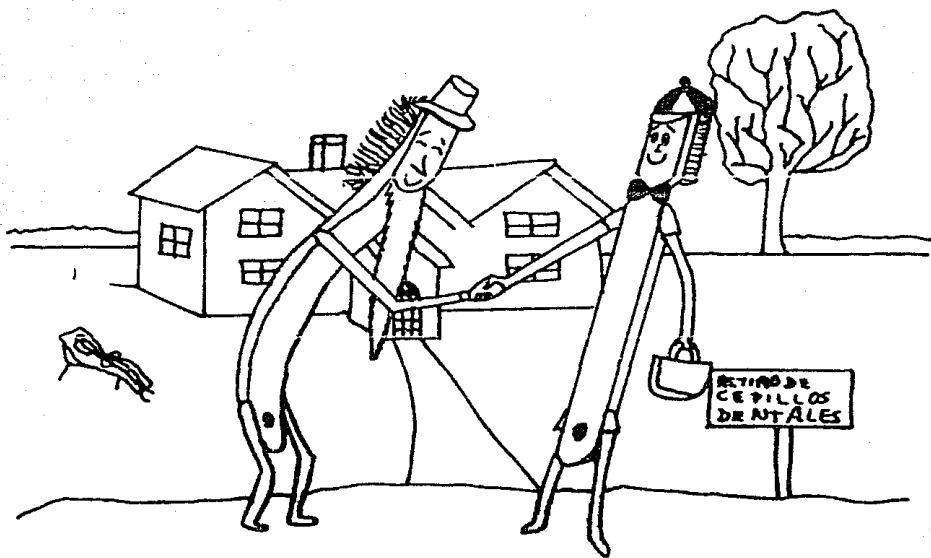


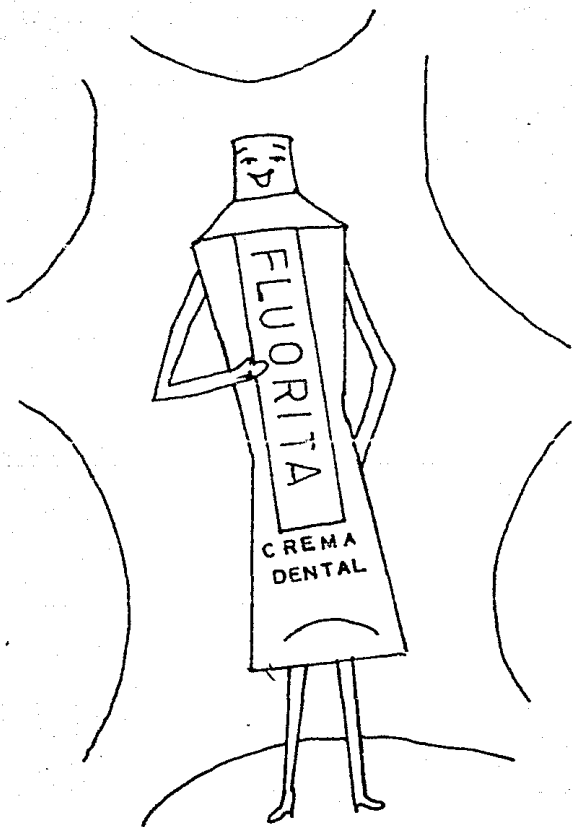


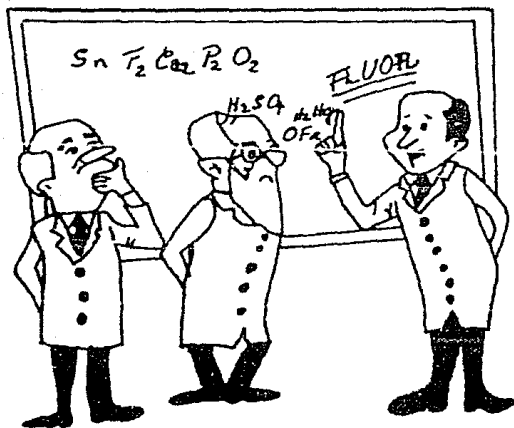






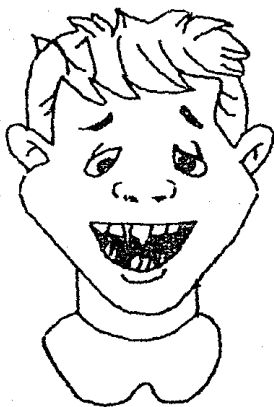




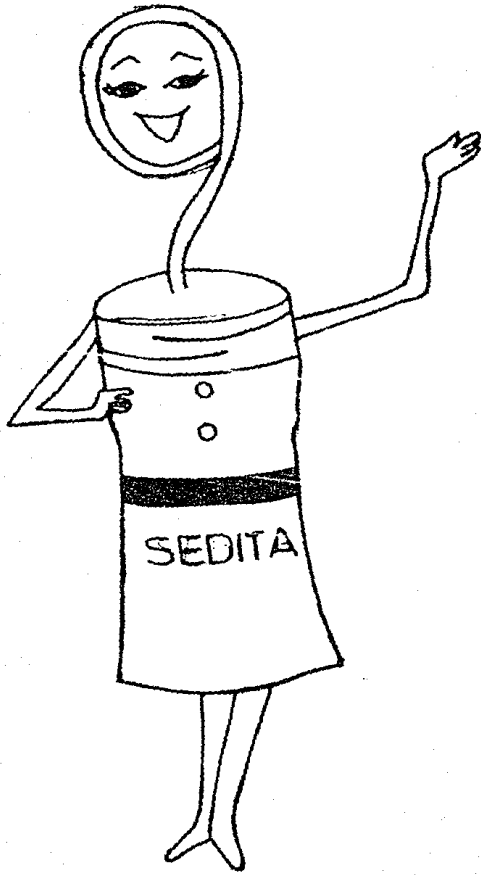


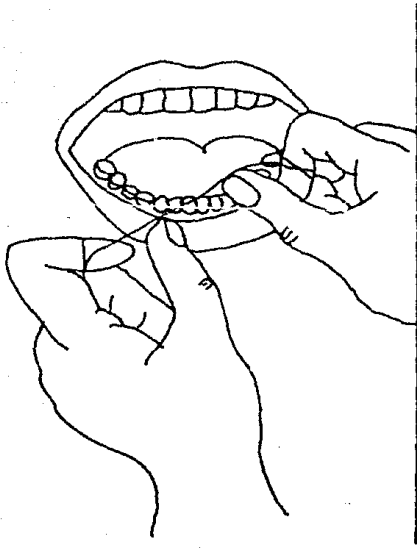


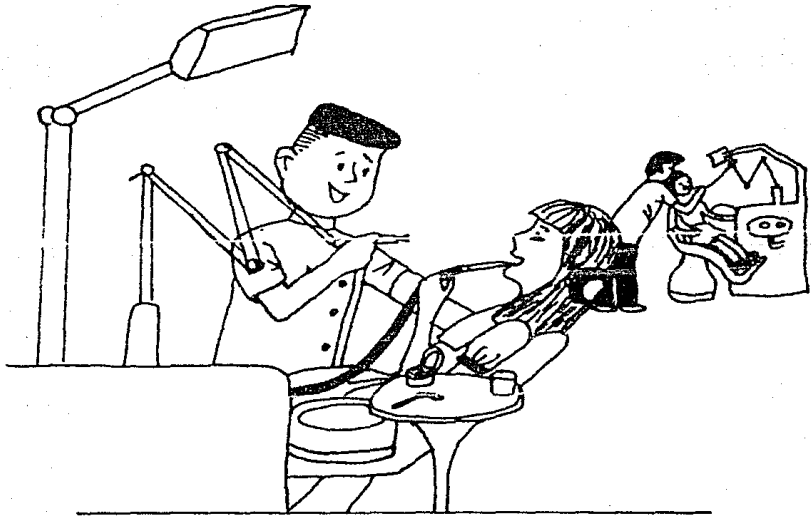
USO
FLUORITA



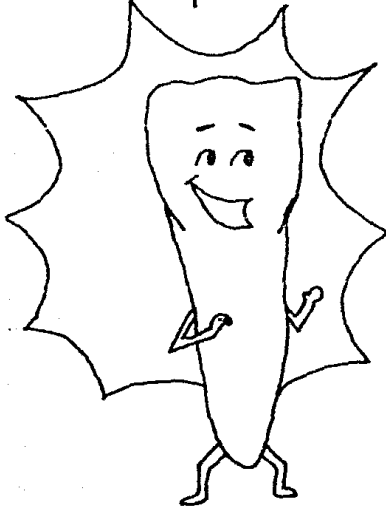
NO USO
FLUORITA





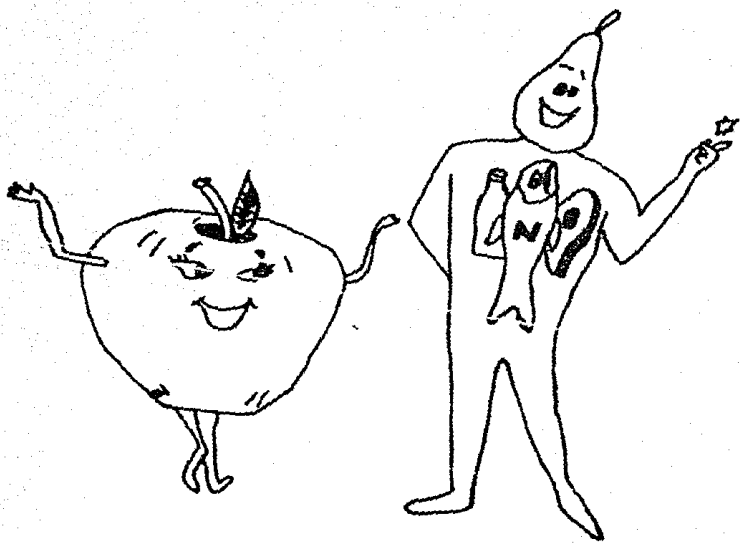


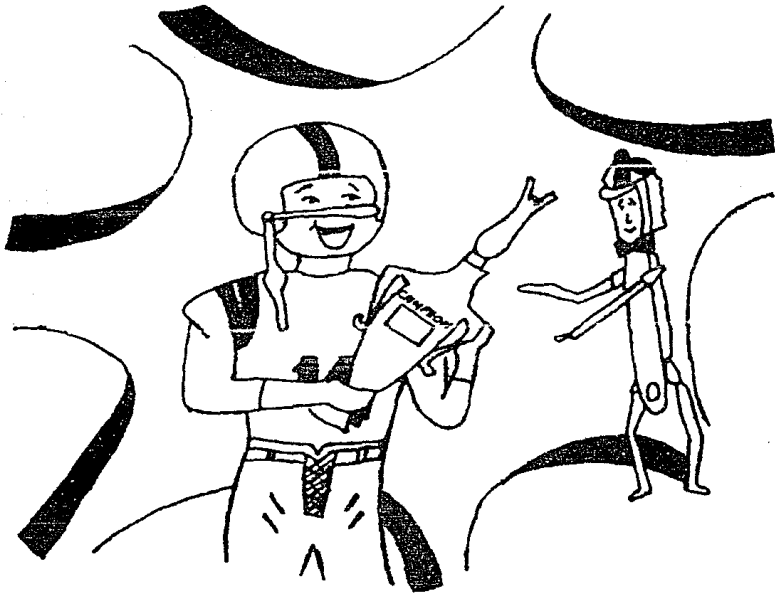
CADA 6 MESES
ME APLICAN
FLUOR



A MI
NUNCA







C O N C L U S I O N E S

Es importante un diagnóstico precoz, para iniciar -- una terapéutica adecuada que permita el desarrollo de -- las capacidades y habilidades del niño con Parálisis Cerebral llevándole a una vida feliz.

El niño con Parálisis Cerebral requiere de los servicios de centros especialistas planeen la rehabilitación integral del niño.

Cualquier tratamiento terapéutico debe considerar -- como factor central al niño, considerando posteriormente su especial incapacidad.

La valoración del problema del niño requiere del trabajo en equipo de todas y cada uno de los especialistas que hace posible la rehabilitación del niño.

Es necesario que el ambiente familiar proporcione -- confianza y seguridad al niño inválido, para despertar -- en él el deseo de ser útil a sí mismo y a los demás. La madre debe hacer conciencia que mediante la constancia, la paciencia, el cariño y el ejercicio constante, su hijo -- podrá superar ampliamente sus defectos y limitaciones.

La educación pedagógica del niño tendrá objetivos -- concretos que lo lleven a realizar sus metas para ser un hombre independiente y libre.

La rehabilitación integral del niño dependerá del grado de invalidez, inteligencia y estado emocional. La comunidad debe evitar actitudes de menosprecio o indiferencia para que estos niños puedan integrarse realmente a la sociedad.

El objetivo fundamental de la odontología es proporcionar al niño los medios que le permitan tener hábitos de higiene en la cavidad oral.

El juego es la característica primordial de la infancia, no hay actividad alguna que pueda interesarle, ni más afectuosamente perseguida, ni más devotamente realizable.

Mediante el juego el niño se desarrolla física y psicológicamente, agudiza sus sentidos y desarrolla sus facultades.

La actividad lúdica es quizá más importante en los niños con Parálisis Cerebral; ya que nos ayuda a reforzar conductas que de otra manera serían difíciles de lograr.

No hay cosa mejor que un tratamiento de rutina cuidadosa, aplicable a todos los niños con parálisis cerebral. Debería haber un común denominador de requerimientos básicos a partir del cual cada paciente sea un individuo aparte. Recalcaremos que, mediante el empleo de -

Los métodos de que disponen los Odontopediatras, todos los niños con Parálisis Cerebral, por grave que ésta - fuere, pueden recibir una atención odontológica razonable. Es imposible, sin embargo, establecer una rutina fija para el tratamiento dental del paciente con parálisis cerebral.

Ante todo hay que tener en cuenta que la mayoría de los pacientes con parálisis cerebral pueden ser tratados en el consultorio odontológico en forma bastante eficiente, pocos han sido los pacientes con parálisis cerebral, a los cuales ha sido necesario administrarles anestesia general con el objeto de atenderlos odontológicamente.

En el niño con parálisis cerebral, como en el niño normal, hay que resolver el problema del temor antes de comenzar con tratamientos odontológicos extensos. En efecto, el niño que tiene un impedimento motor es mucho más propenso a la ansiedad y el temor que el niño normal, lo que complica el cuadro del tratamiento de sus dientes.

Esto recalca la importancia de resolver el problema de la ansiedad en el niño con parálisis cerebral mediante un cuidadoso trato psicológico, tratando de disminuir la actividad física exagerada. El control de la actividad muscular generalmente no requiere el empleo de equipos especiales en el consultorio que no -

sean los sostenedores bucales apropiados para el caso y que controlen los movimientos de la mandíbula en ciertos pacientes. Pocas veces se emplean los correajes. De una importancia mucho mayor en la restricción de los movimientos del paciente con parálisis cerebral es la forma en que el Odontopediatra encara el tratamiento. Es importante que las instrucciones que se dan al paciente -- sean mínimas, eliminando así la mayor cantidad posible -- de estímulos extraños. Desde el momento que un sonido brusco puede desencadenar la actividad muscular en estos pacientes, es conveniente evitar la producción de estos estímulos.

El Odontopediatra, debe darse cuenta de que en el -- tratamiento del paciente con parálisis cerebral, casi -- siempre habrá un cierto grado de actividad muscular que menoscabará el tratamiento odontopediátrico. Deben tomarse ciertas precauciones para conservar la seguridad tanto del paciente como del operador. En muchos casos, -- es aconsejable emplear un sostenedor bucal. Debe tenerse especial cuidado cuando se administra un anestésico -- local y cuando se preparan cavidades, por razones que -- son obvias. En general no es aconsejable emplear correaje para evitar los movimientos de los miembros. El asegurar al paciente en el sillón, con el objeto de que no se vaya para abajo, es sin embargo, conveniente. para -- ello puede estar indicado el empleo de una faja abdomi--nal.

El tratamiento odontopediátrico de rutina en el paciente con parálisis cerebral, no difiere en sus aspectos técnicos del correspondiente al niño normal. Insume, sin embargo, más tiempo y requiere una paciencia y una precaución mayor.

El paciente con parálisis cerebral, si bien no constituye numéricamente un problema serio para el odontopediatra, es individualmente un inconveniente, en lo que respecta a su diagnóstico y tratamiento, debido a la actividad muscular y a los posibles cambios psicológicos.

Las enfermedades de la boca y las anomalías de las estructuras orales son similares a las de los individuos que no tienen parálisis cerebral, y la única diferencia, si es que ésta existe, se da en sus magnitudes. El mantenimiento de la salud de la boca en el paciente con parálisis cerebral constituye un factor sumamente importante en el programa del tratamiento total e integral del paciente, influenciando la nutrición, la palabra, la salud general y el comportamiento psicológico de él.

La observación dental precoz del paciente con parálisis cerebral es sumamente importante, con especial mención hecha de las medidas preventivas y las tendientes a la pronta solución de los defectos que se observan en ella. Una amplia cooperación entre los miembros del equipo destinado al tratamiento de la parálisis cerebral

hace que las probabilidades de éxito en el cuidado odontopediátrico de este tipo de pacientes sean aún mayores.

Los objetivos del tratamiento odontopediátrico del paciente con parálisis cerebral no son diferentes de los que se persiguen al tratar un paciente normal. El tratamiento dental de estos pacientes impedidos puede realizarse en el consultorio odontopediátrico, sin grandes modificaciones en lo que se refiere a la rutina de funcionamiento.

G L O S A R I O

- AFASIA.-** Imposibilidad de traducir el pensamiento en palabras con integridad linguofarin--gea, puede ser sensorial (imposibilidad de comprender el significado de las palabras escritas o habladas) o motora, en la cual sabe lo que quiere decir, pero no puede a causa de una lesión en los --centros motores y de coordinación para pronunciar las palabras. La afasia de Wernick es de tipo senso--rial y es una mezcla de ceguera y sorde--ra verbales.
- AMELOGENESIS.-** Amel, esmalte; y del griego génesis, producción. Histogénesis del esmalte dental.
- ANARTRIA.-** Sin articulaciones, Tartamudez.
- ANOMALO.-** Irregular, extraño. Que se aparta del -tipo normal.
- ANOXIA.-** Estado que resulta de la insuficiencia de oxígeno para satisfacer las necesidades normales de los tejidos.

- APLOPEJIA.-** Suspensión brusca y más o menos completa de todas las funciones cerebrales - con pérdida súbita del conocimiento y motilidad voluntaria y conservación y respiración.
- ASTASIA.-** Incoordinación motora con imposibilidad de estar de pie.
- ATAXIA.-** Se caracteriza por una pérdida de los movimientos coordinados voluntarios y una perturbación en el sentido del equilibrio.
- ATETOSIS._** Estado patológico caracterizado por movimientos involuntarios de los miembros, lentos, ondulatorios, se observa principalmente en las manos, dedos y brazos, - suele desaparecer durante el sueño y aumenta con las emociones. Evidencia una lesión del cuerpo estriado. Se conoce una forma doble pura asociada con profundo retraso mental, debida a una lesión congénita del cuerpo estriado que retrocede paulativamente con el tiempo.
- ATONIA.-** Falta de fuerza o tono normal, especialmente de un órgano contráctil como el útero, estómago.
- ATROFIA.-** Disminución del volumen y peso de un órgano por defecto de nutrición.

- CATARSIS.-** Método de diagnóstico y tratamiento de las manifestaciones neuróticas, que consiste en traer a la conciencia del sujeto, sometido al sueño hipnótico, --- aquellos conflictos sumergidos en el inconsciente, permitiendo así su descarga vivencial y, con ello, la desaparición de los síntomas y su consecuencia.
- CAVERNOMAS.-** Angioma cavernoso.
- CLONUS.-** Serie de contracciones rítmicas e involuntarias, determinadas en un músculo o grupo muscular por la extensión brusca y pasiva de los tendones.
Del dedo gordo del pie.-Contracción rítmica de este dedo por extensión brusca de esta falange.
- CONVULSIONES.-** Movimiento y agitación preternatural y alterada de contracción y estiramiento, de uno o más miembros o músculos del cuerpo.
Clónica.- La caracterizada por alteración de la contracción y relajación muscular.
- COREA.-** Enfermedad nerviosa convulsiva con contracciones musculares clónica involuntarias e irregulares, asociadas con inestabilidad, depresión y trastornos mentales.

- DISARTRIA.- Grado moderado de Anartria. Dislalia,
- DISFAGIA.- Deglución difícil. Se cree debida a la compresión del esófago por la arteria - subclavia derecha en situación anómala.
- DISLALIA.- Trastorno de expresión sin anomalía de los órganos del lenguaje.
- DISTOCIA.- Parto difícil, doloroso o lento.
- DISTONIA.- Alteración de la tonicidad o tensión de un tejido u órgano.
- EPIDIDIMOS.- Pequeño cuerpo oblongado fijo en la parte superior del testículo. Consta de cabeza, cuerpo y cola, ésta última se continúa con el conducto deferente.
- ESPASTICIDAD.- Se halla caracterizada por una disminución del umbral de los reflejos de estiramiento con reflejos hepractivos en los tendones. Existe un aumento en la tendencia que tiene el músculo a contraerse cuando se lo estira rápidamente en forma pasiva. Este reflejo no se presenta cuando se estira pasivamente el músculo en una forma lenta.

- ESPINA.-** Parte u órgano en forma de espina especialmente una apófisis ósea más o menos larga y delgada.
- ESTEREOGNOSIS.-** Facultad de reconocer la naturaleza de los objetos por su forma o consistencia. Percepción por los sentidos de la solidez de los objetos.
- ESTRABISMO._** Desviación de uno de los ojos de su dirección normal de suerte que los ejes visuales no pueden dirigirse a un mismo punto.
- HEMICOREA.-** Corea que sólo afecta un solo lado del cuerpo.
- HIPERCINESIA.-** Exageración desordenada de los movimientos por excitación anormal.
- HIPERTONIA.-** Aumento del tono muscular, se halla en el síndrome piramidal (hemiplejias, paraplejia y monoplejias espásticas), --- afectando más los músculos distales de los miembros (contracturas).
- HIPOPLASIA.-** Disminución de la actividad formadora o productora; desarrollo incompleto o defectuoso.

- HIPOXIA.-** Anoxia moderada.
- ICTERICIA.-** Coloración amarilla de la piel, las mucosas y secreciones debida a la presencia de pigmentos biliares en la sangre.
- KERNICTEROS.-** Pigmentación bilirrubínica de la sustancia de los núcleos grises cerebrales y modulares con degeneraciones de las células nerviosas, forma grave de ictericia del recién nacido.
- NISTAGMUS.-** Espasmo clónico de los músculos motores del globo ocular que produce movimientos involuntarios de éste en varios sentidos.
- NOSOLOGIA.-** Patología/Estudio individual de las enfermedades.
- OSTEOPOROSIS.-** Formación de espacios anormales en el hueso o rarefacción del mismo sin descalcificación de sus conductos.
- PRODROMOS.-** Signo, síntoma o estado precursor que indica el comienzo o aproximación de una enfermedad.
- RIGIDEZ.-** Es una perturbación de las relaciones antagonicas o no antagonicas, con una resistencia a la movilidad pasiva lenta --

tanto de unos músculos como de sus anta-
gonistas. La principal característica
es la hipertonicidad sin ninguna movili-
dad involuntaria. El grado de rigidez -
puede variar de una vez a otra.

TONICO.-

Adjetivo que produce o establece el to-
no normal. Caracterizado por la tensión
contínua. Agente o medicamento que tien-
de a reestablecer el tono normal.

TORTICULIS.-

Inclinación viciosa de la cabeza y cue-
llo por diversas causas.

Congénito.- El debido a una lesión del -
esternocleidomastoideo, generalmente en
el acto del parto, que provoca la retra-
ción fibrosa del músculo.

TOXOPLASMOSIS.-

Infección con hemosporidios del género -
toxoplasma. En los niños se caracteriza
por encefalomiélitis y en los adultos --
por formas semejantes a la fiebre muscu-
losa de las Montañas Rocosas.

WERNICKE.-

Afasia sensorial por lesión de la región
temporoparietal izquierda y caracteriza-
da esencialmente por trastornos senso-
riales o de la comprensión del lenguaje -
(sordera y ceguera) y secundariamente --
por trastornos de la palabra a menudo --
asociada con grandes alteraciones inte-
lectuales y hemianopsia.

B I B L I O G R A F I A .

- Actividad postural refleja anormal causada por lesiones cerebrales.
Bertha Bobath
Editorial médica panamericana 1973
- Atención en el hogar del niño con parálisis cerebral
Nancie R. Finnie
Editorial La Prensa Médica Mexicana 1976.
- Atención en el hogar del niño con parálisis cerebral.
Nancie R. Finnie.
México 1983.
- El niño con parálisis cerebral y sus posibilidades de rehabilitación en el área del lenguaje.
Profesora Gloria Minor Juárez
Junio 1983.
- Odontología Clínica de Norte América.
Howard Payne
M.M. Album
Buenos Aires.
- Odontología para niños impedidos.
Joan Neyman
Buenos Aires.

- Odontología Pediátrica.
Raymon L. Bhaham
Merle E. Morris
Buenos Aires, Abril 1984.
- Psicología aplicada en Odontología
William R. Cinnotti
Arthur Grieder
Buenos Aires.
- Psicología en Odontología Vol. 18
Loren R. Burland
Buenos Aires.
- Prácticas Ergonómicas en Odontología.
Edmundo Batres
C.E.C.S.A
México, 1982.
- Psicología Médica
Ramón Muniz de la Fuente
Buenos Aires 1960
- Tratado sobre Clínica de la Deficiencia Mental.
Dr. Guillermo Coronado
Editoria Continental 1980.