



Universidad
Nacional de
Cuyo

REVISTA

Odont discapacidad

Volumen 1
número

1

2016

ISSN-2428-538X
ON LINE

Facultad de
Odontología



**Universidad
Nacional de
Cuyo**

**Volumen 1
número**

1

2016

**ISSN-2428-538X
ON LINE**

DIPLOMATURA en ODONTOLOGIA para LACTANTES y NIÑOS con DISCAPACIDAD - 2016

REVISTA

Facultad
de
Odontología



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO

Publicación sometida a arbitraje nacional y extranjero. Distribución gratuita semestral.

DIPLOMATURA en ODONTOLOGIA para LACTANTES y NIÑOS con DISCAPACIDAD - 2016

Comité Editorial

Departamento de Publicaciones de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina
Creado por resolución N°31/99

Consejo Asesor presidido por la Prof. Dra. Patricia Di Nasso
Decana de la Facultad de Odontología. UNCuyo. Mendoza. Argentina

Coordinación Editorial

Esp. Susana Príncipe

Comité Asesor Facultad de Odontología

Dra. María del Carmen Patricia Di Nasso	Pacientes Especiales
Dr. Alberto José Martín	Rehabilitación
Dr. Jorge Pascucci	Periodoncia
Dra. Adriana Poletto	Diagnóstico por Imágenes
Dra. Elena Vuoto	Odontopediatría
Dr. Walther Zavala	Ciencias básicas

Profesores Eméritos UNCuyo

Prof. Esp. Carlos Prigione

Dra. Nélide Pizzi de Parra

Comité Editorial

Dra. Noemí Bordoni	Universidad de Buenos Aires. Argentina
Dr. Jorge Gamonal Aravena	Universidad de Chile, Chile
Dra. Verónica Ausina	Universidad Católica de Valencia, España
Dra. María del Carmen López Jordi	Universidad de la República, Uruguay
Dr. Roberto Beltrán Neira	Universidad Cayetano Heredia, Perú
Esp. Francisco Eraso	Universidad de Indiana, EEUU

GESTIÓN EDITORIAL

Lic. Ester Peretti	Directora de Biblioteca - Facultad de Odontología
María Florencia Civelli	Traductora Pública de inglés

Publicación editada por la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo.
Centro Universitario,
Ciudad de Mendoza, Argentina

prensa@fodonto.uncu.edu.ar

Tels. +54 (261) 4135007- Int. 2814

ax. 4494142

Edición y diagramación: Dra. Patricia DI NASSO

ISSN- 2422 - 538X
ON LINE

DIPLOMATURA en ODONTOLOGIA para LACTANTES y NIÑOS con DISCAPACIDAD - 2016

CUERPO ACADEMICO de la DIPLOMATURA

Prof Dr. Walther Zavala

Prof. Dra. Patricia Di Nasso

Prof. Lic. Mario Garcia Cardoni

Od. Alejandra Roura

Prof. Lic. Blanca Castagnolo

Od. Hernan Machado (Neuquen)

Prof. Od. Silvia Torres

Prof. Od. Maria Isabel Jerez (Cordoba)

Prof. Od. Walter Lopresti

Dra. Paola Andrea Poblete Palma (Chile)

DIPLOMATURA en ODONTOLOGIA para LACTANTES y NIÑOS con DISCAPACIDAD - 2016

SUMARIO

ABORDAJE ODONTOLOGICO EN PROGERIA	1
Autora Od. Cecilia CIPOLLA	
ABORDAJE ODONTOLÓGICO: RETRASO MENTAL	4
Autora Od. Daiana LUNA	
MANIFESTACIONES SISTÉMICAS Y OROFACIALES DEL SÍNDROME DE DOWN Y CASO CLÍNICO DE UN PACIENTE CON SÍNDROME DE DOWN	7
Autora Od. Lucía Miriam MESA	
TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA	12
Autora Od. Andrea Beatriz QUIROS	
ATENCION ODONTOLOGICA INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD	17
Autora Od. Natalia E. RAMIREZ	
SALUD BUCAL, INCLUSION DE NIÑOS Y NIÑAS CON CAPACIDADES ESPECIALES EN LA ATENCION ODONTOLOGICA	30
Autora Od. María Cecilia ROSSI	
PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL. ENCEFALOPATÍA CRÓNICA INFANTIL NO PROGRESIVA	34
Autora Od. Daniela SALINAS	
TRASTORNOS GENERALIZADOS DE DESARROLLO (TGD): DESAFÍO, OPORTUNIDAD, COMPROMISO	37
Autora Od. Carina SOLOA	
ACOMPAÑANDO EL PROCESO DE ABORDAJE EN NIÑOS CON AUTISMO	41
Autora: Od. Esp. Cristina SUAREZ	
ABORDAJE ODONTOLOGICO EN PACIENTES CON TRASTORNOS COGNITIVOS: CASOS CLÍNICOS	44
Autora Od. Carolina Hebe TABERNARO	

EDITORIAL

ODONTOLOGIA en PERSONAS con DISCAPACIDAD

Desde julio de 1993, la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo, en Mendoza, Argentina, ha incorporado la atención odontológica de las personas con discapacidad en diferentes áreas.

En el mes de julio de ese año se inaugura el Centro de Atención Odontológica al Discapacitado. Un lugar nuevo, un espacio único, con infraestructura y equipamiento adaptado para la atención de la salud bucal de estos pacientes y con profesionales que con amor y respeto iniciaron con vocación de servicio, un trabajo inédito en un grupo poblacional olvidado por las ciencias de la salud.

Unos años antes, ya se ofrecía la capacitación de los estudiantes de grado a través del dictado de cursos optativos en esta temática y luego se logró la incorporación definitiva al plan de estudios de la carrera odontología.

Algo estaba cambiando. Desde lo académico y la extensión universitaria se producía un diálogo de saberes.

La Facultad de Odontología, convencida de la demanda de estas familias crea un centro odontológico para su atención y entendiendo que la oferta de efectores era escasa, incorpora competencias para una formación integral del futuro Odontólogo con el propósito de ejercer el rol de “primer” eslabón en la atención primaria de la salud bucal de las personas con discapacidad.

Ha pasado mucho tiempo, la infraestructura mejoró, la calidad de nuestros egresados también, y especialmente en esta disciplina.

Pero faltaba un escalón de esta hermosa “cadena de valores”.

Era, la formación de posgrado, para aquellos que les interesaba y buscaban completar su formación profesional y otros que deseaban perfeccionar y mejorar sus saberes.

Así nació la Diplomatura de Posgrado Odontología para Lactantes y Niños con Discapacidad.

Una decena de colegas de Mendoza y San Juan atendieron pacientes, dictaron temas en el exterior, realizaron trabajos. Y completaron las obligaciones académicas, graduándose en esta oferta posgradual.

Aquí están sus tesinas, sus aportes, su experiencia, su estudio. Emociona ver la dedicación y el compromiso con que llevaron este desafío adelante. Emociona comprobar que la responsabilidad por el prójimo y su amor a él, fueron las lucecitas que las guiaron siempre.

Abracé esta disciplina hace más de 30 años, La discapacidad me tocó muy de cerca, FELICITO a este grupo de Profesionales con mayúsculas, que definieron su futuro vocacional al lado de estas familias que tanto las necesitan, especialmente, por su mirada desde la salud bucal de bebés y niños con discapacidad.

Y como alguien dijo por ahí, la VIDA lo devolverá con creces, en felicidad, disfrute, cariño, alegría.

La Facultad de Odontología, está orgullosa de Udes, y de haber encabezado la posta, siendo la primera Unidad Académica del país que inicia una oferta de formación científica y clínica como ésta.

Felicitaciones nuevamente.



Dra. Patricia **DI NASSO**
Decana

ABORDAJE ODONTOLÓGICO EN PROGERIA

Autora: Od. Cecilia CIPOLLA

La progeria es una rara afección que se destaca porque los síntomas se asemejan bastante al envejecimiento humano normal, pero ocurre en niños pequeños. Por lo regular, no se transmite de padres a hijos. En raras ocasiones, se observa en más de un niño en una familia.

Síntomas

Deficiencia en el crecimiento durante el primer año de vida
 Cara estrecha, encogida y arrugada
 Calvicie
 Pérdida de las pestañas y las cejas
 Estatura baja
 Cabeza grande para el tamaño de la cara (macrocefalia)
 La fontanela abierta
 Mandíbula pequeña (micrognacia)
 Piel seca, descamativa y delgada
 Rango de movimiento limitado
 Retardo o ausencia en la formación de los dientes

Tratamiento

No hay ningún tratamiento específico para la progeria, pero el ácido acetilsalicílico y las estatinas se pueden usar para proteger contra un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular.

Expectativas (pronóstico)

La progeria causa la muerte prematura. Los pacientes generalmente sólo viven hasta los años de la adolescencia (un período de vida promedio de 13 años); sin embargo, algunos pacientes pueden vivir hasta poco más de los 20 años. La causa de muerte generalmente está relacionada con el corazón o un accidente cerebrovascular.

Objetivos

- Considerar los diagnósticos diferenciales a los síntomas en progerie.
- Planificar el tratamiento odontológico de acuerdo a la severidad de la patología sistémica.
- Conocer signos y síntomas para el correcto abordaje asistencial.

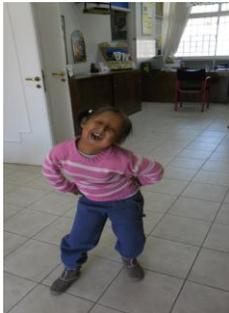
**Desarrollo**

Progeria (del griego *pro*, "hacia, a favor de" y *geron*, "viejo") es una enfermedad genética de la infancia extremadamente rara, presenta envejecimiento brusco y prematuro en niños entre su primer y segundo año de vida. Esta rara afección la padece uno de cada 7 millones de recién nacidos vivos. No se ha evidenciado preferencia por ningún sexo en particular, pero se han comunicado muchos más pacientes de etnia blanca (97% de los pacientes afectados). La progeria daña diferentes órganos y tejidos: hueso, músculos, piel, tejido subcutáneo y vasos. Los niños tienen baja estatura, cráneo de gran tamaño, alopecia, piel seca y arrugada, ausencia de grasa subcutánea, rigidez articular. Al no existir cura ni tratamiento, las personas que lo padecen viven un promedio de 13 años, aunque algunos pacientes pueden vivir hasta poco más de los 20.¹ La forma más severa de esta enfermedad es la llamada síndrome de Hutchinson-Gilford nombrada así en honor de Jonathan Hutchinson, quien fue el primero en descubrirla en 1886 y de Hastings Gilford quien realizó diferentes estudios acerca de su desarrollo y características en 1904.

**Características clínicas**

<u>Baja estatura</u>	<u>Piel</u> seca y arrugada
<u>Calvicie</u> prematura	<u>Canas</u> en la infancia
<u>Ojos</u> prominentes	<u>Cráneo</u> de gran tamaño
<u>Venas</u> craneales sobresaliente	<u>Nariz</u> grande y aguiluña
Ausencia de <u>cejas</u> y <u>pestañas</u>	<u>Mentón</u> retraído
<u>Problemas cardíacos</u>	
<u>Pecho</u> angosto, con <u>costillas</u> marcadas.	
<u>Extremidades</u> finas y esqueléticas.	
Estrechamiento de las <u>arterias coronarias</u> .	
<u>Articulaciones</u> grandes y rígidas.	
Manchas en la piel semejantes a las de la vejez por mal <u>metabolismo</u> de la <u>melanina</u> .	
Presencia de <u>enfermedades degenerativas</u> como la <u>artritis</u> o <u>cataratas</u> , propias de la vejez	
Mitosis con retardo reticoendoplasmático	
Falta de gametos sexuales y pensativos	
Alteración en la dentición	

Osteólisis del tercio distal de las clavículas.
 Osteólisis de falanges distales en manos y pies.
Osteoporosis.
 Arteriosclerosis.
 Muerte natural antes de los 18 años.



Causas

La progeria está reconocida como una laminopatía, asociada a mutaciones en el gen LMNA que codifica para la lámina A/C, el componente principal de las láminas nucleares. La mutación más frecuente es una mutación puntual en la posición 1824 en el exón 11, que crea una mutación en el codón 608 y activa el sitio crítico de procesamiento llevando a una lámina A truncada. Como consecuencia, se produce la pérdida de 50 aminoácidos en el terminal-C de la forma de la proteína conocida como progerina o lámina AD50. Esto lleva a la disrupción del ensamblaje normal de la envoltura nuclear, la función nuclear y la función de la lámina A. Afecta específicamente la maduración de la prelaminina A a la laminina A; por lo tanto, la progeria es un desorden que tiene un efecto profundo en la integridad del tejido conectivo. Esto es crítico para el soporte nuclear y para la organización de la cromatina.

Teniendo en cuenta lo anterior, los estudios se han basado en fibroblastos, ya que la enfermedad se manifiesta en el tejido conectivo. Se han encontrado cambios en la glicosilación de los fibroblastos, pero aún no se sabe si esto se debe a algún estado de la enfermedad, o a la adquisición de mutaciones genómicas.

Las células presentan un núcleo con alteraciones estructurales (herniaciones y lóbulos) así como defectos en la organización de la heterocromatina. Molecularmente presentan un defecto en el mecanismo de reparación del ADN como consecuencia de la rotura de la hélice doble.

Diagnóstico

Al nacer, en los niños con progeria no se aprecian características especiales, aunque en algunos casos pueden percibirse: forma esculpida de la nariz, esclerodermas y cianosis facial. Los síntomas se manifiestan durante el primer año, con una o varias de las siguientes anomalías: retardo en el crecimiento, alopecia y anomalías en la piel, debido a la disminución de la producción de sudor por parte de las glándulas sudoríparas. Hacia el segundo año se añaden otros síntomas, como la caída del cabello. Las manifestaciones clínicas de la progeria se clasifican en **criterios mayores** y **signos** que usualmente están presentes. Los **criterios mayores** incluyen facies delgadas o finas,

alopecia, venas prominentes en la calota, ojos grandes, micrognatia, dentición anormal y retardada, tórax "acampanado" en apariencia de pera, clavículas cortas, piernas arqueadas como jinete, extremidades superiores delgadas con articulaciones prominentes, talla baja, peso bajo para la talla, maduración sexual incompleta y disminución de la grasa subcutánea.



Los **signos** que usualmente están presentes son piel esclerodérmica, alopecia generalizada, orejas prominentes con ausencia de lóbulos, nariz ganchuda, labios delgados con cianosis periodal, paladar alto, fontanela anterior permeable, voz de tono alto y uñas distróficas. En conclusión, el diagnóstico de la progeria es fundamentalmente clínico y se declara en niños que presentan los signos iniciales de la enfermedad mencionados al comienzo y que manifiesten todos los criterios mayores. Cabe mencionar que no existe un examen concluyente que certifique el diagnóstico de la progeria.

El **diagnóstico diferencial** debe plantearse con los síndromes progeroides entre los cuales se encuentran:

El Síndrome de Werner, también conocido como "progeria de los adultos", teniendo una incidencia de 1 de cada 100,000 habitantes en el mundo.

El Síndrome de Mulvill-Smith: en el cual existe retardo de crecimiento intrauterino, talla baja, microcefalia, hipodontia, entre otros.

El síndrome de Cockayne: sus características clínicas se presentan en la segunda década de la vida, con fotosensibilidad cutánea, defectos oculares entre otros.

Pronóstico

El promedio de vida en niños enfermos es de 13 años, pero puede estar entre 7-27 años, aunque la supervivencia más allá de la adolescencia es inusual, se ha descrito un paciente que falleció a los 47 años por un infarto del miocardio. En más del 80% de los casos la muerte se debe a complicaciones que surgen, como la arteroesclerosis, fallos en el corazón, infarto de miocardio y trombosis coronaria.

No existe cura ni medicamento para este tipo de enfermedad, tampoco un tratamiento de probada eficacia; sin embargo, en recientes estudios ^[cita requerida], se comprobó que la progerina, responsable de la degeneración celular, podía ser reducida, aunque el medicamento usado es aún un prototipo, se espera que ayude no sólo a curar la aneuploidía, sino también frenar el proceso de "envejecimiento", e incluso detener el envejecimiento, aumentando así increíblemente la esperanza de vida.

La mayoría de los tratamientos se limitan a prevenir o frenar las complicaciones que puedan surgir de esta enfermedad, como son las complicaciones cardiológicas. Se utilizan aspirina

en bajas dosis y dietas hipercalóricas; también se han intentado tratamientos con hormona de crecimiento humano. Después de descubrir el gen causante de la enfermedad y su funcionamiento, se ha propuesto un tratamiento con un tipo de fármaco anticancerígeno, inhibidor de la farnesyltransferasa (FTIs), probándose su eficacia en modelos con ratones.

A partir de mayo de 2007 se inició un período de pruebas clínicas con pacientes utilizando FTI Lonafarnib.

Aunque recientemente se ha descubierto específicamente el gen causante de la progeria, aún no existe cura.

El factor de que los pacientes mueren jóvenes, casi siempre en la segunda década de vida, no ayuda en el descubrimiento de la cura, ya que no se pueden llevar a cabo estudios más completos y especializados, los cuales llevarían años.

Casos famosos

En 1981 el programa *That'sIncredible!* presentó dentro de sus historias el caso del niño sudafricano Fransie Geringer de 8 años de edad y que tenía progeria, quien fue a visitar en Texas a Mickey Hays, otro niño con el mismo síndrome, y juntos fueron de paseo a Disneylandia en Anaheim (California).

También está el caso de HayleyOkines, una niña que apareció en un documental de NationalGeographicChannel a la edad de 13 años.

Un documental del año 2013 de Sean Fine y Andrea Nix, llamado *Life According to Sam (La vida según Sam)*, y motivado por el caso de Sam Berns, explicó qué era la progeria, el proceso de descubrir las anomalías en las proteínas que la causaban e intentar obtener la aceptación de la primera medicina para tratar esta enfermedad o sus síntomas, llamada Lonafarnib.



Conclusión

"La progeria es el nombre genérico que se da a distintos síndromes de envejecimiento acelerado. La más conocida es el síndrome de Hutchinson-Gilford y causa la muerte de los pacientes de forma prematura por la acumulación de una proteína tóxica para las células que se denomina progerina", le explicó a BBC Mundo el investigador español de la Universidad de Oviedo, Carlos López-Otín. A pesar de que actualmente no

hay una cura para la progeria, se han encontrado distintas posibilidades para bloquear el efecto nocivo de la progerina y también hallar la raíz de la falla genética que causa la enfermedad.

"Es una enfermedad incurable, pero en apenas diez años se ha progresado de manera extraordinaria en la identificación de las mutaciones genéticas que causan las distintas progerias así como en el estudio de los mecanismos moleculares que se alteran como consecuencia de dichas mutaciones", afirmó López-Otín.

Científicos de la Universidad de Durham, en Reino Unido, afirmaron que lograron revertir algunos de los efectos que causa esta degeneración en el organismo.

La investigación dejó como conclusión que la enfermedad es causada en parte por daños al ADN provocados por agentes químicos altamente reactivos al oxígeno, llamados especies reactivas del oxígeno (ERO).

Un fármaco llamado *acetilcisteína-n* parece controlar ese daño, agrega el informe.

El aspecto frágil de Sampson Berns, similar al de un anciano, podría resultar engañoso. En todos los videos que ahora circulan por internet con su figura quebradiza se nota el impulso de un hombre que quería hacer una diferencia.

"No importa en lo que me convierta. Yo creo que puedo cambiar el mundo", dijo con su voz de niño durante una reciente charla del ciclo de TEDx en Estados Unidos.

Bibliografía

O'Brien, Martin; Jensen, Sacha; Weiss, Anthony (1998). «Hutchinson-Gilford progeria: faithful DNA maintenance, inheritance and allelic transcription of b(1-4) galactosyltransferase». *Mechanisms of Aging and Development* 101. 43-56.

Pilarczyk, Agnieszka; Kmiec, Tomasz; et al (2008). «Progeria caused by rare LMNA mutation p.S143F associated with mild myopathy and atrial fibrillation». *European Journal of Pediatric Neurology* 12. 427-430.

Lemire, Joan; Patis, Carris; et al (2006). «Aggrecan expression is substantially and abnormally upregulated in Hutchinson-Gilford Progeria Syndrome dermal fibroblasts». *Mechanisms of Aging and Development* 127. 660-669.

McKusick VA. (1983). «Mendelian inheritance in man.». *Catalog. 6 ed. Baltimore:Jonh Hopkins* 454.

Smith DW. (1982). «Recognizable patterns of human malformation.». *Philadelphia:W.B. Saunders* 3. 112-3.

Rosa Andrea Pardo V. , Silvia Castillo T. (2002). «Progeria». *Revista chilena de pediatría* 73.

Luna Ceballos E., Domínguez Pérez ME., Álvarez Núñez R. (1999). «Presentación de un caso.». *Revista cubana de Ortopedia y Traumatología*

Gordon LB, Brown WT, Collins FS. Hutchinson-Gilford Progeria Syndrome. 2003 Dec 12 [Updated 2011 Jan 6]. In: Pagon RA, Adam MP, Bird TD, et al., editors. GeneReviews™ [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2013

ABORDAJE ODONTOLÓGICO: RETRASO MENTAL

Autora Od. Daiana LUNA

Resumen

En el presente trabajo, se tratará una de las patologías discapacitantes de prevalencia en nuestra población. Es marcado en los trastorno de inteligencia, dentro de las hipofunciones, encontramos al retraso mental.

El fin de éste trabajo, es dar a conocer a la patología, apuntando a la atención odontológica; en el cual el profesional de las ciencias de la salud encontrará una breve reseña de tal patología y el abordaje odontológico con concejos y casos clínicos de niños y adolescentes.

Se encontrará adjunto un caso clínico de Síndrome X frágil. También se brinda una reseña de la patología y un caso clínico de un chico de 14 años, que presenta retraso mental.

Objetivos

General: concientizar a familiares de niños con discapacidad, sobre la importancia de la visita odontológica.

Específicos:

- Conocer ritmos de vida de dichas familias.
- Enseñanza de THO y asesoramiento de dieta a padres y a pacientes.
- Disminuir los niveles de infección, respetando el tiempo de tolerancia de nuestros pacientes.

Desarrollo

Discapacidad para la OMS (2016): es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

Se las puede clasificar (clasificación internacional- CI) por su tipo, gravedad, duración. (Eulália Bassedas 2010)

TIPO:

Motoras: pueden ser ambulatorias, semi ambulatorias y no ambulatorias.

Sensoriales: auditivas, visuales.

Mentales: Intelectuales, personalidad.

Asociadas.

GRAVEDAD: Ligero, Moderado, Grave, Profundo.

DURACIÓN: Transitorias, Permanentes.

Las patologías discapacitantes son las siguientes:

_ Trastornos Motores:

Parálisis traumática,

Parálisis cerebral

_Trastornos de Inteligencia:

Hiperfunción: superdotados.

Hipofunción: fronterizos, Retraso mental (leve, moderado, severo y profundo).

_Trastornos audiocomunicación:

Deficiencia visual,

Deficiencia auditiva.

_Afecciones sistémicas: Renales, cardiacas, hemáticas, ect.

_ Trastornos genéticos: Sd de Down.

Retraso mental

Puede definirse como un funcionamiento intelectual general a un nivel abajo del promedio, con deficiencia en la conducta de adaptación y se manifiesta durante el desarrollo, afectando al normal rendimiento educativo del niño.

Como tal, no es una enfermedad, no se contagia y no se cura; pero se aporta un alto porcentaje de acompañamiento familiar, profesional. El cual, se trabaja durante un periodo continuo, el funcionamiento vital de la persona con retardo mental generalmente mejora.

Etiología

Tenemos varias formas de clasificación de la etiología, por ejemplo puede ser según: condiciones genéticas, problemas durante el embarazo, al nacer y de la salud.

Otro tipo sería etiología leve, moderada y grave-profunda.

GENÉTICOS: Genes anormales, errores de combinación genética, ej: Sd de Down, Sd frágil X y Phenylketonuria (PKU).

EMBARAZO (PRENATAL): Mal desarrollo intrauterino, consumo de alcohol, infecciones como rubeola, radiaciones, incompatibilidad sanguínea.

AL NACER (PERINATAL): Complicaciones durante el parto que produzcan anoxia.

DE SALUD (POSNATALES): Tos convulsa, varicela, meningitis bacteriana o encefalitis viral, malnutrición extrema, exposición a venenos como plomo o Hg, traumatismos por accidentes automovilísticos.

LEVE:

MODERADA:

EMBARAZO: Infecciones, traumas o agentes físicos, desorden del metabolismo y nutrición, "anomalías cromosómicas"

En el embarazo tenemos las prenatales que atacan al SN (rubeola, sífilis) o también las posnatales como la meningitis, encefalitis.

INTOXICACIONES: Antes o tras nacer, casusa algún daño permanente, anticuerpos maternos a células sanguíneas

fatales, causan lesión cerebral y RM(madre RH-), envenenamiento por plomo postnatal.

TRAUMAS Y OTROS AGENTES FÍSICOS: Como es el caso de las anoxias, a mayor células dañadas y mayor tiempo sin oxígeno mayor es el RM. También se puede incluir a las lesiones físicas, accidentes o agresión postnatal.

DESORDEN DEL METABOLISMO: Como la fenilcetonuria siendo de origen hereditario o enfermedades diversas que afectan al SN y producen cambios en el cerebro.

ANORMALIDADES.

GRAVE Y PROFUNDA: Es directamente específico médico en gestación o parto.

Afecciones maternas,

Exposición intrauterina: alcohol, cocaína, Pl, medicación, Rx.

Trauma obstétrico

RM prematuro extremo: menos de 25 semanas de gestación, menos de 1,500 gr.

Países subdesarrollados, pobre asistencia médica

Características clínicas

Según la severidad y cuadro médico asociado:

Inteligencia inferior a la media,

Etiología precoz

Dificultad para su adaptación social y capacidad de aprendizaje.

Incapacidad de seguir pautas de desarrollo intelectual y satisfacer exigencias educativas

Fascie retraída

Dificultad o demora en sentarse, gatear, caminar, hablar.

Retraso en control de esfínteres.

Dificultad en memorización.

No piensan consecuencias de sus actos.

Persistencia de comportamiento infantil.

87% serán más lentos en aprender información nueva.

13% restante, tienen más dificultad en escuela, casa, comunidad, necesitarán apoyo todo su vida.

Características bucales

Deficiente THO,

Caries,

EGP,

Pérdidas dentarias.

Dificultad para hablar, comer, dolores, autoestima, en su calidad de vida (problemas dentales, limitación de su actividad).

Podemos hablar de responsables de tales enfermedades como caries, EGP: la frecuencia de cepillado, nivel socioeconómico, tipo de retraso mental, comprensión del niño sobre la importancia de higiene bucal, fármacos que disminuyen el flujo salival; y principalmente el deficiente sistema sanitario. Por ejemplo en los programas nacionales no se incluye a todas las escuelas de educación especial. (ejemplo ProSaNe).

En la consulta diaria tenemos como aliados a los padres y/o cuidadores, son quienes jugarán un papel fundamental en el tratamiento de sus niños. Donde ellos participarán principalmente aportando y trabajando en tareas educativas que implementarán en sus hogares, por ejemplo realizando la THO a sus hijos en casos graves y/o ayudando en los casos leves-moderados. Ellos son quienes nos aportarán información

negativa del paciente, que nos será de gran utilidad a la hora del abordaje odontológico. Los papás serán el nexo para transmitir información a los niños. A ellos les explicaremos las limitaciones médicas, físicas, sociales, que llevan a la dificultad del tratamiento odontológico. Y principalmente siempre recordar los tiempos del niño y el tiempo de latencia durante la atención odontológica.

Prevención

THO, Dieta, Control de PB, Colutorios con CHX/ F, Sellantes (resinas/VI), Fluor, Control periódico.

Consideraciones generales

Conocer situaciones sistémicas relacionadas a su patología, Cooperación de profesional de salud(odontólogo, asistente dental), padres/cuidadores y paciente,

Clima tranquilo,

Los niños son amigables y afectivos, por eso es fundamental: DECIR- MOSTRAR-HACER.



Esto permite que el niño se prepare para lo que vendrá, se produce la angustia señal, para elaborar su adaptación, señales y defensa de lo nuevo.

Hablar lento, palabras simples,

Una instrucción por vez,

Felicitar en cada sesión,

Escuchar atento al paciente y su acompañante,

Sesiones cortas(de fácil a difícil) para familiarizarse con el ambiente odontológico,

Citar al paciente a la hora de menos fatiga.

Evitar movimientos bruscos

Casos clínicos

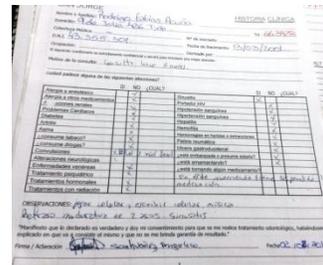
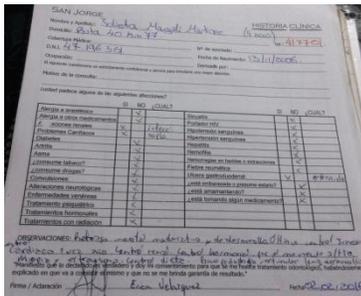


DATOS PERSONALES:

Julieta, 9 años, Nació: 13/11/06

ANTECEDENTES MÉDICOS:

DIAGNÓSTICO: Retraso mental moderado, deterioro del comportamiento de grado no especificado.
 Alteraciones renales, tuvo infección urinaria, asiste a controles periódicos,
 Soplos, concurre al cardiólogo una vez al año (sin tratamiento).
 Presenta estreñimiento, se controla con la dieta,
 Miopía y estrabismo,
 Control hormonal, por el momento sin tratamiento.



TRATAMIENTO **Terapia básica**➔

Enseñanza de THO,
 Asesoramiento dietético a Julieta y a su Madre,
 Fluor,
 Refuerzo y motivación,
 Prueba y motivación de anestesia,
 Cariostático en elemento 46 oclusal.

TRATAMIENTO **Terapia básica:**



Enseñanza de THO,
 Asesoramiento dietético a Rodrigo y a su Madre,
 Fluor,
 Refuerzo y motivación,
 Prueba y motivación de anestesia,
 Exodoncia de elemento 53, por palatino.
 Raspaje supra gingival.



DATOS PERSONALES:

Rodrigo 14 años, Nació 13/06/01

ANTECEDENTES MÉDICOS

DIAGNOSTICO: Retraso madurativo, origen: Genético.(Tía y primo en primer grado vía materna con retraso mental)
 A los 3 años tuvo convulsiones, por cuadro febril.
 Estuvo bajo tratamiento con medicación sistémica por sinusitis.
 Está controlado, pero sin ningún tipo de medicación.

SÍNDROME X FRÁGIL.

El síndrome del X frágil (SXF), también conocido como síndrome de Martin-Bell, es un trastorno hereditario que ocasiona deficiencia mental, pudiendo ser éste desde moderado a grave, y siendo la segunda causa genética del mismo, sólo superada por el síndrome de Down.
 En 1943, Martin y Bell descubrieron un tipo de deficiencia mental hereditario ligado al cromosoma X, que hoy conocemos como síndrome del X frágil.
 En 1991, Verkerk y col. describieron un gen asociado al trastorno: el gen FMR-1 1 (acrónimo inglés de Fragile X linked Mental Retardation type 1; deficiencia mental ligado al X de tipo 1). Este descubrimiento ha traído consigo grandes mejoras en el diagnóstico prenatal y en la identificación de personas afectadas y en el rango de premutación.

Rasgos y síntomas

Rasgos y síntomas: cara alargada, frente prominente, mentón pronunciado, grandes orejas.

- Deficiencia mental.
- Hiperactividad.

Objetivos

- Conocer las características clínicas sistémicas propias del paciente con síndrome de Down, porque algunas de ellas se tienen en cuenta para el tratamiento y abordaje odontológico.
- Enumerar las manifestaciones orales más frecuentes en el síndrome de Down y las Medidas de prevención para el mantenimiento de la salud bucal.
- Mostrar algunas pautas para la atención odontológica del paciente con síndrome de Down.
- Destacar la importancia del papel de los padres en el cuidado bucal del paciente con Síndrome de Down.
- Describir la atención odontológica de un paciente con síndrome de Down.

Desarrollo

Manifestaciones sistémicas del Síndrome de Down.

Generalmente son pacientes de baja estatura.

Un 30 a 60% de los pacientes con síndrome de Down tiene, Cardiopatía congénita. En éste caso será necesaria la Profilaxis antibiótica para poder realizar cualquier tratamiento odontológico que suponga un riesgo de ENDOCARDITIS BACTERIANA.

Los pacientes también pueden presentar: Hipotiroidismo, Enfermedad celíaca, Problemas intestinales (Obstrucciones del intestino o esófago), Hipotonía muscular generalizada, Laxitud pronunciada en los ligamentos, Enfermedades respiratorias a repetición (por defecto del sistema Inmunológico).

El síndrome de Down siempre incluye: Retardo Mental, que generalmente es de grado leve a moderado. Además pueden presentarse como discapacidades asociadas al síndrome de Down: Trastornos del Espectro Autista, Trastornos Motores, Trastornos sensoriales, Trastornos convulsivos, Ligamentos con laxitud pronunciada, Hipotonía muscular generalizada.

Manifestaciones oro-faciales del Síndrome de Down

Presentan: cara redonda y aplanada, cuello corto, manos y pies pequeños, surcos marcados en las palmas de las manos, orejas con implantación baja.

A nivel de los ojos son frecuentes las Manchas de Brushfield (son pequeñas decoloraciones blanquecinas en la periferia del Iris del ojo humano y son normales, no son patológicas). (5) y Epicanto (es un pliegue del párpado superior que cubre la esquina interna del ojo).



Facie de paciente con Síndrome de Down

Macroglosia



Fig. 2

En el macizo cráneo-facial se observa: microcefalia, retrusión y atrofia del maxilar superior, pseudoprognatismo o prognatismo mandibular y puente nasal deprimido. La Oclusión es del tipo: Clase III de Angle.



Oclusión: Clase III de Angle

El hábito de Respiración bucal está presente por: atrofia del maxilar superior, paladar superior (alto y estrecho), hipertrofia de amígdalas y/o adenoides que dificultan la respiración nasal. Por éste hábito ingresa aire por la cavidad oral provocando gingivitis y labios secos y agrietados. Otro hábito que puede aparecer: Deglución atípica. Es importante asesorar a los padres sobre la necesidad de consultar un Fonoaudiólogo para el tratamiento lo más precozmente posible de éstos hábitos.



Fig. 3

Respiración bucal: labios secos y entreabiertos

Algunos niños con síndrome de Down presentan Bruxismo diurno y/o nocturno. En el caso de un paciente adulto es útil el uso de una Placa de oclusión, que impedirá la atrición dentaria, la contracción y dolor de la musculatura oral y el dolor de la ATM.

Es común la: Apnea Obstructiva del Sueño, que es una afección que ocurre durante la respiración en la cual el flujo de aire sufre una pausa o una disminución, mientras la persona está durmiendo, provocada porque la vía respiratoria se ha tornado estrecha o se ha bloqueado. Como resultado de la apnea el paciente no duerme bien y por lo tanto no descansa y se despierta cansado, de mal humor y poco colaborador. Por lo tanto, no se les deben dar los turnos que sean muy tempranos durante la mañana porque no serán pacientes colaboradores.

Puede verse: Queilitis Angular; es la presencia en las comisuras labiales de grietas rodeadas por tejido inflamatorio. Es causado por Hongos oportunistas, como la: Cándida Albicans. Estos hongos se albergan en las comisuras por la presencia de humedad constante producto del babeo. Este babeo se debe a que los pacientes permanecen con la boca abierta permitiendo la pérdida de saliva. Este tipo de queilitis requiere la medicación con antifúngicos como el Miconazol, durante 10

a 15 días. Además es necesario un tratamiento fonoaudiológico para que el niño cierre la boca para evitar el babeo.

La Lengua de mayor tamaño (macroglia) e hipotónica y los Labios hipotónicos predisponen a la posición mandibular en reposo con: Boca semi-abierta, Mordida abierta, Protrusión lingual, Respiración bucal y Babeo. Además la lengua tiene surcos profundos que predisponen a la acumulación de placa bacteriana que genera halitosis y micosis lingual. Por lo tanto es importante la limpieza diaria con cepillo dental (cepillando desde atrás hacia adelante) o con cepillo lingual.



Queilitis angular: a nivel de las comisuras labiales

A nivel bucal en el Síndrome de Down se observa: retraso en la erupción de las denticiones temporaria y permanente.

Es común la agenesia dental permanente, por lo tanto antes de realizar la exodoncia de un diente temporario se debe sacar una Radiografía panorámica o periapical, para comprobar la presencia del diente permanente que lo va a reemplazar.

Agenesia dental

* Hipodontia

* Oligodontia

* Anodontia



Generalmente presenta una menor incidencia de caries por características peculiares del síndrome como: piezas dentarias con anomalías de forma (conoides), microdoncia, diastemas, surcos menos profundos y PH salival alcalino. Hay autores que opinan que también influye la erupción tardía de los dientes. Hay casos en los que hay una alta incidencia de caries, pero al parecer esto es consecuencia de una higiene bucal inadecuada.

Los niños y adultos con síndrome de Down son más susceptibles a presentar: Enfermedad periodontal. La Prevención es la mejor manera de combatir el desarrollo de ésta enfermedad, es decir con una buena técnica y un hábito de cepillado diario. Hay que cepillar no solo los dientes, sino también la unión diente-encía, ya que es en el surco gingival

donde se acumula más sarro. En condiciones normales no mide más de 1-2 mm. y no sangra; en cambio cuando hay gingivitis y/o enfermedad periodontal puede medir más de 3mm., sangrar y molestar. El cepillado más importante es el de la noche. Los padres deben estar al menos 5 minutos cepillando los dientes a sus hijos y de forma muy especial en esa zona del surco gingival, con un cepillo suave que no dañará al niño. Luego se le dará al niño otro cepillo "usado" para que él ejercite su cepillado. En muchos casos, además los padres pasarán un rato estupendo con sus hijos. Un cepillo infantil puede durar 1 mes; cuando las cerdas se doblen se debe cambiar (o dejarlo para que se cepille él). En jóvenes y adultos con Periodontitis se debe realizar Detartraje, uso de colutorios y pastas con Clorhexidina que ayudan al control de la placa bacteriana y el sarro en las fases activas de sangrado de encías. Las pastas de mantenimiento que tengan Triclosán (es un potente antibacteriano y fungicida que se usa para en control químico de la placa bacteriana se usan para prevenir la enfermedad periodontal. En pacientes discapacitados que no puedan realizar buches hay un formato en spray con clorhexidina, muy fácil de usar. También se puede recurrir a los cepillos eléctricos cuando es deficiente la destreza manual. Esta mayor susceptibilidad a la Enfermedad periodontal se debe a la deficiencia inmunitaria presente en el síndrome de Down, focalizada en los Linfocitos T.



Enfermedad periodontal grave en paciente adulto

Aspectos del Abordaje y del Tratamiento odontológico en el paciente con Síndrome de Down

El Abordaje odontológico de un paciente discapacitado es diferente del abordaje de un paciente normal. Específicamente, el abordaje de un paciente con Síndrome de Down depende: -a- del grado de Retardo Mental (leve, moderado, grave) y -b- del tipo de las Discapacidades asociadas: Trastornos motores, Trastornos del Espectro autista, Trastornos sensoriales, Trastornos convulsivos.

Además las Discapacidades asociadas pueden influir en el tratamiento odontológico. Por ejemplo en éste caso clínico el paciente con síndrome de Down, de 5 años de edad, por presentar un Trastorno convulsivo es tratado con medicación Anticonvulsiva que provoca: Hiperplasia gingival fibrosa, que cubre la totalidad de los elementos temporarios y que dificulta la masticación. El Tratamiento será quirúrgico: Gingivectomía y preventivo.



El éxito del Tratamiento odontológico del paciente con síndrome de Down depende en gran parte de la colaboración de la familia, ya que toda persona con una discapacidad es dependiente (en mayor o menor grado) y durante toda su vida.



Cepillado dental realizado por los padres: es fundamental para la prevención de enfermedades bucales prevalentes en el paciente con síndrome de

En lo que respecta al Tratamiento Ortodóncico en el paciente con síndrome de Down: -a- En épocas pasadas se utilizaban aparatos ortodóncicos extraorales llamados “mentoneras” que intentaban sujetar el crecimiento óseo mandibular adelantado. Su efectividad está cuestionada por lo que no es recomendable.(8). -b-Se trata de evitar tratamientos ortodóncicos muy prolongados que excedan los dos años, ya que resultan pesados tanto para los padres como para los hijos.(8).-c-Para que el uso del aparato de ortodoncia tenga éxito se debe esperar a que el paciente sea lo suficientemente maduro como para aceptarlo. Además la madre debe ser conciente de que el cepillado deberá ser más minucioso y más frecuente, ya que el aparato retendrá más placa bacteriana. También el cepillo deberá cambiarse más frecuentemente que si no usara ortodoncia.-d-Cuando el paciente con síndrome de Down sufre trastornos en el habla, el uso de un aparato los puede agravar, por lo tanto tal vez sea mejor atrasar el uso de ortodoncia y priorizar el tratamiento fonoaudiológico hasta que se desarrolle mejor el lenguaje.

Caso clínico de un paciente con Síndrome de Down.

El paciente de sexo masculino, llega al Centro de Atención Odontológica al Discapacitado (CAOD), Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo, con 3 años de edad. Actualmente tiene 7 años. Se llama “Daniel”. Su discapacidad es síndrome de Down con Retardo Mental de grado leve a moderado. No habla y se comunica a través de

gestos con las manos. La madre es la única persona que lo trae durante todo el tratamiento hasta la actualidad.

Antes de asistir al CAOD, la mamá llevó a Daniel al Fonoaudiólogo para corregir la Respiración bucal, Protrusión lingual e Hipotonía labial.

En la primera sesión se realiza la Historia clínica. El paciente presenta Hipotiroidismo y está medicado con Levotiroxina. No tiene Cardiopatía congénita. El “Motivo de la consulta” es dolor en un molar de leche. Se procede a tratar la urgencia.

Es la primera vez que Daniel visita a un Dentista. Se le presenta a la Asistente dental y se le muestra la sala de espera y el consultorio para familiarizarlo con el ambiente odontológico y disminuir el temor a lo desconocido. Para poder realizar el exámen bucal, la madre se sienta en el sillón dental y sobre su regazo se sienta a Daniel. El paciente llora por un momento, hasta que es contenido por el abrazo de la madre. Se mantiene la boca abierta con un “dedo de acrílico” sostenido por la asistente dental, y se observa una caries macropenetrante y un absceso en el elemento 54, que está provocando el dolor.



Daniel es contenido por su mamá en el sillón dental antes de realizar el exámen bucal

Se medica con antibiótico en suspensión pediátrica (Amoxicilina) y anti-inflamatorio en jarabe (Ibuprofeno) y se recita en una semana.

Daniel llega a la segunda sesión con menor ansiedad, porque ya no tiene dolor dental y porque ya reconoce al personal y ambiente odontológico. Se realiza el “Odontograma” y se detecta la presencia de “Caries rampantes o de biberón” en la mayoría de los elementos temporarios; producidas porque el niño se queda dormido conteniendo en su boca la mamadera con leche o bebidas muy azucaradas y a que la madre no le cepilla por desconocimiento de la técnica e importancia del cepillado dental. A Se observa que la cronología de erupción es normal, a pesar de que en el síndrome de Down es común el retraso en la erupción dental.

En ésta segunda sesión se constata la remisión del proceso infeccioso y se hace Motivación y Enseñanza del cepillado dental a la madre y al niño. Se enseña la técnica, frecuencia y el tipo de cepillo (chicoy suave). También se indica pasta dental fluorada: “Fluorogel 2001 para los chiquitos”, porque el paciente no puede aún salivar y éste gel contiene la mitad de la concentración de fluor que una pasta para adulto. Por la alta “Actividad de Caries” de Daniel además se indica después del uso del éste gel, el cepillado nocturno con un colutorio fluorado: “Fluordent PX” y no enjuagar.

Se le explica a la mamá que el niño se debe cepillar para aumentar su autoestima y para desarrollar la motricidad fina y

luego ella debe reforzar el cepillado. Una forma de motivar al niño es cepillarse junto con los padres o hermanos y de ésta manera el niño los “imitará”.



Madre aprendiendo la técnica de cepillado para hacerlo en la casa

En cuanto a la dieta, se le sugiere a la madre (con consulta con el pediatra) disminuir la ingesta de azúcares refinados y usar endulzantes naturales, no cariogénicos, como: “Stevia o Sucrosa”. Ofrecerle al niño alternativas sin azúcar refinada, como: productos que contengan Xilitol , jugos de fruta naturales(que contiene fructosa que es un tipo de azúcar menos cariogénica), frutos secos. Se le enseña a la madre que es más peligrosa la alta frecuencia de consumo de azúcar que la cantidad de azúcar ingerida. El niño no debe “picotear” dulces durante todo el día.

El Xilitol es un azúcar natural que está en varias frutas, verduras y en la madera de abedul. Se usa como edulcorante(endulzante de bajas calorías). No es cariogénico como la sacarosa. Reduce el desarrollo de caries (10).

En todas las sesiones se refuerza la Motivación de la madre y el niño con respecto a las Medidas de prevención.

En la cuarta sesión se constata el vínculo de confianza de Daniel con el odontólogo, por lo que se procede a realizar un tratamiento más invasivo como es el tratamiento de formocresol en el 54, con el uso de turbina y dedal de acrílico.

En las sesiones siguientes las Caries que no llegan a pulpa se tratan con “Cariostático”(en tres sesiones, una sesión por semana) y la aplicación de “Laca fluorada” o “Fluor profesional”. Se le explica a la mamá que para que el Cariostático remineralice las caries es de vital importancia el cepillado con fluor en el hogar. Las Caries que llegan a pulpa se tratan con terapia de “Formocresol”.

La obturación definitiva se realiza con “Ionómero vítreo” del tipo “Restauración” (como por ejemplo: “Fuji IX”), ya que éste material tiene adherencia química y libera fluor, condiciones que previenen la filtración marginal y posterior recidiva de caries. En molares se coloca “Miracle Mix” porque en éste material se combinan las ventajas del ionómero con la resistencia a la compresión de la aleación de amalgama.

Al erupcionar los primeros molares permanentes se realizan Sellantes.



Aplicación de sellante con aislamiento relativo

Actualmente Daniel tiene 7 años. Se le realiza el mantenimiento de la BOCA INACTIVA con Controles bucales periódicos y refuerzo de las medidas de Prevención. Además está usando un Aparato de ortodoncia superior con parrilla que controla la protrusión lingual y la progresión más pronunciada de la mandíbula hacia adelante.

Aspectos de interés en el tratamiento dental de Daniel

Se comprueba la actitud fuertemente colaboradora de la madre durante todo el tratamiento odontológico de Daniel, cumpliendo con la asistencia puntual a todas las sesiones y con el cepillado dental en el hogar, lo que influye positivamente en el resultado del tratamiento odontológico.

La mamá relata en confianza su ansiedad por la incapacidad de Daniel para hablar y pide consejo para derivarlo a una institución que se dedique a la estimulación del “Lenguaje hablado”. Se le sugiere asistir al Instituto: “Apando”, especializado en niños con síndrome de Down.

Como estrategias de Motivación y de Abordaje odontológico se utilizaron: -a-“Dibujo, Juego y hacer amigos” en la sala de espera, -b-“Técnica: Digo, Muestro y Hago” durante la atención y al finalizar la sesión odontológica,-c- regalar “Cepillo dental, Globos con guantes de látex” y palabras de felicitación por el buen comportamiento.



Haciendo amistad en la sala de espera

Con éstas estrategias se logró que Daniel formara un vínculo de confianza con la odontóloga y la asistente dental y se transformara en un paciente muy colaborador, lo que facilitó en gran medida la atención odontológica. Así, Daniel en la primera sesión en la que lloraba rechazando la atención en sesiones posteriores pasó a subirse solito al sillón dental y

dejarse atender. En éste caso clínico se observó a través de la motivación un cambio positivo en la conducta del paciente, cosa que no ocurre en todos los casos clínicos.



Daniel se sienta solito en el sillón dental

Conclusión

El repaso de las manifestaciones sistémicas y orofaciales del síndrome de Down le permite al odontólogo contar con más conocimientos para brindar una atención más eficiente.

Bibliografía

Odontostomatología. La enfermedad periodontal asociada al paciente con Síndrome de Down. <http://www.scielo.edu.uy> (dic. 2011). El Síndrome de Down-KidsHealth. Fecha de la revisión: febrero de 2012. [https://es.wikipedia.org/wiki/Manchas de Brushfield](https://es.wikipedia.org/wiki/Manchas_de_Brushfield).

Los tratamientos odontológicos y los materiales dentales usados en el paciente discapacitado no difieren de los utilizados en el paciente normal.

La principal diferencia que existe entre la atención odontológica de un paciente normal y la de un paciente con síndrome de Down reside en el: Abordaje odontológico, que es el conjunto de estrategias que utiliza el odontólogo para poder acceder a la cavidad oral del paciente.

El Abordaje odontológico en el síndrome de Down depende de factores como: grado de retardo mental y tipo de la discapacidad asociada.

Uno de los pilares fundamentales para que el resultado del tratamiento odontológico de las personas con síndrome de Down sea exitoso es el compromiso y la colaboración de la familia, que debe mantenerse durante toda la vida del paciente; porque el paciente con éste síndrome siempre será una persona dependiente.

Atención y cuidados odontológicos para los niños con síndrome de Down. Dr. José Molina Blanco, 2005.

Leiki B. Salud bucal en niños especiales. <http://www.intervoz.com.ar/2003>.

Dr. Molina Blanco, José Daniel, Revista Síndrome de Down, 2005.

www.quiminet.com/ que es el triclosán/26 –jul-2006.

<https://es.m.wikipedia.org/wiki/xilitol>.

TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

Autora Od. Andrea Beatriz QUIROS

Resumen

Los trastornos mentales constituyen una importante carga social y económica, tanto por su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, como por la discapacidad que producen. En el caso de los Trastornos del Espectro Autista (TEA), se produce un impacto considerable, no sólo en el desarrollo y bienestar de los afectados, sino también en sus familiares. El carácter crónico y la gravedad de estos trastornos, hace que se precise un plan de detección precoz y tratamiento multidisciplinario, lo que conlleva a tener en cuenta un importante costo económico y social a lo largo de toda la vida.

Un 62,5% de las familias afirma que tuvieron dificultades en la realización del diagnóstico debidas al desconocimiento del trastorno por parte de los profesionales (28,2%), la diversidad de diagnósticos (23,1%), retrasos en la obtención del diagnóstico (15,4%), desconocimiento sobre dónde acudir (12,8%), poca o ninguna coordinación entre los profesionales implicados (12,8%), y necesidad de desplazarse a otra ciudad (7,7%). Respecto al tiempo que tardaron en recibir un diagnóstico definitivo, el 41,4% de las familias expresan que tardaron más de cuatro años en recibir un diagnóstico definitivo. Por su parte, el 80% de los profesionales sanitarios

consideraron que conocen poco o nada sobre el autismo y el 20% bastante o mucho³⁹.

Objetivos

La evidencia de que los TEA son más frecuentes de lo que se pensaba ha aumentado en las últimas décadas. Esto conlleva a que los profesionales sanitarios encargados de la Atención Primaria en conjunto con otros profesionales (educación, servicios sociales), son agentes fundamentales en la detección precoz y consiguiente instauración de la mejor atención integral a los niños y niñas. Son además los más indicados para proporcionar a la familia información, apoyo y pautas.

El objetivo de este trabajo es mejorar la atención de las personas que padecen estos trastornos, reducir el estigma y la marginación al que se ven sometidos e impulsar las actividades de prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación e integración social.

Desarrollo

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) forman parte de los problemas de salud mental. Los TEA son una serie de trastornos neuropsiquiátricos, catalogados como “trastornos

generalizados del desarrollo” según la clasificación diagnóstica del DSM-IV-TR, los cuales pueden detectarse a edades muy tempranas (por definición, el trastorno autista es de inicio anterior a los 3 años de edad). Este trastorno provoca un gran impacto no sólo en el correcto desarrollo y bienestar de la persona afectada, sino también de los familiares, debido a una gran cantidad de cuidados personalizados que necesitan. La prevalencia de dichos trastornos ha aumentado considerablemente, lo que unido a su carácter crónico y gravedad hace que precisen un plan de tratamiento multidisciplinar personalizado y permanente a lo largo de todo el ciclo vital, en constante revisión y monitorización, que favorezca el pleno desarrollo del potencial de las personas con TEA y favorezca su integración social y su calidad de vida. Además se ha observado que los hombres tienen más riesgo que las mujeres de padecer este trastorno, no encontrándose diferencias significativas en la proporción de casos de autismo entre las diferentes clases sociales y culturas estudiadas. La edad de inicio de los trastornos es muy temprana; en algunos casos se han podido observar las primeras manifestaciones durante el primer año de vida, de ahí la importancia de una detección precoz.

En cuanto a la afectación de la capacidad cognitiva, según algunos autores la discapacidad intelectual en los niños con Trastornos de Espectro Autista es variable, siendo mayor en los pacientes con Trastornos Generalizados del Desarrollo no especificado y nulo en los niños Síndrome de Asperger

Etiología

Con frecuencia las **causas del autismo** son desconocidas; aunque en muchos casos se sospecha que se debe a cambios o mutaciones en los genes, no todos los genes involucrados en el desarrollo de esta enfermedad han sido identificados. Las investigaciones científicas han relacionado la aparición del autismo en el niño con las siguientes causas:

Agentes genéticos como causa del autismo: se ha demostrado que en el trastorno autista existe una cierta carga genética. El autismo es un trastorno poligénico en el que las interacciones entre varios genes pueden dar lugar al fenotipo característico de los TEA en grados de intensidad variable.

Agentes neuroquímicos: Posibles neuroquímicos pueden alterar o modificar la maduración del SNC en algunas etapas del desarrollo temprano (serotonina, oxitocina, dopamina, noradrenalina y acetilcolina).

Agentes infecciosos y ambientales como causa del autismo: determinadas infecciones o exposición a ciertas sustancias durante el embarazo (presencia de autoanticuerpos IgG en el plasma materno durante el embarazo contra proteínas del cerebro fetal, Vacuna triple-vírica, el ácido valproico y otros antiepilépticos, la cocaína, el alcohol, la talidomida (aunque es un fármaco contraindicado en las embarazadas, desde hace décadas), el plomo, la exposición crónica de la madre y el feto a niveles bajos de monóxido de carbono) pueden provocar malformaciones y alteraciones del desarrollo neuronal del feto que en el momento del nacimiento, pueden manifestarse con diversas alteraciones como, por ejemplo, trastornos del espectro autista.

Aunque el **diagnóstico del autismo** siempre debe ser realizado por un equipo multidisciplinar (neurólogo, psicólogo,

psiquiatra, terapeuta del lenguaje y, en ocasiones, otros profesionales especialistas en este tipo de trastornos), existen ciertos síntomas que pueden hacer sospechar de la presencia de este trastorno. Estos síntomas son:

Síntomas del autismo en el primer año (lactante)

El bebé muestra escaso interés por el entorno.

Es capaz de permanecer un tiempo prolongado en la cuna sin requerir atención.

Ausencia de respuesta al abrazo de la madre.

Al cabo de cuatro meses de vida no muestra sonrisa social.

Pueden existir muestras de alegría no justificadas en casi ninguno de los casos de tipo social.

No muestra interés ni respuesta ante el rostro materno.

No es capaz de diferenciar a los familiares.

Ausencia de interés social.

Indiferente al juego y carantoñas.

Llanto no justificado de tiempo prolongado.

Ausencia de respuesta ante la verbalización de su nombre.

Segundo y tercer año

Ausencia de respuestas emocionales hacia los familiares más cercanos (padres, abuelos, hermanos, etc).

Ausencia total o falta muy intensa de comunicación verbal.

Ausencia total o falta muy marcada de contacto visual.

Desarrollo de movimientos repetitivos estereotipados (automecerse, golpearse la cabeza, aletear las manos).

Carencia de respuesta dolorosa.

Temor ante los ruidos.

Llanto no controlable sin agente causal aparente.

Ausencia de juego con objetos.

Retraso en la adquisición de hábitos de higiene personal.

Control de esfínteres ausente o deficiente.

Síntomas del autismo en la niñez

Mismos rasgos distintivos que en etapas anteriores, pero tienden a acentuarse en lugar de atenuarse, como en el resto de los niños.

No son capaces de vestirse solos correctamente sin supervisión externa.

No se relacionan con otros niños y no tienden al juego social ni imaginativo, prefiriendo la soledad.

Tendencia compulsiva al orden de los objetos (alineación de las cosas). Por lo general, el niño suele mostrar patrones de interés anormales en intensidad y enfoque, y son muy restringidos (muestra interés anormal y excesivo por un abanico escaso de cosas).

Comunicación de vivencias y autoexperiencias bajo o inexistente.

La comunicación verbal es escasa y defectuosa. En muchos casos de tipo repetitivo e inusual

Aparición de arrebatos contra sí mismo o contra el entorno, sin aparente agente causal, y de intensidad elevada

Síntomas del autismo en la adolescencia-adulthood

En esta etapa los síntomas son similares a los del retraso mental, ya que dependen de factores como:

Lenguaje: presentan dificultades para expresar necesidades, lo que puede ocasionar frustración y otras alteraciones emocionales.

Hábitos de autoayuda: el sujeto tiende hacia la independencia en labores en las que suele precisar ayuda externa para su correcta ejecución, tales como higiene personal, alimentación,

vestimenta. Solo a través del entrenamiento precoz el sujeto podrá lograr esa independencia de ejecución.

El diagnóstico del trastorno autista se compone de distintas pruebas cognitivas y de lenguaje, así como una evaluación neurológica detallada. El objetivo de estas pruebas, además del propio diagnóstico de la enfermedad, es descartar que se trate de otras patologías, como los trastornos de audición o la esquizofrenia (aunque las personas con esquizofrenia pueden mostrar determinadas conductas de carácter similar al autismo, por lo general sus síntomas no suelen manifestarse hasta el final de la adolescencia o el comienzo de la edad adulta, y suelen presentar alteraciones de percepción como alucinaciones y delirios, inexistentes en las personas con trastornos del espectro autista).

En función del grado de afectación y las habilidades comprometidas, los sujetos son diagnosticados de un tipo u otro de alteración del espectro autista. Así, los niños con síntomas autistas pero con habilidades de lenguaje bien estructuradas y desarrolladas, suelen ser diagnosticados de "Síndrome de Asperger", mientras que si reúnen un conjunto marcado de síntomas de carácter autista, pero no los suficientes para conformar autismo clásico, se suele realizar un diagnóstico de "Trastorno generalizado del desarrollo no especificado".

Características

Los trastornos que se presentan principalmente en los pacientes con TEA abarcan tres áreas del desarrollo: alteraciones en sus habilidades de comunicación y lenguaje, alteraciones en sus habilidades de interacción social, así como por la presencia de un repertorio muy restringido de intereses y comportamientos, que limitan la variedad de las actividades y de las conductas cotidianas de la persona.

En ocasiones, el niño puede presentar también algunas características inusuales, como una gran sensibilidad a algunos estímulos auditivos (sonidos), táctiles (tejidos, texturas...), olfativos, e incluso ante diferentes sabores.

En la mayoría de los casos, los niños muestran una apariencia física normal, aunque puedan presentar, diferentes alteraciones en su comportamiento. Por ello, hasta que no se van alcanzando determinados momentos característicos del desarrollo, y se observan diferencias en relación al desarrollo ordinario, no se perciben las señales de alerta que pueden indicar la presencia de un TEA. En ocasiones, los TEA pueden ir acompañados de otros problemas de salud asociados como epilepsia, discapacidad cognitiva, problemas del movimiento, alteraciones oculares y auditivas, hiperactividad, ansiedad, insomnio y otros. Además, a partir de la adolescencia, pueden empezar a manifestarse otros trastornos de salud mental asociados como el trastorno obsesivo compulsivo, ansiedad, depresión y otros trastornos del estado del ánimo, sobre todo en niños con autismo sin discapacidad intelectual asociada.

Los TEA son trastornos crónicos; no se curan, es decir, no desaparecen a lo largo de la vida. Sin embargo, disponiendo de intervenciones y de los apoyos adecuados los niños pueden desarrollar sus habilidades en diferentes ámbitos (social, de comunicación, rutinas diarias y otros). Además, existe una tendencia a la disminución de las dificultades conductuales con el curso de la edad. La discapacidad cognitiva puede

afectar a habilidades tales como la atención, comprensión, memoria, capacidad de aprender, comunicación y toma de decisiones.

Clasificación

El autismo es un síndrome conductual de diferente etiología y pronóstico variable. El DSM-IV define el Síndrome Autista como un Trastorno Generalizado del Desarrollo, que tiene su inicio en la infancia y se caracteriza por dificultad en la interacción social, comunicación verbal y no verbal, creatividad y por un marcado repertorio de actividad y motivaciones restringidas de aparición antes de los tres años.

El diagnóstico precoz es fundamental, aunque no necesario en casos de niños muy pequeños, para iniciar una precoz intervención psicoeducativa. Resultando tan importante o más, no el diagnóstico sino como se lo transmitimos y explicamos a la familia.

Debemos aclarar a las familias que "un diagnóstico no es un predictor de futuro". Habitualmente existen múltiples etiquetas diagnósticas que confunden a las familias y les crean expectativas ilusorias que hacen que la comprensión del diagnóstico sea mucho más difícil.

Existen muchos diagnósticos y etiquetas que definen lo mismo; algunos más claros, otros más confusos; algunos más actuales y otros más obsoletos. Esto hace que la familia se sienta cada vez más perdida en este mundo de terminologías encargadas de explicar lo mismo con diferentes términos, todos desconocidos para ellos. Algunos de estos términos crean expectativas que después tienen que afrontar de manera más ardua y que hacen que tengan que pasar dos veces por el proceso de aceptación de un diagnóstico de autismo,

Algunos de los diagnósticos que podemos encontrar son los siguientes:

Autismo leve	Autismo
Autismo de Kanner	Autismo atípico
Autismo severo	Trastorno del Espectro Autista
Asperger	Asperger leve
Trastorno Generalizado del desarrollo	
Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado	
TGD/Autismo	TGD/ Asperger
Autismo moderado	Autismo infantil
Trastorno Socio-comunicativo	

Pero se plantean las siguientes cuestiones:

¿Cuál de estas definiciones son correctas? ¿Es más adecuada una que otra?

¿Es más fácil aceptar el diagnóstico por parte de la familia?

¿Realmente le ayudamos o le confundimos?

Disponemos de diferentes manuales diagnósticos que nos ayudan a dar una definición correcta.

SUBTIPODS DSM-IV TGD	SUBTIPODS DSM-V	SUBTIPODS CIE-10
Trastorno Autista	Trastorno del Espectro Autista (grados de severidad)	Autismo Infantil
Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado		Autismo Atípico
Trastorno de Asperger		Síndrome de Asperger
Trastorno de Rett		Síndrome de Rett
Trastorno desintegrativo de la niñez		Otros trastornos desintegrativos de la niñez

El resto de etiquetas nombradas que no están recogidas en estos manuales sólo crean confusión y hacen que la aceptación del diagnóstico por parte de la familia sea más complicada ya que usan terminologías desconocidas para ellos, algunas con esperanzas de un pronóstico mejor.

Actualmente el concepto de autismo se encuentra en profunda revisión, como ya ha quedado descrito en la nueva clasificación del DSM-V. Este cambio conceptual y diagnóstico entre la antigua y nueva edición del DSM, se caracteriza en primer lugar por un cambio en la nomenclatura desapareciendo el concepto de Trastorno Generalizado del Desarrollo y todas las variantes del autismo que contenía, pasando a denominarse como único concepto, Trastorno del Espectro Autista, que englobaría a todas ellas. En segundo lugar, se produce una nueva visión en cuanto al planteamiento diagnóstico, pasando de un diagnóstico categorial (DSM- IV y CIE-10) a un diagnóstico dimensional (espectro), reconociendo de esta manera la heterogeneidad y diversidad de presentación que definen el Síndrome Autista, reflejando desde un extremo del espectro más negativo (autismo severo) a otro más positivo (autismo leve), que llegue a rozar la normalidad como el fenotipo autista ampliado. Por otro lado, de las tres áreas anteriores que definían el cuadro, hoy en día se considera dos dimensiones (socio-comunicativa y patrón de actividades repetitivas e intereses restringidos), que deben ser evaluados de forma más exhaustiva, teniendo en cuenta la manifestación de la sintomatología en las distintas etapas del neurodesarrollo y el cumplimiento de unos marcadores de severidad y pronóstico.

Es muy importante tener en cuenta la posibilidad de aparición de comorbilidades asociadas en la evaluación de un niño. Algunas de estas comorbilidades son: epilepsia, discapacidad intelectual, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, y Trastorno del Procesamiento Sensorial. El Trastorno del Procesamiento Sensorial ha sido reconocido e incluido como un criterio del DSM- V, en el que reconoce Hiper o hipo reactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno. Existe riesgo de epilepsia con dos momentos de presentación, edad temprana y adolescencia y es posible detectar Electroencefalogramas con una actividad anormal. La discapacidad intelectual es difícil diagnosticar ante de los 5 años, salvo en caso muy severos.

Es muy importante usar estos manuales de categorías diagnósticas a la hora de dar un diagnóstico ya que etiquetas como "autismo leve" son contraproducentes. Sin olvidar que el diagnóstico no es un predictor de futuro y que debe ser entendido como el punto de partida en el proceso de intervención.

La devolución del diagnóstico a las familias es muy importante. Tenemos que tener en cuenta que es uno de los días más duros de la vida para unos padres y que implica una serie de fases definidas, en las que cada miembro tendrá una velocidad para afrontar la aceptación del diagnóstico de autismo. Una etiqueta confusa no ayuda a que sea más liviano, lo que provoca es un alivio a corto plazo que hará que la realidad sea más difícil de afrontar en un futuro, y lo más importante dificulta la toma de conciencia de la familia de cara a la implicación del tratamiento psico-educativo.

Es fundamental revisar el diagnóstico en edades tempranas porque hay niños que inexplicablemente pierden el diagnóstico y otros que aparentemente tiene buen pronóstico se estancan y empeoran a lo largo del tiempo. Sin olvidar que un diagnóstico siempre debe ir acompañado de los puntos fuertes del niño para realizar una programación individualizada.

El diagnóstico debe transmitirse de forma sencilla, con un lenguaje sin tecnicismo ajustado a la familia para que tengan una información de calidad y se impliquen en la intervención ya que la mayor parte del éxito de esta depende de ellas. Es fundamental formar un equipo con la familia para que se impliquen en el trabajo con el niño.

Y recuerden, que cuando reciban un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, es el momento de ocuparte y no de preocuparse. Para lo segundo ya tendrán tiempo.

Tratamiento

Ninguno de los trastornos del espectro autista tiene cura. Todas las terapias están enfocadas a la paliación de los síntomas y a la mejora de la calidad de vida del paciente. La terapia suele ser individualizada y ajustada a las necesidades que precisa cubrir el sujeto, consiguiendo mejor pronóstico cuanto más precoz sea su inicio. El **tratamiento del autismo** en este sentido suele incluir:

Intervenciones conductuales educativas: se realizan tanto en el sujeto diagnosticado de autismo, como en su ambiente familiar cercano. La terapia consiste en una serie de sesiones cuyo objetivo es la obtención de capacidades intensivas y de alta estructuración, orientadas a que los sujetos desarrollen habilidades sociales y del lenguaje.. Se suele emplear el Análisis Conductual Aplicado. La terapia incluye también a las personas que conforman el entorno del sujeto (padres, hermanos, educadores, etcétera), a fin de prestar un apoyo a estos en el desarrollo de la vida diaria con una persona diagnosticada de trastorno autista y en la adquisición de habilidades para relacionarse con esta persona.

Intervenciones emocionales y psíquicas: tienen como objetivo la adquisición y desarrollo de habilidades emocionales de expresión y reconocimiento de sentimientos, desarrollo de la empatía... Al igual que las intervenciones sociales educativas, la terapia incluye el círculo social cercano, con los que se trabaja también la expresión de sus sentimientos,

frustraciones, impresiones, etcétera, hacia el sujeto con trastorno autista.

Medicamentos: no existen medicamentos específicos para el tratamiento del trastorno autista, por lo que se emplea siempre terapia paliativa de la sintomatología desarrollada por el sujeto. Así, si existen convulsiones, se prescriben uno o varios anticonvulsivos específicos, y si existe impulsividad o hiperactividad, se recurre al empleo de medicamentos de uso habitual en pacientes con trastorno de déficit de atención. Los medicamentos más habituales administrados a estos pacientes son los ansiolíticos, antidepresivos y los empleados en el trastorno obsesivo-compulsivo

Tratamiento Odontológico

La patología bucal en autistas no tiene características específicas propias de este grupo de pacientes. Pueden presentar un mayor riesgo de patología oral debido a su capacidad disminuida de entender o participar en su higiene diaria y cooperar con los programas preventivos.

Las personas con autismo están, en su mayoría, sometidas a tratamientos con fármacos para atacar la ansiedad, los problemas del comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y comportamiento estereotipado), la esquizofrenia y episodios maníacos, y la epilepsia entre otros. Estos fármacos producen unos efectos secundarios que, en lo que se refiere al índice cariogénico, afecta en la secreción salival disminuyéndola produciendo sequedad de boca o xerostomía, derivando en un aumento del riesgo de caries.

Llama la atención la gran cantidad de manías, hábitos nocivos que tienen relacionados con la boca. Desde respiración bucal, a morderse la ropa, meterse los dedos en la boca, chupar objetos, morderse los labios, morder las esquinas de las paredes, onicofagia, entre otros. Como consecuencia de todos estos hábitos nocivos en las personas autistas se producen con una mayor frecuencia una maloclusión. Dan lugar a problemas en las principales funciones del sistema estomatognático como son: fonación, deglución, masticación.

Es importante destacar la presencia de Bruxismo, que se relaciona con estados de ansiedad y estrés.

Las personas con autismo padecen distintos grados de retraso mental y control motor, abarcando conductas autolesivas que tendremos que tener en cuenta y valorar. (Cachetarse la cara, golpearse la cabeza, úlceras traumáticas por mordisqueo.)

Recomendaciones para estimular su lenguaje y conocimiento en la consulta y posterior tratamiento:

- Háblale e incítale a hablar. No le dejes que pida las cosas señalándolas, tiene que hacer el esfuerzo de pronunciar su nombre.

- Nunca le presiones para que hable bien. Evita frases como "no te pongas nervioso", "habla más despacio", "dilo rápido para no confundirte", "piensa bien antes de hablar", etc. Estos comentarios sólo tienden a confundirlo y angustiarse con algo de lo que aún no es consciente.

- No le corrija continuamente. Si lo haces, tendrá miedo a hablar y dejará de hacerlo. Es preferible que más tarde repitas tú correctamente -y dentro del contexto de una frase- la palabra que él ha dicho mal. Le servirá de ejemplo.

- Háblale de forma clara y sencilla, pero siempre de manera "adulta". Si adoptas tú las palabras mal dichas de tu hijo, como "pipi" en vez de "pájaro", no le ayudarás en nada, sino todo lo contrario.

- No le interrumpas mientras habla, aunque tarde mucho en decir lo que desea. Dale su tiempo.

- Hablarle y explicarle cosas es muy positivo, pero aún lo es más escucharle y hacerlo relajadamente, aunque repita frases o palabras.

- Léele cuentos y permite que él también te cuente sus historias: lo que ha hecho durante el día, o una aventura mágica que inventar entre los dos...

COMO MANEJAR UNA RABIETA

¿Por qué ocurre esto?

Hay dos razones principales:

Sobrecarga sensorial

Deseo de algo que el niño no puede tener

Cada escenario requiere un enfoque diferente.

Las crisis por una sobrecarga sensorial son muy comunes en lugares públicos, Hay muchos estimulantes sensoriales en un supermercado u otro lugar público.

Luces fluorescentes y luces brillantes que pueden parpadear o hacer un zumbido muy molesto para las personas con autismo
Las variaciones de temperatura pueden ser irritantes al igual que el ruido del aire acondicionado

Los olores. Los productos usados en el consultorio emiten olores que pueden ser incómodos para un niño o persona con autismo

Olor a otras personas – otros compradores pueden usar perfume o el olor corporal

Ruidos inesperados desconocidos y abrasivos, música de fondo

La proximidad de las personas.

Las personas con diferencias -a veces los niños con autismo pueden no entender a las personas con diferencias y puede querer hacer comentarios al respecto muy fuerte- ¿por qué ese hombre es gordo?, ¿Por qué esa señora tiene una sola pierna?, ¿por qué ese chico está en silla de ruedas? Ese bebé es muy raro, etc.

El padre o cuidador puede ya estar estresado, cansado y distraído y perder algunas de las claves de que el colapso es inminente.

Cuando un niño con autismo quiere algo que no puede tener la rabieta resultante es una gran causa de sufrimiento para el niño y su familia. El tema se relaciona generalmente con interés obsesivo del niño, y por lo tanto la angustia de no conseguir el tema es muy grande y lo expresa en un volumen alto. La rabieta resultante puede hacer que el padre trate de salir del consultorio muy rápido, muy avergonzado y molesto con el niño y arrastrando las compras.

Ser firme con el niño y recompensar el buen comportamiento
Tener una distracción o utilizar un sistema de recompensas en el que el niño pueda escoger la opción que desee como una recompensa después de ganar los puntos suficientes

Manténgase firme. Los niños con autismo tienen que saber que no siempre pueden tener lo que quieren.

Elija un momento en el que haya menos gente -suena obvio, pero ir en un momento más tranquilo puede hacer mucha diferencia

Mantenga la calma. Este es el aspecto más difícil de manejar en una crisis. Su hijo lo necesita para estar tranquilo ahora más que nunca

Hable con voz firme y suave. Si el niño está sobrecargado una gran voz sólo servirá para aumentar la confusión. Una voz firme y suave puede proporcionar al niño algo en qué centrarse y comodidad

Use pocas palabras – hablar demasiado, no ayudará al niño, sólo lo sobrecargará más

Use el nombre del niño. Diga: “Basta. Ponete de pie. Tiempo de ir”

Llevarlo de la mano, o del brazo si es necesario y caminar con firmeza pero con calma, alejarse de donde está teniendo la crisis. Puede que tenga que salir del centro por completo.

Busque un espacio seguro -los niños necesitan un lugar fresco y oscuro o familiar para clamarse

Enfriamiento -asegúrese de que el niño no se haya sobrecalentado o deshidratado, el sobrecalentamiento y la deshidratación pueden causar o exacerbar la situación

Ignore a los demás. Los miembros del público miran, hacen comentarios que en general son poco útiles. No haga caso. Puede usar tarjetas de toma de conciencia del autismo que digan: “Por favor disculpe el comportamiento de mi hijo que él / ella tiene autismo”

Recuerde que todo comportamiento es un intento de comunicación – que podría significar:

Sobrecargado

Aburrido

Frustrado

En el dolor o malestar

Conclusión

Tengamos siempre en cuenta que los niños con TEA tienen las mismas necesidades de afecto y apoyo familiar que los demás niños, aunque a veces tengan dificultad para expresarlo. Cada

niño posee una personalidad única y la expresión del trastorno, por tanto, es diferente en cada caso. Cuanto antes se conozcan los puntos fuertes y los puntos débiles del niño, y antes se comprendan sus características y necesidades, antes se podrán también iniciar las acciones específicas para favorecer su desarrollo e integración social. Es fundamental conocer qué enfoques de tratamiento e intervención

Hoy por hoy, la educación individualizada y los apoyos especializados son las herramientas más efectivas para favorecer el desarrollo de su hijo o hija. Aunque no es fácil identificar con exactitud a un niño con este trastorno, lo cierto es que existen algunos **síntomas que hacen sospechar la presencia del autismo**. Los síntomas del autismo pueden variar significativamente, no sólo de una persona a otra, sino en el mismo paciente con el transcurso del tiempo Sin embargo, con relativa frecuencia, se ofrecen algunos enfoques terapéuticos que defienden remedios mágicos, milagrosos y no probados científicamente, que son ineficaces y sólo van a generar más frustración a los padres, así como un gasto económico innecesario

BIBLIOGRAFIA

-www.espiralsantacruz.com/noticias/espectro-autista-diferentes-grados-de-autismo/

Lic. Pilar Díaz Olmedo (Sevilla España)

Psicóloga- Centro de Atención Temprana “ESPIRAL”

-www.infocop.es/view-article.asp?id=3922

-biblioteca.brinca.org.ar/rabietas-y-crisis-en-lugares-publicos/

-www.aspau.org/

-www.autismomadrid.es

-<http://autismodiario.org>

-www.mundoasperger.com/

-www.panacea.org/

-www.conexionautismo.com 2

- Posada M, García Primo P, Ramírez A. “La prevalencia del autismo en Europa: un método para abrir las puertas hacia una política de salud pública en el autismo” www.autismoburgos.org

- Comin D. “Conductas desafiantes, agresiones y autoagresiones en los Trastornos del Espectro del Autismo” Partes I, II, IV, V. Autismodiario.org. 2012

ATENCION ODONTOLOGICA INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Autora Od. Natalia E. RAMIREZ

Lo citado contiene los enfoques, procesos y metodologías construidos desde el área de Odontología, dependiente del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de San Juan, para la prestación de servicios de atención inclusiva e integral a personas con capacidades diferentes, que se llevarán a cabo en Centro Odontológico de Atención Integral para Pacientes con Capacidades Especiales, orientados hacia el desarrollo de las capacidades individuales y colectivas de quienes conviven con la condición de discapacidad en la Provincia de San Juan, Argentina. La propuesta de política pública para esta comunidad, concibe a la condición de la discapacidad como

una realidad susceptible de ser transformada a través de la gestión multisectorial, para eso, se propone generar procesos que modifiquen imaginarios y prácticas sociales que permitan ir abriendo las puertas que impiden aún a las personas con capacidades diferentes el disfrute de una vida plena. En este sentido, el Modelo de gestión para la atención inclusiva e integral a personas con capacidades especiales entiende al cuidado como un bien público y a la prestación de servicios de atención Odontológica como un espacio fundamental de gestión de la política pública para personas con capacidades especiales de la Provincia. La meta para el 2016 es contar con

servicios con infraestructura adecuada; profesionales capaces de brindar atención Odontológica oportuna, cálida, confiable; insumos que permitan concretar prácticas de salud preventiva y articulación interinstitucional permanente que den forma a un servicio integral. Para ello, el Centro Odontológico de Atención Integral para Pacientes con Capacidades Especiales en sus diferentes modalidades potencia la ejecución del cuidado a través del fortalecimiento de las habilidades y capacidades de la persona, pero también de su familia y de quienes asumen su cuidado de manera directa. En reconocimiento de los derechos de las personas con capacidades especiales el presente modelo se concreta en generar un servicio público que concentre su esfuerzo en alcanzar niveles progresivamente mayores de autonomía que permita mejorar la calidad de vida de la persona con capacidades diferentes y de quienes están vinculados a su cuidado de manera sostenida.

Introducción

Cuando nos referimos a personas con capacidades especiales no hablamos de un problema, más bien, son hermanas, hermanos, amigas o amigos que tienen una canción, un juego o un plato favoritos; una hija o un hijo con sueños y el deseo de verlos cumplidos; una persona que sufre de alguna discapacidad, pero que tiene los mismos derechos que cualquier persona. Si se les da la oportunidad de prosperar como a los demás, aquellos que poseen capacidades diferentes poseerán el potencial para llevar vidas plenas y contribuir a la vitalidad social, cultural y económica de sus comunidades. En muchos países, las respuestas más frecuentes a la situación de las personas con capacidades especiales son la institucionalización, el abandono o el descuido. Estas respuestas son el problema y se originan en nociones negativas o paternalistas sobre la incapacidad, la dependencia y las diferencias, que se perpetúan a causa de la ignorancia. Lo que se requiere es un compromiso con los derechos y el futuro de estas personas.

La discapacidad en Argentina representa hoy un importante tema dentro de la comunidad. Actualmente, atendemos a un cambio de paradigma en lo que respecta a esta temática. La migración de una concepción basada en un enfoque médico o vinculado a la beneficencia para pasar a la adopción de un punto de vista que enfoca la discapacidad desde la óptica de los Derechos Humanos, integración e inclusión. En el plano mundial, se ha producido este cambio de perspectiva, pues ya no es el enfoque centrado en la salud o en la caridad sino que son los Derechos Humanos desde donde se parte a la hora de analizar la discapacidad. Esto tiene como punto de anclaje el considerar sujetos, y no objetos, a las personas con capacidades diferentes.

Según la OMS (Organización Mundial de Salud), la Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación.

Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para formar parte en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un

fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

Las discapacidades en la historia, personas con capacidades diferentes existieron siempre, lo que ha ido cambiando es la apreciación de la misma a lo largo del tiempo, en distintas partes del mundo y en las distintas culturas. A lo largo de la historia con diferentes enfoques se hace presente la discapacidad en todas las sociedades y ya desde la prehistoria existen pruebas que demuestran la existencia de la misma.

Por último es preciso señalar que la Política cambia la mirada y postura tradicional sobre las personas con capacidades diferentes, abandonando el modelo médico donde la discapacidad es abordada como una enfermedad y avanza hacia el modelo Biopsicosocial, que la comprende como un concepto complejo y multicausal cuya comprensión requiere la no-adscripción a posturas dicotómicas, unidimensionales y excluyentes sino la adopción de diversas posturas conceptuales y la entiende como el resultado de una relación dinámica de la persona con los entornos políticos, sociales, económicos, ambientales y culturales donde encuentra limitaciones o barreras para su desempeño y participación en las actividades de la vida diaria en estos entornos. En este sentido, el proyecto busca dar una respuesta integral y de inclusión a las personas con capacidades diferentes, su familia, y su entorno a través de la estructuración de Planes de Atención Integral que agrupen la respuesta institucional que necesita la persona, su familia y la sociedad en la que se encuentra inmerso. Estos Planes de Atención Integral permiten tener una única puerta de valoración e ingreso a los servicios sociales y también la gestión y referenciación a servicios distritales de inclusión de la población.

Se considera como uno de los principios centrales del proyecto que el Plan de Atención Integral sea una respuesta articulada, estos centros tendrán como tarea principal realizar la valoración social y de necesidades de la persona, su familia y sus cuidadores, así como gestionar y canalizar los servicios requeridos para su atención integral.

Marco Teórico

Se puede definir a una persona portadora de discapacidad como aquella que padece una alteración funcional permanente o prolongada; motora, sensorial o mental, las cuales la hacen dependiente total o parcialmente de otros para sus necesidades básicas, implicando estas desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral. La OMS introduce términos como deficiencia, discapacidad y minusvalía para definir la persona con capacidades diferentes

Deficiencia: es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Discapacidad: es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado normal para un ser humano.

Minusvalía: es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un papel

que es normal en su caso (en función de edad, sexo, factores sociales y culturales).

Al unir estos tres conceptos se entiende que no solo se trata de una persona que presenta una patología, sino que como consecuencia de la misma, no puede desarrollar sus potencialidades en su vida y en su medio social.

Existen cinco tipos principales de discapacidad, clasificadas según los ámbitos del ser humano que afectan: (Ver Anexo 1)

- * Discapacidad mental
- * Discapacidad física
- * Discapacidad síquica
- * Discapacidad auditiva
- * Discapacidad visual

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado).

En la provincia de San Juan tenemos 700.000 habitantes de los cuales 40.000 son personas que padecen capacidades diferentes, dato obtenido del Ministerio de Desarrollo Humano, Dirección de Discapacidad.

El último Censo realizado en el país en 2010 establece que aproximadamente el 7,2% de la población de la Argentina porta al menos una discapacidad, lo que implica alrededor de 2.900.000 personas.

A nivel mundial se calcula que más de mil millones de personas —es decir, un 15% de la población— están aquejadas por la discapacidad en alguna forma. Tienen dificultades importantes para funcionar entre 110 millones (2,2%) y 190 millones (3,8%) personas mayores de 15 años. Eso no es todo, pues las tasas de discapacidad están aumentando debido en parte al envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas.

Las necesidades insatisfechas de asistencia sanitaria son obtenidas ya que las personas con capacidades diferentes tienen una mayor demanda de asistencia sanitaria que quienes no padecen discapacidad, y también tienen más necesidades insatisfechas en esta esfera.

La vida cotidiana de estas personas son particularmente vulnerables a las deficiencias de los servicios de asistencia sanitaria. Dependiendo del grupo y las circunstancias, las personas con capacidades diferentes pueden experimentar una mayor vulnerabilidad a afecciones secundarias, comorbilidad, enfermedades relacionadas con la edad y una frecuencia más elevada de comportamientos nocivos para la salud y muerte prematura. Las afecciones secundarias acompañan a una enfermedad primaria y están relacionadas con esta; a menudo, ambas son previsible y evitables.

Las personas con capacidades diferentes tropiezan con una gran variedad de obstáculos cuando buscan asistencia sanitaria, barreras que impiden el acceso a la asistencia, entre ellos los siguientes

Costos prohibitivos

La asequibilidad de los servicios de salud y el transporte son dos de los motivos principales por los que las personas con capacidades diferentes no reciben los cuidados que necesitan.

Oferta limitada de servicios

La falta de servicios apropiados para las personas con capacidades diferentes es una barrera importante que impide el acceso a la asistencia sanitaria.

Obstáculos físicos

El acceso desigual a los edificios (hospitales, centros de salud), el equipo médico inaccesible, la mala señalización, las puertas estrechas, las escaleras interiores, los baños inadecuados y las zonas de estacionamiento inaccesibles crean obstáculos para usar los establecimientos de asistencia sanitaria.

Aptitudes y conocimientos inadecuados del personal sanitario
Las personas con capacidades diferentes notifican con frecuencia que el personal sanitario carece de las aptitudes para atender sus necesidades.

Cómo allanar las barreras que impiden el acceso a la asistencia sanitaria

Los gobiernos pueden mejorar la salud de las personas con discapacidad si mejoran el acceso a servicios de asistencia sanitaria de buena calidad, asequibles y que utilicen de manera óptima los recursos. Habida cuenta de que varios factores entorpecen el acceso a dicha asistencia, hacen falta reformas en todos los componentes del sistema de asistencia sanitaria que interactúan.

Políticas y legislación

Evaluar las políticas vigentes y los servicios actuales, determinar las prioridades para reducir las desigualdades sanitarias y planificar el mejoramiento del acceso y la inclusión. Realizar cambios para cumplir con la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Establecer normas de asistencia en relación con las personas con discapacidad, acompañadas de mecanismos para velar por su cumplimiento.

Financiación

Procurar que las personas con capacidades diferentes se beneficien de los programas de salud pública en pie de igualdad. Aplicar incentivos económicos para estimular a los proveedores de asistencia sanitaria a hacer accesibles los servicios y proporcionar exámenes, tratamientos y seguimiento integrales.

Prestación de los servicios

Realizar una amplia variedad de modificaciones y ajustes (alojamiento razonable) para facilitar el acceso a los servicios de asistencia sanitaria. Por ejemplo, modificar la planta de los consultorios para dar acceso a las personas que tienen dificultades para moverse o proporcionar información sanitaria en formas accesibles, como la escritura Braille. Habilitar a las personas con discapacidad para que mejoren su salud proporcionándoles información, capacitación y apoyo de otras personas en la misma situación. Promover la rehabilitación en la comunidad para facilitar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios existentes. Reconocer a los grupos que necesitan modelos alternativos de prestación de servicios, por ejemplo, servicios focalizados o coordinación asistencial para mejorar el acceso a la asistencia sanitaria.

Recursos humanos

Incorporar la enseñanza de la discapacidad en los programas de pregrado y de educación continua de todos los profesionales de la salud. Capacitar a los agentes de la comunidad para que puedan participar en la prestación de servicios preventivos. Proporcionar directrices con fundamento científico para la evaluación y el tratamiento.

Respuesta de la OMS

Con el fin de mejorar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud, la OMS:

orienta y apoya a los Estados Miembros para que aumenten la conciencia con respecto a los problemas de la discapacidad y promueve la inclusión de esta como un componente de las políticas y programas nacionales de salud;

facilita la recopilación y divulgación de datos e información acerca de la discapacidad;

elabora instrumentos normativos, en particular directrices para fortalecer la asistencia sanitaria;

genera capacidad entre los formuladores de políticas y los prestadores de servicios de salud;

fomenta la ampliación de la rehabilitación en la comunidad;

promueve estrategias para velar por que las personas con capacidades diferentes estén enteradas acerca de sus propios problemas de salud y porque el personal sanitario apoye a estas personas y proteja sus derechos y dignidad.

Argentina es contemplada como un Estado Social de Derecho y el tema de la discapacidad empieza a ser considerado y estudiado con mayor fuerza por las entidades públicas y privadas de las provincias, permitiendo con ello tomar conciencia respecto al tema y fortalecer el desarrollo legislativo que ha contribuido a la incorporación del mismo en las agendas políticas y sociales del país.

Conocer los derechos mejora las condiciones de vida y da la posibilidad de defender las condiciones de dignidad de los seres humanos.

La participación e igualdad plenas

Este es el primer tratado del sistema de derechos humanos del siglo XXI, destinado a proteger y reforzar los derechos y la igualdad de oportunidades de las cerca 650 millones de personas con discapacidad que se estima hay a nivel mundial. En él se establece que todos los seres humanos tenemos derechos que deben ser respetados, algunos de los derechos que enuncia son:

Todos tenemos derecho a la vida y como seres humanos nacemos libres e iguales,

Derecho a la autonomía

A la no discriminación y a la participación en la sociedad,

A la igualdad de oportunidades

A la accesibilidad ,

A la seguridad de nuestra persona

Al reconocimiento de nuestra persona ante la ley y la justicia

A la libertad de expresión

A la libertad de circulación

A una nacionalidad

A un trabajo y a un salario igualitario

Al respeto de nuestra privacidad

A contraer matrimonio y fundar una familia

A la salud

A un nivel adecuado de protección social

A la educación y

A tener una vida digna

Los países firmantes de la convención deberán adoptar nuevas leyes nacionales, y quitar viejas leyes, de modo que las personas con capacidades diferentes, por ejemplo, tengan los mismos derechos a la salud, educación, empleo, y a la vida socio-cultural.

LEY Nº: 8463: Observatorio de la Discapacidad

Ley 22431: Sistema de protección integral de las personas discapacitadas.

Ley 25504: SISTEMA DE PROTECCION INTEGRAL DE LOS DISCAPACITADOS

Modificación de la Ley Nº 22.431.

Ley N. 24.314: Accesibilidad de personas con movilidad reducida. Modificación de la ley Nº 22.431.

LEY Nº 24.901: SISTEMA DE PRESTACIONES BÁSICAS EN HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN INTEGRAL A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

LEY 25.280: APROBACION DE LA CONVENCION INTERAMERICANA PARA LA ELIMINACION DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACION CONTRA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

LEY 23.661:SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD.

LEY Nº: 8516: Ley de prevención del maltrato en todas sus formas hacia niñas, niños, adolescentes y personas con discapacidad, que realicen actividades con una o más personas adultas y que éstos, no sean su padre, madre, guardador, tutor o curador. La protección de la integridad física, psíquica, moral y sexual de los sujetos protegidos.

Objetivo General

Promover un servicio Provincial de abordaje terapéutico interdisciplinario para la resolución de problemáticas buco-dentales, orientado a niños y adultos con capacidades especiales que permita mejorar su calidad de vida a través de la integración e inclusión social, familiar y comunitaria, reconociendo y fortaleciendo los derechos que los asisten y generando igualdad de oportunidades.

Objetivos específicos

1)- Acondicionar espacios para la atención odontológica, psicológica, kinesiológica y social del pacientes con capacidades especiales, que cuenten o no con cobertura social.

2)- Concretar actividades de promoción y prevención de la salud bucal, mediante talleres recreativos destinado al paciente con discapacidad, su familia y personal de instituciones especializadas, para lograr protección específica y generar medidas paliativas de los factores de riesgo.

3)- Atender la salud bucal de personas con discapacidad en consultorio odontológico, en móvil odontológico y/o quirófano en caso de que lo requiera.

4)- Promover la inclusión del paciente con capacidades diferentes en los diversos ámbitos sociales, favoreciendo una visión integral de la persona y su familia

5)- Promover el trabajo en equipo y la articulación con diferentes entidades a fin de desarrollar prácticas de salud que

reduzcan o superen las consecuencias de las limitaciones psicofísicas.

6)- Promover acciones comunitarias que permitan disminuir los niveles de discriminación, contribuyendo a la eliminación de barreras sociales y/o físicas.

7)- Brindar atención odontológica en zonas alejadas, a pacientes con capacidades especiales, llegando a la comunidad en móvil odontológico.

8)- Capacitar a los equipos de profesionales odontólogos de zonas alejadas de la provincia, en la temática de atención odontológica de personas con capacidades diferentes.

9)- Fortalecer la comunicación y articulación inter e intra institucional, conformando redes sociales que oficien de apoyo y sostén del paciente, su grupo familiar y entorno comunitario.

10)- Conformar equipos interdisciplinarios que apoyen la labor del profesional odontólogo, a fin de garantizar un abordaje integral de las problemáticas psicofísicas y sociales del paciente.

Metodología de Trabajo

El presente proyecto se sustenta en la conjunción de cuatro ejes vertebradores que se articulan conformando un modelo de atención inclusiva, indagando y respondiendo a cuestiones que hacen a las necesidades, fortalezas, debilidades y posibilidades del paciente con capacidades especiales.

Se pretende un abordaje que contemple parámetros cuantitativos y cualitativos que nos permita obtener una visión amplia de las problemáticas que padecen.

El primer eje hace referencia a la necesidad de crear un Centro Odontológico de Atención Integral para Pacientes con Capacidades Especiales, para lo cual se requiere del financiamiento estatal que permita, en el futuro inmediato, rentar un espacio físico con las condiciones edilicias y sanitarias adecuadas. Y a mediano plazo, la posibilidad de contar con instalaciones definitivas en la futura construcción del Instituto Odontológico de la Provincia.

Como segundo eje se apunta a la atención odontológica Integral de pacientes con capacidades especiales de zonas periféricas y/o alejadas de la Provincia, mediante la adquisición de una unidad móvil adaptada y acondicionada para tal fin.

El tercer eje a concretar requiere de la articulación intra e inter institucional a fin de coordinar los espacios y aparatología necesaria para efectuar intervenciones quirúrgicas odontológicas, en quirófano, de los pacientes que requieran ser intervenidos.

Para el cuarto eje se considera primordial la conformación de un equipo interdisciplinarios, que cuenten con el financiamiento estatal para capacitarse en la temática de las capacidades especiales y de esa manera poder abordar desde una estrategia bio-psico-social a la persona con capacidades diferentes, abarcando sus problemáticas específicas, su contexto familiar y su inclusión socio-comunitaria.

Métodos de abordaje

Nuestro objetivo principal es brindar a las personas con necesidades especiales un abordaje terapéutico interdisciplinario que les posibilite alcanzar la máxima autonomía personal, el desarrollo de sus capacidades y la

adquisición de habilidades sociales tendientes a la integración familiar, social, laboral, educativa y recreativa.

A partir de la elaboración de un diagnóstico acertado, proyectamos el abordaje terapéutico teniendo en cuenta la singularidad de cada paciente, evitando el progresivo deterioro de la capacidad creativa, lúdica y productiva, promoviendo alivio al padecimiento que sufre y un mejoramiento de su calidad de vida.

Odontología.

Los métodos de abordaje son diferentes estrategias que debe realizar el profesional con el fin de poder iniciar el tratamiento odontológico, específicamente cuando nos referimos a técnicas de abordaje en personas con capacidades diferentes, se trata de la selección de la técnica de acuerdo a la deficiencia que presente el paciente, que contribuyan a una estrecha relación de confianza entre el paciente y el odontólogo. Este abordaje será utilizado en la atención en Centro Odontológico de Atención Integral para Pacientes con Capacidades Especiales, como en el móvil odontológico que circulara por las zonas alejadas de la Provincia. Las técnicas de motivación se aplicarán en todas las sesiones odontológicas. Como primera medida, si no existiese una situación de urgencia odontológica, se deben respetar los "tiempos" de cada paciente referidos al reconocimiento del ambiente en el que serán atendidos. La técnica de muestro, digo y hago es de frecuente elección, sin importar la capacidad cognitiva. Otras técnicas no verbales (como por ejemplo la música, el dibujo, los aromas, el juego, entre otras) que apelen a una mayor conexión afectiva pueden ser muy efectivas.

Las técnicas de contención física son de elección cuando el paciente presenta alteraciones motoras asociada con movimientos involuntarios que requieran un control de los mismos. En los casos que debamos aplicarlos se deberá motivar y preparar al individuo con el fin de evitar cualquier situación traumática. Luego de trabajar escalonadamente con técnicas de motivaciones graduales y no logrando la cooperación para tratamientos que requieran intervención de mayor tiempo o complejidad se deberá acudir a la atención bajo sedación farmacológica, realizando la consulta previamente con el médico clínico pediatra Y/o neurólogo.

Por último en los casos más severos donde no puede lograrse una mínima adaptación de la situación odontológica será necesario recurrir a la atención bajo anestesia general, con el compromiso de realizar los controles y el monitoreo del tratamiento realizado.

El enfoque que Salud ofrece desde la captación del paciente, en el área odontológica, es un tratamiento integral que contempla, no sólo las necesidades del paciente, sino también de la familia y su entorno social.

Asistente Dental y Personal Administrativo.

Es de suma importancia integrar un correcto equipo de personal auxiliar. Para lograrlo debemos seleccionar un personal que pueda ser motivado como un verdadero integrante del equipo de salud, en establecer una correcta comunicación interna (entre los integrantes de equipo) y externa (con los pacientes). Contar con asistente dental, es de suma importancia, que el mismo esté capacitado, motivado y en permanente formación. Integrados en una atmósfera de trabajo, amistad y respeto, con verdadera calidad humana.

Logrando estos objetivos, esa misma atmósfera la respira el paciente, percibiendo contención e integración en la atención odontológica.

Psicoterapia Individual, y Familiar.

Los terapeutas trabajan promoviendo la elaboración y resolución de situaciones que le resulten críticas al paciente, así como también distintas problemáticas socio-familiares y vinculares.

En el espacio terapéutico se propone el trabajo sobre la imagen positiva del paciente aumentando la confianza en sí mismo tanto como la autoestima. Brindamos estrategias para el desarrollo de la autonomía funcional, tolerancia a la frustración, asertividad, desarrollo de recursos de comunicación, desarrollo de vínculos de confianza y seguridad, enseñanza de habilidades de autovalimiento y de habilidades sociales.

Espacio de Asesoramiento y Orientación a Padres.

Se ofrece un especial apoyo a los padres ya que son ellos quienes deben atravesar las dificultades junto a sus hijos.

En el centro encontrarán orientación y contención por parte del equipo de salud, con respecto a la resolución de situaciones cotidianas en la relación del entorno familiar con el niño, y también orientación y acompañamiento en todos aquellos trámites de gestión que deban realizar.

Área de Psicopedagogía.

Los psicopedagogos apuntan a estudiar el problema de aprendizaje que presenta el niño en su particularidad, para luego propiciar en él la creación de estrategias y habilidades eficaces que le permitan aprender de manera autónoma y eficiente. En este "aprender a aprender" también se hace hincapié en el desarrollo de la autonomía, tan desdibujada en los casos de discapacidad.

Fonoaudiología.

A partir de un diagnóstico fonoaudiológico estos profesionales especializados en esta área se dedican a la detección e intervención temprana, así como a la recuperación y terapéutica de las deficiencias auditivas, lingüísticas y fonatorias capaces de generar discapacidades.

Se trabaja desde el modelo neuro-psico-lingüístico, a partir del cual se abordan dificultades desde leve a severas o profundas, utilizando tecnologías que optimizan la rehabilitación de los procesos de comunicación en sus distintos niveles.

Abordaje Escolar.

En Salud tenemos una mirada holística del niño. Consideramos que los ámbitos escolares junto a los familiares, son los primeros espacios de aprendizaje, crecimiento y desarrollo cognitivo y social. Es por ello que nuestro trabajo se desarrolla en permanente contacto con las instituciones educativas a las que concurren nuestros pacientes, asesorando a los educadores con distintas estrategias a desarrollar dependiendo de las necesidades individuales de cada persona, desde la promoción y prevención.

Trabajo Social.

Esta área, trata de potenciar todas las virtualidades de las personas con capacidades diferentes, de las familias, de los grupos, de las organizaciones y comunidades en que

desarrollan su vida, para conseguir el máximo de bienestar social y calidad de vida.

Servicios de atención a personas con capacidades especiales: servicios de asesoramiento, valoración e información de recursos; servicios de atención precoz; servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; formación e inserción socio-laboral; asociacionismo de personas afectadas y de familiares o grupos sensibilizados; voluntariado; pisos protegidos; defensa y tutela de los bienes de personas con incapacidad.

Kinesiología.

La kinesiología como terapia fundamental en la rehabilitación para personas con capacidades especiales.

La Kinesiología utiliza la información que tiene la persona a través del lenguaje corporal, que se encuentra guardada en sus músculos, y a la cual accedemos aplicando técnicas que utiliza de forma organizada los mecanismos de facilitación e inhibición funcional, principalmente el test muscular para evaluar la afectación del estrés de la persona facilitando sus mecanismos de adaptación. Se Combinan técnicas, su premisa fundamental es que el cuerpo tiene energía innata para la curación y constantemente está haciendo lo que puede para recuperarse, pero a veces necesita que le ayuden a lograr esa recuperación.

Áreas de Recreación.

Arte.

El arte como terapia para personas con capacidades diferentes, El arte es un magnífico vehículo de expresión. Permite desarrollar la imaginación, potencia la autonomía y favorece la integración. Sus beneficios son indiscutibles y, por ello, se aprovechan para mejorar la calidad de vida de las personas con capacidades diferentes. El arte puede ser entendido como terapia o como educación artística. El objetivo es que "se empiecen a valorar las potencialidades de la persona, no su cociente intelectual".

Deporte.

El deporte adaptado para personas con capacidades especiales representa una real importancia en el desarrollo personal y social del individuo que lo practica. Uno de los principales beneficios a tener en cuenta es aquel de índole psicológico. Toda persona con alguna disminución de sus capacidades deberá enfrentar una sociedad construida sobre parámetros "normales", siendo muchas veces estos parámetros las barreras que diariamente las personas con capacidades diferentes deberán sortear.

El deporte ayudará en un principio a abstraerse por momentos de los inconvenientes que esas barreras acarrearán; además fortalecerá su psiquis (afectividad, emotividad, control, percepción, cognición). Pero lo que es más importante es que el deporte crea un campo adecuado y sencillo para la auto-superación, ella busca establecer objetivos a alcanzar para poder superarse día a día y luego a partir de ellos proyectar otros objetivos buscando un reajuste permanente, un "feedback". La auto-superación no sólo acarrea beneficios de índole psicológica sino también social.

Atención Integral para Pacientes con Capacidades Especiales deberá reunir las siguientes características

Dos consultorios odontológicos, cada uno deberá cumplir con la siguientes medidas 3mts. x 4mts.

Un consultorio donde funcionara Kinesiología que deberá cumplir con la siguiente medida 3mts. X 4mts

Dos consultorios en los cuales se llevara a cabo la atención de Psicología, Fonoaudiología, Psicopedagogía y Trabajo Social que sus medidas deben ser de 3mts. X 3mts.

La sala de espera deberá contar con una longitud de 10mts. x 5mts.

Un Espacio destinado al fácil estacionamiento, que permita el acceso de los pacientes el cual debe cumplir con 6mts x 8mts

La puerta de acceso tiene que ser vaivén de un metro de ancho y contar con una rampa con una pendiente máxima de 1:7 de un metro de ancho libre entre pasa manos, el piso deberá ser firme, uniforme y antiderrapante, la longitud no mayor de 6 mts de largo, señalamientos que prohíbe la obstrucción de la misma.

Sala de revelado.

Accesos

a. Accesos exteriores

Evitar o absorber desniveles.

Zona de aproximación al borde de la rampa o escalera, de 120 cm de ancho.

Marco en color de alto contraste para remarcar el acceso.

Puertas de 100 cm de ancho libre como mínimo.

Chapas con manija tipo palanca.

Señalamiento que indique el permiso de acceso a perros guía.

b. Accesos interiores

Puertas en color de alto contraste entre muro y cancel.

Puertas de 100 cm de ancho libre como mínimo.

Chapas con manija tipo palanca.

Abatimiento hacia el muro más cercano si está en esquina.

Señalización normativa y con relieve en los accesos de locales que atienden al público.

c. Salidas de emergencia

Señalización normativa, en relieve y color contrastante con el fondo.

Señalización Braille únicamente en unidades hospitalarias de alta especialidad.

Abatimiento de la puerta hacia el exterior.

2. Circulaciones

a. Rampas

Cuando no sea posible evitar los cambios de nivel en pisos deberán ser absorbidos mediante rampas con las siguientes características:

Ancho libre mínimo de 100 cm.

Pendiente no mayor del 6 %.

Bordes laterales de 5 cm de altura.

Pasamanos laterales con sección redonda de 3.8 cm de diámetro colocados a 75 cm y 90 cm de altura sobre el nivel del piso.

Piso uniforme y antiderrapante.

Longitud no mayor de 600 cm.

Cuando la longitud requerida sobrepase los 600 cm, se considerará descansos de 150 cm de longitud, entre rampas.

Zona de aproximación a la rampa de 120 cm de ancho, con textura diferente al piso predominante.

Señalamiento que prohíba la obstrucción de la rampa con cualquier tipo de elemento.

Símbolo internacional de acceso a personas con discapacidad.

b. Escaleras

Ancho mínimo de 180 cm.

Zona de aproximación a la escalera, de 120 cm de ancho, con textura diferente al piso predominante.

Invariablemente se especificarán para las huellas, materiales con textura antiderrapante.

Se considerarán como medidas máximas 14 cm para peraltes y 32 cm para huellas.

Desarrollo de la escalera con un máximo de 15 peraltes.

Los peraltes serán verticales o con una inclinación no mayor a los 2.5 cm.

Para las huellas podrá especificarse toda la gama de losetas cerámicas, concretos o materiales pétreos, contenidos en la norma correspondiente.

Podrán especificarse materiales no incluidos en la norma, siempre y cuando satisfagan los requisitos de textura y color.

Pasamanos con sección redonda de 3.8 cm de diámetro colocados en ambos lados a 75 cm y 90 cm del nivel de piso y prolongados 60 cm en el arranque y llegada de la escalera.

c. Elevadores

Se requiere elevador a partir de dos niveles, con las siguientes características:

Ubicación cercana al acceso principal.

Área interior libre, de 150 por 150 cm como mínimo. Ancho mínimo de puerta de 100 cm.

Controles de llamada colocados a 120 cm del nivel de piso a la parte superior.

Dos tableros de control de niveles colocados en ambos lados de la puerta.

En elevadores existentes con dimensiones menores a las especificadas, uno de los tableros se colocará en la pared lateral a la altura ya indicada.

Barandales interiores colocados a 75 y 90 cm de altura en tres lados, separados 5 cm de la pared.

Los botones contarán con números arábigos en relieve y caracteres en lenguaje Braille, dependiendo del tipo de unidad hospitalaria.

Los mecanismos de cierre automático de puerta deberán tener 15 segundos de apertura como mínimo.

Exactitud en la parada con relación al nivel de piso.

Señalización del número de piso en relieve y lenguaje Braille a 140 cm de altura, sobre los controles de llamada, dependiendo del tipo de unidad hospitalaria.

Señalización del número de piso en relieve colocado en el marco de la puerta a una altura de 140 cm del nivel de piso terminado.

Señales audibles y visibles de aviso anticipado de llegada.

d. Circulaciones Horizontales de Comunicación

Ancho libre mínimo de 180 cm.

Pasamanos tubulares continuos de 3.8 cm de diámetro, colocados a 75 y 90 cm de altura, separados 5 cm de la pared y pintados de color contrastante.

Sistema de alarma de emergencia a base de señales audibles y visibles con sonido intermitente y lámpara de destellos.

Señalización conductiva.

3. Atención a público

a. Puesto de Atención

Las áreas de atención contarán con un mueble de control cuya altura no sea mayor a los 90 cm y que no obstaculice la aproximación de personas en sillas de ruedas.

Área de atención de 150 cm de ancho como mínimo para permitir el acceso de silla de ruedas.

5. Salas de espera

a. Se destinará un área para personas en silla de ruedas por cada 16 lugares de espera (mínimo uno) con las siguientes características:

Área de 120 por 120 cm.

Circulación de 150 cm como mínimo.

Señalamiento de área reservada.

b. Se reservará un asiento para personas con muletas o bastones por cada 16 lugares de espera (mínimo uno).

Señalamiento de área preferencial.

Gancho para colgar muletas o bastones, colocado a una altura de 160 cm.

7. Sanitarios para público

En unidades médicas con capacidad de tres muebles (inodoros y mingitorios) en adelante se considerará:

a. Sanitario para personas que usan muletas o bastones.

Ancho libre mínimo del gabinete, 90 cm.

Puerta de 90 cm de ancho como mínimo.

Barra de apoyo lateral combinada "horizontal - vertical" colocada a 150 cm de altura en su parte superior y a 40 cm del muro posterior del inodoro.

Barra de apoyo lateral horizontal colocada a 75 cm de altura y a 30 cm del muro posterior del inodoro.

Gancho o ménsula para colgar muletas, colocado a 160 cm de altura.

b. Sanitario para personas en silla de ruedas

Dimensiones de 200 cm de fondo por 160 cm de frente.

Puerta de 100 cm de ancho mínimo.

Inodoro de 52 cm de altura, colocado a 56 cm de su eje, con respecto al paño de la pared.

Barras de apoyo horizontales de 90 cm de longitud colocadas a 50 cm y 90 cm de altura del lado de la pared más cercana al inodoro y a 30 cm del muro posterior.

Barra de apoyo esquinera combinada "horizontal - vertical" colocada a 75 cm de altura del lado de la pared más cercana al inodoro.

Flujómetro manual o con sensor de presencia.

c. Mingitorio.

Mueble colocado a 45 cm de su eje al paño de los elementos delimitantes.

Barras verticales de apoyo de 75 cm de longitud, colocadas en la pared posterior a 30 cm del eje del mingitorio en ambos lados del mismo a una altura de 160 cm en su parte superior.

Gancho o ménsula para colgar muletas, de 12 cm de longitud a una altura de 160 cm en ambos lados del mingitorio.

Flujómetro manual o con sensor de presencia.

d. Lavabos.

Mueble colocado a 76 cm de altura libre, anclado al muro para soportar un peso de 100 kg.

Desagüe hacia la pared posterior para permitir el paso de las piernas de la persona en silla de ruedas.

Distancia a ejes, de 90 cm entre lavabos.

Grifo colocado a 35 cm de la pared separados 20 cm entre sí.

Cuando exista agua caliente, el grifo correspondiente se señalará con color rojo.

Los manerales serán tipo aleta.

Los accesorios como toallero y secador de manos se colocarán a 100 cm de altura como máximo.

Gancho o ménsula para colgar muletas, de 12 cm de longitud, colocado a 160 cm de altura.

En todos los casos se considerará:

Piso antiderrapante.

Muros macizos en sanitarios para personas con discapacidad.

Circulación interna de 150 cm de ancho.

Puertas del sanitario con abatimiento hacia fuera.

Barras de apoyo de fierro galvanizado esmaltado o acero inoxidable de 3.8 cm de diámetro.

Anexo 1

La Organización Mundial de la Salud ofrece estas definiciones:

Discapacidad: Es cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo.

Deficiencia: Es la pérdida o la anomalía de una estructura o de una función psicológica, fisiológica o anatómica, que puede ser temporal o permanente. Entre las deficiencias se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida por un miembro, órgano, tejido o cualquier otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas de la función mental.

Clasificación

Discapacidad física: Esta es la clasificación que cuenta con las alteraciones más frecuentes, las cuales son secuelas de poliomielitis, lesión medular (parapléjico o cuadripléjico) y amputaciones.

Discapacidad sensorial: Comprende a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.

Discapacidad intelectual: Se caracteriza por una disminución de las funciones mentales superiores (inteligencia, lenguaje, aprendizaje, entre otros), así como de las funciones motoras. Esta discapacidad abarca toda una serie de enfermedades y trastornos, dentro de los cuales se encuentra el retraso mental, el síndrome Down y la parálisis cerebral.

Discapacidad psíquica: Las personas sufren alteraciones neurológicas y trastornos cerebrales.

Capacidad intelectual

GENERAL: Niño con una discapacidad significa un niño evaluado en conformidad con 300.304 hasta 300.311 que puede tener retraso mental, un impedimento auditivo (incluyendo la sordera), un impedimento en el lenguaje o en el habla, un impedimento visual (incluyendo la ceguera), un trastorno emocional serio (referido en esta parte como "trastorno emocional"), un impedimento ortopédico, autismo,

una lesión cerebral traumática, otro impedimento en la salud, una discapacidad específica del aprendizaje, sordera-ceguera, o discapacidades múltiples, y quien, por la misma razón, necesita educación especial y servicios relacionados.

Si, consistente con §300.39, el servicio relacionado requerido por el niño es considerado educación especial en lugar de un servicio relacionado bajo los estándares Estatales, el niño sería determinado como niño con una discapacidad bajo el párrafo de esta sección.

Niños entre tres y nueve años de edad que experimentan retrasos en el desarrollo. Niño con una discapacidad para niños entre tres y nueve años de edad (o cualquier subgrupo de ese rango de edad, incluido el de tres a cinco años), puede, sujeto a las condiciones descritas en §300.111, incluir a un niño que experimenta retrasos en el desarrollo, tal y como es definido por el estado y medido por procedimientos e instrumentos de diagnóstico apropiados, en una o más de las áreas siguientes— Desarrollo físico, desarrollo cognoscitivo, desarrollo en la comunicación, desarrollo emocional o social o desarrollo en la adaptación; y

Que, por la misma razón, necesita educación especial y servicios relacionados.

• a) Definiciones de los términos de discapacidad. Los términos usados en esta definición de un niño con una discapacidad son definidos de la siguiente manera

Autismo: significa una discapacidad del desarrollo que afecta significativamente la comunicación verbal y no-verbal y los intercambios sociales, generalmente evidente antes de los 3 años de edad, que afecta adversamente el rendimiento académico del niño. Otras características asociadas a menudo con el autismo son la ocupación en actividades repetitivas y movimientos estereotípicos, la resistencia a cambios ambientales o a cambios en las rutinas diarias y respuestas poco comunes a las experiencias sensoriales.

El término autismo no se aplica si el rendimiento académico del niño es afectado adversamente principalmente porque el niño tiene un trastorno emocional, tal como definido en el párrafo de esta sección.

(1) Un niño que manifiesta las características del autismo después de la edad de tres años podría ser identificado como tener autismo si se cumplen con los criterios en el párrafo de esta sección.

(2) **Sordera-ceguera:** significa impedimentos auditivos y visuales concomitantes, cuya combinación causa necesidades tan severas en la comunicación y otras necesidades educacionales y del desarrollo que no se pueden acomodar en los programas de educación especial sólo para niños con sordera o niños con ceguera.

(3) **Sordera:** significa un impedimento auditivo tan severo que el niño está impedido en el procesamiento de información lingüística por vía auditiva, con o sin amplificación, que afecta adversamente el rendimiento académico del niño.

(4) **Trastorno emocional:** significa una condición que exhibe una o más de las siguientes características a través de un periodo de tiempo prolongado y hasta un grado marcado que afecta adversamente el rendimiento académico del niño.

(A) Una inhabilidad de aprender que no puede explicarse por factores intelectuales, sensoriales o de la salud.

(B) Una inhabilidad de formar o mantener relaciones interpersonales satisfactorias con sus pares y maestros.

(C) Conducta o sentimientos inapropiados bajo circunstancias normales.

(D) Un humor general de tristeza o depresión.

(E) Una tendencia a desarrollar síntomas físicos o temores asociados con problemas personales o escolares.

(F) El término incluye esquizofrenia. El término no se aplica a los niños que son socialmente mala justados, a menos que se determine que tienen un trastorno emocional bajo el párrafo de esta sección.

(5) **Auditivo:** significa un impedimento en la audición, ya sea permanente o fluctuante, que afecta adversamente el rendimiento académico del niño pero que no se incluye bajo la definición de sordera en esta sección.

(6) **Discapacidad intelectual:** significa un funcionamiento intelectual general significativamente bajo del promedio, que existe concurrentemente con déficits en la conducta adaptativa y manifestado durante el periodo de desarrollo, que afecta adversamente el rendimiento académico del niño.

(7) **Discapacidades múltiples:** significa impedimentos concomitantes (como retraso mental-ceguera o retraso mental-impedimento ortopédico), cuya combinación causa necesidades educativas tan severas que no se pueden acomodar en los programas de educación especial dedicados únicamente a uno de los impedimentos. Las discapacidades múltiples no incluyen la sordera-ceguera.

Impedimento ortopédico: significa un impedimento ortopédico severo que afecta adversamente al rendimiento académico del niño. El término incluye impedimentos causados por una anomalía congénita, impedimentos causados por una enfermedad (por ejemplo, poliomielitis, tuberculosis ósea) e impedimentos por otras causas (por ejemplo, parálisis cerebral, amputaciones y fracturas o quemaduras que causan contracturas).

Otro impedimento en la salud: significa tener fuerza, vitalidad o vigilancia limitada, incluyendo una vigilancia elevada a los estímulos ambientales, que resulta en una vigilancia limitada con respecto al ambiente educacional, que—Se debe a problemas crónicos o agudos de la salud como el asma, desorden deficitario de la atención o desorden deficitario de la atención/hiperactividad (AD/HD), diabetes, epilepsia, una condición cardíaca, hemofilia, envenenamiento con plomo, leucemia, nefritis, fiebre reumática, anemia falciforme y síndrome de Tourette; y Afecta adversamente el rendimiento académico del niño.

Impedimento del habla o lenguaje: significa un desorden en la comunicación como el tartamudeo, un impedimento de la articulación, un impedimento del lenguaje o un impedimento de la voz, que afecta adversamente el rendimiento académico del niño.

Lesión cerebral traumática: significa un daño adquirido al cerebro causado por una fuerza física externa, que resulta en una discapacidad funcional total o parcial, o en un impedimento psicosocial, o ambos, que afecta adversamente el rendimiento académico del niño. La lesión cerebral traumática se aplica a heridas abiertas o cerradas que resultan en impedimentos en una o más áreas como la cognición; el lenguaje; la memoria; la atención; el razonamiento; el

pensamiento abstracto; el juicio; la resolución de problemas; las habilidades sensoriales, perceptuales y motrices; la conducta psico-social; las funciones físicas; el procesamiento de información; y el habla. La lesión cerebral traumática no se aplica a heridas cerebrales que son congénitas o degenerativas, o a heridas cerebrales inducidas por trauma en el nacimiento.

Impedimento visual: incluyendo la ceguera significa un impedimento en la visión que, aun con corrección, afecta adversamente el rendimiento académico del niño. El término incluye la vista parcial y la ceguera.

Anexo 2

NORMAS DE BIO SEGURIDAD

Introducción

Los profesionales de la odontología y el personal que trabajan en el consultorio odontológico están expuestos a una gran variedad de microorganismos desde esporas, bacterias, hongos, virus y protozoarios que pueden encontrarse en la sangre y/o saliva de los pacientes. Cualquiera de estos microorganismos puede causar una enfermedad infectocontagiosa a través de pinchazos y/o salpicaduras producidas por el aerosol utilizado en la práctica dental y de una manera indirecta en el momento de limpiar el instrumental o eliminar los desechos.

Por otro lado, los microorganismos más comunes son virus como el de la influenza, hepatitis B (VHB), hepatitis C (VHC) hepatitis simple (tipo I y II) y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Existen otros virus que pueden ser transmitidos en el consultorio odontológico, entre ellos están la rubeola, varicela zoster, Epstein-barr, citomegalovirus, papiloma humano (VPH) y adenovirus. También se deben mencionar las bacterias como estafilococos, estreptococos y el *Mycobacterium tuberculosis*. El contagio puede establecerse por contacto directo con sangre, fluidos orales u otras secreciones, o por contacto indirecto con instrumentos, equipos y superficies ambientales contaminadas. Sin embargo, para que exista una infección se requiere que tres condiciones estén presentes (cadena de la infección):

- 1) Un huésped susceptible.
- 2) Un agente patógeno en número suficiente para producir la enfermedad.
- 3) Una puerta de entrada en el huésped.

A partir de 1978, gracias a la preocupación por la infección causada por el virus de la hepatitis B, la Asociación Dental Americana emitió las primeras directrices sobre el control de infecciones en la odontología, pero no fue sino hasta 1986 cuando el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta (CDC), en Estados Unidos de Norteamérica, da a conocer su primera declaración sobre precauciones universales, las cuales fueron introducidas para minimizar la transmisión de los patógenos que viven en la sangre de individuos infectados a trabajadores de la salud. Actualmente, el CDC ha establecido el uso de barreras protectoras, manejo del instrumental e indicaciones para la desinfección y esterilización del instrumental.

Las precauciones universales o de bioseguridad son particularmente relevantes en los procedimientos

odontológicos, pues éstos pueden involucrar sangre y/o saliva contaminadas. Tales recomendaciones para el control de infecciones son de vital importancia para el odontólogo y el personal que trabaja en el consultorio odontológico. A partir de 1996, el CDC ha actualizado el protocolo para el control de infecciones y ha incluido un número mayor de precauciones universales para la prevención de transmisiones de patógenos que viven en la sangre, expandiendo así los principios de bioseguridad a todos los fluidos corporales para minimizar el riesgo de infección cruzada entre pacientes y trabajadores de la salud.

Así mismo, las normas de bioseguridad surgieron con el fin de controlar y prevenir la transmisión de enfermedades infectocontagiosas, las cuales cobraron mayor importancia con la aparición del VIH y que son todos aquellos principios, procedimientos y cuidados que se deben practicar al atender pacientes y/o manipular instrumental, equipos y espacios contaminados para evitar el riesgo de infección. La bioseguridad debe entenderse como una doctrina de comportamientos encaminada a promover actitudes y conductas que reduzcan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral. Los principios de la bioseguridad se pueden resumir de la siguiente manera:

- A) Universalidad: las medidas deben involucrar a todos los pacientes de todos los servicios, independientemente de si se conoce o no su serología. Todo el personal que labora en el ambiente odontológico debe prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas a elementos contaminados.
- B) Uso de barreras: es fundamental evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminados mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos. El uso de estas barreras no descarta los accidentes laborales, pero sí disminuye el riesgo y las consecuencias de los mismos.
- C) Medio de eliminación de material contaminado: comprende el conjunto de procedimientos mediante los cuales son depositados y eliminados sin riesgo los materiales utilizados en la atención de los pacientes. Las medidas de bioseguridad y control de infecciones se basan en los siguientes puntos:

1. Inmunización del personal.
2. Barreras protectoras.
3. Lavado y cuidado de las manos.
4. Utilización racional del instrumental punzante.
5. Desinfección y esterilización del instrumental.
6. Limpieza y desinfección de superficies contaminadas.
7. Eliminación de desechos y material contaminado.

Inmunización del personal de salud

La hepatitis B es considerada una de las infecciones de mayor riesgo para los profesionales de la salud. Por esta razón, el CDC les recomienda, incluidos los odontólogos y su personal auxiliar, que dado que están expuestos a sangre o fluidos corporales contaminados con sangre, sean inmunizados contra el VHB. Se han establecido tres dosis: la segunda y la tercera a un mes y seis meses de la primera, respectivamente; sin embargo, para acelerar la inmunización se indica la segunda y la tercera al mes y dos meses de la primera, y una dosis adicional al año. La vacuna de la hepatitis B reduce a más de 95% la posibilidad de una infección frente a una exposición ocupacional con el VHB.

Barreras protectoras

Las salpicaduras de productos biológicos contaminados de origen bucal suponen un riesgo de contagio cuando entran en contacto con la mucosa conjuntival, o bien, el tejido cutáneo que presente solución de continuidad o procesos inflamatorios que faciliten la penetración de un posible agente microbiano a la dermis. El CDC y la ADA recomiendan emplear sistemáticamente diversas barreras biomecánicas como métodos de prevención. El uso de estas barreras se ha arraigado cada vez más en la conducta del odontólogo y de su personal auxiliar a través de diversas técnicas que comprenden la protección de los ojos, las manos, la boca y la nariz (utilización de guantes, tapaboca y máscara, entre otros).

Guantes. La principal vía de transmisión en las infecciones cruzadas son las manos; en ese sentido, el empleo de los guantes es una de las barreras mecánicas más eficaces. El personal de limpieza de las salas clínicas debe limpiar y desinfectar el instrumental y las superficies. Los guantes pueden ser desinfectados y reusados.

Tapaboca. El tapaboca o mascarilla protege principalmente la mucosa nasal y bucal e impide la penetración en el aparato respiratorio o digestivo de los dentritus, aerosoles y salpicaduras que se producen durante la limpieza del consultorio dental. El tapaboca protege de las posibles inhalaciones de las microgotas de agua que están en el ambiente del consultorio producto de la formación de aerosoles al ponerse en contacto el agua con la saliva del paciente (la saliva es un medio contaminado) o por la inhalación de microgotas de sangre que se pueden generar en algunos procedimientos clínicos. El tapaboca también evita la inhalación de vapores de ciertas sustancias tóxicas, irritantes o alérgicas que se hallan en el consultorio.

Protección ocular. Todo el equipo de salud odontológica debe utilizar protección ocular, ya que es la forma de prevenir traumas o infecciones a nivel ocular con salpicaduras, aerosoles o microgotas flotantes en el ambiente. Los ojos, por su limitada vascularidad y baja capacidad inmunitaria, son susceptibles de sufrir lesiones microscópicas. Los lentes protectores son insuficientes, pues no cubren por completo la cara del operador y personal auxiliar. Esto ha llevado a implantar un mecanismo de protección más seguro; se trata de la máscara, la cual debe sobrepasar por lo menos 8 cm por debajo del mentón y debe ser de plástico semirrígido para impedir su deformación. La máscara tiene la ventaja de permitir el uso de los lentes correctores debajo de ésta. La utilización de la máscara no exime del empleo del tapaboca para la protección de aerosoles contaminados. Este tipo de elementos debe cumplir con las siguientes características: proporcionar protección periférica, poderse desinfectar, no distorsionar la visión, ser ligeros y resistentes.

Gorro. Se recomienda que el odontólogo y su personal auxiliar usen gorro en el lugar de trabajo, ya que existe clara evidencia de la contaminación del cabello y el cuero cabelludo con el aerosol o microgotas de saliva producidos durante la práctica dental. Además, evita la caída de algún cabello en la boca del paciente. El gorro puede ser de tela o de material desechable, sin embargo, en cualquiera de los casos debe ser eliminado después de terminadas las labores.

Bata. Su finalidad es evitar la contaminación de la ropa normal durante la limpieza del consultorio. La bata ideal es aquella elaborada con material impermeable o de algodón poliéster, de manga larga, con puños elásticos, cuello redondeado y de corte alto, sin bolsillos, ni pliegues, ni dobleces que permitan la retención de material contaminado; debe abarcar hasta el tercio medio de la pierna. Las batas deben ser cambiadas diariamente o cuando se vea sucia o contaminada por fluidos, y no debe utilizarse fuera del ambiente de trabajo.

Calzado. Debe ser cómodo, cerrado y de corte alto, no debe tener ninguna parte del pie expuesta al medio ambiente y debe ser de uso único, es decir, sólo para estar dentro de las instalaciones de la labor odontológica.

Lavado de las manos

La piel intacta y saludable provee la mejor protección contra los microorganismos. En la piel de los trabajadores de la salud se pueden encontrar microorganismos residentes y transitorios. La flora residente o saprófita se halla en la capa superficial de la piel y tiene poca virulencia. En cambio, la flora transitoria es aquella que se adquiere al entrar en contacto con pacientes con enfermedades infectocontagiosas. El lavado adecuado de las manos podrá remover o inhibir a ambas poblaciones de microorganismos, sin embargo, la flora transitoria es removida más fácilmente por los jabones, y la flora residente es mucho más lábil a los antisépticos.

El lavado de las manos es el procedimiento más importante para reducir la cantidad de microorganismos presentes en la piel y uñas, por lo tanto, se ha convertido en el método de prevención por excelencia. Todos los trabajadores del equipo de salud odontológica deben lavarse las manos antes y después de realizar sus labores, antes y después de colocarse los guantes, después de tocar cualquier objeto inanimado susceptible a la contaminación con sangre, saliva o secreciones respiratorias provenientes de algún paciente.

La zona que se halla por debajo de las uñas puede albergar microorganismos y sangre residuales hasta por un periodo de cinco días cuando no se utilizan sistemáticamente los guantes, es por ello que durante el lavado de las manos se debe poner atención especial al área por debajo de las uñas y la cutícula. Para la higiene de las manos en procedimientos no invasivos es adecuado el uso de agua y jabón común, aunque se pueden emplear igualmente antimicrobianos (como hexaclorofeno al 3%), cloruro de benzalcónico o yodopovidina al 0.75%. En ambos casos es recomendable el lavado con agua fría, ya que ésta provoca el cierre de los poros de las manos. La presentación líquida de los jabones es la más segura, pues la presentación sólida o en barra puede favorecer el crecimiento bacteriano y las infecciones cruzadas.

Cuidado de las manos

Cuando la piel está irritada, sus propiedades como elemento de barrera natural se ven comprometidas, lo cual la hace más susceptible a la penetración de cuerpos extraños de cualquier índole. En consecuencia, los integrantes del equipo odontológico que presenten lesiones exudativas o cualquier tipo de dermatitis en las manos, no deben exponerse directamente a los fluidos del paciente. No obstante, cualquier corte o abrasión debe ser cubierto con algún adhesivo o similar antes de la colocación de los guantes. Las cremas evanescentes para las manos, hidratantes, lubricantes o

emolientes de la piel se recomiendan para aliviar la resequeidad producida por el lavado de manos frecuente y evitar la dispersión de los microbios de la piel al medio ambiente. Una zona importante es la cutícula, la cual al recortarse o eliminarse totalmente se puede convertir en una puerta de entrada para hongos, virus y bacterias, por lo que es fundamental prepararla por lo menos 48 horas antes de acudir al lugar de trabajo con el fin de que el tejido epitelial se regenere.

Limpieza y desinfección de superficies contaminadas

Las superficies del consultorio odontológico se contaminan fácilmente a través de salpicaduras generadas por el aerosol producido durante los tratamientos odontológicos. Dependiendo de la naturaleza de los patógenos y de las características del ambiente, como temperatura y humedad, estos agentes pueden sobrevivir en las superficies por periodos desde pocos minutos a varias semanas e, inclusive, meses.

El contacto con superficies contaminadas puede contaminar directamente las manos. Algunos autores señalan que estas salpicaduras pueden afectar el área del antebrazo del operador, la región del cuello y del pecho del paciente, por lo que se recomienda la utilización de la alta succión en los procedimientos que involucren producción de aerosoles.

La eficiencia de la desinfección depende principalmente de establecer un protocolo para el uso del producto seleccionado y la aplicación de éste regular y correctamente. Las superficies deben ser desinfectadas después del tratamiento de cada paciente y al final del trabajo diario. Para desinfectar las zonas contaminadas con sangre o fluidos corporales, se recomienda proceder con guantes industriales, colocando primero el papel y/u otro material absorbente y descontaminar luego con una solución desinfectante de nivel alto o intermedio.

Si la cantidad de sangre o material fuera mucha, se puede verter primero la solución de desinfectante de alto nivel, dejar actuar por 10 minutos y proceder luego al lavado. Para este tipo de contaminación no es conveniente el uso de alcohol, ya que se evapora rápidamente y coagula los residuos orgánicos sin penetrar en ellos. Se deben limpiar y desinfectar paredes, pisos, estantes y la unidad diariamente con una solución de desinfectante de nivel intermedio. Se ha comprobado que existe acumulación de microbios en las líneas de agua de las unidades, especialmente en la noche y en los fines de semana. Por dicha razón, se aconseja que al comenzar el día se deje fluir el agua durante varios minutos en todas las posibles salidas (no sólo en la pieza de alta velocidad). La escupidera debe desinfectarse entre paciente y paciente con la misma solución desinfectante. Así mismo, se deben hacer funcionar los eyectores con esta solución una vez finalizada la consulta para descontaminar la parte interna de las cañerías.

Eliminación de desechos y material contaminado

Resulta obligatorio denunciar y velar por la correcta eliminación de residuos, los cuales incluyen aquellos que contienen una elevada cantidad de gérmenes capaces de transmitir o generar enfermedades contagiosas que representen un riesgo sanitario o causar contaminación del aire o del agua. El material punzante desechable como agujas, cartuchos de anestesia, hojas de bisturí y otros, deben ser

colocados en envases resistentes a perforaciones, de paredes rígidas, de boca angosta para evitar su fácil salida al exterior, de amplia capacidad, de material compatible con la incineración y debe estar ubicado cerca del área de trabajo. Luego de llenadas las tres cuartas partes de la capacidad del envase, se obturará la boca del mismo y se eliminará.

Es conveniente descontaminar las gasas, algodones y otros elementos contaminados con sangre o saliva que sean desechables, no punzantes o cortantes en una solución de hipoclorito de sodio al 2% antes de ser puestos en bolsas resistentes, impermeables y debidamente rotuladas. El instrumental desechable como conos y cepillos de profilaxis, eyectores de saliva, puntas de alta succión y protectores de jeringas de aire/agua deben emplearse en un solo paciente y ser eliminados, ya que no están diseñados para limpiarse, desinfectarse o esterilizarse.

La basura –como los guantes, tapaboca, papeles absorbentes, cubiertas que pudieran estar contaminadas con fluidos corporales– debe manejarse cuidadosamente con guantes industriales y ser colocada en bolsas plásticas gruesas, impermeables y selladas para minimizar el contacto humano. De igual modo, antes de su eliminación, puede desinfectarse en una autoclave. Los desperdicios semejantes a la basura doméstica común pueden ponerse junto con la basura habitual de la consulta en bolsas de plástico cerradas y resistentes.

Método

El nivel de esta investigación es descriptivo porque lo que se desea es descubrir la situación de las clínicas en cuanto a lo que el personal que allí labora conoce acerca de las normas de bioseguridad y control de infecciones, y si éstas se aplican totalmente al realizar la limpieza de las salas. Se incluyó al total de los trabajadores de limpieza de dichas salas (nueve personas). Los datos recopilados en este trabajo fueron procesados con el paquete estadístico SPSS 10.0 en su versión en español para sistemas operativos Windows y el programa de cálculo minitab.

Conclusión

Es necesario que el equipo de salud que se desempeña en el consultorio odontológico (odontólogo, higienista, personal de limpieza y técnico) reciba entrenamiento sobre la aplicación de las normas de bioseguridad y control de infección, con lo cual se reducirá el riesgo de transmisión de infecciones durante los procedimientos odontológicos. El cumplimiento de dichas normas debe ser supervisado periódicamente por el odontólogo para garantizar su ejecución y así evitar infecciones cruzadas

Bibliografía

Del Valle S. Normas de bioseguridad en el consultorio odontológico. *Acta Odontológica Venezolana* 2002, 40(2):213-216.
McCarthy G. Risk of transmisión of viruses in the dental office. *J Can DentAssoc* 2000; 66:554-557.
OPS. La salud bucodental: repercusión del VIH/SIDA en la práctica odontológica. Oficina Sanitaria Panamericana.
Papone V. Normas de bioseguridad en la práctica odontológica 2000. Ministerio de la Salud Pública. Facultad de Odontología. Universidad de la República Oriental del Uruguay. www.odon.edu.uy

- Laskin D. La selección de los guantes apropiados para cirugía intraoral. J Oral Maxillofac Surg 1999;57:61.
- CDC. Recommended infection-control practices for dentistry. MMWR 1986/35 (15); 237-242.
- McCarthy GM. Universal precautions. J Canad Dent Assoc 2000; 66: 556-557.
- Canadian Dental Association. Consideration infection control procedures. Ottawa: Canadian Dental Association, march 1999.
- ADA Council on Scientific Affairs and ADA Council on Dental Practice. Infection Control Recommendation for the dental office and dental laboratory. J AM Dent Assoc 1996; 127: 672-680.
- Tovar V, et al. Accidentes laborales y riesgo a contraer infección por virus de inmunodeficiencia humana y el virus de la hepatitis B y C en el consultorio odontológico. Acta Odontológica Venezolana 2004, 40 (3):218-224.
- Tovar V, Montiel D. Estudio preliminar y exploratorio de los pacientes VIH/ SIDA que acudieron al servicio de atención a pacientes con enfermedades infectocontagiosas años 1999-2000. Act OdontVen 2003; 1:16.
- CDC immunization of health-care workers: recommendations of the advisory comite on immunization practices and the hospital infection control practices advisory comite. MMWR 1997; 46 (no RR-18).
- CDC recommended infection-control practices for denistry. MMWR 1993;42 (no RR-8).
- Troconis J. El control de infecciones en el laboratorio odontológico. Acta Odontológica Venezolana 2003, 41 (3).
- Pumarola T, Fumarola J. Epidemiología y prevención de las enfermedades infecciosas en el ámbito odontológico. Micrología oral. Cap. 37, 1ª Ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 1997;531-542.
- John M. Hepatitis B immunization and postimmunization serology. J Canad Dent Assoc 2000;66:551-552.
- CDC prevention and control of infections UIT hepatitis viruses in corretional setting. MMWR 2003; 52 (no RR-1).
- JOSE MENDEZ RIBAS, La asistente dental en función. Editorial Mundi 1957.
- FRIEDENTATHAL, Marcelo. La asistente Dental en la técnica de cuatro manos. Editorial Panamericana 1975.
- TRUCCO Raúl. Manual de práctica profesional Tomo 1 y 2. Editorial Socioeconomía Odontológica 1989.
- U.F.WEBER, BETRIEBSWIRTIN, y G. J. DHOM .El A.B.C. de la gestión de la consulta: marketing. Die Quintessenz 1991; 3: 453-457.
- FERNANDEZ OLLERO, CASTAÑO SEIQUER, M. A. CORDERO BULNES. Ergonomía y estrés profesional en odontología. Prevención y control. Dental Economics 6/97.vol.3. Nov. Dic. 1997.
- JAIME OTERO. Salud Bucal, Confederación Odontológica de la República Argentina Año XIX Nº 71 1993.
- J.M. CASANELAS, Entrevista de selección de personal. Dental Economics 1/97. Vol.3 Nº 1 Enero/Febrero 1997.
- DENTIGEST CONSULTORES, Las quejas de los pacientes, Dental Economics 4/97 vol.3 Nº 4 Julio/Agosto 1997.
- La nueva Cultura de la Discapacidad y los modelos de rehabilitación. Gloria Maritza
- Céspedes, Aquichan, Universidad de la Sabana, Chia Colombia, 2005.
- Información estadística de la Discapacidad. Dirección de Censos y Demografía, Grupo de Registros Demográficos, Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. 2004.

SALUD BUCAL, INCLUSION DE NIÑOS Y NIÑAS CON CAPACIDADES ESPECIALES EN LA ATENCION ODONTOLOGICA

Autora Od. María Cecilia ROSSI

Introducción

Una discapacidad es una condición que hace que una persona sea considerada como discapacitada. El origen de una discapacidad suele ser algún trastorno en las facultades físicas o mentales.

En los últimos años, la discapacidad comenzó a ser considerada a partir de una perspectiva de derechos humanos. El objetivo pasó a ser la integración de los discapacitados en la comunidad facilitando esto a partir de la idea de accesibilidad.

Definición

Las personas con discapacidad incluyen aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales largo plazo que al interactuar con diversas barreras, éstas pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad y en igualdad de condiciones con los demás.

Si se les da la oportunidad de prosperar como a los demás niños, aquellos que tienen discapacidades poseerán el potencial para llevar vidas plenas y contribuir a la vitalidad social, cultural y económica de sus comunidades.

En muchos países, las respuestas más frecuentes a la situación de los niños y niñas con discapacidad son la institucionalización, el abandono o el descuido. Estas

respuestas son el problema y se originan en nociones negativas o paternalistas sobre la incapacidad la dependencia y las diferencias, que se perpetúan a causa de la ignorancia. Lo que se requiere es un compromiso con los derechos y el futuro de estos niños y niñas.

Desarrollo

La Organización Mundial de la Salud define: *Discapacidad*: Es cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. (Anexo 1)

La discapacidad es antes que nada, un fenómeno social objetivo y aún visible. Está constituido básicamente por una situación de menoscabo físico, psíquico o sensorial que afecta a personas concretas.

Hablar de discapacidad es hacer referencia a posibilidades limitadas del desarrollo humano y esta no se encuentra, solamente, por las carencias físicas, mentales o de otro tipo de quien está impedido, sino por la misma sociedad que le ofrece alternativas para superarse.

Sabemos que aun hoy persisten prejuicios hacia las personas con discapacidad que les dificulta el acceso a la salud,

educación y puestos de trabajo. *Hay muchas maneras de contrarrestar los prejuicios, salvo una: NO HACER NADA.*

En la República Argentina a las Personas con Discapacidad se las ignora o directamente se las esconde. La discapacidad afecta a un porcentaje no inferior al 7% y no mayor al 15 % de la población de un país en forma permanente y que los mismos guarismos pertenecen a los discapacitados

Transitorios. Tomando esta premisa de un porcentaje medio entre el piso y el techo que se encuentra en el mundo, y haciéndolo en nuestro país con un porcentaje de un 10% de la población, tenemos que en nuestro territorio estarían afectadas no menos de tres millones quinientas mil personas (3.500.000) en forma permanente y la misma cantidad de personas en forma transitoria; y, si a esto agregamos que cada persona discapacitada compone un núcleo familiar promedio de 3,4 personas (1), tenemos que por discapacidad está siendo afectada en forma directamás de un 50% de la población.

La discapacidad es un problema de todos, nadie está exento de ser afectado directa o indirectamente (un ser querido) por la discapacidad.

Las vidas de los niños y niñas con discapacidad cambiarán muy poco mientras no cambien las actitudes. La ignorancia sobre la naturaleza y las causas de los impedimentos la invisibilidad de los niños que padecen discapacidad, la subvaloración de su potencial, y los obstáculos a la igualdad de oportunidades y al tratamiento conspiran para mantener marginados y en silencio a estos niños. Dar cabida al tema de la discapacidad en el debate político y social puede sensibilizar a los encargados de tomar decisiones y a los proveedores de servicios, y demostrar al conjunto de la sociedad que las discapacidades forman parte de la condición humana.

En reuniones previas llevadas a cabo con los padres de los alumnos y con el plantel docente se puede inferir, a manera de conclusiones preliminares, los siguientes tópicos de atención:

Escasa asistencia a la consulta odontológica.

Resistencia de los profesionales a la atención odontológica de chicos especiales por el desconocimiento que gira entorno a la temática.

Desinterés de los progenitores por la salud bucal de sus hijos.

La ausencia de conocimiento acerca de los recursos humanos e institucionales que pueden ayudar en este problema.

La falta de articulación interinstitucional para coordinar dinámicas de intervención.

Fundamentación

Hablar de intervenciones odontológicas en niños/as con capacidades especiales y/o diferentes, implica un arduo trabajo motivacional tanto del paciente que reviste las patologías discapacitantes, como del grupo familiar que oficia de apoyo o red de contención.

Generar lazos de confianza en el circuito paciente-familia-odontólogo, es el desafío a lograr, más aun cuando los núcleos familiares no son lo suficientemente propensos a las costumbres higiénicas referidas al cuidado de la boca.

La posibilidad que brinda el presente proyecto de intervención es, justamente, el de generar un espacio en el que se pueda reflexionar acerca de los problemas de salud que trae aparejado una mala higiene bucal, las alternativas de solución

que pueden llevarse adelante mediante la intervención profesional, la concientización del entorno familiar, como así también la necesidad de que en esta tarea se visualice el compromiso concreto de los padres y docentes, quienes ejercen un rol fundamental para lograr los objetivos fijados.

De lo anterior se desprende una necesidad imperiosa de participación proactiva, generando mayores niveles de inclusión de este grupo etario, lo que redundara en un aumento del apoyo en favor de la atención basada en la familia y la rehabilitación del chico/a con capacidades diferentes.

Las reflexiones expuestas en lo concerniente a la ausencia de atención odontológica en niños/as con capacidades especiales permiten esbozar un problema que de no ser afrontado en tiempo y forma, tendera a agravarse, por los temores, los miedos, la ignorancia, propias de formas de vida y costumbres de estos núcleos familiares.

Una premisa esencial es que la presente propuesta de trabajo se sustenta en una continua y permanente articulación con recursos de variadas instituciones, en un intento de aprovechar las oportunidades y fortalezas que el medio nos brinda, mitigando las debilidades y amenazas que el propio entorno del niño/a genera, oficiando de obstáculos que se creen insalvables.

Objetivo general

Promover prácticas odontológicas saludables en alumnos/as, de Atención Temprana, Nivel Inicial, Primero, Segundo y Tercero, con capacidades especiales a través de talleres educativos y asistencia en consultorio y/o quirófano, a fin de mejorar la salud buco-dental de este segmento de la comunidad educativa.

Objetivos específicos

Planificar talleres informativos dirigidos a las comunidades educativas

Concretar actividades de prevención buco-dental.

Coordinar y asistir prestaciones odontológicas en consultorios y/o de complejidad en quirófano.

Evaluar los resultados y alcances de las acciones implementadas

ACTIVIDADES-TAREAS-CRONOGRAMA

Objetivos Específicos	Actividades	Tareas	Tiempo
1-Planificar talleres informativos dirigidos a la comunidades educativas	1a-Buceo bibliográfico. 1b- Coordinación de reuniones con padres y directivos de la escuela y/o hospital. 1c- Diseño de estrategias comunicacionales. 1d- Aplicación de técnicas participativas. 1e- Conclusiones del encuentro.	- Acuerdos con las autoridades institucionales. -Gestión de días, horarios y lugares de reunión. -Búsqueda bibliográfica. -Selección de técnicas. -Reunión del material necesario para las técnicas seleccionadas. -Evaluación de los encuentros y de las técnicas aplicadas.	1° mes
2-Concretar actividades de prevención buco-dental	2a- Enseñanza de técnicas de cepillado dental 2b- Aplicación de flúor	-Gestión y obtención de cepillos dentales. -Gestión y obtención de flúor. -Explicación práctica de cepillado dental. -Entrega de cepillos dentales a los alumnos. -Explicación del modo de uso y administración del flúor. -Señalamiento de los cuidados posteriores. -Administración del flúor a los alumnos.	2° Meses
3-Coordinar y asistir prestaciones odontológicas en consultorio y/o de complejidad en quirófano.	3a-Estrategias de concurrencia a consultorio odontológico. 3b-Familiarización con aparatología odontológica. 3c-Evaluación odontológica del paciente. 3c-Intervención odontológica.	-Gestión y obtención de instrumental y material odontológico. -Gestión de turnos. -Explicación al paciente y familiar responsable de las prácticas a realizarle. -Revisión odontológica. -Llenado de historia odontológica. -Práctica odontológica concreta. -Evaluación de los resultados obtenidos. -Recomendaciones para cuidados posteriores.	°12 Meses
4-Evaluar los resultados y alcances de las acciones implementadas.	4a-Diseño de técnicas de evaluación. 4b-Aplicación de técnicas de evaluación. 4c-Redacción de conclusiones.	-Búsqueda de bibliografía referida al tema. -Selección de las técnicas de evaluación. -Ensayo de los instrumentos seleccionados. -Ejecución de técnicas de evaluación de proceso. -Ejecución de técnicas de evaluación final concreta. -Determinación de los resultados arrojados. -Publicación de las conclusiones.	°2 meses

Metodología

La propuesta de trabajo presentada, conlleva la observación de elementos de carácter tanto cuantitativos como cualitativos, que implican:

- la observación de las condiciones bucodentales de los pacientes.
- la indagación de los factores de riesgo (Clínicos y Socioculturales).
- Llenado de Odontograma e Historia Clínica.
- Confección de estadística mensual.
- Formulación de Conclusiones.
- Redefinición de Estrategias de Intervención

TECNICAS A IMPLEMENTAR

Objetivo N°1: Técnica de "Tirando la Pelota para la Presentación".

Técnica "Charla Informal".

Objetivo N° 2: Técnica de Cepillado.

Técnica de Aplicación de Flúor.

Objetivo N° 3: Técnica "Digo, Muestro y Hago".

Objetivo N° 4: Técnica "Me gusta – No me gusta".

Técnica Encuesta de Satisfacción

METAS

Lograr la atención odontológica de los alumnos en escuelas.

Lograr que los padres y niños obtengan nociones básicas de técnicas de cepillado.

Aplicar al 100% de los alumnos topicación con flúor.

Lograr que el 100% de los alumnos posea su cepillo de dientes.

Lograr que los alumnos, que lo requieran, sean intervenidos quirúrgicamente.

Conclusiones preliminares

La cultura de conciencia y respeto de la que se habla, así como la integración de las personas con discapacidad debe basarse en resaltar sus capacidades y no su incapacidad, así como también su valor como seres humanos y el respeto al principio de igualdad.

Con respeto a lo trabajado se puede concluir, que las escuelas sirven como nexo para llegar a las comunidades (Niños, padres) Logrando la confianza de los niños, de los padres, para la atención necesaria, con la mejor ayuda que es la del docente.

Anexo 1

La Organización Mundial de la Salud ofrece estas definiciones:

Discapacidad: Es cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del

margen que se considera normal para el ser humano. La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo.

Deficiencia: Es la pérdida o la anomalía de una estructura o de una función psicológica, fisiológica o anatómica, que puede ser temporal o permanente. Entre las deficiencias se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida por un miembro, órgano, tejido o cualquier otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas de la función mental.

Clasificación

Discapacidad física: Esta es la clasificación que cuenta con las alteraciones más frecuentes, las cuales son secuelas de poliomielitis, lesión medular (parapléjico o cuadripléjico) y amputaciones.

Discapacidad sensorial: Comprende a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en COMUNICACION y el lenguaje.

Discapacidad intelectual: Se caracteriza por una disminución de las funciones mentales superiores (inteligencia, lenguaje, aprendizaje, entre otros), así como de las funciones motoras. Esta discapacidad abarca toda una serie de enfermedades y trastornos, dentro de los cuales se encuentra el retraso mental, el síndrome Down y la parálisis cerebral.

Discapacidad psíquica: Las personas sufren alteraciones neurológicas y trastornos cerebrales.

Capacidad intelectual

GENERAL: Niño con una discapacidad significa un niño evaluado en conformidad con 300.304 hasta 300.311 que puede tener retraso mental, un impedimento auditivo (incluyendo la sordera), un impedimento en el lenguaje o en el habla, un impedimento visual (incluyendo la ceguera), un trastorno emocional serio (referido en esta parte como "trastorno emocional"), un impedimento ortopédico, autismo, una lesión cerebral traumática, otro impedimento en la salud, una discapacidad específica del aprendizaje, sordera-ceguera, o discapacidades múltiples, y quien, por la misma razón, necesita educación especial y servicios relacionados.

Si, consistente con §300.39, el servicio relacionado requerido por el niño es considerado educación especial en lugar de un servicio relacionado bajo los estándares Estatales, el niño sería determinado como niño con una discapacidad bajo el párrafo de esta sección.

Niños entre tres y nueve años de edad que experimentan retrasos en el desarrollo. Niño con una discapacidad para niños entre tres y nueve años de edad (o cualquier subgrupo de ese rango de edad, incluido el de tres a cinco años), puede, sujeto a las condiciones descritas en §300.111, incluir a un niño que experimenta retrasos en el desarrollo, tal y como es definido por el estado y medido por procedimientos e instrumentos de diagnóstico apropiados, en una o más de las áreas siguientes— Desarrollo físico, desarrollo cognoscitivo, desarrollo en la comunicación, desarrollo emocional o social o desarrollo en la adaptación; y

Que, por la misma razón, necesita educación especial y servicios relacionados.

a) Definiciones de los términos de discapacidad. Los términos usados en esta definición de un niño con una discapacidad son definidos de la siguiente manera

Autismo: significa una discapacidad del desarrollo que afecta significativamente la comunicación verbal y no-verbal y los intercambios sociales, generalmente evidente antes de los 3 años de edad, que afecta adversamente el rendimiento académico del niño. Otras características asociadas a menudo con el autismo son la ocupación en actividades repetitivas y movimientos estereotípicos, la resistencia a cambios ambientales o a cambios en las rutinas diarias y respuestas poco comunes a las experiencias sensoriales.

El término autismo no se aplica si el rendimiento académico del niño es afectado adversamente principalmente porque el niño tiene un trastorno emocional, tal como definido en el párrafo de esta sección.

(1) Un niño que manifiesta las características del autismo después de la edad de tres años podría ser identificado como tener autismo si se cumplen con los criterios en el párrafo de esta sección.

(2) *Sordera-ceguera*: significa impedimentos auditivos y visuales concomitantes, cuya combinación causa necesidades tan severas en la comunicación y otras necesidades educacionales y del desarrollo que no se pueden acomodar en los programas de educación especial sólo para niños con sordera o niños con ceguera.

(3) *Sordera*: significa un impedimento auditivo tan severo que el niño está impedido en el procesamiento de información lingüística por vía auditiva, con o sin amplificación, que afecta adversamente el rendimiento académico del niño.

(4) *Trastorno emocional*: significa una condición que exhibe una o más de las siguientes características a través de un periodo de tiempo prolongado y hasta un grado marcado que afecta adversamente el rendimiento académico del niño.

(A) Una inhabilidad de aprender que no puede explicarse por factores intelectuales, sensoriales o de la salud.

(B) Una inhabilidad de formar o mantener relaciones interpersonales satisfactorias con sus pares y maestros.

(C) Conducta o sentimientos inapropiados bajo circunstancias normales.

(D) Un humor general de tristeza o depresión.

(E) Una tendencia a desarrollar síntomas físicos o temores asociados con problemas personales o escolares.

(F) El término incluye esquizofrenia. El término no se aplica a los niños que son socialmente mala justados, a menos que se determine que tienen un trastorno emocional bajo el párrafo de esta sección.

(5) *Auditivo*: significa un impedimento en la audición, ya sea permanente o fluctuante, que afecta adversamente el rendimiento académico del niño pero que no se incluye bajo la definición de sordera en esta sección.

(6) *Discapacidad intelectual*: significa un funcionamiento intelectual general significativamente bajo del promedio, que existe concurrentemente con déficits en la conducta

adaptativa y manifestado durante el periodo de desarrollo, que afecta adversamente el rendimiento académico del niño.

(7) *Discapacidades múltiples*: significa impedimentos concomitantes (como retraso mental-ceguera o retraso mental-impedimento ortopédico), cuya combinación causa necesidades educativas tan severas que no se pueden acomodar en los programas de educación especial dedicados únicamente a uno de los impedimentos. Las discapacidades múltiples no incluyen la sordera-ceguera.

Impedimento ortopédico: significa un impedimento ortopédico severo que afecta adversamente al rendimiento académico del niño. El término incluye impedimentos causados por una anomalía congénita, impedimentos causados por una enfermedad (por ejemplo, poliomielitis, tuberculosis ósea) e impedimentos por otras causas (por ejemplo, parálisis cerebral, amputaciones y fracturas o quemaduras que causan contracturas).

Otro impedimento en la salud: significa tener fuerza, vitalidad o vigilancia limitada, incluyendo una vigilancia elevada a los estímulos ambientales, que resulta en una vigilancia limitada con respecto al ambiente educacional, que—Se debe a problemas crónicos o agudos de la salud como el asma, desorden deficitario de la atención o desorden deficitario de la atención/hiperactividad (AD/HD), diabetes, epilepsia, una condición cardíaca, hemofilia, envenenamiento con plomo, leucemia, nefritis, fiebre reumática, anemia falciforme y síndrome de Tourette; y Afecta adversamente el rendimiento académico del niño.

Impedimento del habla o lenguaje: significa un desorden en la comunicación como el tartamudeo, un impedimento de la

articulación, un impedimento del lenguaje o un impedimento de la voz, que afecta adversamente el rendimiento académico del niño.

Lesión cerebral traumática: significa un daño adquirido al cerebro causado por una fuerza física externa, que resulta en una discapacidad funcional total o parcial, o en un impedimento psicosocial, o ambos, que afecta adversamente el rendimiento académico del niño. La lesión cerebral traumática se aplica a heridas abiertas o cerradas que resultan en impedimentos en una o más áreas como la cognición; el lenguaje; la memoria; la atención; el razonamiento; el pensamiento abstracto; el juicio; la resolución de problemas; las habilidades sensoriales, perceptuales y motrices; la conducta psico-social; las funciones físicas; el procesamiento de información; y el habla. La lesión cerebral traumática no se aplica a heridas cerebrales que son congénitas o degenerativas, o a heridas cerebrales inducidas por trauma en el nacimiento.

Impedimento visual: incluyendo la ceguera significa un impedimento en la visión que, aun con corrección, afecta adversamente el rendimiento académico del niño. El término incluye la vista parcial y la ceguera.

Bibliografía

Fernando Escobar Muñoz, (Sociedad Chilena de Odontopediatría) Año: 2014.

Clemente Ravaglia. Odontología en Niño Discapacitados, Metodología para su Atención.

www.fundacionprevent.com/app/webroot/news/infounomas/PDFS/odontologia_discapacidad.PDF

PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL. ENCEFALOPATÍA CRÓNICA INFANTIL NO PROGRESIVA

Autora Od. Daniela SALINAS

Resumen

La parálisis cerebral infantil (PCI) es la causa más común de discapacidad física grave en la infancia. Se describe como un grupo de alteraciones no progresivas del movimiento y la postura que limitan la actividad, esto se debe a una lesión producida en el cerebro durante el desarrollo cerebral del feto o en el cerebro inmaduro después del nacimiento y antes de los 5 años de edad.

A nivel bucal se encuentra asociada a una mayor incidencia y severidad de patologías orales, por lo que resulta fundamental la incorporación de medidas preventivas a temprana edad y un adecuado abordaje para resolución de cada caso.

Objetivos

Buscar y relacionar la información disponible sobre PC.

Describir las características generales.

Detallar las características a nivel bucal y su tratamiento.

Confirmar que el diagnóstico temprano favorece la calidad de vida.

Facilitar el trabajo interdisciplinario.

Desarrollo

La parálisis cerebral (PC) describe un grupo de alteraciones del desarrollo del movimiento y la postura, causantes de la limitación de la actividad, que se atribuyen a trastornos no progresivos que ocurrieron en el cerebro fetal o infantil en desarrollo. Los trastornos motores se acompañan de retraso mental, alteraciones sensoriales, de lenguaje, de aprendizaje, síndromes convulsivos, frecuentes episodios de enfermedades del tracto nasofaríngeo y respiratorio, problemas emocionales y anomalías dentomaxilares.

La frecuencia es de 2-3 por cada 1000 nacidos vivos [1]. Desde 1970 los cambios en el cuidado intensivo neonatal se han acompañado de una reducción de las cifras de mortalidad, incluso en los recién nacidos con menos de 1.500 g. Sin embargo, no ha sucedido lo mismo con la morbilidad: sobreviven más niños, pero muchos de ellos presentan

problemas, por lo que el estudio de la morbilidad perinatal se ha convertido en una prioridad sanitaria. Interesa saber cómo se encuentran estos niños, si tienen limitaciones y qué necesidades especiales precisan. Todo esto ha provocado un interés creciente por la epidemiología de la parálisis cerebral (PC). Pediatras, neurólogos y epidemiólogos se interrogan desde hace décadas sobre el impacto de los cambios perinatales en la PC y para buscar respuestas han creado registros de PC de base poblacional. Su objetivo es monitorizar la frecuencia de este problema para organizar de forma adecuada la asistencia a los pacientes [2].

Etiología:

Es cada vez más evidente que la PC puede ser el resultado de la interacción de múltiples factores de riesgo y que la causa última no siempre se identifica. Aun así, debe hacerse el esfuerzo de identificar la causa del trastorno y el tiempo en que la agresión al SNC tuvo lugar [3]:

- Prenatal: la etiología prenatal es la causa más frecuente de PC, en niños a término; frecuente sobre todo en algunas formas clínicas (hemiparesia, ataxia). Causas: infecciones intrauterinas; procesos vasculares; malformaciones cerebrales de etiología diversa; causas genéticas, etc.
- Perinatal: Causas: hemorragia cerebral (asociada fundamentalmente a prematuridad y bajo peso), encefalopatía hipóxico-isquémica, trastornos circulatorios (shock neonatal), infecciones (sepsis o meningitis) y trastornos metabólicos (hipoglucemia, etc.).
- Postnatal: responsables de < 10% casos de PC. Causas: meningitis o sepsis graves, encefalitis, accidentes vasculares (malformaciones vasculares, cirugía cardíaca), traumatismos, casi ahogamiento, etc.

Clínica y Clasificación:

En función del tipo de trastorno motor dominante:

- PC espástica: Caracterizada por: hipertonía e hiperreflexia con disminución del movimiento voluntario; aumento del reflejo miotático y predominio característico de la actividad de determinados grupos musculares que condicionará la aparición de contracturas y deformidades.
- PC disquinética: Caracterizada por: presencia de movimientos involuntarios, cambios bruscos de tono y persistencia exagerada de reflejos arcaicos.
- PC atáxica: Caracterizada por: hipotonía, incoordinación del movimiento (dismetría), temblor intencional y déficit de equilibrio (ataxia truncal).
- Formas mixtas: La existencia de varios tipos de alteración motora es frecuente, pero, en general, se denominan en función del trastorno motor predominante.

En función de la extensión:

Unilateral: (un solo hemicuerpo afectado): Hemiparesia o raramente monoparesia.

Bilateral: Diplejía: afectación de las 4 extremidades con predominio claro de afectación en extremidades inferiores.

Triparesia: afectación de ambas extremidades inferiores y una extremidad superior. Tetraparesia: afectación de las 4 extremidades con igual o mayor afectación de extremidades superiores e inferiores. Aunque en ocasiones es claro, a veces

es difícil decidir si se trata de una diparesia o una tetraparesia por lo que la clasificación más reciente prefiere agrupar ambas como afectación bilateral.

Se considera importante incluir también en la extensión de la afectación, la implicación o no de tronco y región bulbar (que provocará dificultades de movilidad lingual, deglución, etc.).

Signos clínicos:

Los signos y síntomas tempranos de PCI, usualmente aparecen antes de los 18 meses de edad; los padres o familiares son los primeros que notan que los niños no presentan destrezas motoras acorde a su edad. El examen neurológico refleja retardo en el desarrollo neuromotor y habilidades motoras. Los reflejos del recién nacido pueden continuar presentes después de la edad en que usualmente desaparecen. La mayoría de los niños presentan tono muscular anormal, inicialmente el tono muscular puede estar disminuido para cambiar a hipertonía en un periodo de 3 a 6 meses. Al estar el tono muscular aumentado, el niño tiene disminuido los movimientos espontáneos de sus extremidades o presentan movimientos anormales. Es importante reconocer los efectos adversos a largo plazo que el trastorno motor (Hipotonía o Hipertonía) con desbalance muscular y deformidad dinámica de las articulaciones ejerce sobre el desarrollo de los músculos (acortamiento y atrofia), tendones y huesos (acortamiento) y articulaciones (contracturas fijas o estáticas), si no se corrigen a tiempo [4].

Los signos que deben aumentar las sospechas sobre un trastorno motor, por ejemplo en un niño de 4 meses de edad son:

1. Anormalidades en las funciones orolinguales (succión-deglución)
2. Aumento del tono extensor a nivel del cuello
3. Retrasos en la desaparición de los reflejos primitivos neonatales
4. Dificultad o fracaso para mantener su peso sobre los antebrazos en posición prona
5. Imposibilidad de mantenerse sentado con ayuda y con la cabeza erecta
6. Efectuar una maniobra de volteo fácilmente
7. Demostrar poco interés social o indiferencia a los estímulos visuales

Características a nivel bucal:

No existen anomalías intraorales exclusivas, pero sí podemos mencionar mayor frecuencia de patologías orales y en muchos casos de mayor gravedad.

La alteración del tono muscular afecta tres aspectos fundamentales:

Dificulta el logro de una correcta higiene bucal, que además puede verse aún más complicada por la presencia de alteraciones cognitivas que disminuyen la colaboración al momento del cepillado dental.

Impide una adecuada masticación y autoclisis. La dificultad para deglutir (disfagia), es un problema común en pacientes con parálisis cerebral. La comida se quedará en la cavidad oral por más tiempo que lo usual, incrementando el riesgo de caries dental. Adicionalmente, las comidas son de consistencia blanda se quedarán adheridas al diente [5].

Altera la oclusión dando lugar a una sobre mordida o a una mordida cruzada (debido a la rigidez muscular) o en casos de hipotonicidad una mordida abierta, protrusión de los dientes anterosuperiores, con movimientos anormales de labios y lengua que se interponen e incontinencia salival. La prevalencia de mal oclusiones es aproximadamente el doble que en la población en general [6].

Hipoplasia o defectos en el esmalte dental que hacen al diente más susceptible a la caries.

Respiración bucal que da lugar a posturas de boca abierta que favorecen que las encías se sequen y sangren fácilmente (gingivitis/enf. periodontal).

Mayor frecuencia de traumatismos y fracturas dentales debido a la pérdida del equilibrio y a la presencia de dientes anteriores protruidos que sobresalen del labio superior.

La medicación constante con alto contenido de azúcares o corticosteroides que reducen el flujo salival favorecen la aparición de caries y a los anticonvulsivantes que dan lugar a hiperplasia gingival.

Algunos pacientes con PCI, además presentan un bruxismo severo que ocasiona una pérdida de dimensión vertical oclusal y problemas de ATM

Manejo clínico odontológico:

Durante la primera consulta se procede a la elaboración de una historia clínica completa: antecedentes, trastornos sistémicos, alergias, etc. Detallar diferentes aspectos como: capacidad de comprensión y/o comunicación, ansiedad frente al tratamiento odontológico, necesidad de utilización de accesorios para mantener una apertura bucal que facilite el tratamiento y de la colaboración de los familiares para el control de movimientos involuntarios del paciente. En esta consulta se debe realizar una valoración del estado bucal actual. El trabajo interdisciplinario, las interconsultas y la derivación oportuna es la base fundamental a tener en cuenta en el tratamiento de estos pacientes.



Imagen 1: accesorios que permiten mantener una apertura bucal óptima para realizar el tratamiento odontológico

Uno de las primeras acciones que debemos llevar a cabo es la de alentar la independencia del paciente en la realización de la higiene dental diaria (si es necesario se realiza la adaptación del mango del cepillo en cuanto al grosor o al largo del mismo) y enseñar a los padres a comprometerse con la salud bucal de sus hijos supervisando que lo hagan correctamente o colaborando para realizarla de acuerdo a las indicaciones específicas del caso.



Imagen 2 y 3: enseñanza de técnica de higiene oral a los padres de paciente con PC, de sexo femenino, 6 años de edad.

Asesoramiento de dieta: disminuir el consumo diario de azúcar y en pacientes con bajo peso, con dietas ricas en hidratos de carbono o de suplementos nutricionales se les indica higiene posterior al consumo del mismo.

Realizar el tratamiento odontológico que se requiera en cada caso, teniendo en cuenta que las sesiones deben ser cortas.



Imagen 4, 5 y 6: tratamiento de caries en superficie libre de incisivo temporario superior. Paciente de sexo masculino con PC, 2 años de edad.

Tratamiento odontológico preventivo: controles periódicos; uso de flúor (para reforzar el esmalte) o de clorhexidina (antibacterianos); colocación de sellantes de fisuras en superficies dentales susceptibles a la caries, etc. La elección del flúor que se utilizará será teniendo en cuenta las características orofaciales (deglución), la capacidad para salivar y realizar buches; y el grado de madurez del paciente (que entienda que no debe ingerirlo). En muchos casos no se usa pasta dental y se indica flúor en una presentación comercial líquida, que permita ser colocada con el cepillo dental, luego de haber realizado una correcta higiene y que no se enjuague.

Resulta frecuente la consulta odontológica de urgencia por traumatismo.





Imagen 7, 8 y 9: paciente que consulta por traumatismo, sexo masculino, 7 años de edad. Se reconstruye borde incisal de incisivo central superior derecho.

Las disfunciones neuromusculares pueden provocar que el niño rechine los dientes (bruxismo) que de acuerdo a la fuerza se escuche como fricciona, en estos casos puede recurrirse a placas de relajación que deberán cambiarse periódicamente ya que son perforadas después de un tiempo.

“Por supuesto que cuanto antes se realice el diagnóstico y se instale un Programa de Atención Temprana menor será el tiempo en que se interioricen hábitos patológicos que luego resulten más difícil de corregir” [7].

Conclusión

Podemos decir que la parálisis cerebral (PC) es una de las discapacidades motoras más frecuentes en la práctica diaria odontológica.

Las patologías bucales son las mismas que se encuentran en la población en general, en muchos casos de mayor gravedad

debido a las dificultades motoras que presentan estos pacientes. Resulta fundamental que el odontólogo sepa identificar y/o reconocer dichas dificultades para llevar a cabo un tratamiento eficaz y así brindarles una mejor calidad de vida. La salud bucal es un componente importante de la salud en general.

El tratamiento general del paciente se basa en las intervenciones oportunas del equipo interdisciplinario. En los últimos años el pronóstico ha mejorado gracias a nuevas herramientas y enfoques terapéuticos.

Bibliografía

- Robaina-Castellanos, G. R., Riesgo-Rodríguez, S., & Robaina-Castellanos, M. S. (2007). Definición y clasificación de la parálisis cerebral: ¿un problema ya resuelto. *RevNeurol*, 45(2), 110-7.
- Camacho-Salas, A., Pallás-Alonso, C. R., de la Cruz-Bértolo, J., Simón-De Las Heras, R., & Mateos-Beato, F. (2007). Parálisis cerebral: concepto y registros de base poblacional. *RevNeurol*, 45(8), 1-7.
- Hurtado, I. L. (2007). La parálisis cerebral. Actualización del concepto, diagnóstico y tratamiento. *Pediatría Integral*, 8, 687-698.
- Gómez López, S., Hugo Jaimés, V., Gutiérrez, P., Margarita, C., & Hernández, M. (2013). Parálisis cerebral infantil. *Arch. venez. pueric. pediatr*, 76(1), 30-39.
- Paredes Martínez, E. R. (2010). Problemas de salud oral en pacientes con parálisis cerebral y estrategias para su tratamiento. *Pediátrica* *Pediátrica*, 9(2), 163.
- Morales Chávez, M. C. (2014). Patologías bucodentales y alteraciones asociadas prevalentes en una población de pacientes con parálisis cerebral infantil.
- Di Nasso, P. Parálisis Cerebral: Su impacto en la Cavidad Bucal.

TRASTORNOS GENERALIZADOS DE DESARROLLO (TGD): DESAFÍO, OPORTUNIDAD, COMPROMISO

Autora Od. Carina SOLOA

Resumen

El Autismo, como trastorno del desarrollo, manifiesta afección en su capacidad de interacción social, lenguaje y comportamiento.

Mediante la Educación Especial y Personalizada se intenta acercarlos a la realidad según sus posibilidades. También en la Salud deben ser incluidos, no sólo en la atención, sino también en los programas preventivos a fin de mejorar su calidad de vida.

A nivel odontológico, situación de estrés por excelencia, es indispensable que el profesional redoble esfuerzos en la vinculación. Para eso debe prepararse adecuadamente ya que no hay lugar para la improvisación. Sin esta vinculación y un buen Protocolo de Desensibilización, será imposible realizar ningún tipo de tratamiento odontológico.

El gran desafío será también incluirlos en programas de prevención y de mantenimiento de la salud oral.

Esta tarea es imposible sin la colaboración de padres, educadores y cuidadores, para lo que deben ser entrenados y motivados.

Objetivos

Reflexionar sobre los TGD, no sólo en sus dificultades sino también en sus fortalezas.

Animar a los profesionales odontólogos a comprometerse con la gran tarea de la vinculación con estos pacientes.

Dar fundamentos para el uso del sonido como facilitador del vínculo odontólogo – paciente.

Insistir en el uso del Protocolo de Desensibilización.

Renovar la responsabilidad con la verdadera Inclusión.

Desarrollo

La primera descripción de Autismo fue realizada en 1943 por Leo Kanner (psiquiatra austríaco): poca adaptación a los cambios imprevistos, memoria excelente, expresión

inteligente, ausencia de rasgos físicos característicos de la enfermedad, hipersensibilidad a los estímulos, mutismo o lenguaje sin interacción comunicativa real y limitación en la actividad espontánea.

En 1944, Hans Asperger publicó un artículo similar utilizando el término “psicopatía autista”.

Antes, Heller en 1908 y Bleuler en 1911 ya habían reportado casos con características similares. Heller fue el primero en utilizar el término “Autismo”.

El Autismo, como entidad clínica, se reconoce a partir de Kanner.

Actualmente el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) ha acuñado el término “Trastorno Generalizado del Desarrollo” (TGD). Este último comprende el Autismo y otros cuatro desórdenes asociados por compartir signos y síntomas. Ellos son: S. de Asperger, S. de Rett, Trastorno desintegrativo de la Infancia y Trastorno Extendido del Desarrollo No Específico.

Psiquismo fetal

El Dr. Rolando Benenson conceptualiza al niño autista como una prolongación patológica y deformada del psiquismo fetal. Así es cómo se muestra muy compenetrado en lo que le ocurre a sí mismo y totalmente ajeno al afuera. Es por eso que desarrolla una malformación en la conducta de carácter defensivo para con el mundo externo. Esto explica:

Tendencia al aislamiento (característico de la etapa fetal).

Predisposición para buscar lugares recubiertos para cobijarse y protegerse, ej, rincones, debajo de mesas y sillas. Generalmente lo hacen en posición fetal.

Gran placer al contacto con el agua (le recuerda al líquido amniótico).

Rechazo al contacto del cuerpo del otro: provoca una reacción parecida al reflejo fetal. Se alejan del estímulo como un verdadero arco reflejo.

Posibilidad de acercamiento a través de vibraciones o del sonido.

Poseen un tiempo p: **YO** gico particular: es dife **YO**
 todos los tiempos y tie ver con la forma y los int
 de respuesta frente a los estímulos. Este es el tiempo ----- **MADRE**
 da sensación de misterio a estos niños.

Manifestaciones

El Autismo se expresa de manera muy variable en cuanto a presencia, intensidad y frecuencia de los signos y síntomas pero básicamente afecta tres áreas:

Habilidades Sociales: poca o nula interacción con otros, rechazo a demostraciones de afecto, poco o nulo contacto visual, poca sonrisa o risa sin motivo etc. Falta de conexión emocional con el mundo.” Algunos niños se encuadran dentro de la Simbiosis Infantil y, ante la presencia de la madre, se esfuerzan por evitar las “ansiedades catastróficas” que les producirá separarse de ella” (Benenson), entonces se aferran a ella como el único objeto de comunicación; en cambio, cuando están solos, se comportan como niños autistas. (ver Fig. 1)

Lenguaje: es el área más comúnmente afectada, el lenguaje se encuentra retrasado pudiendo reducirse a un mínimo. Puede haber ecolalia (repetición de palabras), ecolalia retrasada

(repetición de palabras escuchadas en el pasado) o sonidos onomatopéyicos. Tiene un simbolismo particular, extraño, propio. Puede llegar al Mutismo y confundirse con un niño sordo.

Comportamiento Ritualista: se sienten seguros repitiendo rutinas experimentando gran frustración frente a los cambios. Es por eso que se propone un programa de “desensibilización sistemática” previo al tratamiento dental, de tal modo que el niño conozca en todo momento los pasos a seguir, familiarizándose con el ámbito y la rutina de trabajo” (Gomez B; Badiño V; Martínez E M; Panells P. Intervención Odontológica actual en niños con Autismo. La desensibilización sistemática. Cien Dent 2009; 6;3:207-215).

Otros:

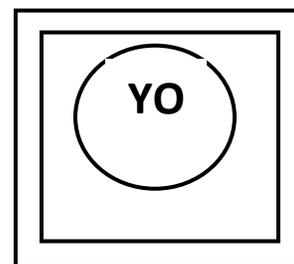
Notable habilidad para manipular objetos inanimados con los que establece relación afectiva.

Apariencia física de inteligencia.

Algunos tienen buen desarrollo de conducta motriz y otros llegan a la autoagresión.

Los TGD. Pueden asociarse a otros síndromes como S. de Down, Parálisis Cerebral etc.

Estructura bloqueante del Niño Autista



Estructura Bloqueante del Niño Simbiótico

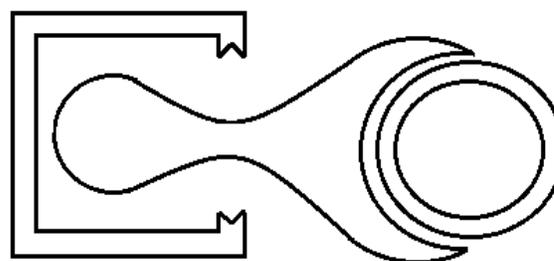


Fig 1 Benenson R. – La Musicoterapia aplicada al Autismo Infantil. Musicoterapia – de la Teoría a la Práctica; Edición ampliada 2011; Ed. Paidós; pag 182 y 183.

Factores que comprometen la salud oral si bien no hay diferencia significativa en la susceptibilidad a caries y enfermedad periodontal:

Preferencia por la dieta dulce y blanda.

Poca habilidad masticatoria y capacidad de autoclisis.

Poco cuidado de la higiene.

Hábitos como: bruxismo, autolesión de lengua, labios, encías.

Onicofagia.

Mayor incidencia a traumatismos.

VINCULACIÓN

Como en el Niño Autista está afectada la interacción social, es impensable intentar cualquier vínculo sin trabajar la apertura de dichos canales de comunicación. “La Musicoterapia es la primer técnica de acercamiento al niño autista que permite la apertura de canales de comunicación” (Benenson R.; La Musicoterapia aplicada al Autismo infantil – “Musicoterapia, de la Teoría a la Práctica; Edición ampliada 2011; Ed. Paidós; pag 179).

Cabe aclarar que el odontólogo, que no es musicoterapeuta pero atiende este tipo de pacientes, puede entrenarse en el uso del sonido como una herramienta valiosísima.

Para vincularse con este niño lo lógico es recrear situaciones ambientales y estímulos que le recuerden el período gestacional.

Además es importante tener en cuenta:



ISO y Objeto Intermediario

Es muy difícil en el niño autista encontrar el ISO (Principio de Identidad Sonora: son todas aquellas energías acústicas, de movimiento y sonoras que le pertenecen a ese individuo y lo identifican).

El “Objeto Intermediario” es todo aquel que permita el paso de energía de comunicación entre un individuo y otro sin desencadenar estados de alarma o de peligro. Este objeto debe ser real, concreto e inocuo. (En el Psicodrama se utilizan títeres)

Objeto Intermediario Títere	Objeto Intermediario Instrumento musical
* Su emisión sonora parte del terapeuta/odontólogo.	* Emisión sonora propia, independiente del terapeuta/odontólogo.
* El Títere aislado no tiene vida	* El instrumento musical aislado tiene identidad vital.
* Varía según quién lo maneje.	* Tiene su propia Identidad Sonora frente a emisión de cualquiera de los dos (terapeuta o paciente).

En el Autismo es muy importante tener en cuenta que el primer objeto intermediario de cualquier ser humano es el propio cuerpo de la madre (esto es importante a la hora de decidir intentar algún tipo de contención manual).

Dependerá del paciente y de la sensibilidad del odontólogo, la elección de ese objeto intermediario. Puede ser un títere, un instrumento musical, algún elemento del consultorio

Tiempo Terapéutico

Es aquel tiempo donde se encuentran los tiempos de comunicación propios del terapeuta/odontólogo y el paciente y se produce el VÍNCULO. Allí se da el principio del placer del feedback o retroalimentación.

Cada encuentro o consulta tendrá su propio “Tiempo Terapéutico”.

Este tiempo es diferente del “Tiempo de Latencia” y del “Tiempo de Tolerancia”.

Puede suceder que:

El Tiempo de Tolerancia sea extenso pero se logre un brevísimo o nulo “Tiempo Terapéutico” (hablando siempre desde lo vincular – comunicacional)

El Tiempo de Tolerancia sea corto (ej. que se vaya del consultorio repentinamente) pero un buen porcentaje de ese tiempo haya sido Terapéutico.

El Tiempo de Latencia sea tan extenso que resulte muy difícil detectar el Tiempo Terapéutico.

Etc.



Distancia Óptima

Es una medida del espacio donde se desarrolla la vinculación. En el caso del Autismo es muy importante tener la delicadeza y la sensibilidad para saber cuánto y cuándo acercarnos y alejarnos de nuestro paciente.

Esto depende de la “territorialidad” de ambos. Cuando invadimos la territorialidad del niño con TGD, este huye, grita o manifiesta esterotipias.

Tal vez, a lo largo del proceso, esta distancia óptima se vaya acortando y así pueda llegar el momento en que podamos realizar alguna tarea en su cavidad oral.

No es recomendable apurarse en tocar o acariciar al paciente hasta estar seguros de estar en terreno firme y que no será vivido como una invasión.



Reflexión

El odontólogo que quiere trabajar en discapacidad debe no sólo entender, sino no olvidar, que el desafío no es odontológico sino personal – vincular: Sólo así podrá hacerse Odontología teniendo como pilares la prevención y el mantenimiento del estado de salud logrado.

En la vinculación con nuestro paciente con discapacidad, en especial si es TGD (Trastorno Generalizado de Desarrollo), lo No Verbal es contundente y su manejo no debe caer en la “sobreactuación” y el exceso de recursos o elementos utilizados. Tiene que ver con la prudencia, el respeto, la seriedad a la hora de buscar el Objeto Intermediario adecuado y de encontrar el ISO de ese paciente. Se necesita tener buen manejo de los distintos tipos de tiempos (Tolerancia, Latencia, Terapéutico) y de la Distancia Óptima.

Propuesta

Desde la musicoterapia propongo la exploración de todos los elementos del equipo odontológico y del instrumental que usamos, en todas sus posibilidades sonoras, acústicas, vibratorias, gravitacionales y de movimiento.

He experimentado resultados positivos:

Utilizando los movimientos de mayor o menor inclinación del respaldo del sillón odontológico remedando una situación de acunar a un bebé.

Haciendo percusión y explorando sonidos con: el cepillo dental y un pequeño tambor, el cepillo en los propios dientes, el uso de la turbina (sin colocarle la fresa) como un instrumento aerófono, sonidos de la cara con boca abierta y con boca cerrada.

Trabajando con el sonido del agua: lavamanos, salivadera, llenado del vaso, succionador de saliva.

Utilizando instrumentos como: calimba, tambor, pandero, triángulo, chas-chas, vibrafón, etc.

Utilizando instrumentos creados para el paciente, ej. Clepsidra

Teniendo en cuenta todo lo antes reflexionado y en pos de vincularnos para hacer Odontología y así mejorar su calidad de vida, pasamos al centro de nuestra práctica:

Protocolo de Desensibilización Sistemática

Primero realizar la Historia Clínica con los padres donde se recogerá toda la información sobre las características individuales del paciente: estado general de su salud, medicación, experiencias previas tanto médicas como odontológicas, técnica de cepillado, hábitos, etc.

Selección de materiales como: pictogramas, videos, música, juguetes, movimientos y personal dentro del consultorio,

material de exploración. Este último, si es descartable, puede ser mejor aceptado por no ser metálico. Se puede incluir el espejo de exploración plástico en el set de juguetes seleccionados, ya que su manipulación no es peligrosa y permite la incorporación paulatina de nuestro instrumental básico de trabajo.

Utilización de “decir, mostrar y hacer”.

La anestesia general se usará siempre como último recurso. Debemos ser conscientes de la importancia de este trabajo de agotar todas las estrategias posibles y el uso de la creatividad. El logro de la “Boca Sana” en quirófano mediante anestesia general, sólo tendrá sentido si el niño y sus padres o cuidadores pudieron incorporar estrategias y hábitos para el “Mantenimiento de esa Salud”; si se logró efectivamente un cambio de conducta sostenible en el tiempo. Esto se da sólo mediante un cuidadoso Protocolo de Desensibilización.

Las medidas preventivas obviamente deben ser personalizadas al igual que cada una de las estrategias de vinculación.

Educación a padres y cuidadores es la única garantía que podemos dar a nuestro trabajo.

El uso de pictogramas es muy útil para poner énfasis en la Técnica de Higiene Oral.

Evaluar si puede realizar por sí mismo la higiene oral, aunque casi siempre debe ser reforzada por padres/cuidadores. Ellos también deben ser entrenados en la THO.



Conclusiones

En la vinculación con el paciente con TGD, lo No Verbal es contundente y no debe caer en la “sobreactuación” y el exceso de recursos.

Dedicar tiempo a la búsqueda del Objeto Intermediario.

Cuidar la Distancia Óptima.

Cuidar el espacio donde se trabajará en la vinculación.

Tener buen manejo de los distintos tiempos.

Sin duda la prevención es lo más importante.

Los odontólogos deben involucrar a padres, cuidadores y educadores en las actividades de Promoción de la Salud.

Es importante la consulta odontológica lo más temprana posible.

Bibliografía

“La música como método alternativo en la modificación de la conducta del niño durante el tratamiento dental” - Rev. Estomatológica Herediana v. 15 n. 1 -Lima ene/junio 2005.
Manterola ER, Manterola LM, Ronco. “La Musicoterapia como psicoprofilaxis en Odontología” - Revista de la Asociación Odontológica para Niños – 2007; 36 (3): 17-20.

“Musicoterapia y Medicina – Musicoterapia en el ámbito hospitalario” – Rev. del Hosp. Italiano de Bs. As. – vol 33 – N°1 – 2013 – Lic. Manterola

“Musicoprofilaxis clínica y quirúrgica – Morales Manterola – Congreso Argentino de Musicoterapia – 2011.

Morales Chaves M. Abordaje conductual del paciente autista en la consulta estomatopediátrica – Revista Europea de Odontostomatología (REDOE) – 2006.

ACOMPAÑANDO EL PROCESO DE ABORDAJE EN NIÑOS CON AUTISMO

Autora: Od. Esp. Cristina SUAREZ

Resumen

En los Trastornos Generalizado del Desarrollo, la detección precoz es fundamental. La finalidad es realizar el diagnóstico y la intervención multidisciplinaria lo más pronto posible. La experiencia de la última década sobre el diagnóstico de los niños con TGD, ponen en evidencia la necesidad de que exista una detección precoz efectiva, ya que no se diagnostican antes de los 3 años de edad, pese a presentar sospechas hacia los 18 meses o antes.

La causa de autismo es biológico y no psicológico. Sin embargo cada vez más se va profundizando en el estudio de los rasgos conductuales, podríamos denominarlos marcadores conductuales, que son específicos del autismo, que se pueden observar a los pocos meses de edad.

El abordaje en niños autistas es fundamental el trabajo interdisciplinario – multidisciplinario en las primeras etapas de vida.

Las consultas previas con el gabinete psicológico anticipando los estímulos sensoriales y fortaleciendo el vínculo odontólogo – paciente será una herramienta crucial en la atención de los pacientes con autismo.

Objetivos

Anticipar todo tipo de información y preparación de la visita previa a la consulta odontológica.

Lograr a través del juego el primer contacto con los elementos odontológicos y estímulos que puedan provocar alteraciones sensoriales.

Lograr la alianza odontólogo – paciente.

Disminuir las situaciones traumática para el paciente.

Motivar al paciente y padres/cuidadores en el cuidado oral.

Lograr la prevención y curación de las enfermedades orales.

Desarrollo

Las personas con discapacidad tienen el derecho al más alto nivel posible de salud sin discriminación debido a su discapacidad. Los estados adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a los

servicios de salud. (...) Los estados exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad la misma calidad de atención que a las demás personas, mediante la sensibilización respecto de los derechos, dignidad y necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas ólicas para la atención a la salud de estas personas. Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de los servicios de salud...”. (Resumen del artículo 25 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aprobada por la ONU en diciembre de 2006).

Autismo proviene del griego “autos” y significa “sí mismo” fue tomado por Kanner para referirse a los pacientes con esquizofrenia que tendían a retirarse del mundo social para sumergirse en sí mismos a las fantasías de sus pensamientos (Frith, 1999)

Los TEA son trastornos del desarrollo que se manifiesta en tres ámbitos de funcionamiento: las relaciones sociales, la comunicación y las habilidades de ficción e imaginación. Esta tríada de alteraciones pueden manifestarse con gran variabilidad tanto cualitativa como cuantitativa.

En la actualidad, podría nombrarse la evolución de las entidades nosológicas que incluyen a los Trastornos Generalizados del Desarrollo atendiendo a la:

Característica: perturbación grave y generalizada de algunas áreas del desarrollo como:

Interacción social

Comunicación

Presencia de temas de interés

Comportamiento estereotipado

Clasificación: se incluyen:

Síndrome de Rett

Trastorno desintegrativo de la infancia

Síndrome de Asperger

Trastorno de espectro autista

Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

La etiología del Autismo es biológica y no psicológica. Hay factores que se influyen e interactúan para que se manifieste un Síndrome del Espectro autista/autismo. Estos factores pueden ser:

Factores genéticos
Infecciones víricas
Complicaciones perinatales
Otras causas

Los trastornos psiquiátricos, emocionales, mentales y de conducta son también habituales y desarrollan en las personas con TEA una psicopatología asociada. La ansiedad, los comportamientos obsesivo-compulsivos y rituales, los trastornos del humor, constituyen toda una gama de problemas asociados, así como las alteraciones alimentarias.

Las personas con trastornos del espectro autista presentan, en determinados casos, trastornos asociados con: epilepsia, fragilidad X, esclerosis tuberosa, Angelman, Prader-willi, Sown, mucopolisacaridose, wet. Entre otros.

La epilepsia es relativamente frecuente en personas con TEA, pero debido a las dificultades de comunicación puede no tener en cuenta las crisis de ausencia pasando en muchos casos desapercibidas. La hiperactividad, dificultad de atención a ciertos aspectos del ambiente, es característica de las personas con TEA.

Para lograr una atención adecuada es importante conocer la problemática real de estos pacientes para tomar las medidas adecuadas en el momento que sean necesarias.

Las alteraciones en el área social y comunicativa que presentan los niños con TEA son esenciales para llevar a cabo una detección precoz del trastorno.

Conductas analizables en el diagnóstico del autismo.

Contacto ocular limitado.

Dificultad para compartir emociones positivas.

Ausencia de comunicación para compartir atención e intereses.

Ausencia de gestos convencionales y simbólicos.

Formas de comunicarse poco convencionales (uso de la mano de otra persona como instrumento, autoagresiones, ecolalia)

Poca coordinación de gestos, sonidos y miradas.

Uso limitado de lenguaje.

Comprensión pobre del lenguaje.

Limitación del uso convencional de objetos y ausencia de juego simbólico que puede contrastar con un buen juego constructivo.

Antes de los 24 meses de edad los padres observan dificultades en el desarrollo madurativo de sus hijos, las cuales se centran en las áreas de comunicación, sociabilización y conducta. Manifestaciones como:

Comunicación:

No responde a su nombre

No puede expresar lo que desea

Retraso del lenguaje

Ha dejado de usar palabras que decía

No va hacia donde se le señala

No sigue las instrucciones orales

A veces parece sordo

Unas veces parece oír y otras no

No señala con el dedo

No mueve la mano para indicar despedida

Sociabilización:

No sonríe socialmente

No tiene contacto ocular

Parece preferir estar sólo

Toma las cosas por si sólo

Está en su propio mundo

No sintoniza con los padres

No se interesa por otros niños

Conducta:

Tiene muchas rabietas

Es hiperactivo

No cooperativo

Oposicionista

No sabe cómo utilizar los juguetes

Apego inusual a ciertos juguetes u objetos

Tiende a alinear objetos

Repite las cosas una y otra vez

Es muy sensible a ciertos sonidos o texturas

Tiene movimientos anormales

Anda de puntillas

CASO CLÍNICO

1 ° HISTORIA CLÍNICA – DATOS PERSONALES

Nombre: JOSIA

Edad: 9 años

Fecha de nacimiento: 12/12/2005

Lugar de nacimiento: Jujuy

Nacionalidad: Argentino

Sexo: Masculino

Fecha ingreso al CAOD: 11/08/15

DATOS FAMILIARES Y SISTÉMICOS

Composición familiar: dos hermanos, Gabriel de 12 años, Adriell de 5 años.

Discapacidad: TGD

Antigüedad: 2009

Análisis sistémico: motores, sensoriales, intelectuales, genético, capacidades personales (manejo del celular, tecnología), le gusta los dibujos animados de carreras de autos. Actividades autónomas.

Medicación actual: Quetiapina 25 mg 2/día

Nombre comercial: Seroquel.

Acción Terapéutica:

Antipsicótico atípico, de última generación

Indicaciones:

La que tiapina está indicada para el tratamiento de la Esquizofrenia y del Trastorno Bipolar.

Escolaridad: CPI – calle 9 de julio- ciudad

Antecedentes personales: hepatitis (no sabe cual) , gastritis, diarreas frecuentes.

Antecedentes psicológico: miedo a los puentes, TV, sirena de ambulancias.

Antecedentes odontológicos: 1° visita a los 5 años en Jujuy, última 2015.

Higiene oral: pasta dental saborizada, no hay frecuencia de cepillado.

PLAN DE TRATAMIENTO

Motivación. Lograr el vínculo odontólogo – paciente, contacto visual, su atención, la enseñanza de THO, que se siente en el sillón, completar el odontograma y acceder al tratamiento odontológico adecuado.

TRATAMIENTO

1° Consulta odontológica

Se realiza la historia clínica del paciente con los datos mas relevantes con la madre. Entre las cosas que más le gusta nos indica la madre que el celular lo maneja muy bien.

Luego se lo invita a que observe el consultorio. Se le entrega un cepillo dental.



El paciente presenta mucha inquietud y curiosidad con los elementos e instrumentos guardados. Pero no escucha las ordenes de su madre.



La madre intenta mostrarle un celular, lo cual Josia no le presta atención.

Se le indica a la madre que se siente en el sillón jugando con el celular, sin llamarlo.



Josia observa todo el consultorio, pero no se sienta en el sillón. Pero si fomentamos a abrir cajones para que observe todo. Se

indica la consulta con el gabinete psicológico para la consulta previa.

2° Consulta odontológica

Motivación, previamente se realiza la consulta previa con el gabinete de psicología, donde se anticipa los procedimientos odontológicos.



Se lo invita al consultorio. Josia ingresa inmediatamente con el celular en sus manos y se sienta en el sillón. Respondiendo “ya lo sé” sin contacto visual. Se le muestra un espejo, a través del celular cuando intenta sacar una foto se interpone el espejo. Luego se lo toca el espejo sobre sus labios y se indica que debe abrir la boca, Josia responde “ya lo se”.



Después de un rato intentamos mostrar la jeringa triple jugando con el aire.





En la primera consulta odontológica en el cual no quería sentarse en el sillón y se logró un cambio notable en la segunda consulta abordándolo interdisciplinariamente con el equipo psicológico, con una visita previa, anticipando los procedimientos y saciando toda curiosidad, disminuyendo su ansiedad. Se logra un vínculo odontólogo – paciente favorable, con una experiencia no traumática para el paciente, aumentando en cada cita el tiempo de tolerancia y de latencia. El equipo no solo se debe formar con agentes de la salud si no también necesita el acompañamiento de la familia del paciente. Quienes serán los multiplicadores del cuidado de la salud bucal dando la misma importancia que merece.

Conclusión

El trabajo interdisciplinario es fundamental para lograr la promoción y prevención de la salud bucal en niños autistas. La familia es el eje de la continuidad en el tiempo.

Un plan de tratamiento a utilizar por los diferentes servicios de salud, deberán tener en cuenta toda una serie de elementos, que contemplen informaciones claras, simples, y breves, según la discapacidad que presenta el paciente. Y una fluida comunicación entre los profesionales de los avances o retrocesos en el tratamiento.

Para prestar una buena atención es preciso conocer la problemática real del paciente para tomar las medidas adecuadas. Las alteraciones sensoriales pueden plantear respuestas paradójicas a cierto tipo de estímulos, ya sea la luz del sillón dental, los gustos, aromas o algún leve ruido.

El objetivo será anticipar todo tipo de información y preparación de la visita odontológica. Utilizando como herramienta el sistema de cita previa con el gabinete psicológico, donde anticiparán a través del juego algunos estímulos, ya sea la luz del sillón dental, los gustos de pastas, aromas a utilizar durante el tratamiento.

Las primeras consultas serán de desensibilización donde se deja al paciente que explore por sí mismo el lugar dejando que pase la situación de novedad, por ende, disminuir los niveles de ansiedad. Utilizar el cambio de roles con los padres o cuidador anticipa la situación de tratamiento, evitando la posibilidad de procedimientos invasivos con el paciente y de esta forma evitar un posible trauma odontológico para él.

Incluir en la historia clínica un interrogatorio exhaustivo, de forma periódica a los padres o tutores del paciente, para conocer con más detalle características de éste como medicación, dieta, comportamiento agresivo o colaborador y tener en cuenta el nivel de desarrollo del paciente procurando siempre un trato personalizado, elaborando estrategias que sean aplicables según el paciente.

Utilizar elementos visuales, como por ejemplo títeres, pictogramas, tecnología actual como celulares, tables, de gran utilidad en las personas con Trastornos del Espectro Autista (TEA).

Bibliografía

Lu YY, Wel IH, Huang CC. Dental health – a challenging problem for a patient with autism spectrum disorder. General Hospital Psychiatry, 2012.

Stein LI, Polido JC, Mailloux Z, Coleman GG, Cermak SA, Oral care and sensory sensitivities in children with autism spectrum disorders. SpecCareDentist 2011; 31(3): 102-110.

Revista de la Cátedra “Clínica del paciente discapacitado”. Diciembre/2015 – Año 5, Número I. Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Odontología.

José A. Muñoz Yunta, Montserrat Palau, Berta Salvadó, Antonio Valls. “Autismo: identificación e intervención temprana”. Vol. 22 No. 2 Junio 2006.

Muñoz Yunta JA. Guía Médica y Neuropsicológica del Autismo. Barcelona: FundacióAutisme Mas Casadevall, F.P., 2005: 131 – 148.

ABORDAJE ODONTOLÓGICO EN PACIENTES CON TRASTORNOS COGNITIVOS: CASOS CLÍNICOS

Autora Od. Carolina Hebe TABERNARO

Se define a los trastornos cognitivos como la alteración de funciones tales como memoria, orientación, lenguaje, atención, aprendizaje, conducta, etc., que afectan a la actividad y a las relaciones sociales de quien lo padece. El deterioro de las capacidades cognitivas y de las actividades de la vida diaria tiene implicaciones en su salud bucodental.

Objetivos

El objetivo principal de nuestro trabajo es el manejo de la conducta del paciente estableciendo una adecuada vía de comunicación que nos permita ganarnos su confianza y poder trabajar con ellos.

Método: se mostrarán distintas estrategias que aplica el odontólogo para iniciar el tratamiento, la selección de las mismas se realizan de acuerdo a la discapacidad, es fundamental la motivación en todas las sesiones, si no hay

urgencia hay que respetar los tiempos de cada paciente y siempre teniendo en cuenta "Decir- Mostrar- Hacer"

Desarrollo

DIAGNOSTICO

Debemos observar el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa del paciente para lograr obtener un buen diagnóstico.

TRATAMIENTO GENERAL

El tratamiento se realizará en función de la estimulación temprana y del trabajo de las conductas adaptativas.

ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

- ☑ HC Médico- Odontológica
- ☑ Interconsulta con equipo interdisciplinario
- ☑ Evaluación de drogas que utiliza en su terapia
- ☑ Motivación reiterada
- ☑ Estrategias específicas de acuerdo a la patología sistémica
- ☑ Prevención de enfermedades bucales (Flúor- Clorhexidina)
- ☑ Posible elección de sedación consciente

METODOS DE ABORDAJE

- ☑ Son las distintas estrategias que realiza el odontólogo para iniciar el tratamiento.
- ☑ Selección de la técnica de acuerdo a la discapacidad
- ☑ Técnica de motivación en todas las sesiones
- ☑ Manejo adecuado de la conducta
- ☑ Tener presente que todos tienen en mayor o menor grado disminuidas sus capacidades intelectuales
- ☑ Si no hay colaboración en la consulta odontológica deberemos lograr una adecuada vía de comunicación para ganarnos su confianza
- ☑ Si no hay urgencia hay que respetar los «tiempos» de cada paciente
- ☑ "Decir- Mostrar- Hacer"

SINDROME DE DOWN

Debe su nombre al médico John Langdon Down, que fue el primero en describirlo en 1866.

En 1958 se descubre que es una alteración cromosómica del par 21.

Es la principal causa de discapacidad intelectual y la alteración genética humana más común.

1/700 concepciones.

Caso Clínico:

Francisco

Edad : 8 años

Sexo : Masculino

Fecha de nacimiento: 06/04/07

Nacionalidad: Argentina

Obra social: No tiene

Datos padre: 55 años , metalúrgico , argentino

Datos madre: 52 años, ama de casa, argentina

MOTIVO DE LA CONSULTA: "Tiene muelas careadas". Refiere la mamá



Francisco entró solo al consultorio, y mediante una buena motivación pudimos explicarle T.H.O. y logramos que él se cepillara solito. En las siguientes sesiones continuamos con la motivación, técnicas de cepillado y topiaciones con flúor. Lo importante es que el paciente entra confiado a la consulta y podemos realizarle una buena atención odontológica.

COLOBOMA

Es un agujero o defecto del [iris](#) del ojo. La mayoría de los colobomas están presentes desde el nacimiento (congénitos). (Dr. Juan Carlos Zenteno)

El coloboma puede ocurrir debido a:

Cirugía del ojo

Afecciones hereditarias

Traumatismo del ojo

La mayoría de los casos de coloboma son de causa desconocida y no se relacionan con otras anomalías. Un pequeño número de personas con coloboma tiene otros problemas hereditarios del desarrollo.

Caso Clínico:

Aylén

Edad: 6 años

Sexo : Femenino

Nacionalidad: Argentina

Obra social: PROFE

Datos padre: 39 años, pintor de autos, argentino

Datos madre: 39 años, ama de casa, argentina

MOTIVO DE LA CONSULTA: «la mamá quiere que le hagan un aparatito»





Fig. 1. Placa Shwartz con levante de mordida

Aylén concurre al CAOD con su mamá. Habla poco pero entiende todo lo que le explicamos.

Mediante la motivación en la primeras sesiones pudimos realizarle la exodoncia del elemento 71. En las siguientes consultas se realizaron obturaciones con Ionómero Vitreo (Fuji 9) y la toma de impresión para la confección de una placa Shwartz con levante de mordida (Fig.1).

Estamos trabajando en forma conjunta con Fonoaudióloga usando placa y tapping, para posicionar la lengua y darle tonicidad a la musculatura facial.

IMPORTANTE

Se debe tener presente:

Medicación

Altera el flujo salival

Aumenta la cantidad de caries

Higiene deficiente

Aumenta la presencia de EP

Autoagresiones

Labio

Carrillo

Lengua

Hábito de bruxar

Resultado: las técnicas empleadas nos ayudan a aumentar el éxito de las intervenciones y a minimizar la “no cooperación”. Al mismo tiempo le brindamos herramientas para adquirir nuevas conductas en relación a su salud bucal.

Conclusiones

Es importante que el plan de tratamiento y los cuidados en la salud bucodental de estos pacientes se realice en consenso con sus familiares y/o cuidadores, ya que tienen un papel fundamental en acompañar al paciente a las sesiones necesarias para su tratamiento y el mantenimiento de la salud lograda comprometiéndolos a supervisar o en casos más complejos a realizar la higiene oral diaria de nuestro paciente.

Bibliografía

-<http://braintools.es/Neurociencia/index.php/programa/trastornos-cognitivos.html>

-http://www.feaps.org/biblioteca/salud_mental/capitulo03.pdf

- Dr. Juan Carlos Zenteno

Unidad de Investigación, Instituto de Oftalmología "Conde de valenciana", Chimalpopoca N° 14, Colonia Obrera, C.P. 06800, México. D.F., México

El cursado en imágenes

