

Panorámica de la atención estomatológica a pacientes discapacitados o especiales

Panorama of stomatological attention to disabled or special patients

Katia García Flores,^I Deysi Suárez Zafra,^{II} Karelía de la Huerta Flores^{III}

^IEspecialista de I grado en Estomatología General Integral. Profesora Instructora. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez." San Miguel del Padrón, La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de II grado en Estomatología General Integral. Profesora Asistente. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez." San Miguel del Padrón, La Habana, Cuba.

^{III}Especialista de I grado en Estomatología General Integral. Profesora Instructora. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez." San Miguel del Padrón, La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se realizó una revisión bibliográfica para caracterizar la situación actual de la atención estomatológica al paciente discapacitado o especial durante los meses de marzo y abril de 2012. Se consultaron libros, revistas, tesis etc.; tanto en formato digital como impreso, bases de datos bibliográficas en la BVS de Infomed, y en el buscador "google académico"; se empleó la estrategia de búsqueda avanzada y la vía de los descriptores del MeSH y el DeCS. Las enfermedades que provocan discapacidad se pueden clasificar en cuatro grupos, enfermedades crónicas degenerativas, las que provocan déficit motor o sensorial y retraso mental. La prevalencia de las enfermedades bucales es alta, destacándose la periodontitis y la caries dental, condicionada por una deficiente higiene bucal, que se traduce en una mala educación para la salud bucal en pacientes y padres o tutores. La promoción y prevención constituyen las herramientas fundamentales en el tratamiento estomatológico de estos pacientes. Se concluyó que a nivel mundial la mayoría de los discapacitados no reciben tratamientos estomatológicos acorde a sus necesidades, que el odontólogo necesita más familiarización y capacitación sobre este tipo de paciente, para brindar una atención con calidad, y que gran parte de ellos pueden ser atendidos en la atención primaria por el especialista, con buena preparación técnico-profesional, correcta integración con el equipo multidisciplinario de salud y manejo de aspectos psicológicos con enfoque familiar y social.

Palabras clave: discapacitados, atención dental discapacitados, salud bucal discapacitados.

ABSTRACT

A bibliographical review was conducted to characterize the current state of stomatological attention to disabled or special patients during the months of March and April 2012. It was consulted books, journals, theses etc., both in digital and printed format, bibliographic databases at INFOMED VHL, and in Google Scholar search engine. It was used the advanced search strategy and MeSH/DeCS descriptors. The diseases that cause disability can be classified into four groups, chronic degenerative diseases, which cause motor or sensory deficits and mental

retardation. The prevalence of oral diseases is high, standing periodontitis and dental caries, conditioned by poor buccal hygiene, resulting in poor buccal health education for patients and parents or guardians. Promotion and prevention are the key tools in the dental treatment of these patients. It was concluded that most disabled persons worldwide do not receive dental treatments according to their needs, odontologists need more familiarization and training on this type of patient, to provide quality care, and that most of them can be treated in primary care by the specialist, with good technical and professional training, proper integration with the multidisciplinary team and managing of psychological aspects with family and social approach.

Key words: disabled persons, dental care to disabled persons, buccal health in disabled persons.

INTRODUCCIÓN

El paciente discapacitado o especial es aquel niño, joven o adulto que presenta signos y síntomas que lo alejan de la normalidad, que puede encontrarse médicamente comprometido, o con algún tipo de discapacidad física, psíquica, sensorial o problemas del comportamiento.¹ En estomatología el paciente especial es aquella persona que para su atención exige maniobras, conceptos, equipamiento y personas de ayuda especiales, o sea, escapan a los programas y rutinas estándar que se llevan a cabo en el mantenimiento de la salud bucodental de la población.¹

La persona médicamente comprometida presenta una patología crónica (que se desarrolla lentamente y persiste durante un largo período de tiempo), y en consecuencia, recibe además, tratamientos de larga duración. Requieren de cuidados especiales al realizar intervenciones, incluso, mínimamente quirúrgicas, como es el caso del tratamiento odontológico.²

Diferentes factores prenatales, perinatales y posnatales pueden generar discapacidad. Los factores prenatales como afecciones hereditarias dominantes y recesivas, aberraciones cromosómicas, infecciones (rubiola y toxoplasmosis), intoxicaciones con alcohol y drogas durante el embarazo, radiaciones, desnutrición etc., predominan en un 90 %. Los perinatales como traumas, falta de oxígeno durante el nacimiento, o prematuridad extrema, comprenden un 5 %, y posnatales como infecciones (meningitis y encefalitis), intoxicación, trauma y tumoraciones, comprenden el otro 5 %.³

Las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud coinciden en que las estadísticas demuestran que el 10 % de la población mundial es portadora de discapacidades de distintos tipos y gravedades.⁴

Existe un aumento del por ciento de discapacitados a nivel mundial, sobre todo en las edades de 6 y 16 años, más frecuente en niños que en niñas.³ Este incremento puede deberse a que estos niños tienen hoy una esperanza de vida más larga gracias a los progresos de la medicina, o al hecho de que cada vez hay más jóvenes discapacitados como consecuencia de accidentes o de actos violentos. También parece que tiende a aumentar el número de discapacitados entre las personas de edad.¹

En los Estados Unidos, aproximadamente un 2 % de los niños en edad escolar tiene una grave discapacidad del desarrollo como retraso mental o parálisis cerebral, y requieren servicios educativos especiales o cuidados adicionales, y un 17 % de los menores de 18 años tienen una discapacidad del desarrollo.⁵

En Chile, según la sexta encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, hay medio millón de personas con algún tipo de discapacidad.⁵ En Venezuela, el Programa de Atención a los Discapacitados del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social estima, que el 10 % de la población presenta algún tipo de discapacidad.⁵

Se considera que a nivel mundial la mayoría de la población con discapacidades no recibe atención bucodental acorde a sus requerimientos.⁶ Según datos de la Organización Mundial de la Salud, dos terceras partes de la población portadora de deficiencias no recibe atención bucodental alguna, y aunque los porcentajes estimados de población con discapacidad varían de una localidad a otra, los aspectos de salud integral para este grupo poblacional no incluyen su rehabilitación bucodental.⁷

A pesar de haberse reconocido el importante papel que representa la profesión dental en la rehabilitación de los discapacitados, no siempre son atendidos con agrado y muchos odontólogos no se motivan a aceptarlos como pacientes, emitiendo criterios de remisión sin intentar atenderlos por la vía convencional.³

El desconocimiento de los problemas bucodentales que pueden presentar, asociados a sus propias reacciones emocionales y las de sus familiares, las patologías de base que los afecta, así como las propias reacciones del profesional, crean con toda seguridad la mayor barrera para acceder a las posibilidades de su atención.⁸

En Cuba la Revolución ha priorizado la salud de los discapacitados, desarrollando programas en respuesta al Plan Nacional de Acción para la Atención a Discapacitados y creando institutos especializados para su atención. En la década de los 80 comenzaron a ejecutarse programas de atención estomatológica a la población con discapacidades y problemas que necesitaban de atención especial. El programa actual de atención estomatológica integral a la población contiene acciones estomatológicas a desarrollar en los pacientes especiales.⁶

Las directrices de trabajo del Ministerio de Salud Pública para el 2015 contemplan varias acciones para el perfeccionamiento de la atención a este vulnerable grupo poblacional.⁶

La atención al paciente discapacitado cobra cada día más interés en los profesionales de la salud, pero a pesar de todos los esfuerzos encaminados a mejorar la calidad de vida de estas personas, siguen existiendo brechas y tabúes a la hora de su atención. Motivados por esto nos decidimos a realizar el presente trabajo con el propósito de caracterizar la situación actual del tratamiento estomatológico al paciente discapacitado o especial, y de esta manera contribuir con el mejoramiento de la calidad en la atención estomatológica integral que se les brinda.

La revisión se llevó a cabo entre los meses de marzo-abril, se consultaron varias fuentes de información tanto en formato impreso como digital, y bases de datos bibliográficas en la BVS de Infomed, y en el buscador "google académico", se empleó como estrategia de búsqueda, la búsqueda avanzada y los descriptores del MeSH y el DeCS, en la selección de los artículos se tuvieron en cuenta criterios de inclusión como actualidad (últimos 5 años) y la calidad metodológica o validez de los estudios.

DESARROLLO

Enfermedades que provocan condición discapacitante o especial, afecciones bucales que las acompañan y conducta de tratamiento a seguir.

Se clasificaron en 4 grandes grupos:^{9, 1}

Grupo I. Pacientes con enfermedades crónicas degenerativas: pacientes diabéticos, cardiopatas, nefrópatas, con discrasias sanguíneas, y epilépticos.

Grupo II. Pacientes con enfermedades que provocan déficit motor. Parapléjicos: parálisis más o menos completa de partes simétricas, de ambos miembros superiores o de ambos miembros inferiores. Cuadripléjicos: parálisis de los 4 miembros. Hemipléjicos: parálisis de un lado del cuerpo.

Grupo III. Pacientes con enfermedades que provocan déficit sensorial. Ciegos: aquellos privados de la visión. Sordos: aquellos privados del sentido de la audición. Sordomudos: aquellos pacientes que se encuentran privados del sentido de la audición y de la palabra, esta última debido a la sordera congénita o adquirida poco después del nacimiento.

Grupo IV. Pacientes con retraso mental: aquellas personas que presentan desarrollo anormal de los problemas psíquicos fundamentales, los cognoscitivos superiores, o sea, los que tienen defectos estables de su actividad cognoscitiva (percepción, procesos voluntarios de la memoria, pensamiento lógico-verbal, lenguaje, y otras), a consecuencia de una lesión orgánica cerebral.

Según la clasificación cubana, los niveles de retraso mental son: fronterizo (CI: 68-83), ligero (CI: 52-67), moderado (CI: 36-51), severo (CI: 20-35), profundo (CI: por debajo de 20).

Enfermedades crónicas degenerativas.

Los pacientes diabéticos presentan una serie de alteraciones en la respuesta de los tejidos periodontales a la placa bacteriana, que provoca una mayor predisposición a padecer enfermedades periodontales más graves con pérdida de los tejidos de soporte.^{9,1} Los diabéticos mal controlados tienen una mayor tendencia a la hemorragia, a la pérdida de inserción y a la pérdida de soporte óseo.

La hiperglucemia favorece el crecimiento de ciertos microorganismos a nivel periodontal y otras alteraciones al nivel vascular e inmunológico, que en conjunto, favorecen la tendencia a las infecciones a este nivel.⁹ Esta sin otra complicación, no debe ser motivo para no realizar exodoncias, pues la sepsis oral es la que motiva en muchas ocasiones el descontrol metabólico y si no se realiza la misma, previo uso de antibióticos, el paciente no se controlará desde el punto de vista metabólico.¹⁰

La insuficiencia renal aguda o crónica, produce de forma progresiva disminución de la capacidad de filtrado de los riñones. Esta insuficiencia puede ser causada por Infecciones fuertes del riñón, diabetes, hipertensión arterial, entre otras.¹⁰

A nivel oral el paciente nefrópata puede presentar retardo en la erupción dentaria, alteración del esmalte, halitosis, hongos y aftas, debido a la falta de defensas y de saliva. Encías sobrecrecidas por la medicación en el caso de personas con riñón trasplantado. Puede existir aumento de la concentración de amoníaco en la cavidad bucal, el paciente manifiesta sabor desagradable, metálico o salado, cambios de coloración en encías y mucosas bucales debido a deficiencias del factor III de la coagulación, glositis causada por anemia perniciosa, hipertrofia parotídea, hemorragias gingivales espontáneas, alteraciones en la articulación temporomandibular, y defectos dentarios como estrechamiento y alargamiento de la pulpa que provoca cuernos pulpares prominentes.¹⁰

A la hora de atender a un paciente nefrópata se debe tener en cuenta que algunos fármacos no se filtran debidamente, lo que conlleva que al no eliminarse por la orina, se concentren en sangre. También existen medicamentos que pueden acentuar la enfermedad del riñón porque son tóxicos para él. Por otra parte pueden producirse infecciones, en los pacientes trasplantados o en aquellos que llevan un tratamiento de diálisis, a raíz de una manipulación dental.

Por ello ante estas situaciones es conveniente hacer una evaluación del estado de salud oral y recetar un antibiótico ante cualquier foco de gérmenes. En este tipo de pacientes es recomendable hacer un análisis para valorar la capacidad de coagulación de la sangre y consultar con su médico especialista o hematólogo, sobre todo en aquellos que están recibiendo sustancias que impiden la formación de coágulos (heparina) a través de la diálisis.^{10,11}

Las cardiopatías pueden ser clasificadas en congénitas (cianóticas o acianóticas) o adquiridas (fiebre reumática, hipertensión arterial y cardiopatía isquémica). La profilaxis de la endocarditis bacteriana, es lo más importante que se debe tener en cuenta a la hora de atender a los cardiópatas. Se recomienda hacer profilaxis siempre, que consiste en el uso de antibióticos antes, durante y 2 ó 3 días después, preferiblemente penicilina o derivados, 1 millón diario, comenzar un día antes del proceder estomatológico y continuar a completar 5 días. Si es alérgico a la penicilina se utiliza eritromicina 25-50 mg x Kg de peso 24 horas antes y cada 6 u 8 horas a completar también 5 días.¹¹

Otra precaución que se debe tener es conocer si el paciente está ingiriendo medicamentos que interfieran con el tratamiento estomatológico, o que provoquen alteraciones en la cavidad bucal, tal es el caso del tratamiento con anticoagulantes en pacientes que han sufrido infarto agudo de miocardio, reposición de válvulas protéticas o accidentes cerebrovasculares, la warfarina sódica es la más utilizada, el paciente que requiera extracción dental en este caso necesita ser manejado de manera que permita realizar el tratamiento sin poner en gran riesgo de hemorragia post operatoria o eventos tromboembólicos en caso de suspender la medicación.^{11,12}

La literatura coincide que en todos los casos el estomatólogo debe estar familiarizado con el manejo de estos trastornos, y que requieren del trabajo en conjunto con el equipo multidisciplinario que los atiende, con la finalidad de brindar al

paciente la mejor atención posible y minimizar las complicaciones propias de su condición.⁹⁻¹²

Enfermedades que provocan déficit motor.

Los pacientes con alteraciones motoras, no realizan en muchos casos, una correcta masticación y deglución, por lo que su alimentación generalmente es de textura blanda y con alto contenido de azúcares fermentables, que propician la aparición de caries dental, muchos de ellos además presentan dificultades al cepillarse provocando una deficiente higiene bucal con elevado índice de placa dentobacteriana y gingivitis.¹³ Los pacientes con parálisis cerebral presentan desequilibrio en la musculatura facial, por lo que es frecuente encontrar bruxismo y maloclusión que conllevan a la enfermedad periodontal.¹⁴

En el manejo de este paciente se plantea, que en todos los servicios estomatológicos se trabajará para eliminar las barreras arquitectónicas existentes que dificulten el acceso de los pacientes con discapacidad física a recibir la atención. Cuando ello no fuese posible se coordinará la atención por su estomatólogo en otro espacio de la institución, en alguna unidad cercana, o en su propio hogar. Los pacientes que pertenezcan a instituciones educativas o de salud, siempre que sea posible, se atenderán en su propia institución con unidades móviles, previa coordinación entre las direcciones de ambas entidades, o en su defecto en los servicios estomatológicos de forma priorizada.^{13, 14}

Enfermedades que provocan déficit sensorial

Los pacientes con trastornos visuales y auditivos presentan las mismas enfermedades bucales que un paciente normal, se consideran especiales a la hora de su atención. En el manejo de los mismos en consulta se debe tener en cuenta las posibilidades de comunicación que presentan, en ellos uno de los sentidos está afectado, por lo que el tratamiento se debe apoyar especialmente en los otros cuatro para acercarnos y *ganar* su confianza. Con los que no oyen se usa el lenguaje de las señas, el tacto y hasta el gusto y el olfato para llevarlos al convencimiento de aceptar ser tratados, y si no ven con el resto de los sentidos.¹²

El tratamiento se debe apoyar especialmente en la presencia permanente del ser con que ellos se relacionen habitualmente y que ellos quieran. Este apoyo es absolutamente indispensable para la seguridad emocional del paciente tanto adulto como niño, especialmente este último.¹²

Retraso mental

La mayoría de los autores^{1,9,14-18} plantean que en las personas con discapacidad mental se presentan numerosos problemas de salud bucal, provocados por varios factores de riesgo, como deficiente higiene bucal, consumo de dieta cariogénica rica en azúcares, inducida por los padres, dieta blanda, dificultades para el tratamiento y pobre educación higiénico sanitaria. La proporción de la caries dental en ellos es superior que en los pacientes normales, el estado periodontal pobre y los problemas bucales más severos por las anomalías dentales que presentan. Desde edades muy tempranas, las alteraciones gingivales son más frecuentes, extensas, y se desarrollan más rápido que en niños normales. La severidad aumenta con la edad y el grado de retraso mental.

Dentro de las discapacidades mentales el síndrome de Down es el que más prevalece. A nivel oral estos pacientes presentan varias características que los distinguen, macroglosia en asociación con lengua fisurada, escrotada o lobulada, respiración bucal que provoca sequedad de las mucosas, estomatitis y queilitis angulares por emisión constante de saliva y salida por las comisuras. Alteración en la erupción dentaria, microdoncia, formación defectuosa del esmalte, manchas intrínsecas en los dientes por consumo de tetraciclinas en la infancia por infecciones de garganta recurrentes.

Alta prevalencia de maloclusiones como, mordida cruzada posterior, clase III por insuficiente desarrollo del maxilar superior y protrusión mandibular, el 45 % presenta clase I. En los Down la incidencia de caries es baja con respecto a otros grupos de deficientes psíquicos. Existe alta susceptibilidad a la enfermedad periodontal y baja predisposición a contraer caries. Algunos de ellos padecen cardiopatías congénitas con afección valvular por lo que es necesaria la prevención de la endocarditis bacteriana a la hora de su atención.¹⁴

Los estudios coinciden en que en el tratamiento estomatológico al paciente con retraso mental la prevención es la consideración más importante, que debe iniciarse desde edades tempranas. La atención debe ser sistemática y periódica, con aplicación de técnicas de manejo adecuado, imprescindible para lograr resultados satisfactorios. En la educación y desarrollo de estos niños el papel decisivo corresponde a los padres y familia, auxiliados por los educadores y el equipo de salud.¹⁶⁻¹⁹

Al respecto el Dr. Ravaglia⁴ refiere que aquellos pacientes que presenten diferentes trastornos motores que interfieren solamente en su movilidad, y los síndromes de Down, donde el mayor porcentaje (cerca del 70 %) presentan un retardo mental compatible con la comprensión de las indicaciones que se le dan, solo requieren cariño y paciencia para su tratamiento. En la actualidad, a la luz de los nuevos métodos y enfoques psicológicos y psicopedagógicos, la mayoría podrían ser atendidos en consultorios comunes, donde se atienden otros pacientes o sus familiares.

Algunas consideraciones sobre la atención al paciente especial

Las personas con necesidades especiales presentan características que limitan su capacidad para desarrollar su vida cotidiana, y por consiguiente requieren de una atención de salud integral, integrada, multidisciplinaria, que tenga en cuenta a su familia y a los diferentes sectores de la sociedad.⁶

Esta atención con enfoque familiar debe tener como punto de partida el diagnóstico de salud familiar y el plan de acción y ejecución, que constituyen los elementos esenciales para ejecutar las acciones de promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación o readaptación social.⁹

El odontólogo debe tener además un conocimiento activo de la psicología.^{21,22} Según Ravaglia⁴ en la atención del paciente discapacitado debe existir una íntima relación entre la faz psicológica y el tratamiento clínico-odontológico, que debe ser de total manejo y responsabilidad del profesional.

Prevención

La prevención es uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta para asegurar una buena salud bucal de cualquier paciente. Un programa preventivo eficaz es de gran importancia para una persona discapacitada debido a factores sociales, económicos, físicos y médicos, que hacen difícil una buena atención odontológica.^{22, 23}

Estas actividades de promoción de salud y prevención integral intensiva deben comenzar desde la niñez y mantenerse en todas las etapas de la vida, conjuntamente con la aplicación de buenas prácticas clínicas, esto evita la aparición o el agravamiento de los problemas estomatológicos preexistentes en estas personas.²³⁻²⁵

Se concluye que las enfermedades que provocan deficiencias y discapacidades se clasifican en 4 grupos: crónicas degenerativas, las que provocan déficit motor, sensorial y el retraso mental.

Los discapacitados son un grupo de riesgo con grandes necesidades de atención dental, debido a la gran prevalencia de enfermedades bucales, con predominio de caries dental y enfermedad periodontal, condicionada por una higiene bucal deficiente y pobre educación higiénica sanitaria.

A nivel mundial la mayoría de los discapacitados no reciben tratamientos estomatológicos acorde a sus necesidades. El estomatólogo necesita más familiarización, profundización y capacitación sobre este tipo de paciente, para brindar una atención estomatológica con calidad.

La mayoría pueden ser atendidos en consulta normal como el resto de los pacientes, con buena preparación del estomatólogo en cuanto a conocimientos sobre la patología discapacitante, las afecciones bucales que presentan, manejo psicológico con apreciación del entorno, familia y comunidad en la que se desarrollan, correcta relación con el equipo multidisciplinario de salud, comprensión, amor y alto sentido de humanismo. La promoción y prevención constituyen la herramienta fundamental en el tratamiento de estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tan Castañeda N, Rodríguez Calzadilla A. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral [Internet]. 2002 Sep-Dic [citado 7 Abr 2012];38(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072001000300006&script=sci_arttext
2. Ghersi Cordano V. La atención estomatológica de las personas con necesidades especiales. Odontología ejercicio profesional [Internet]. 2004 Ago [citado 3 Mar 2012]. Disponible en: <http://www.odontomarketing.com/art153ago2004.htm>
3. Valdés Herrera MA. Pacientes discapacitados remitidos al servicio hospitalario que pueden ser tratados en la consulta ambulatoria convencional. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2008.
4. Ravaglia C. Aspectos psico-clínicos para la atención odontológica de los pacientes con discapacidad [Internet]. 2001 [citado 2012 Abr 2012]. Disponible en: http://www.webodontologica.com/odon_arti_asp_rav.asp

5. Salazar CR, Padrón M, Salazar JL. Actitud del odontólogo hacia los niños y adolescentes discapacitados. *Acta Odontol Venez* [Internet]. 2005 [citado 20 Jun 2008];43(3). Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652005000300005&Ing=es.
6. Gispert Abreu EÁ. Personas con necesidades especiales. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2011 Ene-Mar [citado 20 Jun 2012];48(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000100001&Ing=es.
7. Sáez Cuesta U, Castejón Navas I, Molina Escribano A, Roncero Goig M, Martínez Collado MA. Salud bucodental de los pacientes internados en el centro de atención a discapacitados psíquicos de Albacete. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2010 Feb [citado 20 Jun 2011];3(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010000100006&Ing=pt.
8. Ravaglia C. El problema de la salud buco-dental en los pacientes discapacitados y especiales. *Rev Fola Oral*. 1997; 3(9):162-5.
9. Plaza Costa A, Silvestre Donat FJ. Odontología en pacientes especiales [Internet]. Valencia: Universitat de València; 2007 [cited 2011 Jan 20]. Disponible en: http://books.google.com.cu/books?id=cU3z1gGWI4oC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
10. Castellanos Gray O, Díaz L. Medicina en odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. Editorial Manual Moderno: México; 2009.
11. Zusman SP, Lustig JP, Baston. Hemostasia post-exodoncia en pacientes con tratamiento anticoagulante. *Quintessence Int* 2008;713
12. Tesisni DA, Fenton S J. Cuidados dentales en personas incapacitadas físicas o mentales. *Dent Clinic North Amb* 2010;461-79
13. Sáez Cuesta U, Castejón Navas I, Molina Escribano A, Roncero Goig M. Estudio epidemiológico de salud bucodental en pacientes con parálisis cerebral. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2008 Oct [citado 20 Jun 2011];2(5). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000300003&Ing=es.
14. Bullón Fernández P, Machuca Portillo G. La atención odontológica en pacientes médicamente comprometidos. Madrid: Laboratorios Normon, SA; 2006.
15. Mogollón Pocaterra J, Navas Perozo R, Rojas-Morales T, Álvarez CJ. Condiciones de salud-enfermedad bucal de niños y adolescentes con síndrome de Down. Salud bucal en niños con síndrome de Down. *Revista Cubana de Estomatología* [Internet]. 2008 [citado 4 Abril 2012]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol45_1_08/est04108.htm
16. Universitat de les Illes Balears [Internet]. Valldemossa: Universitat de les Illes Balears; ©2013 [cited 2011 Mar 15]. Available from: <http://fci.uib.es/Servicios/libros/veracruz/nasso/Educacion-para-la-Salud-Bucal-en-Ninos-con.cid210299#close>
17. Arias Herrera SR, Muñoz Fernández LM, Rodríguez Gutiérrez G, García Boss J. Consideraciones actuales del tratamiento estomatológico en niños con discapacidad mental leve [Internet]. 2009 [citado 10 Abril 2012]. Disponible en: <http://redalyc.vaemex.mx>
18. Arias Herrera SR, Muñoz Fernández LM, Romero González CM, Espeso Nápoles N. Propuesta de comunicación en salud bucal para niños con retraso

- mental ligero, padres y educadores. Archivo Médico de Camagüey [Internet]. 2005 [citado 20 Jun 2012];9(6). Disponible en <http://www.amc.sld.cu/amc/2005/v9-n6-2005/2053.htm>
19. Di Nasso P. Cuidado dental del niño con discapacidad. Revista Asociación argentina de odontología para niños 2008;30(4):21-4
 20. López Jordi MC. El paciente especial discapacitado. Uruguay: Editorial UDELAR [Internet]. 2008 [citado 28 Mar 2012]. Disponible en: <http://www.odon.edu.uy/catedras/odontope/teoricos/elpacientediscapacitado.pdf>
 21. Morales MC. Atención odontológica a pacientes especiales: una realidad creciente. Acta Odontológica Venezolana [Internet]. 2012 [citado 10 Ene 2013];50(1). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/1/art22.asp>
 22. Giol M, Boj JR, Jiménez A. El paciente con parálisis cerebral y su tratamiento. Anales de Odontoestomatología [Internet]. 2010 [citado 20 Mar 2011];2-3(94). Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/25976/1/120445.pdf>
 23. Subramaniam P, Girish Babu KL, Rodríguez A. Relation of salivary risk factors to dental caries in children with cerebral palsy. Journal of Clinical Pediatric Dentistry [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 20];34(4). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20831141>
 24. B Siddibhavi M. Oral health status of handicapped children attending various special schools in Belgaum City Karnataka. WebmedCentral EPIDEMIOLOGY [Internet]. 2012 [cited 2012 Dec 20];3(2). Available from: http://www.webmedcentral.com/article_view/3061
 25. Silvestre Donat FJ, Casal del CJ, Grau García D, Plaza Costa A. Manejo dental de pacientes discapacitados y médicamente comprometidos en la clínica dental. Cuidados odontológicos especiales 1994;1(1):29-31.

Recibido: 23 de noviembre de 2012.

Aprobado: 12 de diciembre de 2012.

Katia García Flores. Especialista de I grado en Estomatología General Integral. Profesora Instructora. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez." San Miguel del Padrón, La Habana, Cuba
E-mail: katia.garciaflores@gmail.com