

Artículo de Revisión

MANEJO DE PACIENTES CON DIVERSIDAD FUNCIONAL EN EL ÁMBITO ODONTOLÓGICO

Fátima Antonio, Elide Mill, Mariel Páez, Gabriela Sayago, Daniurka Valero

Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela

Autora de correspondencia: marielpaezvizcaya@hotmail.com

Recibido: 15-05-2013

Aceptado: 27-09-2013

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. La diversidad funcional incluye a aquellas personas que presenta una condición que lo aleja de la normalidad, sea de orden físico, mental o sensorial, así como de comportamientos que requieren atención especial. Se realizó una revisión sistemática acerca del manejo de pacientes con diversidad funcional en el ámbito odontológico con el objetivo de sintetizar, con base en la literatura, las estrategias convencionales y alternativas que son utilizadas al atender a este tipo de pacientes. **DESARROLLO.** Los métodos convencionales del tratamiento odontológico no se modifican al atender pacientes con diversidad funcional, sólo se emplea un manejo diferente para establecer una relación odontólogo-paciente más efectiva. Las diversidades funcionales intelectuales (autismo, síndrome de Down y diversidad funcional intelectual) pueden ser manejadas en el consultorio odontológico mediante musicoterapia, técnicas restrictivas y anestesia general, siendo ésta última empleada sólo en pacientes con autismo y diversidad funcional intelectual. Las diversidades funcionales sensoriales (sordera y ceguera) requieren el empleo de estrategias para mejorar la comunicación, utilizando lengua de señas, escritura, uso del braille, lectura de labios y estimulando la sensopercepción de la vista, tacto y oído del paciente. **CONCLUSIÓN.** Para realizar los tratamientos odontológicos de forma efectiva a pacientes con diversidad funcional, se debe emplear la estrategia adecuada a la condición que éste presente. Se recomienda realizar más estudios acerca de cada estrategia utilizada en pacientes con diversidad funcional para determinar su efectividad.

PALABRAS CLAVE (DeCS): Atención odontológica, diversidad funcional, autismo, síndrome de Down, sordera, hipoacusia, ceguera.

MANAGEMENT OF DENTAL PATIENTS WITH FUNCTIONAL DIVERSITY

ABSTRACT

INTRODUCTION. A person with functional diversity is the one presenting signs and symptoms that are far from normal, those may be physical, mental or sensory, and behavioral, requiring special attention. We conducted a systematic review on the management of patients with functional diversity in the dental office in order to synthesize, based on the literature, the conventional and alternative strategies that are used to treat patients with some form of functional diversity. **DEVELOPMENT.** Conventional methods of dental treatment are not modified to treat patients with functional diversity; just a different management approach is used to establish the dentist-patient relationship. Intellectual functional diversity patients (autism, Down syndrome and intellectual functional diversity) can be handled in the dental office through music therapy, restrictive techniques and general anesthesia, the latter being used only in patients with autism and intellectual functional diversity in dental treatments demanding it. Sensorial functional diversity patients (deafness and blindness) require the use of strategies to improve communication by using sign language, written language, braille, speech reading and stimulating sensory perception of touch and patient's ear. **CONCLUSION.** In order to perform effective dental treatments to patients with functional diversity the dentist must employ the appropriate strategy for the specific condition.

KEY WORDS (MeSH): Dental care, autism, functional diversity, Down syndrome, deafness, hearing impair, blindness.

1.-INTRODUCCIÓN

La Ley para Personas con Discapacidad en Venezuela define la diversidad funcional como toda condición compleja del ser humano constituida por factores biopsicosociales, que evidencia una disminución o supresión temporal o permanente, de alguna de sus capacidades sensoriales, motrices o intelectuales que puede manifestarse en ausencias, anomalías, defectos, pérdidas o dificultades para percibir, desplazarse sin apoyo, ver u oír, comunicarse con otros, o integrarse a las actividades de educación o trabajo, en la familia con la comunidad, que limitan el ejercicio de derechos, la participación social y el disfrute de una buena calidad de vida, o impiden la participación activa de las personas en las actividades de la vida familiar y social, sin que ello implique necesariamente incapacidad o inhabilidad para insertarse socialmente¹.

En este contexto, se reconocen como personas con diversidad funcional a las sordas, las ciegas, quienes tienen disfunciones intelectuales, motoras de cualquier tipo, alteraciones de la integración y la capacidad cognoscitiva, las de baja talla, las autistas y quienes padezcan alguna enfermedad o trastorno limitante¹.

En el mundo laboral de hoy en día, el profesional necesita desarrollar estrategias que conduzcan a responder a estímulos de su entorno menos frecuentes. En ciencias de la salud, el odontólogo tiene la necesidad de adaptación al trato con personas que presentan una situación de diversidad funcional, quienes requieren de atención, manejo médico y uso de asistencias o programas especializados en salud para proveer un trato específico hacia su condición.

La organización Mundial de la Salud (OMS) estima que unas 600 millones de personas viven con diversos tipos de diversidades. El 80% de ellas vive

en países de bajos ingresos². Para el año 2011, el censo del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) mostró que en Venezuela existe una mayor proporción en diversidad funcional del tipo visual con un valor de 1,7% de la población bajo estudio; las de menor incidencia fueron diversidades de tipo neurológica, mental intelectual, auditiva, mental-psicosocial, voz y habla, en los valores correspondientes: 190.595,51; 136.139,65; 108.911,72; 81.683,79 y 54.455,86, respectivamente³.

Esto indica la necesidad de hacer una revisión actualizada en español que incluya estrategias para mejorar la relación odontólogo-paciente, debido al elevado número de población que se encuentra en este grupo y además la importancia que implica para el odontólogo conocer diversas formas que le faciliten realizar los tratamientos odontológicos que estos pacientes requieran.

La búsqueda de los artículos empleados en esta revisión se realizó en las bases de datos: Medline (vía PubMed), Lilacs (vía Bireme), Cochrane (vía Bireme), Artemisa, Springer Link, Scielo, Dialnet, Redalyc, Latindex, Imbiomed, Hinari, NDLTD, Elsevier (vía ScienceDirect), Doyma, Jstor, Mdconsult (vía SerBiULA) y en los motores de búsqueda: Google Académico, Scirus, Science Research y CiteSeerX.

Se buscaron artículos publicados en inglés y español, empleando las combinaciones de palabras clave: Dental care, dentistry, autism, Down syndrome, deaf, blindness, en inglés y; atención odontológica, odontología, autismo, síndrome de Down, sordera, hipoacusia, ceguera, en español. Éstas fueron identificadas a través de MeSH y DeCS, respectivamente. Se usaron los siguientes filtros para delimitar la búsqueda: últimos 10 años, publicados en revistas odontológicas. Se obtuvo un total de 143.625 artículos, de los cuales se eligieron

220, excluyendo posteriormente 157, por afinidad temática. Se seleccionaron los artículos que estuvieran asociados al ámbito odontológico y al manejo del paciente en el consultorio.

La presente revisión pretende sintetizar, con base en la literatura, las estrategias convencionales y alternativas que pueden ser empleadas en el ámbito odontológico, al momento de atender un paciente que presente algún tipo de diversidad funcional.

Este artículo se organizó de la siguiente manera: en primer lugar se presenta una definición de diversidad funcional, posteriormente se describen las características bucodentales más comunes de estos pacientes y, por último, se mencionan las estrategias utilizadas para el tratamiento de pacientes con esta condición.

2.-DIVERSIDAD FUNCIONAL

Es frecuente utilizar términos como discapacitado, incapacitado, minusválido, mongólico, retrasado e idiota para referirse a un paciente que posea algún tipo de diversidad funcional; excluimos éstos por considerarlos discriminatorios y degradantes; en cambio, utilizaremos el término diversidad funcional, para referirnos al paciente que presenta alguna condición que le limita el normal desenvolvimiento, sea de orden físico, mental o sensorial, así como de comportamiento, que para su atención odontológica exige maniobras, conceptos y equipamiento especiales⁴, requiriendo intervención, manejo médico y uso de asistencias o programas especializados^{4,5}. Ejemplo de ellas son las personas con autismo, síndrome de Down, diversidad funcional intelectual propiamente dicha, sordera y ceguera.

El señalamiento acerca de la incorporación de estrategias para llevar a cabo el tratamiento requerido en cada caso, representa una alternativa

altamente significativa tanto en la rehabilitación bucodental como también en el fomento del mantenimiento de la salud oral mediante la colaboración de familiares y educadores. Para propósitos de este artículo, analizaremos dos grupos: diversidad funcional intelectual y diversidad funcional sensorial.

2.1.-Diversidades funcionales intelectuales

2.1.1.-Autismo

Es un síndrome congénito que deteriora el crecimiento y el desarrollo del cerebro o del sistema nervioso central⁶, afectando la interacción social, el lenguaje, el comportamiento y las funciones cognitivas⁷. Los estudios realizados por Martos⁸ sitúan la prevalencia del autismo, de manera conservadora, en 13/10.000 frente a la cifra de 36,4/10.000 de trastornos generales. Con base en estos datos, existe la necesidad de implementar estrategias para manejar apropiadamente a este tipo de pacientes en el consultorio odontológico.

Consideraciones odontológicas

Los pacientes con esta diversidad funcional no presentan anomalías dentales propias de su condición^{7,9}. La mayoría de las enfermedades bucales se desarrollan por los patrones de comportamiento. La morfología dental es normal pero podría haber desgaste oclusal debido a bruxismo. Algunos autistas pueden desarrollar crisis convulsivas. La patología oral más común en esta diversidad es la caries¹⁰, debido a que la higiene oral puede ser deficiente por la falta de cepillado y la imposibilidad de aceptar ayuda de otras personas¹¹, así como la incapacidad de cooperar con los programas preventivos⁷.

Manejo de pacientes con autismo

Hay distintas estrategias para el manejo de pacientes autistas en el consultorio odontológico como lo señala Trequattrini y Villalobos¹², quienes afirman que la prevención es parte fundamental en el cuidado de la cavidad bucal, así como la educación que se enfatiza en una correcta técnica de cepillado, el uso de hilo dental y enjuagues orales, la calidad de la alimentación y la necesidad de visitar periódicamente al odontólogo. Desde el punto de vista clínico, los procedimientos de prevención que se deben aplicar son la profilaxis dental, topificación de flúor y sellantes de puntos y fisuras. Otro método que se emplea es la técnica restrictiva en las situaciones más complejas⁷ teniendo en cuenta que estos pacientes, en la mayoría de los casos, requerirán un mayor número de sesiones con el objetivo de disminuir la sensibilidad, incluyendo el acondicionamiento al ambiente odontológico y tener en cuenta que el mismo no cambie en cada cita y mantener las mismas personas presentes en el consultorio odontológico^{6,7}.

En un estudio realizado por un grupo multidisciplinario a 32 niños autistas de educación preescolar, se encontró que el uso de imágenes en lugar de palabras permite una mayor cooperación en el tratamiento dental, ya que facilita la familiarización con el proceso odontológico¹³.

La musicoterapia es una de las técnicas empleadas con mayor frecuencia para el manejo de personas con cualquier tipo de diversidad funcional. Algunos autores afirman que los refuerzos positivos como las muestras de cariños y los premios, así como el uso de musicoterapia pueden dar buenos resultados⁶. Gold y colaboradores¹⁴ aseveran que esta técnica con intervenciones a largo plazo mejora las

habilidades comunicativas, gestuales y verbales de los pacientes, que con terapias similares que no incluyen música. Sin embargo, Sinha y colaboradores¹⁵ concluyen que se necesitan realizar investigaciones adicionales para determinar la efectividad de los tratamientos acústicos.

Para el manejo de pacientes con espectro autista, la anestesia general es comúnmente usada en situaciones que ameritan realizar tratamientos odontológicos. Según De Nova y colaboradores¹⁶, en niños con diversidad funcional incluyendo el autismo se justifica con mayor frecuencia el uso de anestesia general en tratamientos dentales, aunque esto no significa que sea necesario en todos los casos.

Casanova y Acuña¹⁷ refieren que la anestesia general y la sedación endovenosa se utiliza en ocasiones en las que se requiera mantener al paciente inmóvil por tiempos prolongados en el consultorio odontológico. También es frecuente en aquellos pacientes que no pueden cooperar, ya sea por su condición propia de no poder seguir instrucciones de rutina, o por no poder controlar sus movimientos. En contraste, Horruttiner⁶ afirma que la anestesia general, se debe evitar, porque implica un riesgo para la salud del paciente.

Un estudio experimental realizado por Yepes y colaboradores¹⁸, en el que se mostró a 15 niños un video que ilustra el procedimiento rutinario odontológico en el tratamiento preventivo, señala que aunque los resultados mostraron que la mayoría de los niños presentaron un buen comportamiento tanto en la preprueba como en la postprueba, no fue posible determinar la eficacia del método utilizado para modificar el comportamiento.

Es preciso señalar que para el paciente autista, existen ciertos estímulos que puedan causar problemas y que deben evitarse; un ejemplo de ello son las largas esperas para ser atendido, ya que esta

actividad se considera un trabajo arduo para los pacientes con esta diversidad funcional. Largos períodos de esperas pueden incrementar la ansiedad y conducir a sentimientos de ira y falta de voluntad para cooperar durante la consulta, comportamiento conforme al generado por el estrés causado de perdurar en el consultorio sin ser atendido¹⁹.

Otro aspecto que debe ser considerado en los pacientes que sobrellevan esta condición es en la comunicación odontólogo-paciente; es bueno tener en cuenta que las indicaciones y tratamientos se deben explicar de forma secuencial al procedimiento, de manera clara, concisa y sencilla, ya que estos pacientes poseen una percepción literal de su entorno¹⁹.

2.1.2.-Síndrome de Down

El síndrome de Down es considerado el desorden cromosomal más común²⁰, así como también una de las diversidades funcionales más frecuentes. Fue en 1866 cuando Juan L. Down publicó un artículo que describía algunas de las características de este síndrome que hoy lleva su nombre, pero fue hasta 1959 y gracias a los adelantos de la genética cuando se concluyó que los pacientes con síndrome de Down tenían 47 cromosomas en lugar de 46²¹.

Las personas que presentan este síndrome tienen ciertos riesgos y problemas de salud oral, que hacen precisas ciertas actuaciones buscando el pleno desarrollo y aprovechamiento de las capacidades de las personas con Síndrome de Down.

Consideraciones Odontológicas

La atención bucodental es probablemente una de las pocas necesidades cubiertas en el tratamiento y rehabilitación en pacientes con síndrome de Down, tanto en calidad como en cantidad. Sin embargo, es

necesario tener presente que existen características odontológicas asociadas directamente a esta diversidad funcional.

Los problemas bucales y odontológicos más frecuentes en la personas con este síndrome son la alta tendencia a maloclusiones dentarias debido, en parte, a macroglosia e hipoplasia del maxilar. También se observa desgaste de la superficie oclusal y bordes incisales de los dientes²². De manera general, las personas con este síndrome presentan menos incidencia de caries, relacionado con el retraso de la erupción dentaria tanto de dientes temporales como permanentes y la función tamponante de la saliva²². Por las razones antes mencionadas, es necesario que el odontólogo tome en cuenta diferentes aspectos en los cuidados bucales de estas personas, tales como: ingerir alimentación sana, obviar el consumo de azúcar refinada, efectuar cepillados con dentífricos fluorados y realizar sellado de fosas y fisuras de los molares^{22,23}.

Es bien conocido que 50% de los pacientes con síndrome de Down presentan obstrucciones a nivel de las vías respiratorias superiores, por lo cual la respiración bucal es frecuente. Esto perjudica directamente a los tejidos gingivales²⁰. Debido a esto, probablemente los niños y adultos con esta diversidad funcional tienen mayor susceptibilidad para padecer periodontitis, la cual afecta a los tejidos que rodea al diente y alveolo^{23, 24}, trayendo como consecuencia deshidratación superficial de bacterias de la placa bacteriana sobre las encías y dientes, destruyendo prematuramente la dentición²⁵. Adicionalmente, la salud oral de las personas con diversidades se ve comprometida por los efectos secundarios de los medicamentos a los cuales están sometidos, pues éstos pueden causar xerostomía significativa, así como hiperplasia gingival que es

común en pacientes que consumen medicamentos anticonvulsivantes²⁶.

En una revisión, Leonelli y colaboradores²⁷ señalan que la mayoría de los pacientes con síndrome de Down presenta una edad dental avanzada, aunque esta diferencia no se hace notar ya que solo está estimada en 12 meses. También afirman que la mayoría de los pacientes presentan un desarrollo dental normal.

Manejo de pacientes con Síndrome de Down

Es importante reconocer las restricciones en las capacidades de cooperación y evitar así las posibles reacciones de agresividad por parte del paciente, que en muchos casos responde al clima de tensión y el temor a lo desconocido. El paciente con síndrome de Down es relativamente cooperador cuando se realizan procedimientos odontológicos de rutina, pero es necesario tener en cuenta que pueden ser atendidos en el consultorio odontológico una vez que el odontólogo se familiarice con la historia clínica del paciente y tome las precauciones necesarias²⁸. Como lo señala Molina²³, en su revisión, una de las principales estrategias es prevenir las distintas patologías que se pueden presentar en su aparato estomatognático.

Navas y colaboradores²⁹ realizaron un estudio con 90 niños y adolescentes con síndrome de Down para evaluar clínicamente la salud oral. Concluyeron que la prevención debe ir de la mano del esfuerzo de los padres, docentes y pacientes con esta diversidad funcional, y debe estar integrada con la labor del odontólogo en un programa preventivo de salud bucal, logrando así altos niveles de éxito que evitan las enfermedades bucales más frecuentes en esta población. Es de hacer hincapié en el correcto uso de cepillos dentales especiales, aditamentos para la higiene interdental y el control químico de la placa que actúan en beneficios para el

paciente, mejorando la calidad de vida y el mantenimiento de la salud del paciente³⁰.

En cuanto a los problemas de maloclusión dental, la consulta temprana y la instalación de ejercicios orofaciales son necesarias para prevenir esta patología y evitar así la necesidad de utilizar procedimientos invasivos, como lo propone Nasso²⁴.

Una de las tácticas en el manejo de estos pacientes, que se destaca por ser capaz de evitar accidentes peligrosos, es utilizar abre bocas metálicos o de goma en el momento de realizar tratamientos a alguna enfermedad dentaria que requiera mantener la cavidad oral abierta por tiempos prolongados. También es recomendable colocar protección faríngea para evitar la aspiración de cuerpos extraños¹⁷.

Una de las formas más acertadas para evitar eventos desagradables de agresividad por el dolor y obtener resultados satisfactorios en los procedimientos en pacientes con síndrome de Down es utilizar anestésicos locales en los tratamientos dentales que impliquen la posibilidad de sangrado con fines hemostáticos. Así mismo, utilizar selectivamente anestesia con protección cardiaca, mantener control del sangrado y evitar el uso excesivo de adrenalina y cordones gingivales¹⁷.

2.1.3.- Diversidad funcional intelectual (propiamente dicha)

Actualmente se emplea el término diversidad funcional intelectual para referirse a un individuo con limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en el comportamiento adaptativo^{31, 32}. Algunos autores afirman que esta condición afecta el razonamiento, planificación, resolución de problemas, pensamiento abstracto, la comprensión de ideas complejas, adaptación social, el aprendizaje rápido

y el aprendizaje por experiencia, desarrollados generalmente durante la infancia^{33, 34}. Es por ello que para llevar a cabo tratamientos odontológicos se debe presentar un consentimiento informado por parte de los padres o representantes de estos pacientes. Este hecho es de relevancia para el odontólogo tratante ya que de esto dependerá si puede llevar a cabo o no el tratamiento requerido³⁵. Wiesner³⁶ indica que el 1% de la población mundial presenta diversidad funcional intelectual profunda y el 3% presenta las formas leves o moderadas. En Venezuela, para el año 2001 se determinó que el 3,9% de la población total presenta algún tipo de diversidad funcional física o intelectual³⁷.

Consideraciones odontológicas.

En Venezuela, el Código de Deontología Odontológica establece la obligación del profesional de la salud bucal en atender a todos los individuos que lo requieran, independientemente de su condición de salud en general³⁸. Sin embargo, la necesidad de atención odontológica que presentan estos pacientes no es suministrada de forma satisfactoria³⁸, parte de esta responsabilidad recae directamente sobre el odontólogo. Esto supone la necesidad de mayor motivación y conocimiento para proporcionar el tratamiento odontológico adecuado^{39, 40, 41}.

Diversos autores aseveran que las alteraciones bucodentales más frecuentes en pacientes con diversidad funcional intelectual son anomalías dentarias de forma, posición y tamaño, alteraciones en la saliva -ya sea la cantidad o la composición de la misma-, edentulismo, maloclusiones, bruxismo, hipersensibilidad dentaria, disfagia, paladar profundo, enfermedad periodontal y alta incidencia de caries dental. En suma, esto supone una deficiente salud bucal^{42, 43, 44}. Este es un problema de

salud pública no cubierto en la mayoría de los casos, en comparación con pacientes que no presentan ningún tipo de variación funcional⁴¹.

Manejo de pacientes con diversidad funcional intelectual

La atención odontológica en pacientes con diversidad funcional intelectual se debe adecuar a las necesidades propias de dicho pacientes para lograr resultados óptimos en beneficio de la salud bucal y el bienestar de estas personas. Es ineludible tener presente el estado emocional y social de estos pacientes, además de meditar que la actitud del profesional debe ser cuidadosa, procurando serenidad y paciencia, y evitando situaciones que aumente el temor en estas personas para impedir reacciones adversas más acentuadas que en un paciente normal^{42, 45}.

Un aspecto substancial para obtener buenos resultados es la adaptación del paciente en la consulta odontológica, es establecer un vínculo odontólogo-paciente-representante que logre un nivel de comunicación apropiado para poder llevar a cabo el tratamiento que requiera el paciente de la mejor forma posible^{46, 43, 47}. Algunos autores han propuesto que para el establecimiento de dicha relación odontólogo-paciente se debe invitar a dar un breve recorrido por el consultorio al paciente con diversidad funcional, antes de iniciar el tratamiento, así como presentar al personal auxiliar para evitar el temor a lo desconocido, hablarle a los mismos con lentitud, hacer uso de términos sencillos, dar una instrucción a la vez, ser sensible a los gestos, escucharlos con atención y preferiblemente atender a estos pacientes en horas de la mañana^{42, 45}.

La anestesia general es quizás una de las herramientas más utilizadas para tratamientos que requieren elevado grado de cooperación, ya que existen innumerables casos en los que los pacientes

con diversidad funcional intelectual no están dispuestos a favorecer la consulta, debido a que no logran establecer el grado de confianza que se necesita para llevar a cabo el desarrollo de la consulta odontológica en los mismos⁴⁸. Rodríguez y colaboradores, en un estudio realizado con 47 pacientes con diversidad intelectual en España, afirman que la técnica anestésica es segura y estable desde el punto de vista hemodinámico y respiratorio.⁴⁹

Al igual que con las diversidades funcionales antes mencionadas, también es de suma importancia considerar la prevención en pacientes con diversidad funcional intelectual. Es recomendable que la primera consulta odontológica sea seis meses después de la erupción de la primera pieza dental para evitar el inicio de problemas periodontales o cariogénicos, mediante el control de la placa bacteriana, la aplicación de fluoruros tópicos y sistémicos ajustado a las necesidades y condiciones del paciente, selladores de fosas y fisuras profundas, uso de enjuagues bucales antibacterianos y realizar visitas periódicas para el control y mantenimiento de acuerdo a las necesidades individuales de cada paciente^{44-46, 51}.

2.2.-Diversidades funcionales sensoriales

2.2.1.-Sordera

La sordera es la pérdida parcial o total de la audición, es aquel que no tiene suficiente audición residual para que pueda entender la lengua oral con éxito⁵², que puede expresarse a cualquier edad y con diferente grado de severidad. Si el defecto es severo y se presenta tempranamente en la niñez, causa efectos dramáticos en la adquisición del habla, y con ello, importantes dificultades en el desarrollo cognoscitivo y psicosocial⁵³. El grado de la pérdida auditiva puede variar desde leve (nivel de audición ≤ 40 decibeles) a profunda (≥ 90

decibeles), como también se puede presentar en un oído o en ambos⁵⁴.

La Organización Mundial de la Salud afirma que los niños con deficiencias en la audición constituyen uno de los principales grupos de la población infantil con diversidad sensorial, ya que por lo general los problemas de audición conllevan dificultades en el habla⁵⁵.

Consideraciones odontológicas

Es importante que el profesional de la salud, especialmente el odontólogo, tenga una buena comunicación con el paciente, que le permita recibir toda la información posible acerca de su estado físico, mental, social y ambiental⁵⁶.

Las características clínicas de la cavidad oral en este tipo de pacientes son similares en gran medida del resto de los individuos; las alteraciones de tejidos duros incluyen una mayor prevalencia de hipoplasias del esmalte y de desmineralización dental. El desgaste dentario, producido por bruxismo durante el día es común, aparece durante periodos de inactividad y puede servir para llenar el vacío sensorial⁵⁷.

Jain y colaboradores⁵⁵ estudiaron el estado bucal y la necesidad de tratamiento de 127 pacientes jóvenes sordos. El hallazgo más importante del estudio fue la alta prevalencia de caries y la deficiente higiene oral. Saber identificar dichas características bucales sirve a los odontólogos para formular el diagnóstico temprano y eficaz para canalizar de forma oportuna el tratamiento requerido por estos pacientes⁵⁸.

Manejo de pacientes con sordera

San Bernardino y colaboradores⁵⁹ propusieron reglas básicas para mejorar la comunicación con el paciente que presenta esta diversidad funcional, entre éstas destaca el conocer la forma de

comunicación que éstos emplean para su desarrollo social, considerando los diferentes métodos, como utilizar lengua de señas, lengua escrita, lectura de labios o la mezcla de alguno de éstos. Es relevante conocer la conducta del paciente sordo, ya que de acuerdo con esto, deberán hacerse ciertos ajustes durante la consulta⁵⁵, pues la comunicación con alguien que es sordo o tiene problemas de audición es fundamental y no es difícil. Existen reglas básicas que se pueden seguir para el éxito en la comunicación en la consulta odontológica, como las descritas por Dougall y colaboradores²⁶, uso de audífonos, en caso de personas hipoacúsicas; hay que corroborar que el dispositivo esté encendido, pues muy a menudo éste se apaga debido a la interferencia que se puede producir en estrecha proximidad al profesional y algunos equipos dentales^{56, 59}.

Otra técnica útil es la lectura labial, para esto se debe hablar claramente en ritmo normal, con buena articulación, de frente al paciente, permitiendo la lectura de los labios. De ser necesario, se puede pedir la colaboración de un intérprete de lengua de señas con quien el sordo pueda establecer una comunicación eficaz. Para una buena comunicación, también se puede recurrir a los gestos y expresiones faciales para ayudar a la persona a seguir lo que se dice^{57, 59}.

Un estudio realizado por Champion y colaboradores⁶⁰ arrojó que es útil que el odontólogo, mientras habla con el paciente, se retire el tapaboca para facilitar la utilización de signos, gestos y la interpretación de los labios que pueden mejorar la comunicación con niños sordos. Según un estudio realizado por Garbin y colaboradores⁶¹, el método más utilizado para la comunicación fue la ayuda de un intérprete siendo éste, en todos los casos, algún pariente cercano o un amigo. Sin embargo, el acompañante-intérprete muchas veces no transmite

la información al paciente. Este hecho evidencia que el sordo se vuelve ajeno a su propia condición bucal y, por veces, siquiera sabe cuáles son las medidas que serán tomadas.

Sería de gran utilidad para el odontólogo que pudiera aprender, al menos en un nivel básico, lengua de señas, y algunos ideogramas para poder saludar al paciente, recibirlo en el consultorio, presentarse con él y poderle explicar en qué consiste el tratamiento que se va a realizar, siendo esta una estrategia básica propuesta por Madrigal y colaboradores⁵⁵ en su estudio realizado. Adentrarse en el mundo de las personas con diversidad auditiva ayuda a sensibilizarse y a darse cuenta que estos pacientes van a conocer el consultorio a través de sus demás sentidos.

2.2.2.-Ceguera

La diversidad funcional visual se refiere a la dificultad del individuo para realizar determinadas funciones visuales como leer, escribir, orientarse o desplazarse sin ayuda. Existen otros términos que encierran dicho conceptos como: vista parcial, baja visión, legalmente ciego y totalmente ciego, utilizados en el concepto educacional para describir a los pacientes con diversas dificultades visuales en relación con su agudeza visual⁶².

En la actualidad la Organización Mundial de la Salud estima que hay entre 27 y 35 millones de personas ciegas alrededor del mundo. En lo que respecta a América Latina, por cada millón de habitantes, hay en promedio 5000 ciegos y 20000 personas con una disminución significativa de la agudeza visual⁶³.

Consideraciones odontológicas

Entre los problemas odontológicos que acompañan la ceguera, se encuentran alteraciones del desarrollo de los dientes por lo que podemos encontrarnos con lesiones hipoplásicas del esmalte. En la dentición permanente se pueden encontrar alteraciones bucales con la misma frecuencia que la población en general³⁹.

Los problemas de salud bucodental en pacientes con diversidad visual se ven exacerbados debido a que no están en posición de identificar alguna patología en etapas tempranas y, por lo tanto, tomar acciones para solucionarlas⁶³. Además, los niños que presentan ceguera tienen una mayor prevalencia de caries dental, deficiencia en la correcta higiene oral y mayor incidencia de trauma como lo demuestra el estudio realizado por Reddy y colaboradores⁶⁴ a 128 niños con discapacidad visual.

Manejo de pacientes con ceguera.

Para el tratamiento de pacientes que presentan ceguera no se realizan cambios en cuanto a los métodos convencionales utilizados por el odontólogo, sólo se modifica la forma de comunicación con ellos.⁶³ Antes de realizar cualquier procedimiento se debe proporcionar al paciente descripciones del consultorio, y las herramientas y materiales que serán utilizados durante la consulta⁶⁵.

Para mantener una excelente comunicación con los pacientes con diversidad visual, es recomendable enfatizar la sensopercepción del tacto, que junto con el oído proporcionan la mayor información del medio al paciente; de esta forma se podrá enseñar al paciente el número de dientes que presenta, una correcta técnica del cepillado y poder identificar el tejido dentario de las encías, entre otros⁶³.

Mahoney y colaboradores⁶⁶ señalan que es de vital importancia reconocer el grado de discapacidad visual del paciente para que la información y el

tratamiento se puedan adaptar de la mejor manera. Por ejemplo, algunos individuos son extremadamente sensibles a la luz operatoria y por lo tanto puede ser adecuado el uso de lentes oscuros de seguridad, en oposición a los claros.

Una vez sentados en el sillón dental no se puede reposicionarlos sin avisarles. Además, se debe hacer con mucho cuidado, sin brusquedades. Es muy útil tocar al paciente dándole confianza mientras se realizan las maniobras. Sobre todo hay que tener más cuidado con estas precauciones cuando se trata de niños⁶⁷. Finalmente, hay que recordar que en los pacientes que padecen de ceguera se debe tomar en cuenta que el acto de tocar generalmente es su manera de comunicarse⁶⁴.

3.-CONCLUSIONES

El odontólogo se beneficia al desarrollar estrategias para manejar pacientes con diversidad funcional asegurando una consulta eficaz y efectiva.

La prevención es la principal estrategia para tratar diversidades funcionales intelectuales.

La anestesia general es la estrategia empleada con mayor frecuencia en pacientes con autismo y diversidad funcional intelectual.

El odontólogo debe emplear un manejo diferente en la relación con pacientes con diversidad funcional sin modificar los métodos convencionales de tratamiento odontológico.

Todas las estrategias utilizadas en el manejo de pacientes con diversidades funcionales sensoriales están orientadas a establecer una comunicación efectiva.

Es recomendable profundizar en las técnicas más efectivas basadas en conocimientos científicos, para manejar pacientes con diversidad funcional en el consultorio odontológico.

4.-BIBLIOGRAFÍA

1. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Ley para Personas con Discapacidad. Caracas, Venezuela. Gaceta Oficial N° 38.598; 2007 (Ene. 5, 2007).
2. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad incluida la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. 58^a Asamblea Mundial de la Salud, 2005. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/A58_2005_REC1-sp.pdf. Consultado Febrero 8, 2013.
3. Instituto Nacional de Estadística de Venezuela. Censo Poblacional 2011. Caracas-Venezuela.[En línea] www.avesid.org/pop_aprenderavivir.html
4. Ravaglia C. El problema de la salud bucodental en los pacientes discapacitados y especiales. Rev. FOLA ORAL 1997; 3(9): 162-5.
5. American Academy of Pediatric Dentistry. Reference Manual Overview: Definition and scope of pediatric dentistry. Pediatr Dent 2008, 30(suppl):1.
6. Horruitiner L. Manejo del paciente autista en el consultorio odontológico. Rev. Odontol pediatr 2008; 7(2): 34-35.
7. Gómez B, Badillo V, Martínez E, Planells P. Intervención odontológica actual en niños con autismo. La desensibilización sistemática. Cient Dent 2009; 6(3):207-215.
8. Martos J. Autismo, neurodesarrollo y detección temprana. Rev Neurol 2006; (42) supl 2: 99-101.
9. Loo C, Graham R, Hughes C. Las experiencias de caries y conducta de pacientes dentales con trastornos del espectro autista. JADA 2009; 4 (1): 25-31.
10. Escribano A, Hernández T, Ruiz E, Porteros J. Results of a dental care protocol for mentally handicapped patients set in a primary health care are in Spain. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007; 12(7): 492-5
11. Ganem I. Odontología para niños con necesidades especiales. Dentalcare.com 2011; 1-12. Disponible en: <http://media.dentalcare.com/media/en-US/education/ce6386/ce6386.pdf>
12. Trequattrini I, Villalobos A. Programa educativo en intervención odontológica en prevención primaria para niños con trastorno del espectro autista. AGORA - Trujillo 2009; (23):85-112.
13. Bäckman B, Pilebro C, Visual pedagogy in dentistry for children with autism. ASDC J Dent Child 1999; 66(5): 325-331.

14. Gold C, Wigram T, Elefant C. Musicoterapia para el trastorno de espectro autista. Biblioteca Cochrane Plus 2008; (2): 1-20.
15. Sinha Y, Silove N, Wheeler D, Williams K. Entrenamiento en integración auditiva y otros tratamientos acústicos para trastornos del espectro autista. Biblioteca Cochrane Plus 2008; (2): 1-18.
16. De Nova J, López N, Martín C, Mourelle M, Alonso Y, Carracedo E, Criteria for selecting children with special needs for dental treatment under general anaesthesia. Rev. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007; 12(7): 496-503.
17. Casanova J, Acuña G. Discapacidad en el paciente odontológico . Rev Mex Odon Clin 2006; 1(6-7): 30-32.
18. Yepes M, Ramírez A, Restrepo M, Sierra M, Velásquez M, Botero M, Ortega G. Aplicación de un metodo audiovisual para mejorar la comunicación con los niños autistas en el consultorio odontologico. CES Odontologia 1998; 11: 37-40.
19. Green D, Flanagan D. Understanding the autistic dental patient. Featured in General Dentistry 2008. 167-171.
20. Demicheri R, Batlle A. La enfermedad periodontal asociada al paciente con Síndrome de Down. Odontoestomatología 2011; 8:4-15
21. López P, López,, Parés G, Borgues A, Valdespino, L. Reseña histórica del síndrome de Down. Rev. ADM. 2000; 57(5):193-99.
22. Soriano J. Actividades preventivas en niños con Síndrome de Down. prevInfad (AEPap) 2007; 1-19.
23. Molina J. Atención y cuidados odontológicos para los niños con Síndrome de Down. Buenas Prácticas Rev. Síndrome de Down 2005; 22:15-19.
24. Nasso D. Discapacidad y salud oral. 17-33.
25. Otero J, Otero J. Odontología en pacientes con Síndrome de Down. [en línea] 2002 [fecha de acceso 8 de febrero de 2012]. URL disponible en: www.webodontologica.com/odon_arti_odon_pac_down.asp
26. Dougall A, Fiske J. Access to special care dentistry part 4. Education 2008; 205(3):119-130.
27. Leonelli M, Silva M, De Araujo L, de Melo J, de Moraes L, Medici E. Dental age in patients with Down syndrome. Braz Oral Res 2007; 21 (3):259-64.
28. Desai S. Down syndrome: a review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997; 84(3): 279-85.

29. Navas R, Mogollón J. Participación de los padres en el cuidado de la salud bucal de los niños y adolescentes con Síndrome de Down. *Ciencia Odontológica* 2007; 4 (2):130-140.
30. Marulanda J, Betancur J, Espinosa S, Gómez J, Tapias A. Salud oral en discapacitados. *Revista CES Odontología* 2011; 24 (1):71-76.
31. Schalock R. La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual* 2009; 40 (1) 22-39.
32. Romañach J, Lobato M. Diversidad funcional. Nueva terminología para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. *Foro de Vida Independiente*. 2005.
33. Chiappetta M, Cepeda M. Retraso mental- definición, clasificación y sistema de apoyo. 10^a Edición. Washinton, DC. American Assosiation on Mental Retardation 2002.
34. Dávila M, Gil M, Daza D, Bullones X, Ugel E. Salud oral de las personas con retraso mental en cuatro municipios del Estado Lara. *Acta Odontológica Venezolana* 2005; 43(3).
35. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on informed consent. *Clinical guidelines* 2009; 34(6) 295-97.
36. Wiesner J. Discapacidad y capacidad intelectual. Bogotá, DC. Colombia : Kimpres Ltda. 2004: 153.
37. Intituto Nacional de Estadística. XII Censo de población y vivienda. *La Venciclopedia* [En línea] 2001. http://venciclopedia.com/index.php?title=XIII_Censo_de_poblaci%C3%B3n_y_vivienda.
38. Congreso de la República de Venezuela. Código de Deontología Odontológica Venezolana. Título I Capítulo I De los Deberes Generales del Odontólogo. Art:4. [Ley].
39. Tan N, Rodríguez A. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. *La Habana: Sep-Dic* 2001;38 (3) pp.181-191.
40. Lawton L. Providing dental care for special patients. *The Journal American Dental Association (JADA)*: 2002;133 (12) pp. 1666-1670.
41. Sigal M. Mount Sinai Hospital Dental program for persons with disabilities: Role in Undergraduate Dental Education. *Journal the Canadian Dental Association* 2010.
42. Rios Y, Silot W. Paciente Discapacitado: Normas para su atención odontológica. *Odontología online*. [En línea] Universidad Médica Santiago de Cuba: 2006. <http://www.odontologia-online.com/publicaciones/pacientes-especiales/item/paciente-discapacitado-normas-para-su-atencion-en-odontologia.html>

43. García I. Estado de salud bucodental y necesidades de tratamiento en adultos con discapacidad intelectual en la zona Este de la comunidad de Madrid [Tesis]. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid 2011.
44. Arias S, Muñoz L, Rodríguez G, García J. Consideraciones actuales del tratamiento estomatológico en niños con discapacidad mental leve. *Archivo médico de Camagüey. Cuba* 2005; 9(2).
45. Martínez H, Muñoz D, Rivera G. Guía práctica sobre el manejo y prevención de la salud bucodental para niños con discapacidad. *Infármate. México* 2011; (27). Disponible en: <http://infarmate.org.mx/PDF2/numero27/e001-e006.pdf>
46. Piña P. Atención odontológica a personas con retardo mental: Situación en Guatemala. Universidad Francisco Marroquín. Guatemala: [Tesis Pregrado] 2002.
47. Conyers C, Miltenberger R, Peterson B, Gubin A, Jurgens M, Selders A, Dickinson J, Barenz, R. An Evaluation of in vivo desensitization and video modeling to increase compliance with dental procedures in persons with mental retardation. *Journal of Applied Behavior Analysis*: 2004; 37 (2): 233-38.
48. Limeres J, Vázquez E, Medina J, Carmona I, Diz P, Fernández J. Evaluación preanestésica de discapacitados severos susceptibles de tratamiento odontológico bajo anestesia general. *Medicina Oral: España*: 2003; 8: 353-60.
49. Mirón M, García-Miguel F, Becerra A, Del Cojo Peces E, Rueda J, Gilsanz F. Anestesia general en pacientes con discapacidad intelectual sometidos a cirugía dental. *Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación* 2008; 55:137-143.
50. López M. El paciente especial discapacitado. Universidad de la República del Uruguay. Facultad de Odontología. Uruguay. 2008. [Tesis Doctoral].
51. Perea Y, Mato J, Amores I, Ferreira R. Estudio de seis mutaciones en el gen *gjb2* en pacientes cubanos con sorderas neurosensoriales no sindrómicas. *Rev Biotecnología Aplicada* 2007; 24: 236-40.
52. Singh R, Murawat K, Agrawal R. Dental care for the deaf pediatric patient. *Indian journal of otology*, october 2012; 18: 171-73.
53. Kumar S, Dagli RJ, Mathur A, Jain M, Duraiswamy P, Kulkarni S. Oral hygiene status in relation to sociodemographic factors of children and adults who are hearing impaired, attending a special school. *Spec Care Dentis* 2008; 28 (6): 258-64.
54. Jain M, Mathur A, Kumar S, Dagil RJ, Duraiswamy P, Kulkarni S. Dentition status and treatment needs among children with impaired hearing attending a special school for the deaf and mute in Udaipur, India. *J of Oral Science* 2008; 50(2): 161-65.

55. Madrigal G, Martínez B, De la Teja E, Canto D. Manejo Estomatológico del niño sordo o con hipoacusia. *Rev Mex Odon Clin* 2006; 1(8):26-32.
56. Dougall A., Fiske J. Access to special care dentistry, part 2. Communication. *British Dental Journal* 2008; 205 (1):11-21.
57. Alzamora L, Bello Z, Rodríguez F. Diseño de protocolo de atención odontológica a pacientes del Instituto para la Habilitación del Niño Sordo de Cartagena de Indias. *Ciencia y Salud Virtual* 2009; 1(1):62-68.
58. De la Teja E, Durán A, Espinosa L, Ramírez JA. Manifestaciones estomatológicas de los trastornos sistémicos más frecuentes en el Instituto Nacional de Pediatría. Revisión de la literatura y estadísticas del instituto. *Acta Pediatr Mex* 2008; 29 (4):189-99.
59. San Bernardino S, De Nova J, Mourelle M, Gallardo N. How to improve communication with deaf children in the dental clinic. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007; 12(8): E576-81.
60. Champion J, Holt R. Dental care for children and young people who have a hearing impairment. *British Dental Journal* 2000; 189, 155 – 159.
61. Garbin C, Garbin A, Sumida D, Prado R, Gonzaga L. Evaluación del tratamiento personal recibido por pacientes sordos en consultorio odontológico. [En línea] *Acta Odontológica Venezolana*, 2007. www.actaodontologica.com/ediciones/2008/4/evaluacion_tratamiento_pacientes_sordos.asp
62. Newel F. *Oftalmología, fundamentos y conceptos*. Elsevier España 1993; 131-36.
63. Mendoza R, López P. Propuestas didácticas en el manejo odontológico con pacientes pediátricos con discapacidad visual. *Rev. ADM* 2006; 63: 195-199.
64. Reddy K, Sharma A. Prevalence of oral health status in visually impaired children. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2011; 29(1):25-7.
65. Carvalho A, Figueira L, Utumi E, Oliveira C, Silva L, Pedron I. Considerações no tratamento odontológico e periodontal do paciente deficiente visual. *Rev Odontol Bras Central* 2010;19(49).
66. Mahoney E, Kumar N, Porter S. Effect of visual impairment upon oral health care: a review. *British Dental Journal* 2008; 204(2).
67. Boj J, Jiménez A, Giol M. Las personas ciegas y la odontoestomatología. *Anales de Odontoestomatología* 1994; (1): 22-25.