



¿Cómo hemos de actuar frente a pacientes con minusvalías?

Los pacientes infantiles con minusvalías, tanto psíquicas como sensoriales, suelen presentar importantes necesidades de atención odontológica. Un alto porcentaje tienen grandes dificultades a la hora de recibir dicha atención; unas veces por falta de colaboración, y otras por la dificultad para efectuar tratamientos seguros en un medio no hospitalario como es una clínica dental. Gran parte de estos pacientes requerirán tratamiento odontológico especializado bajo anestesia general.

¿Qué es la discapacidad intelectual?

Recibe el nombre de “discapacidad intelectual” lo que antiguamente se designaba como “retraso mental”; en menores de 5 años, recibe el nombre de “retraso del desarrollo”.

En este caso, el fallo en el funcionamiento del cerebro o, lo que es lo mismo, su deficiencia provoca una discapacidad intelectual que origina una minusvalía.

De todos modos, la mayoría de jóvenes con discapacidad intelectual pueden vivir como adultos, de manera independiente o semi-independiente, si han recibido el soporte apropiado e individualizado, especialmente durante los años formativos.

La discapacidad intelectual se presenta en personas de todas las razas y etnias y es el trastorno más frecuente del desarrollo, con una incidencia estimada entre el 1 y el 3% de la población general.

¿Cuáles son las causas más frecuentes de discapacidad intelectual (DI)?

Principalmente, hallamos:

1. Causas genéticas, siendo la más frecuente el síndrome de Down seguido de otros síndromes menos frecuentes, entre los que destacan los síndromes ligados al cromosoma X, y los de Angelman, Williams, Prader Willi, Sotos, Laurence-Moon-Biedl y diversos síndromes dismorfogenéticos, entre otros.
2. Durante el embarazo las infecciones aumentan el riesgo de dar a luz un bebé con discapacidad intelectual.
3. El consumo de alcohol puede ser la causa del síndrome alcohólico fetal (SAF) y el consumo de otras drogas es, con mucha frecuencia, causa de afectación del cerebro del bebé.
4. Otra posible causa de DI es la lesión cerebral debido a falta de oxígeno, a traumatismo físico o a desnutrición severa.
5. Las causas ambientales, ocurren en cualquier periodo y afectan de manera diversa al niño.



¿Qué manifestaciones bucales podemos encontrar en pacientes con DI?.

Estos pacientes, con frecuencia, presentan bruxismo (rechinar de los dientes) y babeo. Las maloclusiones son constantes a consecuencia de las disfunciones orales y la alteración del tono muscular.

Cuanto mayor es el grado de DI, mayores dificultades experimenta el paciente al masticar, mayor permanencia de los alimentos en la boca, mayores dificultades para tragar, mayor dificultad para mantener una higiene oral aceptable y, como consecuencia, los pacientes con afectación severa presentan una mayor proporción de caries, gingivitis (inflamación de las encías) y enfermedad periodontal (pérdida del hueso que sujeta los dientes).

¿Cómo debe cuidarse la boca de estos pacientes?.

Las estrategias a seguir respecto a la provisión de odontología preventiva deben instaurarse lo más precozmente posible dado que, la gingivitis y la enfermedad periodontal mejoran mucho cuando estos pacientes son sometidos a un programa preventivo. Los tratamientos necesarios de operatoria dental se llevarán a cabo tan pronto como sea posible pues, de este modo, ayudaremos a reducir las extracciones en un futuro. Así, es muy recomendable referir estos niños, aunque sea a edades tempranas, para tratamientos dentales bajo anestesia general y poder complementar estos tratamientos con programas de prevención y seguimiento para tratar de evitar que estos tratamientos deban repetirse en el futuro.

Es muy importante, también, la motivación de padres y cuidadores para que se involucren en el cuidado de estos pacientes y así, poder llevar un mejor control de la dieta y la higiene de estos pacientes. En pacientes institucionalizados, a los que se aplican pautas preventivas y control de dieta, se pueden observar bajos índices de caries.

¿Es malo el alcohol durante el embarazo?.

El alcohol puede provocar lo que se conoce como “Síndrome Alcohólico Fetal (SAF)” o “Embriofetopatía Alcohólica”. Es el daño ocasionado en la etapa embrionaria y fetal por el consumo de cualquier cantidad de alcohol por la mujer gestante, existiendo diferentes grados de severidad del SAF, sin que exista una cantidad determinada de consumo de alcohol que asegure la afectación o no del embrión o del feto. Afecta a 9 de cada 1.000 recién nacidos, por lo que debe considerarse un grave problema de salud.

¿Cómo actuar ante niños con minusvalías auditiva o visual?.

Entre los pacientes con minusvalías sensoriales destacamos las minusvalías sensoriales auditiva y visual.



Niños con discapacidad auditiva.

La hipoacusia o disminución de la capacidad auditiva de una persona puede afectar a todas las frecuencias audibles, entendiéndose por sordera total, la forma grave y completa que supondrá que la comunicación con el paciente se vea comprometida.

A mayor severidad de discapacidad auditiva los pacientes reciben menor asistencia odontológica, destacando como problema fundamental la falta de comunicación del paciente con el odontólogo. Los pacientes con discapacidad auditiva pueden ser leedores de labios, usuarios del lenguaje de signos y portadores de audífonos; por tanto debemos contemplar diferentes métodos de comunicación e individualizados para cada tipo de pacientes.

Relación entre el paciente y el personal de la clínica odontológica:

1. La comunicación visual es muy importante, por lo que el personal de la clínica no llevará puesta la mascarilla cuando se dirija al paciente para poder transmitir mayor amabilidad y facilitar la lectura de labios por parte del paciente.
2. Utilizará gestos en la comunicación.
3. Lo ideal sería que el odontólogo aprendiera y utilizara el lenguaje de signos para comunicarse con estos pacientes.
4. Los tratamientos deberán ser cortos explicándole al niño lo que se hará, enseñándole los instrumentos y mejor, si están acompañados de sus padres.
5. El personal de la clínica odontológica debe ser sensible a estos pacientes, evitando retrasos innecesarios.

Niños con discapacidad visual.

Los niños con ceguera, sufren mayores barreras a la hora de acudir a los servicios de salud, siendo el problema principal la dificultad para desplazarse, Además, estos pacientes suelen presentar, usualmente, miedo, inseguridad y desconfianza.

Para realizar tratamientos odontológicos a estos pacientes, ha de dárseles todo tipo de explicaciones potenciando los sentidos del tacto y del oído; han de poder tocar los instrumentos y oír el ruido que producen, explicar sobre los sabores de anestésicos, colutorios y demás productos de uso odontológico.

El odontopediatra usará la técnica de manejo de conducta conocida como “decir-tocar” u “oler-hacer” y los tratamientos se harán de forma ordenada y metódica, evitando movimientos bruscos, informando anticipadamente de cuáles son los diferentes pasos a seguir.



¿Cómo debo cuidar los dientes de un niño con cardiopatía congénita?

La consideración más importante al programar el cuidado dental en niños con enfermedades cardiovasculares es la prevención de la enfermedad dental ya que, tan pronto como un niño es diagnosticado como portador de una enfermedad cardíaca significativa debe ser referido, para evaluación, al odontopediatra. Además, se iniciará un programa intenso preventivo que incluya control de dieta, terapia complementaria con flúor, sellados de fisuras e instrucciones para mejorar en la higiene oral. Es esencial, además, que se practiquen controles regulares, tanto clínicos como radiográficos, con refuerzo de la motivación si fuera necesario.

Los nuevos protocolos enfatizan la importancia de una óptima higiene oral como el principal método para prevenir situaciones como la endocarditis bacteriana, más que la profilaxis antibiótica, usada durante muchos años.

¿Es normal que en la consulta del odontopediatra tomen la tensión arterial del niño?

El hecho de que muchos casos de hipertensión arterial (HTA) esencial en el niño puedan mantenerse en la edad adulta y que la HTA constituya un factor de riesgo cardiovascular de primer orden, ha determinado que la exploración sistemática de la tensión arterial a partir de los 2 años de edad sea un componente rutinario del control de todos los niños ya que, las cifras más reales de prevalencia de HTA infantojuvenil podrían situarse entre el 1 y el 2% en niños y el 2% entre los adolescentes.

Como padres, ¿qué podemos hacer frente a la HTA?

Existe un especial estilo de vida, con hábitos de vida no cardiosaludables (ingesta excesiva de sal, consumo de cigarrillos, exceso de consumo de grasas saturadas, sedentarismo, etc...) que puede repercutir directamente sobre alguno de los hijos que esté genéticamente predispuesto a ser hipertenso.

También, como factor determinante, está el consumo de alcohol. En los últimos años se está asistiendo a un consumo cada vez más precoz e intenso de alcohol por parte de la población adolescente de los países desarrollados, y hoy sabemos que el alcohol se encuentra relacionado con la génesis y el mantenimiento de la HTA en el adulto, por lo que hemos de recomendar, vehementemente, que los adolescentes no consuman ningún tipo de bebida alcohólica.

Es importante señalar, también, al tabaco como factor de riesgo cardiovascular de primer orden, de forma que la supresión del hábito tabáquico entre los adolescentes, o su no consumo, deben ser objetivos básicos en la educación para la salud de los jóvenes.