

12
lej



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Odontología

Atención Odontológica a
Pacientes con Retrazo Mental



TESIS PROFESIONAL
Que para obtener el Título de:
CIRUJANO DENTISTA
Presenta
MARIA ALBA VILLACETIN

México, D.F.

1986



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.

I N D I C E

	Página
PROLOGO	I
INTRODUCCION	II
 CAPITULO 1	
<i>Retardo Mental</i>	1
1.1. <i>Definición</i>	1
1.2. <i>Antecedentes Históricos</i>	1
 CAPITULO 2	
<i>Etiología</i>	3
2.1. <i>Subsiguiente a infecciones e intoxicaciones</i>	5
2.2. <i>Subsiguientes a traumatismos o agentes físicos</i>	8
2.3. <i>Asociados con trastornos del metabolismo, crecimiento o nutrición</i>	10
2.4. <i>Daño cerebral manifiesto (postnatal)</i>	12
2.5. <i>Enfermedades y afecciones debidas a influencia prenatal (desconocida)</i>	14
2.6. <i>Anormalidades cromosómicas</i>	16
2.7. <i>Prematuridad</i>	17
 CAPITULO 3	
<i>Clasificación</i>	18
3.1. <i>Retardo mental (fronterizo)</i>	18
3.2. <i>Retardo mental moderado</i>	18
3.3. <i>Retardo mental severo</i>	19
3.4. <i>Retardo mental profundo (grave)</i>	19
 CAPITULO 4	
<i>Características clínicas</i>	22
4.1. <i>Sistemáticas</i>	22
4.2. <i>Odontológicas</i>	23

	Página
CAPITULO 5	
Historia clínica	26
CAPITULO 6	
Odontología Preventiva (Programa de educación preventiva)	42
CAPITULO 7	
Atención en institución pública y práctica privada	50
GLOSARIO Y CONCLUSIONES	55
BIBLIOGRAFIA	63

*El paciente con
retraso mental,
es un ser humano
que tiene el mismo
derecho que cualquier
ser humano a una
vida feliz.*

P R O L O G O

El paciente con retraso mental tiene también necesidad de tratamiento odontológico por lo que no debe ser excluido el conocimiento de este padecimiento.

Su rehabilitación odontológica es de suma importancia ya que al existir alteraciones orgánicas así como hábitos de higiene deficientes presenta mayor incidencia de problemas odontológicos.

Este tratamiento se inicia con la entrevista del Cirujano Dentista y los padres del paciente, con el objeto de orientarlos respecto a su manejo. Posteriormente deberá tomar en cuenta la necesidad de trabajar en equipo con otros especialistas por ejemplo: Neurólogos, Fisioterapeutas, Psicólogos, Cardiólogos, etc., Esto dará como resultado que el tratamiento se lleve a cabo con mayor seguridad y eficiencia.

El conocimiento básico de este padecimiento así como una gran disposición por parte del Cirujano Dentista, serán los elementos más importantes para lograr resultados óptimos en su tratamiento.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES CON RETARDO MENTAL
(INTRODUCCION)

Un sujeto se considera deficiente mental cuando presenta una disminución significativa y permanente en el proceso cognoscitivo acompañado de alteraciones de la conducta adaptativa.

El deficiente mental ha llegado a ser, hoy en día, uno de los problemas más -- grandes de nuestro país si tomamos en cuenta, las características de desnutri-- ción, en cuanto a las áreas de salud, las desventajas sociales para aquellos -- que son marginados incluso de la vida familiar y la pérdida económica inherente que trae consigo esta condición limitante, así como el reto que representa su -- atención.

Los mitos de nuestra cultura han erigido un muro entre los débiles mentales y -- los profesionistas de diversos campos, esto debido a la mala y/o pobre informa-- ción en nuestro medio y de sus elementos persuasivos que han interferido con la percepción de que un débil mental es un ser humano, un individuo con una condi-- ción que lo limita.

El objetivo principal es, conocer el trastorno para lograr integrarlo a un pro-- grama de salud especial. El odontólogo debe estar preparado para poder evaluar -- la conducta del niño anormal interpretando el grado de retraso mental y planifi-- cando un programa de tratamiento idóneo en cada caso.

CAPITULO I

Retardo Mental (Oligofrenia y Niño Débil)

Definición

"El retardo mental es un impedimento o desarrollo incompleto de la mente que se caracteriza por inteligencia subnormal, de tal naturaleza o grado que requiere de tratamiento médico u otro cuidado especial o entrenamiento del paciente. Los niveles del coeficiente intelectual (CI) son artificiales ya que ningún test de inteligencia es específico. Estos niveles son sólo como una guía y no se espera que se apliquen rígidamente. La valoración del nivel intelectual debe estar basada en cualquier información útil incluyendo tanto la evidencia clínica como el hallazgo psicométrico.

Antecedentes históricos

En 1904, fue creada una Comisión Real en Gran Bretaña, para considerar los métodos existentes para el tratamiento de enfermos mentales, los comisionados decidieron que antes de formular un esquema administrativo práctico era imperativo obtener información exacta con referencia al número y condición de este tipo de personas.

La Comisión señaló que al empezar su investigación no había estadísticas disponibles sobre las cuales hacer una valoración, era indispensable una investigación a fondo del asunto. Este fue el primer intento sistemático para obtener datos confiables.

Se hicieron encuestas que ayudaron enormemente al conocimiento, las que estaban fijadas en su forma de vida, condición social y medio ambiente de los enfermos mentales de dicho país, además de poder calcular su número total, con más exactitud de lo que había sido posible hasta entonces. Estas consistieron en una serie de investigaciones elaboradas por un número de médicos expertos, a cada uno se le asignaba un área seleccionada y se le instruyó para que visitara personalmente las escuelas públicas elementales, instituciones para pobres, establecimientos de caridad y capacitación, reformatorios, casas comunes de alojamiento,

prisiones, asilos para idiotas, hospitales y cualquier establecimiento donde pudieran albergarse personas mentalmente afectadas. Estas áreas en total fueron: 9 en Inglaterra, 2 en Gales, 1 en Escocia y 4 en Irlanda (entonces parte del Reino Unido).

El segundo estudio fue realizado por el Comité de Investigaciones para la Deficiencia Mental, el cual efectuó una nueva investigación en líneas similares a la conducida por la Comisión Real. Ella fue confiada al Doctor E. D. LIEWIS, cu ya experiencia lo calificaba plenamente para la tarea.

De acuerdo a las investigaciones realizadas en las diferentes asociaciones se obtuvieron los siguientes términos en desuso y criterios educacionales:

I. Q.	A. A. M. D.	A. P. A.	TERMINO EN DESUSO	CRITERIO EDUCACIONAL
70-84	Soderline	Superficial	Subnormal	Lento Aprendizaje
55-69	Superficial	Moderado	Medio	Educable
40-54	Moderado	Severo	Imbécil	Entrenable
25-39	Severo	Severo	Imbécil	Entrenable
0-25	Profundo	Severo	Imbécil	Inentrenable

A. A. M. D. Asociación Médica Americana.
 A. P. A. Asociación Psiquiátrica Americana.
 Soderline Intermedio (Subnormal).

CAPÍTULO 2

Etiología

A continuación se presenta un cuadro sinóptico con las causas más frecuentes -- que originan retardo mental, según la Organización Mundial de la Salud.

2.1. Subsiguiente a infecciones e intoxicaciones

Infecciones Prenatales

- a) Rubeola Congénita
- b) Sífilis
- c) Toxoplasmosis

Infecciones Postnatales

- a) Encefalitis

Intoxicaciones

- a) Kernicterus
- b) Envenenamiento por plomo Saturnismo
- c) Toxicidad Maternal

2.2. Subsiguientes a traumatismos o agentes físicos

- a) Daño Mecánico
- b) Hipoxia al nacimiento

2.3. Asociados con trastornos del metabolismo, crecimiento o nutrición

- a) Lipidosis Cerebral Infantil
- b) Degeneración Hepatolenticular (Enfermedad de Wilson)
- c) Hipotiroidismo
- d) Fenilcetonuria
- e) Galactosemia

2.4. Daño cerebral manifiesto (postnatal)

- a) Neurofibromatosis
- b) Esclerosis Tuberosa
- c) Neoplasia Intracraneal
- d) Esclerosis Infantil Crónica Difusa (Enfermedad de Schilder)
- e) Ataxia de Friedreich

2.5. Enfermedades y afecciones debidas a influencia prenatal (desconocida)

- a) Defecto Cerebral Congénito
- b) (Múltiples) Anomalías Congénitas del Cerebro
- c) Cráneoostenosis
- d) Hipertelorismo
- e) Microcefalia
- f) Síndrome de Laurence Moon Bield

2.6. Anormalidades cromosómicas

- a) Trisomía 21 (Síndrome Down)
- b) Síndrome de Klinefelter

2.7. Prematuridad

2.1. Subsiguientes a infecciones e intoxicaciones

Infecciones prenatales

a) Rubeola Congénita

Es una enfermedad febril con erupción y linfadenopatía, es generalmente una infección benigna pero cuando ocurre en mujeres embarazadas -- puede dar lugar a infección y graves trastornos en el feto. Si una mujer embarazada contrae rubeola durante el primer trimestre, tiene -- aproximadamente el 20% de probabilidades de que se produzca rubeola congénita en el niño; cuando es comprobada por el laboratorio durante las 10 primeras semanas de el embarazo se acompaña de infección fetal prácticamente el 100% de los casos; clínicamente el recién nacido puede estar afectado en diversas formas incluyendo las siguientes: retraso de crecimiento intrauterino; defectos oculares (cataratas, glaucoma, retinopatías); defectos cardíacos (persistencia de conducto arterioso); estenosis arteriopulmonar; coartación de aorta; sordera; púrpura trombocitopénica; defectos cerebrales (retraso); microcefalia; -encefalitis de origen de parálisis cerebral; hepatitis; lesiones óseas; neumonitis; hepatosplenomegalia.

b) Sífilis

Es un problema especial ya que el producto se infecta después del 5º mes de embarazo por el paso del *Treponema pallidum* a través de la placenta.

Sífilis Congénita

Es a menudo una infección generalizada, estos niños están gravemente enfermos, desnutridos y deshidratados, las manifestaciones comunes de la enfermedad consisten en lesiones cutáneas fisuras y condilomas, rinitis persistente, hipersensibilidad en los huesos largos y pseudoparálisis. El diagnóstico en el niño se demuestra con certeza por medio del descubrimiento en campo oscuro de *Treponema pallidum* tomado de -- las lesiones.

c) Toxoplasmosis

Es causada por el protozoo *Toxoplasma gondi*; puede ser congénita o adquirida; congénita cuando se adquiere "in utero" de una infección -- inadvertida en la madre como la parasitemia que es transmitida por el gato doméstico. El retraso psicomotor resulta evidente a medida que -- la criatura madura; puede observarse ictericia, hidrocefalia o microcefalia entre otros síntomas, además en la adquirida se observa encefalitis.

Infecciones postnatales

a) Encefalitis

Se reconocen como agentes etiológicos del síndrome a 12 arbovirus; -- (la palabra "Arbo" proviene de los vocablos en inglés "Arthropod --- borne"). Cuando se instala el cuadro clínico es el mismo en términos generales independientemente del arbovirus casual, el proceso se desarrolla en dos etapas separadas por un corto intervalo asintomático, -- la primera es el febril indiferenciado; la segunda llamada encefalitis propiamente dicha que se caracteriza por cefalea rigidez de nuca; hipotermia; vómito; frecuentemente depresión del sensorio, que varía desde somnolencia y estupor, hasta el coma; otras veces se observan -- convulsiones, especialmente en los niños y parésias o parálisis, habitualmente espásticas, con hiperreflexia osteotendinosa. También se -- presentan perturbaciones psíquicas no siendo raro que en los niños -- exista ataque a parea craneales, especialmente sobre el III y el VII; con trastornos oculomotores y faciales, siendo el padecimiento más -- raderero en ellos que en los adultos y particularmente letal en los más pequeños.

Intoxicaciones

a) Kernicterus

La hiperbilirrubinemia conjugada o no conjugada produce diferencias notables en los síndromes clínicos. La bilirrubina no conjugada es insoluble en agua, sin embargo es capaz de disolverse en los lípidos com-

plejos del tejido nervioso. Cuando la sangre contiene valores muy altos de bilirrubina no conjugada sobre todo en los lactantes, este pigmento puede cruzar la barrera hematoencefálica para disolverse en los lípidos del Sistema Nervioso Central produciendo el grave trastorno denominado Kernicterus (Ictericia Nuclear).

Los ganglios basales del tallo cerebral están muy ictericos y pueden mostrar degeneración las células nerviosas. En ocasiones los ganglios basales son respetados y puede haber cambios degenerativos en centros más altos. Clínicamente las primeras manifestaciones son: a) alimentación defectuosa b) espasticidad c) convulsiones d) opistótonos.

Más tarde pueden descubrirse: atetosis; retraso mental hepatosplenomegalia residual que a veces persiste meses; ictericia obstructiva que puede persistir por semanas; tinción verdosa de los dientes deciduos.

b) Envenenamiento por plomo

Robbins, Wasserman y Nowak indican que la intoxicación crónica puede ocasionar encefalopatía, nefropatía, neuropatía periférica y trauma normocítico o ligeramente hipocrómico.

Después de unas horas el paciente se queja de cefaleas, que en letargo, presenta convulsiones graves y aparecen descerebración o desorientación. El síndrome de envenenamiento plúmbico en la niñez incluye: fatiga; palidez; anorexia e irritabilidad seguida por dolor abdominal, vómitos; estreñimiento; cólicos; náuseas; en los casos más graves pueden presentarse crisis convulsivas locales o generalizadas, producen deterioro neurológico y psicológico significativo, coma y finalmente la muerte.

La cifra normal de plasma en la sangre, limitada exclusivamente a los eritrocitos, es de 20-30 mg/100 ml. La intoxicación franca ocurre a niveles sanguíneos por encima de 50 mg/100 ml., pero se han mencionado signos y síntomas manifiestos en los niños con niveles por debajo de 50 mg/100 ml.³

c) Toxemia maternal

El concepto de barrera placentaria ha sido impugnado de observaciones que demuestran la presencia de células sanguíneas fetales en circulación materna y a la inversa. Por lo tanto, en la práctica hay que admitir que cualquier producto farmacológico administrado a la madre -- puede presentarse en la circulación fetal. Es posible que diversas -- drogas actualmente de empleo corriente produzcan malformaciones congénitas cuando se toman en los primeros meses de embarazo, los defectos no pueden localizarse epidemiológicamente porque quedan enmascarados por la presencia de defectos imposibles de distinguirse de los trastornos de origen genético y porque el teratógeno es poco constante en sus resultados.

Hay variación en el curso clínico según los lactantes; probablemente exista una relación directa entre la duración de la adicción materna y la dosis e intensidad de los síntomas en el recién nacido. La heroína y la metadona son las causas más frecuentes.

Aproximadamente la mitad de los recién nacidos de madres toxicómanas requieren tratamiento. Los signos suelen aparecer en plazo de 48 a 72 horas; consisten en irritabilidad, temblores, vómitos, gritos de tono agudo, estornudos, hipertonia e hipertactividad, molestia respiratoria, fiebre, diarrea, sudor y en raros casos convulsiones. Los lactantes que muestran aumento progresivo de los signos deben tratarse.

2.2. Subsiguientes a traumatismos o agentes físicos

a) Daño mecánico.- Forceps Obstétricos

Se han aconsejado como dilatadores, compresores, palancas, rotadores y tractores.

Utilizarlos como dilatadores es inadecuado por los motivos a saber:

1. Desgarran el cuello uterino en lugar de dilatarlo y el desgarro cervical extenso a menudo produce hemorragia alarmante.
2. La tracción de la cabeza antes del cuello uterino está completamente dilatado lesiona los tejidos de sostén del útero, de mane-

ra que suele necesitarse después operación ginecológica.

El forceps no debe utilizarse para comprimir, por el grave peligro de lesionar el cerebro del pequeño.

Usarlos como placa no tiene aplicación en la práctica obstétrica actual. La Rotación no está exenta de peligro y los ensayos ineptos para efectuarla pueden producir lesión irreparable de los tejidos de -- sostén.

La Tracción fue el uso original del forceps y sigue siendo la función más importante.

Requisitos para su empleo:

Contraindicaciones

- a) Cabeza no encajada
- b) Dilatación insuficiente del cuello uterino
- c) Hidrocefalia
- d) Presentación posterior de cara o de frente y estrechez pélvica

Aplicaciones

Se reconocen dos clases de aplicaciones, a saber:

- Pélvica

Se aplica a la cabeza fetal y la posición de las ramas corresponde a la posición de las paredes derecha e izquierda de la pelvis. No se toma en cuenta la posición de la cabeza fetal.

- Cefálica

Las cucharas se aplican a los lados de la cabeza del niño de la manera más favorable, siguiendo el diámetro occipitomentoniano.

Pronóstico

Los peligros que entraña para el feto la aplicación de los forceps son:

- a) Compresión del cerebro
- b) Fractura del cráneo
- c) Hemorragia cerebral
- d) Desgarres tentoriales
- e) Parálisis del nervio facial
- f) Asfixia por compresión del cordón umbilical parcialmente prolapsado

Cuanto más alta sea la aplicación, tanto mayor será la posibilidad de lesión grave para el niño.

2.3. Asociados con trastornos del metabolismo, crecimiento o nutrición

a) Lipoidosis cerebral infantil

1. Lipoidosis por Esfingomielina (enfermedad de Nieman Pick)

Su mecanismo es autosómico recesivo, se caracteriza por deficiencia enzimática de esfingomielinasa, ocasiona retardo físico y mental; manchas color fresa en los ojos; hepatoesplenomegalia acentuada; células espumosas en la médula y muerte temprana.

2. Lipoidosis por Gangliósidos (enfermedad de Tay-Sachs)

Autosómica recesiva, produce retardo progresivo, parálisis, demencia, ceguera que empieza a la edad de 4 a 6 meses y conduce a la edad de 4 años a la muerte.

3. Lipoidosis por Sulfátidos o Leucodistrofia Metacromática

Autosómica recesiva, en la cual existe deficiencia enzimática de sulfatasa cerebroside, originando deterioro neurológico progresivo generalizado que comienza a los 12-18 meses de edad, y lleva a la muerte en unos años.

b) Degeneración Hepatolenticular (Enfermedad de Wilson)

Es un trastorno hereditario transmitido por un gen recesivo autosómico dependiente de un defecto que implica el metabolismo del cobre. Este se acumula en cantidades elevadas en el hígado causando cirrosis sistémica, en el cerebro especialmente en ganglios basales causa temblor, rigidez, disartria y disfagia; en riñones glucosuria, aminoaciduria, fosfatúria, uricosuria; en ojos el Anillo Verde Amarillento de Kayser-Flusche, especialmente en el borde externo de la córnea. El comienzo clínico tiene lugar de los 12 a 20 años después de haberse acumulado cobre.

c) Hipotiroidismo

Puede ser primario (insuficiencia de la glándula tiroidea) o secundaria (insuficiencia del lóbulo anterior de la hipófisis).

En la deficiencia tiroidea primaria, la insuficiencia hormonal se debe a destrucción de la glándula tiroidea por alguna enfermedad o por algún procedimiento que suprima la función tiroidea. En la secundaria se presenta en cualquier edad y resulta de la deficiencia de tirotrópina hipófisaria (HST) por insuficiencia de la hipófisis anterior.

El hipotiroidismo origina retraso mental entre otros signos y síntomas

d) Fenilcetonuria

Se caracteriza principalmente por aumento de la concentración sérica de fenilalanina y retardo mental progresivo.

La base subyacente del trastorno metabólico es una deficiencia hereditaria en la fenilalaninohidroxilasa necesaria para la conversión de la fenilalanina en el suero de los niños comienzan a incrementar ácido fenilpirúvico y muestran signos de daño cerebral, en forma de electroencefalograma anormal y convulsiones, generalmente al final del primer año se torna patente retardo moderado o grave, con un índice de coeficiente intelectual inferior a 50; hay excepciones individuales con intelecto normal o casi normal a pesar de tener valores altos de

fenilalanina en el suero.

e) Galactosemia

Es un error congénito del metabolismo provocado por alteración en la conversión de galactosa en glucosa y sus derivados por falta congénita de una enzima específica la galactosa-I-fosfato-uridil-transferasa, necesaria en el metabolismo normal de la galactosa. Se manifiesta esta alteración después del nacimiento cuando el niño empieza su alimentación con leche, presenta intranquilidad, vómitos, diarrea, falta de desarrollo. Sobreviene ictericia en esta etapa temprana, lo mismo que el crecimiento de hígado y el bazo.

Si la ingestión de leche o de galactosa continúa, se forman cataratas seguidas de retraso mental. El daño presentado en hígado puede originar deficiencia de protalbúmina y tendencia hemorrágica, además de disminución de la concentración y síntomas de hipoglucemia. Todo el cuadro clínico a excepción del retraso mental, puede evolucionar por completo cuando la galactosa se suprime de la dieta.

2.4. Daño cerebral manifiesto (postnatal)

a) Neurofibromatosis (Enfermedad de Von Recklinghausen)

Es hereditaria dominante que se caracteriza por múltiples máculas de color café amarillento, llamadas manchas café au lait, que varían en diámetro desde menos de 1 cm. hasta más de 15 cm. y que aparecen principalmente en el tronco y las extremidades; la pigmentación en manchas se presenta sobre todo en axilas. A menudo se encuentran tumores cutáneos nodulares, redondos y blandos, cónicos o pendulares, cubiertos por piel normal. También puede haber tumores en las envolturas nerviosas.

b) Esclerosis tuberosa

Su carácter dominante autosómico; generalmente causa oligofrenia y convulsiones.

Características: tráfada clínica de crisis convulsivas, deficiencia mental progresiva y adenoma sebáceo, la deficiencia mental que de ser relativamente estacionaria o progresiva. Las convulsiones pueden ser generalizadas. Se acompañan de características manchas blancas de más de un centímetro en forma de hoja de fresno, pueden existir en cualquier parte de la superficie de la piel, pero son más comunes sobre el tronco y las extremidades inferiores.

c) Neoplasia intracraneal

Se forma en el espacio de la cavidad craneal, el líquido cefalorraquídeo que se haya dentro del espacio subaracnoideo y el sistema ventricular disminuye de volumen al ser desplazado al espacio subaracnoideo espinal y perióptico. Rápidamente se sobrepasan los límites de esta mecánica de adaptación y la presión en todo el sistema ventricular y en todas partes del espacio subaracnoideo se eleva. Las ventas de los tejidos cerebrales adyacentes al tumor sufren compresión; con el consiguiente aumento de la presión venosa local, al comienzo los tumores cerebrales manifiestan uno que otro síntoma. A menudo sólo se aprecia una ligera deficiencia en las funciones mentales, cierta lentitud en la -- compresión o una pérdida en la capacidad para sostener la actividad -- mental continua, por lo general sugieren deficiencias en el estado de salud.

d) Esclerosis cerebral difusa

Es un padecimiento en que hay desmielinización extensa y progresiva de la sustancia blanca con productos catabólicos. Fue llamada más tarde enfermedad de Schilder o Encefalitis Periazial Difusa.

Los tipos difusos de Esclerosis Cerebral son un grupo de enfermedades degenerativas de causas desconocidas, algunas de las cuales ocurren en forma esporádica y otras con carácter familiar se caracteriza por dise

minación progresiva de la visión, demencia y parálisis espásticas.

e) Ataxia de Friedrich o Ataxia espino cerebelosa hereditaria

Constituye un complejo sintomático bien diferenciado que tiende a conservar su aspecto, aunque se superpone a otros síndromes heredodegenerativos, en especial a las polineuropatías hereditarias crónicas y a la atrofia progresiva; algunos pacientes tienen deficiencia mental, o bien se vuelven dementes en el curso del padecimiento.

Generalmente empieza a la edad de 7 a 10 años, se transmite esta alteración como gen recesivo autosómico, y está causado por degeneración de los haces espino cerebelosos dorsal y ventral, haces corticoespinales y cordones posteriores. Constituyen anomalías asociadas, se caracterizan por vértigo, pérdida de sentido de la posición y de reflejos tendinosos, y reflejo anormal de Babinski.

2.5. Enfermedades y afecciones debidas a influencia prenatal (desconocida)

a) Defecto cerebral congénito

Una anomalía congénita es un defecto estructural que existe desde el nacimiento, en algún órgano, éste puede ser microscópico; macroscópico; superficial o interno; familiar o esporádico; único o múltiple. A menudo se acompaña de epilepsia y ésta puede formar parte del Síndrome de Retardo Mental, de Diplejta Espástica y otros trastornos de la función motora. Los ataques generalmente se presentan en las primeras semanas o meses de vida.

b) Anomalías congénitas del cerebro

Meningoencefalocela o Cráneo bifido

Es un defecto congénito con protusión de las meninges solamente (meningocele) o de las meninges y tejido cerebral (meningoencefalocela).

El defecto suele presentarse en la línea media a nivel occipital, más raramente en zona nasal, nasofaringe o frontal. Hay una hinchazón pul-

sátil fluctuante. La presión sobre esta masa suele hacer que el niño lllore, aumentando la presión intracraneal, la masa puede verse por transiluminación, según la cantidad de tejido cerebral que contienen.

Los datos que acompañan a esta alteración son: convulsiones, retraso mental e hidrocefalia.

Una radiografía revela el defecto; la cirugía puede dar buen resultado si sólo hay meningocele, pero no brinda muchas esperanzas si hay meningoencefalocele.

c) Craneoestenosis (Sinostosis prematura)

Es una malformación del desarrollo, como el cráneo se convierte rígido en lugares de sinostosis prematura, está impedida la expansión localizada del cráneo que va creciendo o limitada en una dirección perpendicular al eje mayor de la sutura obliterada.

Por comprensión puede producirse lesión cerebral y ceguera, las radiografías muestran cierre prematuro de las suturas, atrofia de las circunvoluciones, órbitas poco profundas. Una sutura que cierra prematuramente es muy estrecha y con bordes óseos densos (la craneostenosis debe distinguirse de la microcefalia por agenesia cerebral, en la cual las suturas están abiertas).

e) Microcefalia

Cabeza excesivamente pequeña, se acompaña de disminución de la masa del cerebro. Existen dos tipos de trastornos patológicos:

- Microcefalia Vera

Alteración en el tamaño de la masa aunque pequeño es de aspecto normal, falta la prominencia frontal, está ligada a un gen recesivo. Todos los pacientes presentan retraso mental simple de grado moderado o intenso. En algunos se han descrito crisis convulsivas, madriplejías.

- Esquincecefalia

Detención focal del crecimiento, ya sea por defecto embrionario - en el desarrollo de una parte del hemisferio, o por una enfermedad adquirida que ha causado destrucción de uno o ambos hemisferios cerebrales. Se observa idiocia y las funciones están poco desarrolladas, en otros casos en los que el defecto está limitado a un hemisferio o a una parte, de él, se observa hemiplejía con preñez de brazo y pierna, hemianestesia franca, hemianopsia homónima y convulsiones, con menor grado retraso mental.

f) Síndrome de Laurence-Moon-Bield

Es un padecimiento que va acompañado de deficiencia del desarrollo de las gónadas, en las que existen alteraciones en las secreciones de -- las gonadotropinas por el lóbulo anterior de la hipófisis. Es de carácter recesivo autosómico y caracterizado por obesidad, acrocefalia y deficiencia mental; retinitis pigmentaria sindactilia y polidactilia.

2.6. Anormalidades cromosómicas

a) Trisemia 21 (Síndrome de Down)

Es una de las formas más frecuentes de retraso mental. Guarda estrecha relación con la edad materna, a menos de 29 años de edad, la frecuencia es de 1 por 2000; aumenta progresivamente hasta 1 en 50 para madres de más de 45 años.

El retraso mental en este término es intensa, aproximadamente un 80% - tiene un coeficiente intelectual de 25 a 50.

Características físicas típicas: ojos oblicuos y pequeños, pliegues en los párpados inferiores, nariz más achatada, dermatoglifos e hipotonía.

b) Síndrome de Klinefelter

Se caracteriza por el aumento de gonadotropinas urinarias y testicu--

Los pequeños con hialinización de los túbulos pequeños. Barr encontró que muchos de estos pacientes tenían cuerpos de Barr, masas de cromatina, características de las células hembra.

Klinefelter y sus colaboradores han demostrado que tienen un cromosoma sexual extra, de lo que resulta una clasificación cariotípica de los autosomas, más dos cromosomas X y un Y; por lo tanto, estas personas tienen 27 cromosomas en vez de la cifra normal de 46, muchos de ellos sufren diversos grados de deficiencia mental.

3.7. Prematuridad

a) Niños prematuros

Un niño nacido vivo que pesa 2500 gramos o menos se considera en amplia categoría de recién nacido de peso bajo. Los lactantes deben considerarse prematuros si el período de gestación es menor de 37 semanas completas. Las dos terceras partes, aproximadamente, de los neonatos de peso bajo son prematuros; el resto son criaturas pequeñas para la fecha a consecuencia de un retraso de crecimiento intrauterino. Algunas criaturas pueden ser al mismo tiempo prematuras y pequeñas para la fecha. Las cifras de morbilidad y mortalidad están aumentadas para los lactantes nacidos con peso bajo. El aumento de la fragilidad capilar predispone a la hemorragia, sobre todo en cerebro y pulmones.

El reducido peso al nacer guarda también relación con un desarrollo -- neurológico anómalo al año de edad. Un amplio estudio sobre la Familia Cerebral señala que únicamente el 1.5% de todos los niños que al nacer pesaron más de 2500 gramos deben considerarse neurológicamente a normales. Por el contrario esta cifra se eleva al 4.1% en los que peron entre 2001 y 2500 gramos y al 10.5% en los de menos de 2000 gramos.

Clasificación

Se refiere a un funcionamiento intelectual por debajo de la norma general, originado durante el período de desarrollo asociado a un impedimento de la conducta -- adaptativa.

3.1. Retardo mental (fronterizo)

Términos incluidos:

- Retraso
- Inteligencia límite
- Deficiencia o subnormalidad mental límite
- Retardo temporal del desarrollo intelectual
- CI de 68 a 85

Retardo mental leve (discreto)

Términos incluidos:

- Debilidad mental
- Defecto de alto grado
- Moron
- Deficiencia o subnormalidad mental leve
- CI de 52 a 67

3.2. Retardo mental moderado

Términos incluidos:

- Imbécil
- Deficiencia o subnormalidad mental moderada
- CI de 36 a 51

3.3. Retardo mental severo

Términos incluidos:

- Imbécil SAI
- Deficiencia o subnormalidad mental severa
- CI de 20 a 35

3.4. Retardo mental profundo (grave)

Términos incluidos:

- Idiocia
- Deficiencia o subnormalidad mental profunda
- CI menor de 20

Coefficiente Intelectual (CI)

Se obtiene dividiendo la edad mental (EM), que representa el nivel de realización por la edad cronológica (EC), y multiplicando el resultado por 100.

$$\frac{EM}{EC} \times 100 = CI$$

Leve

Maduración desarrollo y edad preescolar de 0 - 5 años pueden desarrollar capacidades sociales de comunicación; retraso mínimo en áreas sensoriomotoras; a menudo -- no se distingue de lo normal hasta mayor edad.

Entrenamiento, educación y edad escolar de 6 - 20 años. Pueden aprender académica mente hasta aproximadamente el nivel de 6° grado hacia el fin de la adolescencia. Pueden ser guiados hacia una conformidad social "son educables".

Adecuación social y vocacional.- Adultos de 21 años o más habitualmente pueden - alcanzar capacidades sociales y vocacionales adecuadas a un mínimo autoapoyo, -- pueden necesitar guía y ayuda en situaciones de tensión, sociales o económicas - no corrientes.

Moderado

Maduración, desarrollo y edad preescolar de 0 - 5 años; pueden beneficiarse con el entrenamiento en capacidades sociales y ocupacionales. Es difícil que progresen más allá del nivel de 2° grado en materias académicas; puede aprender a viajar solo en lugares familiares.

Adecuación social y vocacional.- Adultos de 21 años a más; pueden alcanzar el su tomantenimiento en un trabajo de poca habilidad en condiciones de protección; ne cesitan supervisión y guía cuando se encuentran en tensión social y económica la ve.

Severo

Maduración, desarrollo y edad preescolar de 0 - 5 años, sobre desarrollo motor; el hablar es mínimo, generalmente incapaces de beneficiarse del entrenamiento en

auto-ayuda; poca o ninguna capacidad de comunicación.

Entrenamiento, educación y edad escolar de 6 - 20 años. Pueden aprender a hablar o comunicarse; son entrenados en hábitos de salud elementales.

Educación social y vocacional en adultos de 21 años o más.- Pueden contribuir -- parcialmente al automantenimiento bajo supervisión completa, desarrollan capacidades de autoprotección a un nivel útil necesario en un ambiente controlado.

Profundo

Maduración, desarrollo y edad pre-escolar de 0 - 5 años; gran retardo; necesaria capacidad para funcionar en áreas sensoriomotoras necesitan estar atendidos por enfermeras.

Entrenamiento, educación y edad escolar de 6 - 20 años.- Hay algún desarrollo motor; pueden responder a un entrenamiento mínimo o limitado en auto-ayuda.

Adecuación social y vocacional en adultos de 21 años o más. Hay algún desarrollo motor y del habla; pueden alcanzar un autocuidado muy limitado; necesitan atención de enfermeras.

CAPITULO 4

Características clínicas

4.1. Sistemáticas

La mayor parte de las características específicas de Retardo Mental las -- constituyen las no diferenciadas como las anomalías físicas que a conti-- nuación se describen:

Mediciones físicas

La altura muestra una débil correlación positiva con la inteligencia y un nú-- mero de síndrome específico, van acompañados por enanismo. Hay muchas cau-- sas que superponen, particularmente entre los límites, levemente retardado y el normal.

Las expectativas de vida son menores para los mentalmente retardados que -- para la población normal y es más baja para el grupo previamente classifica-- do como idiotas.

Alteraciones de visión y audición

La agudeza visual está reducida a menudo en el retardo mental y algunos de-- fectos menores en la visión pueden pasar inadvertidos a menos que se les -- busque como rutina. La microftalmia, cataratas y retinitis-pigmentaria son componentes reconocidos de síndromes específicos y pueden presentarse en ca-- sos indiferenciados. El estrabismo es común. Un grado menor de sordera es -- usual y a la vez difícil de detectar, siempre se tendrá en cuenta la posibi-- lidad de sordera. A menudo es imposible obtener un audiograma y sólo se ex-- cluirá la sordera como resultado de la observación cuidadosa bajo condicio-- nes de prueba. La frustración que resulta de un grado más profundo de sorde-- ra es causa común de perturbaciones de conducta de estos niños.

Incoordinación motriz

Existe cierta torpeza en los movimientos que no alcanzan incoordinación -- real, y representa una incapacidad grave para el paciente.

Anomalías del desarrollo de la columna vertebral

Es posible encontrar el Síndrome de Klippel-Feil, que consiste en la fusión parcial o completa de las vértebras cervicales o en la reducción de su número, son comunes las escoliosis y cifoescoliosis y pueden ser secundarios a lesiones neurológicas pero a menudo tienen origen postural. La espina bífida puede no tener relación con lesiones neurológicas o ser el sitio de un meningocele. La espina bífida oculta puede producir síntomas de debilidad en las piernas y deterioro del control del esfínter urinario.

Anormalidades de los miembros

Muchas de estas se relacionan con Retardo Mental, a veces como parte de -- uno de los síndromes específicos, tales como la micromelia en el Síndrome de Laurence-Moon, Biald y la Trisomía 13, ocasionalmente se encuentra en relación con el retraso mental; la sidactilia aparece en grados que van desde una membrana que une los dedos hasta la fusión completa de los mismos.

Suele haber pies deformes por sí mismos. Los pies planos y los callos son comunes en los pacientes mentalmente retrasados. El dedo en martillo y el hallux valgus son frecuentes.

Los tipos específicos se clasifican en tres categorías:

- a) Desórdenes de origen genético, las características recesivas hereditarias.
- b) Desórdenes de origen cromosómico.
- c) Desórdenes producidos por el ambiente. Son debidos a factores ambientales, especialmente las infecciones y las lesiones. Su efecto dependerá no sólo de su naturaleza, sino también de la gravedad, maduración y desarrollo alcanzado ya en el momento de su acción.

4.2. Odontológicas

Las características más relevantes de las enfermedades acompañadas de retraso

Existe cierta torpeza en los movimientos que no alcanzan incoordinación -- real, y representa una incapacidad grave para el paciente.

Anomalías del desarrollo de la columna vertebral

Es posible encontrar el Síndrome de Klippel-Feil, que consiste en la fusión parcial o completa de las vértebras cervicales o en la reducción de su número, son comunes las escoliosis y cifoescoliosis y pueden ser secundarios a lesiones neurológicas pero a menudo tienen origen postural. La espina bifida puede no tener relación con lesiones neurológicas o ser el sitio de un meningocele. La espina bífida oculta puede producir síntomas de debilidad en las piernas y deterioro del control del esfínter urinario.

Anormalidades de los miembros

Muchas de estas se relacionan con Retardo Mental, a veces como parte de uno de los síndromes específicos, tales como la micromelia en el Síndrome de Laurence-Moon, Bield y la Trisomía 13, ocasionalmente se encuentra en relación con el retraso mental; la sidactilia aparece en grados que van desde una membrana que une los dedos hasta la fusión completa de los mismos.

Suele haber pies deformes por sí mismos. Los pies planos y los cavos son comunes en los pacientes mentalmente retrasados. El dedo en martillo y el hallux valgus son frecuentes.

Los tipos específicos se clasifican en tres categorías:

- a) Desórdenes de origen genético, las características recesivas hereditarias.
- b) Desorden de origen cromosómico.
- c) Desórdenes producidos por el ambiente. Son debidos a factores ambientales, especialmente las infecciones y las lesiones. Su afecto dependerá no sólo de su naturaleza, sino también de la gravedad, maduración y desarrollo alcanzado ya en el momento de su acción.

4.2. Odontológicas

Las características más relevantes de las enfermedades acompañadas de retraso

so mental son las siguientes:

Tejidos blandos

- Mucosa especializada

- a) Macroglosia
- b) Lengua escrotal

- Mucosa de revestimiento

- a) Hendidura en el labio, en la línea media o bilateral.

- Glándulas salivales

- a) Sialorrea

- Tejidos duros

- a) Patrones aberrantes de erupción
- b) Anomalías de esmalte y dentina
- c) Incidencia de hipoplasia del esmalte
- d) Ausencia de gérmenes dentarios
- e) Microdoncia
- f) Retención de dentición primaria
- g) Dientes conoides
- h) Anodoncia
- i) Dientes supernumerarios
- j) Dentadura apiñada ocusada por arco dentario deficiente y quizá microdoncia
- k) Movilidad dentaria
- l) Hendidura de paladar
- m) Ausencia de bóveda palatina
- n) Anomalías palatinas:

1. Arrugas prominentes anteriores
2. Procesos laterales engrosados
3. Dos surcos en el paladar

ñ) *Maxilar superior hipoplásico*

- Articulación temporomandibular

a) *Ángulos goniales oblicuos (tendencia Clase III)*

b) *Desarmonías oclusales:*

1. *Mordida cruzada anterior*
2. *Mordida cruzada posterior*
3. *Rotaciones*

CAPITULO 5

HISTORIA CLINICA

La Historia Clínica es la forma donde se registran los datos que se obtienen en el estudio clínico y los resultados que tienen las medidas terapéuticas que se aplican (evolución del caso). Es una conversación oral que empieza con el intercambio de impresiones entre el paciente y el médico; la parte más importante es la narración que hace el primero acerca de su enfermedad.

Su propósito es tener una fuente fidedigna y permanente de la información, y a la cual se puede tener acceso fácilmente en el transcurso del tiempo. Debe ser clara, completa y tener una ordenación lógica de los datos.

Las partes que la integran varían según la institución y el tipo de servicio que se emplea, sin embargo hay algunas que son comunes a todos, como:

- a) Datos generales o de identificación
- b) Motivos de la consulta
- c) Padecimiento actual
- d) Antecedentes patológicos y no patológicos
- e) Resultado de los exámenes complementarios o del uso de auxiliares de diagnóstico
- h) Diagnóstico y pronóstico
- i) Terapéutica o procedimientos aplicados
- j) Evolución del caso

Estos son los datos mínimos que debe incluir cualquier Historia Clínica para el estudio odontológico, se anexa al examen particular del sistema Estomatognático (extra e intrabucal) perioral; dental; higiene oral; secuencia de erupción; oclusión; etc.

El interrogatorio, generalmente para los pacientes con retraso mental, es indirecto; es otra persona (padre o tutor) la que proporciona los datos.

La historia clínica difiere de acuerdo al tipo de institución que se trate. A -- continuación se muestran el formulario para la elaboración de la historia clínica realizada en el Hospital Infantil de Morelia, Michoacán, y la ficha de identificación que realizan en la Escuela de Educación Especial, también de Morelia.

FORMULARIO PARA ELABORACION DE UNA HISTORIA CLINICA
PEDIATRICA

- FICHA DE IDENTIFICACION COMPLETA.

- DATOS DEL INFORMANTE: Parentesco, escolaridad. Fecha de nacimiento del paciente.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Padre

Edad, origen, residencia, escolaridad, oficio, sueldo mensual, distribución del sueldo, averiguar tabaquismo, alcoholismo. Antecedentes patológicos: TB., diabetes, cardiopatías, crisis convulsivas, neplasias, parasitosis, etc. Estado actual de salud.

Madre

Edad, origen, escolaridad, oficio (obrera, oficinista, labores del hogar), sueldo mensual, antecedentes de alcoholismo, tabaquismo. Antecedentes patológicos: - TB. diabetes, cardiopatías, etc. Estado actual de salud.

Antecedentes ginecobstétricos: número de gestaciones, partos eutócicos, cesáreas, abortos. Características importantes, indicaciones de cesáreas, forceps, etc.

En neonatología: evolución cronológica de los embarazos, peso talla de productos, permanencia en incubadora, antecedentes de isoimmunización en otros productos o parientes consanguíneos.

Hermanos

Número. Enumerarlos por edades de mayor a menor, antecedentes patológicos (crisis convulsivas, parasitosis, cardiopatías, hepáticas, padecimientos mentales, mieloproliferativos, deformaciones congénitas, alergias, hemofilia, etc.). Estado actual de salud.

Abuelos paternos y maternos

Edad, antecedentes patológicos importantes, (diabetes, sífilis, TB., hipertensión, cardiopatías, etc.). Estado actual de salud. En caso de fallecimiento averiguar causa.

Tíos paternos y maternos

Número, mencionar únicamente antecedentes importantes. Estado actual de salud.

Otras personas o familiares que conviven en la casa.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Prenatales

Número de gestación a la que corresponde el paciente, duración de la misma, complicaciones en la evolución (hipertensión, edema, sangrados, ruptura de membranas, sangrados, eclampsia, etc.). Enfermedades sufridas: rubeola, sífilis, enfermedades virales, especificando mes de gestación en que se presentaron.

Exposición a rayos X, medicamentos empleados durante la gestación.

Natales

Parto eutócico si fue espontáneo, inducido (motivo), lugar de atención (domicilio, sanatorio, hospital), duración del trabajo de parto, uso de anestésicos, tranquilizantes u otros medicamentos. Características del parto eutócico, distócico. En caso de forceps, cesárea, averiguar indicación.

Foetoratales

Llanto y respiración al nacer (tiempo entre el nacimiento y su presentación), coloración de la piel, reactividad a los estímulos, crisis convulsivas, sangrados por cordón umbilical, ictericia, peso. Investigar si hubo necesidad de emplear medidas de reanimación y motivo de las mismas. Si requirió de incubadora averiguar la causa y tiempo.

ALIMENTACION

En caso de alimentación materna

Intervalos de su administración, duración de cada tetada, aseo de pezones, tiempo de administración de lactancia materna. Uso de leches industrializadas o de vaca: anotar si son enteras, semidescremadas, modificadas, etc. (si no es posible anotar estos datos, investigar nombre comercial), cantidad, dilución y si se agregan otros tipos de alimentos a la leche (atoles, cereales, chico milk), horario con que se administra la fórmula. Tipo de administración de dichas leches. - Cambios de leche, motivos.

ABLACION

Fecha de inicio, alimentos utilizados (jugos, frutas, huevos, cereal, carnes, etc.). Tiempo de administración de los mismos, así como horario y cantidades administradas. Alimentación actual. Finalmente valor integral de la alimentación, por ejemplo: alimentación deficiente en aporte protéico y rica en hidratos de carbono.

DESARROLLO PSICOMOTOR

Preguntar inicio de succión y deglución. A qué edad se fija en los objetos o personas que lo rodean, edad en que sostuvo la cabeza, se sentó, gateó, caminó. Inicio de la dentición, monosílabos, en qué reconoce a los padres, control de esfínteres. Edad en que comienza a ir a la escuela, aprovechamiento, año que cursa. - Cómo se relaciona con las personas que lo rodean.

HABITACION

Localización, área urbana, rural, colonia. Tipo de habitación: casa (propia, renteda), jacal, chosa, vecindad, departamento. Número de cuartos de que consta, -- construcción (tabique, madera, láminas de cartón, de hoja de lata). Piso de tierra, cemento, tabique, mosaico. Ventilación. Número de personas que la habitan.- Servicio sanitario: WC, letrina, fosa séptica, defecación al aire libre. Abastecimiento de agua: potable (intra extradomiciliaria), de pozo, aljibe, etc. Si se hierve y en dónde se conserva. Lugar donde se guarda la basura (bote, cerrado, -destapado; en el interior o exterior de la habitación, cada cuándo se recoge o -si se tira en lo se baldío). Animales domésticos (perros, gatos, gallinas, pájaros, etc.).

HIGIENE PERSONAL

Cada cuando se baña, cambio de ropa, si duerme solo o con otras personas, en cama, catre, piso, etc.

INMUNIZACIONES

Sabin, BOG, antivariolosa, DPT. Antisarampión, antitifoidea. Preguntar fecha de aplicación de cada dosis, si se completó el esquema y si han sido reactivadas, -si hubo prendimiento o no de la antivariolosa. En el B.C.G. especificar si fue --oral o intradérmica. Si se le ha practicado mantoux (PPD) y el resultado de los -mismos. Dónde se han aplicado.

En caso de que haya duda en cuanto a las vacunas administradas, solicitar carnet de vacunaciones.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Padecimientos que haya sufrido, enumerarlos en orden cronológico (sarampión, varicela, tosferina, rubeola, faringitis, hepatitis, diarrea, bronconeumonía, disentería, TBP, crisis convulsivas, fiebre reumática, fiebre tifoidea, etc.). Averiguar si durante la evolución de estos padecimientos se presentaron complicacio

nes, internamientos hospitalarios. Antecedentes quirúrgicos, alergia medicamentosa o de otro tipo. Contactos recientes con padecimientos infectocontagiosos.

PADECIMIENTO ACTUAL

Especificar si se envía de urgencia o de su clínica de adscripción en forma 4-30-8.

Enumerar en orden cronológico los síntomas y signos y el tiempo de evolución de los mismos. Por ejemplo:

Tos..... 3 semanas
Fiebre..... 2 semanas
Diarrea..... 1 semana
Vómitos..... 3 días

A continuación hacer una descripción por separado de cada uno de los síntomas o signos, en orden cronológico, hasta el momento actual. Por ejemplo:

Tos

Desde hace 3 semanas, tos en accesos intermitente, productiva, de predominio vespertino y nocturno, con expectoración de material purulento, en moderada cantidad y con estrias sanguinolentas, se calma con el reposo y no es cianósante ni emetizante. Aumento en intensidad en los últimos 2 días.

Fiebre

No cuantificada, al parecer elevada, se presenta por las tardes y noches, diariamente, disminuye o desaparece con ingestión de medicamentos, acompañados de inquietud, irritabilidad, escalofrío y diaforesis. En los últimos 3 días se presenta en forma continua durante todo el día. Así persiste hasta el momento actual.

Diarrea

Evacuaciones en número de 8 al día, en regular y poca cantidad, semi-líquidas, -verdes amarillentas, con moco, sin sangre, en dos ocasiones con parásitos (asca-

ris lumbicoides), fétidas, se acompañan de pujo y al parecer de dolor abdominal de tipo cólico ocasional. Con las mismas características ha persistido hasta el momento actual.

Vómitos

Hace tres días se agregan vómitos, en número de 4 al día, postprandiales inmediatos, con esfuerzo, en poca cantidad, de contenido gastrobiliar. Se presentan sin horario determinado y con ingestión de cualquier alimento. En el día de hoy no se ha presentado.

Posteriormente hacer un breve resumen de la evolución integral, si se estuvo ingresado en Urgencias u otra institución hospitalaria, manejo y motivo de envío al Servicio. Por ejemplo:

Con este cuadro fue valorado hace dos semanas por su médico familiar en dos ocasiones prescribiendo medicación (que señalaré en el párrafo de "terapéutica empleada"), al agregarse la fiebre fue internado en su clínica de adscripción durante cuatro días, sin lograrse mejoría por lo que se envía a esta Unidad. Ingresó a Urgencias el día de ayer (20 horas) permaneciendo cuatro horas con tratamiento abajo señalado (en "terapéutica empleada"), valorado por este Servicio se interna para su manejo y estudio.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Digestivo

Apetito (normal, hiporético, polifagia, etc.) características de las evacuaciones (número, constancia, color, presencia de sangre, moco o parásitos). Disfagia, presencia de dolor abdominal y características del mismo (intensidad, horario, si cede espontáneamente o con el uso de medicamentos) sangrados de tubo digestivo.

RESPIRATORIO

Obstrucción nasal, epistaxis, tos, presencia o ausencia de signos de insuficien-

cia respiratoria.

CIRCULATORIO

Coloración de tegumentos, manifestaciones de sangrado, disnea, edemas, lipotimias.

URINARIO

Caracteres macrocópicos de la orina, número de micciones en 24 horas, enuresis, oliguria, anuria, poliuria, disuria, etc.

GENITAL

Características y coloración de genitales externos, sangrados anormales dismiosis en púberes inicio de la menstruación y sus características.

HEMATICO Y LINFATICO

Manifestaciones de sangrado por orificios naturales o a nivel de piel. Recurrencia de procesos infecciosos.

Endocrino

Desarrollo pendoestural, obesidad, diabetes, acné, hipertricosis, etc.

NERVIOSO

Manera en que se relaciona con las personas que lo rodean y con el medio ambiente. Síntomas neurológicos: parálisis, parestias, temblores, convulsiones, cefalalá, visión, audición, olfato, gusto, etc.

MUSCULO ESQUELETICO

Marcha, desarrollo muscular, deformidades articulares y limitación de movimientos.

PIEL, MUCOSA Y ANEXOS

Coloración, manifestaciones de sangrado, pelo; cantidad caída anormal, parasitosis, hipertrichosis, etc. Uñas, micosis.

EXAMENES PRACTICADOS

Los que se hayan practicado extra-hospitalariamente o en el Servicio de Urgencias anotarlos en orden cronológico.

TERAPEUTICA EMPLEADA

Empleada en forma empírica o por indicación de facultativo enumerarlas en orden cronológico, especificando dosis, horario de tiempo de administración. En caso de no poder proporcionar nombre de los medicamentos solicitar que traiga el familiar los envases de los mismos. Anotar si se apreció o no mejoría con los medicamentos empleados.

DIAGNOSTICOS ANTERIORES

Enumerarlos en orden cronológico.

EXPLORACIONES FISICAS

Nota: La exploración física completa es de importancia fundamental en cualquier niño. Las maniobras de exploración que puedan ser molestas deberán aplazarse para el final del examen.

I. Somatometría

Peso real. Peso ideal. Peso habitual. Estatura. Perímetro cefálico. Perímetro abdominal. Segmento inferior.

II. Signos vitales

Tensión arterial (en todos los niños). Frecuencia cardíaca. Frecuencia respiratoria. Temperatura.

III. Inspección general

Grupo de edad (recién nacido, lactante menor, lactante mayor, preescolar, - escolar, púber, adolescente).

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. Sexo | 6. Facies |
| 2. Integridad anatómica | 7. Edad aparente |
| 3. Conformación | 8. Estación y marcha |
| 4. Estado de conciencia | 9. Movimientos anormales |
| 5. Actitud | |

IV. Piel y Fanegas

- | | |
|---------------------------|--|
| 1. Coloración | 8. Estado de la superficie |
| 2. Humedad | 9. Erantema (tipo, localización, límites, coloración, cambios con la presión, etc.). |
| 3. Temperatura | 10. Equimosis |
| 4. Costras | |
| 5. Huellas de venopunción | |
| 6. Absesos | 11. Cicatrices |
| 7. Petequias | 12. Telangiectasias |

V. Cráneo y cara

- a) Cráneo Morfología del cráneo; esostosis y hundimientos
Cabello: tipo y distribución
Fontanelas: tamaño, forma y tensión
Suturas: (dilatación, cabalgamiento, etc.).

Equimosis
Hematomas
Craneotabes

- b) Ojos Párpados: edema, ptosis
Globos oculares: posición, movimientos
Pupilas: tamaño, forma, simetría, reflejos
Conjuntivas: coloración, secreciones
Fondo de ojo: (en caso necesario)
- c) Oídos Conducto auditivo externo: cerumen, secreciones
Integridad del tímpano
Congestión o palidez
Abombamiento
- d) Nariz Mucosa nasal
Congestión
Atrofia
Humedad o sequedad
Secreciones
Tabique y cornetas
- e) Boca Labios
Dientes: número, deformaciones, caries
Encías: congestión, hemorragia, supuración
Paladar: forma e integridad
Lengua: despulimiento, enrojecimiento, úlceras, grietas
- f) Faringe Mucosa: congestión, secreciones
Amígdalas: tamaño, criptas, úlceras, abscesos

VI. Cuello

Forma

Mortandad

Ganglios: tamaño, dolor, consistencia, motilidad

Tiroideas: tamaño, volumen, consistencia

Pulsos carotídeos

VII. Tórax

Forma

Volumen

Movimientos respiratorios (intensidad, simetría)

Tiros (intercostales, supraesternal, esternal, subcostal y supraclavicular)

Rosario costal

Disociación toracabdóminal

Intensidad del ruido respiratorio

Ruidos anormales: sitio, momento, carácter

Percusión: matidez, timpanismo, etc.

VIII. Región precordial

Sitio de la punta

Tonos cardíacos (intensidad, timbre)

Revoluciones cardíacas (ritmo)

Ruidos anormales: sitio, momento, intensidad, irradiación

IX. Abdomen

Forma

Volumen

Estado de la piel

Lecho umbilical

Panículo adiposo (grosor)

Circulación colateral

Paredes musculares: blandas, defensa muscular, etc.

Palpitación profunda: dolor

Vísceras abdominales (tamaño, consistencia, superficial, etc.)

Tumores (sitio, forma, volumen, tamaño, consistencia)

Regiones lumbares: dolor

Riñones (tamaño, consistencia, forma)

Ascitis

Ruidos peristálticos

X. Genitales

ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL

"LUZ ALOY DE TORRES MANZO"

Ficha de identificación dental

Fotografía

Nombre: _____

Dirección: _____

Tel: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____

CUESTIONARIO CLINICO

Observaciones:

1. ¿Qué enfermedad padece? _____
2. ¿Cuándo fue su último chequeo médico? _____
3. ¿Está el niño en tratamiento médico? _____
4. ¿Es alérgico a algún medicamento o alimento? _____
¿A cuáles? _____
5. ¿Toma su hijo algún medicamento actualmente? _____
6. ¿Ha presentado alguna reacción desfavorable a algún medicamento? _____
¿A qué medicamento? _____
¿Cuál fue su reacción? _____
7. ¿Ha tenido trastornos nerviosos, mentales o emocionales? _____
¿Qué trastornos? _____
8. ¿Su hijo ha padecido alguna de las afecciones siguientes?
Asma () Cardiopatia () Trastorno hepático ()
Paladar hendido () Hepatitis () Trastorno lenguaje ()
Epilepsia () Enf. renal ()
9. ¿Ha presentado hemorragias excesivas en operaciones o en accidentes? _____
10. ¿Presenta equimosis con facilidad? _____

11. ¿Padece pérdida del conocimiento o ataques? _____
12. ¿Ha presentado alguno de los trastornos dentales siguientes? _____
- | | | | |
|----------------------------|-----|------------------------|-----|
| Dolor de muelas | () | Caries | () |
| Dientes sensibles al dulce | () | Dientes deformados | () |
| Dientes sensibles al calor | () | Manchas en los dientes | () |
| y frío | | Dientes astillados | () |
13. ¿Padece algún trastorno dental distinto a los anteriores? _____
¿Cuál? _____
14. ¿Se chupa el pulgar o algún otro dedo? _____
¿Tiene algún hábito similar? _____
15. ¿Ha heredado alguna característica dental familiar? _____
16. ¿Con qué servicio médico cuenta? _____
IMSS () ISSSTE () SSA () OTROS _____

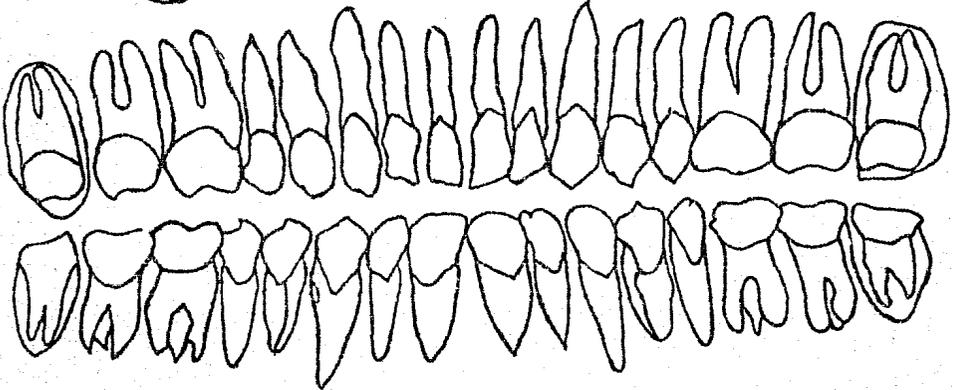
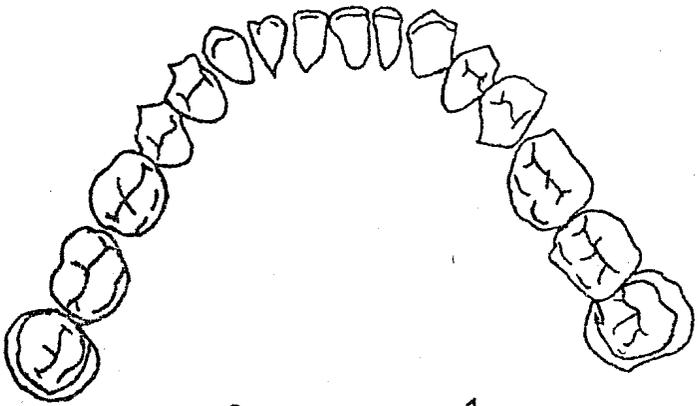
Firma del padre o tutor: _____

Dr. (a) _____

Morelia, Mich., _____ de _____ de 19 _____.

'smb.

Nombre del paciente: _____



CAPITULO 6

ODONTOLOGIA PREVENTIVA

El mantenimiento de una salud bucal óptima, debe ser la meta para todos los pacientes dentales. Esto es crítico, indica Nowak, sobre todo para los individuos física y mentalmente impedidos, por la dificultad que frecuentemente tienen para conseguir tratamiento y los problemas que puedan presentarse en su manejo.

La comunicación es el factor crítico en un programa preventivo exitoso, éste al igual que el plan de tratamiento deben ser individualizados, una vez identificadas las necesidades del enfermo.

En la mayoría de situaciones, una persona debe aceptar la responsabilidad de la higiene bucal del paciente, y se le hará una demostración paso por paso de la técnica de cepillado que deberá llevar a cabo.

a) Orientación, adiestramiento y educación para la salud a los padres de familia

Los médicos y terapeutas que han trabajado con padres de niños físicamente impedidos, tienden a opinar que aunque cada caso y cada familia son únicos, existen similitudes en los modos en que las familias reaccionan y llegan gradualmente a aceptar la situación.

En un principio existe un shock emocional y la confusión puede ir acompañada de rechazo. Los padres se niegan a creer lo que los médicos les anuncian; es corriente que más adelante rechazan el primer shock y no puedan recordar una sola palabra de la explicación posterior del médico, por la tremenda reacción emocional puede haber ignorancia por parte de los padres en lo referente a la condición de su hijo, su tratamiento y los posibles resultados.

Una relación de mantener apoyo y confianza entre el médico y los padres, -- tiene importancia vital ya que los segundos son propensos a recurrir al primero esperando oír un diagnóstico diferente o más optimista, pero probablemente exponiéndose a una mayor angustia y aumentando la presión sobre el niño. Cuando los padres son incapaces de resolver sus ansiedades internas volverse hostiles hacia los médicos, amigos y vecinos, de forma destructiva --

uno contra el otro. Luchando con la aceptación y la fatiga de los cuidados diarios, la mayoría experimentan estallidos de desesperación. A menudo se necesitan orientación profesional para ayudarlos a superar estos sentimientos.

Se adiestra a los padres para prevenir el desarrollo de la enfermedad dental de estos pequeños, con las técnicas que a continuación se mencionan:

1. Eliminación de la placa dental

El único medio eficaz para eliminarla de las partes coronarias y oclusales de los dientes y de la unión con los tejidos periodontales, es mediante técnicas manuales con cepillo standar e hilo de seda dental.

La persona impedida es más resistente a la prevención porque no puede entender la razón que la determina o no es capaz de realizarla. En el caso del paciente gravemente impedido ya sea físicamente o con retraso mental, hay que elegir al padre, madre cuidador o ayudante para que se responsabilice en el cuidado del enfermo. Las técnicas de cepillado serán similares a las tradicionales, excepto en la ubicación elegida para limpiar los dientes, inmovilización del paciente y posición para ver mejor la boca. Se sugiere elegir un lugar cómodo y bien iluminado.

1.1. Dispositivos y materiales

Varían de acuerdo con las circunstancias individuales y la resistencia de la persona impedida. Se sugiere una cantidad mínima de materiales, solución reveladora, cepillo, hilo de seda dental, -- portahilo y abrebocas.

Las soluciones pueden colocarse directamente en la boca y pasarlas alrededor de todos los dientes o pintarlas con un isopo de algodón.

Los cepillos manuales son de una amplia variedad de tamaños de -- mangos y formas, material, dureza y disposición de las cerdas.

Aunque las cerdas blandidas, como las recomienda BASS, están ganando

do aceptación, las recomendaciones para la selección de un cepillo deben adaptarse a la salud dental y a la destreza manual del paciente.

Los cepillos eléctricos han sido recomendados para los pacientes que parecen tener dificultad con el manual convencional, pues parecen tener particular utilidad en los casos de personas físicas o mentalmente impedidas, debido a la simplicidad de su manejo por parte del paciente o el individuo que los atiende. Existen en general, tres tipos de acuerdo con el movimiento que imparten a las cerdas: horizontal (ida y vuelta), vertical en arco y vibratorio.

Para limpiar las zonas interproximales se usa hilo de seda dental, en una persona que no coopera la tarea se puede facilitar con un portahilo, esto deja una mano libre para mantener la boca abierta, o bien se puede recurrir a un abrebocas, si el paciente no la abre se pueden golpear suavemente los carrillos y el borde inferior de la mandíbula. Si esto no da resultado se aprietan las alas de la nariz o se lleva un dedo a la parte interna del carrillo hasta la rama, donde se ejerce leve presión. Con el abrebocas en su lugar, deben limpiarse los dientes del lado opuesto, superiores e inferiores, antes de pasar el abrebocas hacia el otro lado. De no tener un abrebocas comercial, se puede confeccionar uno barato, uniendo cinco o seis abataleguas con cinta adhesiva o utilizar un pedazo de madera forrada con cinta también.

El dentífrico se ha omitido en la lista de materiales a utilizar en la eliminación de la placa, ya que éste disminuye la visibilidad en la boca y aumentando el reflejo de arcadas.

Para pacientes confinados en cama, la expectoración de la mayor cantidad de saliva estimulada por el cepillado será difícil; se pueden usar jeringas y perillas irrigadoras de plástico para enjuagar la boca y eliminar lo que debe escupirse.

2. Posición e inmovilización

Pasos (a elección):

- a) El padre sentado en una silla y el paciente sentado en el suelo, inclinando la cabeza en el regazo del padre.
- b) El padre sentado en el borde de la cama y el paciente perpendicular en él en su regazo.
- c) En casos donde el paciente es muy pequeño y no coopera, está en la cama o en silla de ruedas, se coloca el paciente en posición acostada en el suelo, o en un diván cama que ofrece suficiente espacio, comodidad y visibilidad.
- d) Para el paciente con movimientos incontrolables, deben usarse dispositivos inmovilizadores y abrebocas, ocasionalmente dos personas tendrán que realizar la tarea, una sosteniendo e inmovilizando al paciente y otra limpiando los dientes separando labios y carrillos. En caso de no tener ayudante, una persona puede ubicarse cerca del paciente apoyándose y cruzándose él y frente así la mayoría de los movimientos y de cepillar los dientes.
- e) Para el paciente en silla de ruedas, incapaz de limpiarse sus dientes, el padre debe ubicarse detrás de la silla y mover cuidadosamente la cabeza del paciente contra su cuerpo, sosteniéndola con su mano, mientras cepilla los dientes.

Técnica

No existe una técnica para la eliminación de la placa que sea adecuada para todos, debe basarse en la destreza manual del paciente, su salud bucal, capacidad e interés en aprender y cumplir los procedimientos indicados.

Existen siete métodos de cepillado, basados en los movimientos a realizar: vertical, horizontal, rotatorio, vibratorio, circular, fisiológico y fregado.

En niños pequeños y pacientes con capacidad manual y mental limitada, el método horizontal es el más efectivo.

El método BASS (vibratorio) está ganando amplia aceptación por la ma-

yoría de los clínicos; el cual es particularmente útil para remover la placa crevicular en los surcos gingivales profundos.

Para realizarlo el cepillo se toma en forma de lápiz, las cerdas del cepillo se colocan a un ángulo de aproximadamente 45° respecto de las superficies vestibulares y palatinas, con las puntas presionadas suavemente dentro del surco gingival.

Los cepillos creviculares, con sólo dos hileras de penachos cada una - compuesta de fibras sintéticas de extremos redondeados, son útiles para esta técnica. Una vez ubicado el cepillo, el mango se acciona con un movimiento vibratorio, de vaiven sin trasladar las cerdas de su lugar, alrededor de 10 a 15 segundos en cada uno de los sectores de la boca. El mango del cepillo debe mantenerse horizontal y paralelo a la tangente del arco dentario para los molares, premolares y superficies vestibulares de los incisivos y caninos. Para las superficies palatinas (linguales) de estos dientes, el cepillo se ubica paralelo al eje dentario, y se usan las cerdas de la punta del cepillo, efectuando el mismo tipo de movimiento vibratorio. Las superficies oclusales se cepillan con movimientos horizontales de barrido hacia delante y atrás. Un movimiento de golpeteo vertical intermitentemente con las puntas de las cerdas es efectivo para remover la placa oclusal, por cuanto las fibras son proyectadas hacia la profundidad de los surcos y fisuras, - lo cual no siempre ocurre con el movimiento horizontal.

Frecuencia

La Conferencia Mundial de Periodoncia, aconseja continuar instuyendo a los pacientes que se cepillen los dientes después de cada comida y antes de acostarse por las noches. Si el paciente vive en su casa, el padre o tutor debe limpiar a fondo la boca y los dientes por lo menos -- una vez al día. El momento preferible es por la noche, antes de dormir.

3. Uso de flúor en la prevención de la enfermedad dental

La versatibilidad de los fluoruros no ha sido superada por ningún otro método o agente preventivo. Su utilización puede ser por vía sistemática en el agua de consumo camunitario y suplementos dietéticos tópica--

mente por medio de dentífricos, soluciones, geles, pastas y enjuagatorios. La reducción de la enfermedad dental es medible, variando solamente en grado relativo a agente y vía usada.

Terapia sistémica con flúor

Los suplementos deben comenzar lo más pronto posible después del nacimiento y continuar todo el tiempo que sea necesario.

El suplemento debe ser un fluoruro de sodio neutro. Las gotas o tabletas deben mezclarse con la saliva y pasarlas alrededor de los dientes antes de tragarlas. Si hay necesidad de una terapia vitamínica, será conveniente recetar una combinación: fluoruro-vitamina, en líquido o tabletas.

Una dosis mayor de fluoruro y la iniciación temprana del suplemento anticariogénicos adicionales superan muchísimo esta posible desventaja.

Terapia tópica con fluor

Puede ser aplicada en el consultorio por el odontólogo y su personal o en el hogar por sus padres.

Los fluoruros utilizados son

Solución o Gel de Fluor-fosfato acidulado (APF). Contiene el 1.23% de iones de flúor. Con fluoruro de sodio y fluoruro hidrogenado, con un Ph de 3.0 a 3.5, es preferible a la solución de fluoruro estanoico del 8 al 10% por su sabor astringente y desagradable. Se recomienda que los fluoruros por topicación sean aplicados uno o dos veces por año a pacientes de comunidades fluoruradas sobre base individual, dependiendo de las necesidades de cada caso.

De acuerdo con el grado de cooperación del paciente, este régimen terapéutico de fluoruros puede ser aplicado mediante enjuagatorios (fluoruro estanoico gel, 1.1% de fluoruro de sodio gel).

Tabletas y pastillas masticables (fluoruro de sodio 0.25 a 1.0 miligra

mos F)

Cualquiera de las terapias mencionadas debe ser controlada de cerca.

4. Selladores de surcos y fisuras

Se ha demostrado que el flúor brinda protección preferencial a las superficies lisas y debido a la configuración anatómica es casi imposible limpiar los surcos y fisuras por las técnicas usuales de cepillado.

Frente a la pobre higiene bucal que tiene el paciente impedido, el sellado de fosas y fisuras de los dientes posteriores está indicada indudablemente, visto su efectividad para reducir las caries.

Cuando un paciente gravemente impedido requiere anestesia general para la rehabilitación total de su boca, todas las superficies oclusales no cariadas deben ser selladas en ese momento.

5. Consejo dietético

La nutrición y la dieta pueden afectar los dientes y tejidos periodontales en dos formas:

- a) *Sistemáticamente:* durante su formación, desarrollo y mantenimiento.
- b) *Localmente:* por el contacto con las superficies de los tejidos y los productos resultantes del metabolismo bacteriano.

Puede decirse con seguridad que, a medida que la frecuencia de las comidas aumenta, lo mismo ocurre con la incidencia de caries, especialmente si el alimento consumido es del tipo de hidrato de carbono fermentable, azúcar o almidón y tienen propiedades físicas que los adhieren rápidamente a los dientes.

Características físicas del alimento

Influyen la retención en los tejidos blandos y duros de la cavidad bu-

cal, y el estímulo de saliva de las glándulas salivales. Las propiedades consideradas como determinantes importantes en la cariogenicidad de los alimentos con adhesividad, solubilidad, dureza, viscosidad, -- fracturabilidad, humedad y contenido graso, tamaño de las partículas.

Es frecuente descubrir partículas de alimento en la boca del paciente impedido, muchas horas después de la comida. Además de eliminarlas, mediante el cepillado y el enjuague, es aconsejable recomendar sustitutos o combinaciones de alimentos que reduzcan su retención en la boca. Sobre la base de los estudios previos mencionados, los alimentos con baja adhesividad y alta solubilidad son eliminados de la boca relativamente más rápido que aquellos con alta adhesividad y baja solubilidad.

Otra recomendación favorable es la introducción de alimentos fibrosos a la dieta del paciente impedido, pues permiten que el proceso de masticarse pueda aprenderse.

C A P I T U L O 7

ATENCIÓN EN INSTITUCIÓN PÚBLICA Y PRÁCTICA PRIVADA

Institución pública

1. El paciente es remitido de consulta externa al servicio de estomatología, - con su correspondiente expediente clínico médico.
2. Una vez aceptado el paciente en estomatología se elabora historia clínica - dental y se anexa al expediente clínico.
3. Después de una valoración socioeconómica por el servicio de trabajo social, se elabora el presupuesto del tratamiento integral.
4. Manejo de conducta del paciente:

Los odontopediatras utilizan diferentes reforzamientos positivos y simbólicos, para lograr la conducta deseada. En los primeros utilizan las caricias, palabras de elogios y sobre todo les prestan interés y atención; los segundos están representados con objetos materiales (estrellitas de papel), se dan al finalizar la sesión. Cuando se agotan estos recursos se opta por el castigo, observándose que algunas veces disminuye o se aumenta la conducta original. Se utiliza lenguaje sencillo, tomando en cuenta el nivel de comprensión del niño; le explican cómo y porqué se van a emplear los aparatos con los que va a ser atendido, como el aparato de Rx, la lámpara dental, algunos instrumentos, etc; así como el tipo de tratamiento que se le va a realizar (profilaxis, toma de radiografías, examinación oral, etc.). En cuanto a la técnica de anestesia local utilizada no se le engaña, puesto que va a sentir dolor (sólo para entrenables).

5. Manejo farmacoterapéutico:

El empleo prudente y juicioso de la premedicación es muy valiosa en estos casos. La resistencia a la tensión nerviosa es diferente en cada caso, ya que es preciso reforzar en acción relajante sobre el Sistema Nervioso Central.

La acción de la premedicación es:

- a) Mitigar la aprensión y ansiedad
- b) Elevar el umbral del dolor
- c) Controlar las secreciones de las glándulas salivales y mucosas

La premedicación actúa en el Sistema Nervioso Central, cerebro, tálamo y --bulbo raquídeo.

La selección de la droga se realiza cuando los pacientes son de corta ---edad, presentan trastornos emocionales, retraso mental, etc. Se administra por vía oral y las más usadas son las siguientes: DIAZEPAN, HIDRATO DE CLORAL Y PROMETACINA.

Diazepan

Nombre comercial - Valium

Agente sedativo, su característica de ser amnésico lo han hecho popular en el empleo para pacientes aprensivos, así como en niños problema. Se deben tomar precauciones cuando se administra en pacientes con anomalías cardiovasculares, o que han sufrido procesos mentales subnormales no controlados.

En el sistema respiratorio pueden provocar bradipnea con disminución del aire corriente, esta depresión es de corta duración y la respiración reemprende rápidamente su volumen y frecuencia anteriores. Es un miorelajante de la musculatura estriada.

Existe incompatibilidad del Valium con otro tipo de drogas, tales como la Mepiridina o el Pentobarbital.

Fosología

Las dosis mencionadas a continuación son aproximadas y deben ser adaptadas a cada caso en particular. La dosis principal (5 - 10 miligramos o más) por la noche y las dosis débiles (2 - 5 miligramos) durante el día. Personas de edad o debilitadas 2 miligramos dos veces al día, al igual que para otros psicofármacos, es de recomendarse prudencia en la ingestión de alcohol du-

rante el tratamiento con Valium y precaución como en cualquier terapéutica durante el primer trimestre de la gravidez. En estados de tensión y agitación, espasmos musculares y neurosis caritaca de 10 - 30 miligramos al día es la dosis y en insomnio de 5 - 30 miligramos por noche.

Dosis oral: efecto tranquilizante

De 1 a 5 años de edad: 0.5 miligramos cuatro veces al día

De 6 a 12 años de edad: 1.0 miligramos cuatro veces al día

Efecto sedativo:

De 1 a 5 años de edad: .4 miligramos antes de ir a dormir

De 6 a 12 años de edad: .8 miligramos antes de ir a dormir

El efecto puede durar aproximadamente seis horas después de la premedicación inicial.

Reacciones secundarias

Somnolencia, mareo, parestesia, náuseas, vómitos, hipotensión, e hiperexcitación en niños pequeños.

Contraindicaciones

Insuficiencia hepática y renal, discrasias sanguíneas, embarazo, en personas que manejan vehículos y/o aparatos de precisión.

Hidrato de cloral

Nombre comercial - Noctec

n dosis terapéuticas, el agente casi no tiene acción depresora en la respiración, ni en la presión sanguínea, tiene un leve efecto analgésico.

Es de acción rápida de 20 a 30 minutos de recuperación, se realiza sin incidentes generales, no produce dolor de cabeza.

Posología

Las dosis aconsejadas son:

500 - 700 miligramos para niños de 2 a 4 años de edad, pesos de 11.33 kilogramos a 22.66 kilogramos.

750 - 900 miligramos de 4 a 7 años de edad, peso de 22 - 31 kilogramos

1000 - 1500 miligramos de 7 a más años de edad, peso de 31 - 45 kilogramos

Indicaciones

Con otras drogas puede emplearse como co-medicación, se emplea como premedicación para la aplicación del óxido-nitroso.

Contraindicaciones

En enfermos con deficiencias renales y hepáticas

Precauciones

Puede antagonizar con los efectos anticoagulantes de las drogas en la forma de elixir, no se debe emplear en pacientes con gastritis ya que produce irritación gástrica, náuseas y vómito, aunque este efecto puede ser reducido administrándolo en forma de cápsulas.

Prometacina

Derivado de la Fenotiacina

Nombre comercial - Fenegan

Es un antihistamínico, potencializador de analgésicos e hipnótico. Con efectos sedativos locales. Depresor respiratorio, puede causar hipotensión e hiperexcitabilidad.

Fosología

Vía oral

Niños: dosis media 10 - 30 miligramos/24 horas

Jarabe (1 cucharadita = 5 miligramos) (2 - 6 cucharaditas) divididas en varias tomas diarias.

Reacciones secundarias

A dosis elevada, sedación que varía de somnolencia ligera hasta sueño profundo, dificultades de concentración, lascitud, vértido, debilidad muscular e incoordinación; estos efectos desaparecen después de algunos días de tratamiento. Otras reacciones son: náuseas, vómitos, diarreas, cefaleas, visión borrosa, irritabilidad, anorexia y resequedad oral.

Indicaciones

Aconsejado en niños aprensivos, se emplea principalmente como co-medicación con otras drogas.

Contraindicaciones

En pacientes con epilepsia o con padecimiento hepático.

Recomendaciones

Por la somnolencia diurna que suele presentar se recomienda precaución en pacientes que manejan aparatos de precisión, maquinaria o vehículos de transporte.

G L O S A R I O

A

- ACROCEFALIA** Forma cónica de la bóveda craneal.
- ADENOMA** (Tumoración) Tumor epitelial benigno, generalmente de estructura semejante a una glándula, su característica es poseer espacios tapizados de epitelio.
- ADUCCION** Movimiento activo o pasivo que acerca un miembro a otro órgano al plano medio.
- AFONIA** Pérdida o disminución de la voz normal.
- AGENESIA** Desarrollo defectuoso o falta de partes. Incapacidad de engendrar, impotencia.
- ALERGICO** Alteración de la capacidad de reacción en el organismo. Conjunto de fenómenos de carácter respiratorio; nervioso o eruptivo producido por la absorción de ciertas sustancias que dan al organismo una sensibilidad especial ante una nueva acción de tales sustancias aún en cantidades mínimas.
- ANALGESIA** Abolición de la sensibilidad al dolor.
- ANALGESICO** Sustancia que ayuda a eliminar el dolor.
- ANEMIA** Clínicamente disminución de la masa de sangre.
- ANOREXIA** Falta de apetito.
- ANOXIA** Estado de oxidación insuficiencia (falta de oxígeno).
- ANTAGONISTA** Dícese principalmente de los músculos y nervios de acción contraria que tiende a neutralizarse en sus efectos.
- ANTIANSIEDAD** Que previene o combate la ansiedad.

ANTICARIOGENICO	Contra la caries, que la previene o combate.
APRENSION	Escrúpulo, miedo al contagio o bien, a hacer o decir algo que se teme sea inoportuno.
APRENSIVO	Dicse de la persona que en todo ve peligros para su salud o -- imagina que son graves sus leves dolencias.
ARRITMIA	Alteración de un ritmo especialmente de los latidos cardiacos.
ASINTOMATICO	Sin sintoma.
ATARAXIA	Tranquilidad moral; estado apacible del ánimo.
ATAXIA	Falta o irregularidad de la coordinación, especialmente de los movimientos musculares sin debilidad o espasmos.
ATEPTOSIS	Movimientos continuos involuntarios bastante lentos y extravagantes, de dedos y manos; debido por lo común a una lesión del cuerpo estriado.
ATONIA	Falta de fuerza o tono normal, especialmente de un órgano con--tractil.
ATROFIA	Disminución del volumen y peso de un órgano por defecto de nutrición.
AUTOSOMA	Crom-soma ordinario sexual a distinción de un alosoma.
B	
BLOPEDESTACION	Estación bípeda, de dos pies.
BULBO RAQUIDEO	Porción de la médula que se prolonga desde la protuberancia <u>an</u> ular hasta el agujero occipital.
C	
CATARATAS	Opacidad del cristalino o de la cápsula del cristalino.

CEFALEA	<i>Dolor de cabeza.</i>
CEFALICA	<i>Perteneciente a la cabeza.</i>
CIANOSIS	<i>Coloración azul de la piel y mucosa, especialmente debido a anomalías cardíacas y a la oxigenación insuficiente de la sangre.</i>
CIRROSIS	<i>Enfermedad del hígado caracterizada por la proliferación de los elementos del tejido celular del estroma, el cual se retrae produciendo atrofia y degeneración dando al órgano un aspecto granuloso amarillo, debido a la coloración de los acinos por los pigmentos biliares.</i>
CONDILOMA	<i>Excrescencia semejante a una verruga cerca del ano o de la vulva, prepucio, etc.</i>
CONTRACCION	<i>Manifestación de contractilidad; acortamiento de un músculo en respuesta normal a un estímulo nervioso.</i>
CRONICO	<i>Aplicase a las enfermedades largas o dolencias habituales que viene de tiempo atrás.</i>
CUADRIPLLEJIA	<i>Parálisis de los cuatro miembros.</i>
DERMATOGLIFOS	<i>La diferente disposición de pliegues típicos en las palmas de la mano, planta de los pies y dedos.</i>
DESCEREBRACION	<i>Extirpación del cerebro en la vivisección, especialmente, sección del tallo del encéfalo por detrás de los tubérculos cuadrágéminos superiores.</i>
DILATACION	<i>Procedimiento empleado para aumentar o establecer el calibre de un conducto.</i>
DISRTTRIO	<i>Dificultad en la articulación de palabras.</i>
DISFAGIA	<i>Deglución difícil o imposible</i>

E

- ENANISMO** *Calidad de enano; persona cuya talla es inferior a la medida de la raza a la que pertenece.*
- ENCEFALITIS** *Inflamación del encéfalo.*
- ENCEFALOPATIA** *Cualquier enfermedad o trastorno del encéfalo.*
- ENVENENAMIENTO** *Estado morboso o crónico accidental o criminal producido por un veneno.*
- ESCOLIOSIS** *Desviación lateral del raquis*
- ESPASTICO** *Es un estado muscular aumentado, se manifiesta por un reflejo de estiramiento exagerado, el músculo tiene una contracción -- cuando es estirado.*
- ESPINA BIFIDA** *Hendidura o fisura congénita de los arcos vertebrales a través de la cual sale la médula o una porción de ella, junto con sus envolturas que forman un tumor mayor o menor debajo de la piel.*
- EXTREFIMIENTO** *Retención de las materias fecales, debido a varias causas.*
- ETIOLOGIA** *Parte de la medicina que estudia las causas de las enfermedades.*

F

- FATIGA** *Cansancio físico. Molestia ocasionada por la respiración frecuente y dificultosa.*
- FENERGAN** *Corresponde a un derivado fenotiacínico de investigación. Potente antihistamínico de síntesis, con efectos sedativos centrales y locales, contiene clorhidrato de (10 - 2 dimetilamino propil), fenotiacina (equivalente a 25 mg de base) es analgésico.*
- FIBRINOGENO** *Globulina de la sangre, linja y exudados; de la que deriva prin*

principalmente la fibrina por la acción de la trombina.

- FIBROSIS** Formación de tejido fibroso.
- FLUOR** Elemento no metálico, halógeno gaseoso, semejante al cloro, símbolo (F), peso atómico 19.
- FOCOMELIA** Estado focómelo. Monstruo fetal en que las manos o pies parecen insertarse directamente en el tronco.
- FOSFATURIA** Eliminación abundante de fosfatos por la orina.
- GANGLIO BASAL** Denominación común de algunos órganos situados debajo de la corteza cerebral al saber tálamo, los cuerpos extraídos, etc.
- GLAUCOMA** Caracterizado por el aumento de la presión intraocular o dureza del globo del ojo, atrofia de la papila óptica y ceguera.
- GLUCOSURIA** Presencia de glucosa en la orina.
- ALLUX VALBUS** Desviación del dedo gordo hacia los demás dedos, a los que cruza por encima o debajo.
- H**
- HEMIANOPSIA** Ceguera en la mitad del campo visual de uno o ambos ojos.
- HIALINA** Sustancia albuminosa translúcida, homogénea que existe normalmente en el cartilago.
- HIPERREFLEXIA** Exageración de los reflejos.
- HIPERTERMIA** Elevación de la temperatura normal.
- HIPOCROMIA** Coloración o pigmentación disminuidas o deficientes o disminución del contenido de hemoglobina en los eritrocitos.

ICTERICIA *Coloración amarilla de la piel, mucosas y secreciones debido a la presencia de pigmentos biliares en la sangre.*

L

LINFA ADENOPATIA *Término común para las afecciones de los ganglios o del tejido linfático.*

LIPIDOS *Principios inmediatos biológicos llamados también grasas que -- son ésteres de ácidos grasos de elevado peso molecular y que se caracterizan por su insolubilidad en el agua y su solución en -- alcohol, acetona, éter, cloroformo, benceno.*

M

MENINGITIS *Inflamación de las meninges, especialmente del aracnoides y pia madre.*

MENINGOCELE *Tumor formado por la protrucción de las meninges, de origen fe-- tal.*

MICROCEFALIA *De cabeza pequeña.*

N

NEFROPATIA *Término general para las enfermedades del riñón.*

NEUROPATIA *Término general para las afecciones nerviosas en especial de las degenerativas (NO INFLAMATORIAS) de uno o más nervios.*

P

POLIDACTILIA *Existencia de dedos super numerarios.*

PLUMBICO *Perteneiente o relativo al plomo.*

R

RETINITIS *Inflamación aguda o crónica de la retina.*

S

SEROLOGIA *Suma de conocimientos relativos al suero sanguíneo y a los sueros terapéuticos.*

SINDACTILIA *Adherencia congénita o accidental de dos o más dedos entre sí.*

T

TERATOGENIA *(Teratogeno). Estudio de las condiciones de desarrollo de las monstruosidades.*

U

URICOSURIA *Eliminación urinaria de ácidos úricos.*

CONCLUSIONES

En una sociedad donde se considera a la inteligencia como uno de los mas preciados dones de la naturaleza, el tener que afrontar la formación de un ser limitado en esta esfera, constituye todo un reto sobre todo en su atención que requiere primordialmente, de una gran calidad humana, mucha paciencia y la atención comprensiva y cariñosa hacia el paciente.

El Cirujano Dentista tiene la posibilidad de brindar atención al paciente con Retraso Mental, no debe ser un profesionista que limite atención a estas personas.

Los elementos mas valiosos del Cirujano Dentista para dar una óptima atención, serán; su disposición y los conocimientos que pueda tener de cada caso.

El presente trabajo trata de dar un conocimiento general del paciente con retraso mental, así como una serie de medidas preventivas. Sin olvidar que la elaboración de una adecuada historia clínica para establecer un diagnóstico será un factor relevante, ya que nos dará la oportunidad de establecer un favorable tratamiento, así como la protección legal en caso de accidentes.

BIBLIOGRAFIA

NOWAK arthur

Odontología para el paciente impedido

Buenos Aires, Argentina

Ed. Mundi

1979

KATZ

Odontología preventiva en acción

Buenos Aires, Argentina

Ed. Interamericana

1976

BUCKINGHAM, W. B.

Propedéutica clínica

México, D. F.

Colección L.E.A.

1976

RALPH E. Mc. Donald

Odontología para el niño y el adolescente

Buenos Aires, Argentina

Ed. Mundi 2ª edición

1975

WASSERMAN, Edward

Pediatría clínica

México, D. F.

Ed. Interamericana

1975

HARRISON

Medicina interna

México, D. F.

Ed. Prensa Médica Mexicana

Tomo I y II

1979

ROBBINS, L. Stanley

Patología Estructural y Funcional

Naucalpan de Juárez, Estado de México

Ed. Interamericana

1978

TREDGOLD, Roger Francis

Retardo Mental

Buenos Aires, Argentina

Ed. Médica Panamericana

1974

STEWART, Taylor E.

Obstetricia de Beck

México, D. F.

Ed. Interamericana

1979

NELSON Vaughan Mc Kay

Tratado de Pediatría

Tomo I