

# Discapacidad en el paciente odontológico

**Autores: C.D. Juan Fernando Casanova Rosado**

*Especialista en ortodoncia, maestro en ciencias odontológicas y profesor de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Campeche, Camp.*

**C.D. Gladys Acuña González**

*Especialista en cirugía maxilofacial, maestra en ciencias médicas y profesora de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Campeche, Camp. adscrita al Hospital de Especialidades "Manuel Campos", de la Secretaría de Salud del estado de Campeche, Camp.*

Si en duda alguna, el ámbito odontológico implica retos que condicionan un mayor campo de acción en la práctica moderna. Un área siempre controversial es aquella en la que se discuten las posibilidades de atención del paciente con discapacidad. La etiología de la discapacidad puede ser multicausal. Las causas más comunes son:

- a) Falla genética o en la estructura cromosómica
- b) Lesiones cerebrales o del sistema nervioso
- c) Desnutrición fetal
- d) Factores externos (ambientales)
- e) Deficiencias del sistema metabólico
- f) Hipoxia natal
- g) Enfermedades virales
- h) Encefalitis
- i) Traumatismos craneoencefálicos severos

Los factores que favorecen el desarrollo de una minusvalía o discapacidad pueden aparecer en el momento mismo de la fecundación, en el embarazo, durante el parto, o bien, en el transcurso de la vida misma. En términos de ley, un minusválido se define como una persona con capacidad disminuida para realizar por sí solo las actividades necesarias para su desarrollo físico, social, ocupacional y económico como consecuencia de una insuficiencia somática o psicológica. Si tomamos esta definición como punto de partida, se pueden considerar diferentes formas de minusvalía:

1. La minusvalía neuromotora, que incluye padecimientos tales como la parálisis cerebral o la distrofia músculo-esquelética.

2. Minusvalías de tipo somático, como problemas de lenguaje, sordera total o parcial, así como debilidad visual o ceguera.

Si bien es cierto que la capacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas en estas personas se encuentra restringida, esto no significa que no puedan ser atendidas por el odontólogo de práctica general, sobre todo en aquellos casos de minusvalías menores que aunque limitan la actividad, no modifican significativamente la integridad del paciente.

Es cierto que algunas secuelas, como las de la parálisis cerebral o la distrofia músculo-esquelética (trastorno caracterizado por la debilidad muscular progresiva de los miembros inferiores y la pelvis que prospera hasta afectar al resto del cuerpo) deben tener una consideración especial, ya que algunas veces la cooperación del paciente se restringe debido a su incapacidad para controlar los movimientos. Hay que recordar que ciertas formas de minusvalía o discapacidad se acompañan de movimientos involuntarios que la persona por sí misma no puede controlar; en esta situación los pacientes requerirán un protocolo de manejo más complejo en virtud de que en determinados casos los procedimientos de rutina debe-

rán ser realizados bajo sedación endovenosa, o bien, bajo anestesia general. Los criterios para decidir el manejo ambulatorio en el consultorio o en un centro hospitalario dependen de una valoración que tome en cuenta todos aquellos detalles que pudieran complicar un procedimiento de rutina.

Otro factor importante respecto al paciente minusválido es la posibilidad de que haya alteraciones sistémicas asociadas que suelen presentarse sobre todo en los casos de minusvalías o discapacidades congénitas. Si la discapacidad existe desde el momento del nacimiento, ésta puede ser identificada e informada a los padres; resulta imprescindible que exista un diagnóstico detallado, ya que no hay deficiencias exactamente iguales, ni siquiera dentro del mismo tipo de discapacidad.

En el paciente neonato las alteraciones físicas o neurológicas se determinan mediante el índice de APGAR, creado por la doctora Virginia Apgar en 1950 y vigente en la actualidad. Dicho índice otorga una puntuación en la escala del 0 al 10 al recién nacido en relación con la evaluación física en el momento del nacimiento. Los datos que se obtienen son: la frecuencia cardíaca, el esfuerzo respiratorio, el tono muscular, la irritabilidad y la coloración de la piel. Este índice se registra en el nacimiento y posteriormente el paciente es revalorado a los cinco minutos de vida. Si la primera puntuación es baja y en la segunda valoración se normaliza, se considera que el sufrimiento durante el parto fue superado; si la baja puntuación persiste, entonces se determina que hay alguna forma de deterioro que debe ser estudiada a fondo, ya que las posibilidades de sobrevida del recién nacido se encuentran en riesgo (Tablas 1 y 2).

Algunas enfermedades predominan en las necesidades de atención odontológica tanto en el ámbito institucional como en la práctica privada. Las más frecuentes son:

- a) El retraso psicomotriz
- b) El síndrome de Down
- c) El autismo
- d) La distrofia músculo-esquelética
- e) Las minusvalías menores, como ceguera y sordera.

Es importante reconocer las restricciones en las capacidades de cooperación del paciente y, sobre todo, proporcionar dentro de lo posible un clima de tranquilidad para favorecer la 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. Todo cambio conceptual propone un nuevo reto a cumplir de parte de los servidores de la salud y de la sociedad en general, sin embargo, la participación recíproca dependerá de la capacidad para preparar tanto al paciente para integrarse a ella como a la comunidad para integrarlo.

La evaluación física y clínica integrales permitirán la elaboración de un modelo diagnóstico y un plan de tratamiento específico diseñado con base en las posibilidades de atención del paciente en los casos en los que pueda realizarse de forma ambulatoria y en aquellos pacientes que así lo ameriten, bajo sedación endovenosa o anestesia general. No obstante, aun cuando se decida llevar a cabo un plan de manejo multidisciplinario bajo anestesia general, hay que ser cuidadosos y vigilar detalles relevantes.

El tratamiento odontológico puede efectuarse bajo anestesia local cuando se trata de pacientes cooperadores y con minusvalías menores, bajo sedación endo- ▶

**Tabla 1. Índice de APGAR**

Observaciones	0	1	2
<b>Frecuencia cardíaca</b>	Ausente	<100	>100
<b>Esfuerzo respiratorio</b>	Ausente	Llanto débil	Llanto vigoroso
<b>Tono muscular</b>	Flácido	Extremidades flexionadas	Extremidades con flexión
<b>Irritabilidad</b>	Ninguna	Débil	Llanto
<b>Color de la piel</b>	Azul pálido	Cianosis	Rosado

**Tabla 2. Puntuación y posibilidad de sobrevida**

Puntuación	Diagnóstico	Mortalidad
0-2	Muy grave	14%
3-7	Grave	11%
8, 9, 10	Bueno-óptimo	0.13%

venosa cuando el paciente es relativamente cooperador. Se han de practicar procedimientos cortos, o bien, bajo anestesia general en aquellos casos en los que el paciente no puede cooperar, ya sea por el grado de retraso (que le impide obedecer órdenes de rutina) o porque la patología de fondo no le permite el control de sus movimientos. También hay individuos que se tornan agresivos ante el temor al procedimiento. Cualquiera que sea el método de atención, se debe considerar que todas las personas con discapacidad pueden ser portadoras de defectos congénitos asociados, por lo que desde el punto de vista profesional se tiene que tomar en cuenta el estado general del individuo, tipo de intervención y disponibilidad de equipo, apoyo ventilatorio y monitorización del paciente.


Los procedimientos odontológicos serán los de rutina, procurando:

- Mantener la cavidad oral abierta con abre bocas de goma o metálico.
- Colocar protección faríngea para evitar la aspiración de cuerpos extraños.
- Aplicar anestesia local en los procedimientos que impliquen la posibilidad de sangrado con fines hemostáticos.
- Utilizar selectivamente los anestésicos con protección cardiaca.
- Controlar el sangrado
- Evitar el uso excesivo de adrenalina y cordones gingivales.
- Establecer una analgesia posoperatoria adecuada para evitar eventos desagradables de agresividad por dolor.

Es nuestra obligación como profesionales de la salud promover la participación de la sociedad y la comunidad odontológica, brindar orientación en materia de rehabilitación

y proporcionar atención integral a discapacitados y minusválidos. El Código Penal de México garantiza el respeto a la dignidad e integridad de las personas y considera como delito toda conducta que dañe física o moralmente a los individuos con discapacidad. Sus derechos son:

1. Ser tratados con amabilidad y respeto
2. Ser escuchados y orientados amablemente
3. Ser atendidos por personas especializadas
4. Conocer el nombre del médico o profesional de la salud que lo atiende y en forma general o detallada el plan de tratamiento; cuando haya retraso mental o deficiencias mayores, la información deberá proporcionarse a la persona responsable del paciente.
5. No ser tratados con marginación
6. Desplazarse libremente
7. Disfrutar de los servicios públicos
8. Tener acceso libre a espacios comerciales, laborales o recreativos.
9. Gozar de trato amable, cortés y respetuoso.
10. Eliminación de barreras arquitectónicas

Las funciones del cirujano dentista actual abarcan campos de acción y participación más amplios que permiten su integración a una sociedad en constante evolución. La odontología es, pues, una profesión versátil con nuevas oportunidades de incursión en terrenos antes restringidos. 

### Referencias bibliográficas

1. *Ley de protección al minusválido y senescentes para el estado de Campeche*. Capítulo primero. Marzo de 1995.
2. Puerto Alavez Humberto. *Un toque de sensibilidad y algo más*. Instituto Nacional de Cultura de Campeche, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, Gobierno del estado de Campeche. Diciembre del 2000.
3. *Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación*. Diario Oficial de la Federación, 11 de junio del 2003.
4. *Ley General de las Personas con Discapacidad*. Diario Oficial de la Federación, junio del 2005.
5. *Norma Oficial Mexicana NOM-233-SSA1-2003 para la Protección de la Discapacidad*. Diario Oficial de la Federación, junio del 2005.
6. *Ley General de Salud*, febrero de 1984. Vigente Reforma Título Noveno Capítulo 1, junio del 2006.