

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL A PACIENTES PEDIÁTRICOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD VISUAL

REVISIÓN DE LITERATURA

* Cepeda H, Chauz A, Torres Y.
**Torres E.
*** Suarez A.

Área: Ciencias Básicas
Modalidad: Odontopediatría
Categoría: Pregrado

RESUMEN

Objetivo: Determinar las limitaciones relacionadas con la prestación de servicios de salud odontológica a pacientes con discapacidad visual y su posible manejo integral, con base en la evidencia científica.

Materiales y métodos: Se seleccionan 50 artículos del año 2004 al 2011, donde se mencione a pacientes pediátricos con algún tipo de discapacidad visual congénito con edades de 0 a 9 años; artículos que se relacionen con las necesidades básicas de atención integral, barreras arquitectónicas y el entorno de la clínica. Se buscan en idioma inglés, español portugués

Resultados: En la población de cualquier sociedad se encuentra personas con diversos tipos de minusvalías que dificultan su movilidad en el medio físico. Se encontró que la discapacidad infantil es un problema que se incrementa en la medida que se reduce la mortalidad de los niños afectados por condiciones como el bajo peso al nacer. Las ayudas más frecuentes son ayudas didácticas.

Discusión- Conclusiones: En relación a las dificultades de acceso a los servicios, las barreras arquitectónicas urbanas no son tomadas en cuenta por los profesionales del sector salud. Los centros de salud no cuentan con una infraestructura adecuada para prestar un servicio integral a pacientes con algún tipo de discapacidad visual.

Palabras Claves: Discapacidad, discapacidad visual, atención odontológica, barreras arquitectónicas.

ABSTRACT

Objective: To determine the limitations associated with the provision of dental health services to patients with visual impairment and possible integrated management based on scientific evidence.

Materials and methods: We selected 50 articles from 2005 to 2011, which is indicated for pediatric patients with a congenital visual disability aged 0 to 9 years; articles that relate to basic needs for comprehensive care, architectural barriers and the clinical environment. They are looking for in English, Spanish Portuguese

Results: The population of any society is people with various types of handicaps hindering their mobility in the physical environment. We found that childhood disability is a problem that increases to the extent that it reduces the mortality of children affected by conditions such as low weight at birth. Most common AIDS are teaching aids.

Discussion-Conclusions: In relation to the difficulties of access to services, urban architectural barriers are not taken into account by professionals in the health sector. Health centers do not have adequate infrastructure to provide an integrated service to people with visual disabilities.

* Estudiantes X semestre Del C.O.C.

** Asesor Científico. Especialista en pediatría.

***Asesor Metodológico. Odontólogo General -Especialista en epidemiología

INTRODUCCIÓN

La Invidencia se define como la pérdida total o parcial del sentido de la visión. También se denomina ceguera o ablepsia. Existen varios tipos de ceguera dependiendo del grado y tipo de pérdida de visión. La definición de la ceguera varía de un país a otro, no hay acuerdo universal. (1)(2)(3)

El sentido de la visión posee la capacidad de detectar la energía electromagnética dentro de la luz visible por el ojo e interpretar por el cerebro la imagen como vista. La primera parte del sistema visual se encarga de formar la imagen óptica del estímulo visual en la retina (sistema óptico). Esta es la función que cumplen la córnea y el cristalino del ojo. Las células de la retina forman el sistema sensorial del ojo. Las primeras en intervenir son los foto receptores, los cuales capturan la luz que incide sobre ellos. Sus dos tipos son los conos, responsables de recibir las Impresiones luminosas del color y los bastones, responsables de la visión acromática (escala de grises). Otras células de la retina se encargan de transformar dicha luz en impulsos electroquímicos y en transportarlos hasta el nervio óptico. Desde allí, se proyectan a regiones como el núcleo geniculado lateral y la corteza visual del cerebro. En el cerebro comienza el proceso de reconstruir las distancias, colores, movimientos y formas. (3,4) Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera invidente a quienes presentan una visión menor de 20/400 o 0.05, considerando siempre el mejor ojo y con la mejor corrección. Se considera que existe ceguera legal cuando la visión es menor de 20/200 o 0.1 en el mejor ojo y con la mejor corrección. También se determina invidencia cuando el campo visual es inferior a 20° grados. La OMS establece 5 categorías que van desde la ceguera total (ausencia de percepción luminica) hasta la posesión de un resto visual superior a 0'3.

En España, la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE) considera ciega a una persona cuando no posee un resto visual superior a 0'1, o cuando tiene una reducción del campo visual por debajo de 35° grados. Lo normal es tener un campo visual de 180° grados. Para efectos académicos se puede clasificar la Invidencia: (5)

- Congénita o Hereditaria & Adquirida
- Parcial & Total
- Dependiendo de las estructuras afectadas y el proceso que se ha interrumpido.

ETIOLOGIA

Enfermedades:

- Cataratas • Glaucoma • Retinopatía diabética • Uveítis • Degeneración macular • Tracoma

Accidentes y daños:

- Accidentes de tránsito • Accidentes ocupacionales • Quemaduras químicas • Lesiones en deportes

Defectos genéticos:

- Anoftalmo: Globo ocular no se desarrolla
- Criptoftalmo: Globo ocular aparentemente no existe
- Egaloftalmo: Tamaño anormalmente grande de los ojos
- Albinismo • Aniridia • Amaurosis congénita de Leber • Síndrome Bardet-Biedl • Microftalmo: Desarrollo insuficiente del ojo.

Envenenamiento

- Químicos como el metanol, encontrado en el alcohol etílico, utilizado por alcohólicos como sustituto económico de la bebida alcohólica, licores adulterados.

Otras Causas

- Malnutrición, deficiencia de vitamina A Rubéola durante el embarazo

EPIDEMIOLOGIA

Las discapacidades de la visión son la condición de discapacidad con mayor prevalencia en Colombia, de cada 100 colombianos con limitaciones, 43.5 tiene limitaciones permanentes para ver, según el censo realizado por el DANE en el año 2005. Seguida por las discapacidades físicas, mentales y psíquicas, cognitivas.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico se realiza principalmente de acuerdo con la sintomatología. Es importante establecer la causa primaria, si hay asociación con enfermedades, defectos genéticos, envenenamientos, etc. El examen oftalmológico nos dará información sobre la severidad de la lesión y la agudeza visual, con el Test de Snellen o de Landolt si el paciente no sabe leer. Esto para adaptar lentes correctores, si es posible.

MANIFESTACIONES ORALES

No existe ninguna manifestación oral propia de la Invidencia, con frecuencia se presenta la caries dental y la enfermedad periodontal por la dificultad para periodontal se debe realizar una adecuada higiene oral. El bruxismo, como desorden miofuncional, también se relaciona con pacientes con discapacidades, no sólo sensoriales como la invidencia, sino en general cualquier tipo de limitación.

CONSIDERACIONES PARA LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE PACIENTES INVIDENTES

Sensibilización del Personal El equipo médico-odontológico debe estar capacitado para enfrentar la condición de invidencia, superar el miedo que implica atender un paciente con discapacidad, y tener la disposición para hacerlo.

Es muy importante diferenciar la discapacidad visual de la discapacidad mental, en el momento de entablar una relación con el paciente y sus familiares. (1)

Los pacientes con discapacidades sensoriales, tienden a sobre-estimular sus otros sentidos; las personas con discapacidad visual, sobre-desarrollan el sentido de la audición, del tacto, el olfato y por último el gusto. Es fundamental entender lo que significa para el paciente invidente asistir a una cita odontológica, la vivencia es una experiencia sensorial, involucra todos los sentidos de una manera excepcional. En el diagrama se ilustra como los sentidos no afectados se estimulan durante la atención odontológica, y como algunas técnicas de manejo del comportamiento son difíciles de implementar con pacientes invidentes. (1)(4)

LA CLÍNICA DENTAL

Puertas: la anchura mínima no será menor de 0,80 m, en ningún caso. Los mecanismos de apertura serán, a excepción de la puerta principal, de manivela u otro sistema fácilmente asible u accionable.

Pasillos Los anchos de los pasillos nunca deberían ser inferiores a 1,20m. para que pudiera cruzarse en el pasillo otra persona además del paciente que va en silla de ruedas, aunque puede aceptarse 0,90m de ancho. Disponer de pasamanos en los pasillos facilita el caminar a pacientes de la tercera edad, ciegos y en general a cualquier persona que presente dificultades de deambulación.

Pavimento El pavimento interior de la clínica será duro, antideslizante en seco y en mojado, sin elementos sueltos o resaltes.

Aseo Adaptar una clínica supone hacer accesibles todos los espacios que puedan ser utilizados por los pacientes. Por los que se diseñan ajustando el espacio al mínimo necesario. Los elementos imprescindibles en un aseo son el inodoro y el lavabo. El sistema de accionamiento de la cisterna será sencillo, siendo muy recomendables los sistemas que se accionan apoyando simplemente la mano. El lavabo debe cumplir asimismo una serie de requisitos. Su instalación no debe tener pies de apoyo, para que permitan el acercamiento frontal. La grifería deberá poder accionarse con facilidad por lo que se recomienda sistemas mono mando de palanca larga. Será necesaria una correcta señalización que oriente a los pacientes sobre la ubicación del aseo.

Gabinete Dental Al igual que en el aseo el espacio libre mínimo que deberá encontrarse en el gabinete es de 1'50m para permitir el giro completo de un paciente en silla de ruedas. Los niveles de iluminación en toda la clínica no serán inferiores a 300 Lux. Además debe ser uniforme, aunque es conveniente resaltar algunos elementos como las señalizaciones.

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

La atención empieza desde que el paciente llega a la sala de espera, allí se generan sentimientos como la ansiedad, el miedo y cansancio. Por esta razón resulta relevante, planificar las sesiones con el fin de evitar demoras o retardos en la consulta. Es conveniente tener folletos, revistas y avisos escritos en sistema Braille.

En la primera cita:

Reconocimiento del ambiente del servicio de Estomatología Pediátrica:

- Instalaciones físicas, sala de espera, baño, consultorio odontológico, etc.
- Personal involucrado en la atención, portero, auxiliares, odontólogos, etc.

Establecer relaciones de confianza y fortalecer la comunicación verbal

- Con el paciente
- Con los familiares

Citas posteriores

- Es conveniente que sea el mismo profesional quien realice la atención odontológica, para asegurar el seguimiento y la continuidad, así como para fortalecer las relaciones y la comunicación verbal.
- El contacto físico, por ejemplo al dirigirse verbalmente al paciente invidente, es clave para generar confianza y asegurar que se mantenga una comunicación activa entre el paciente y el odontólogo.
- En cuanto al manejo del comportamiento, el odontólogo puede valerse de las diferentes técnicas que existen, con la suficiente creatividad para adaptarlas a las condiciones de pacientes con discapacidad visual; por ejemplo en lugar de utilizar la técnica decir, mostrar y hacer, se puede recurrir a la técnica decir explicar, volver a decir y hacer.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó búsqueda manual y electrónica de la literatura relacionada con el tema. Para la búsqueda electrónica se emplearon bases de datos como PUBMED, EBSCO y SCIELO, prestación de servicios integrales de odontología

Arrojó 50 artículos relacionados con las características de pacientes pediátricos con discapacidad visual congénita, donde los pacientes nunca han tenido el sentido de la visión; se tenía en cuenta la forma arquitectónica de la clínica y sus alrededores. Como criterios de selección se tuvo en cuenta: Se seleccionaron artículos del 2004 al 2011 en los idiomas inglés, español y portugués, artículos que mencionen discapacidad congénita, pacientes pediátricos de 0 a 14 años de edad; En los criterios de exclusión se tuvo en cuenta: Artículos anteriores al año 2004, artículos que mencionen discapacidad adquirida, artículos que mencionen otros tipos de discapacidad congénita. En la búsqueda predominaron los estudios cualitativos seguidos de los descriptivos y por ultimo revisión de la literatura.

RESULTADOS

De los 50 artículos científicos revisados; él 42% define la discapacidad visual como la *objetivación* de la deficiencia en el sujeto con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características (edad, género). El 30% evidencio que las barreras arquitectónicas representan una limitación para pacientes con discapacidad visual. El 28% implemento metodologías didácticas para la prestación integral de salud oral a pacientes pediátricos con discapacidad visual. (1) (2) (4)

En la población de cualquier sociedad se encuentra personas con diversos tipos de minusvalías que dificultan su movilidad en el medio físico. Entre ellas se cita a discapacitados psíquicos, físicos, sensoriales.

La discapacidad es un término que denota los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud y su entorno, que refleja una limitación en la actividad o una restricción en la participación. (2) (4)

Se encontró que la discapacidad infantil es un problema que se incrementa en la medida que se reduce la mortalidad de los niños afectados por condiciones como el bajo peso al nacer, la prematuridad o las enfermedades crónicas no transmisibles. La discapacidad visual infantil se relaciona con las enfermedades infecciosas, la desnutrición y la falta de cuidado de los ojos. (5) (4)

En cuanto a las barreras arquitectónicas se presentaron limitaciones para este tipo de pacientes, relacionándose la arquitectura urbana con la infraestructura de los centros prestadores de salud; encontrándose como principal limitante en un 100% la ausencia de señales de tránsito con botones en sistema braille, sonidos o figuras en alto relieve, seguido a esto hace referencia a los principales elementos para la conformación de un centro prestador de salud, donde se mencionó como falla principal el acceso y la señalización, entendiéndose como acceso rampas, puertas y personal. (1) (6) (7)

En relación a las estrategias de atención, la literatura evidencia propuestas didácticas que consistieron en refuerzos positivos. Adicionalmente, consultas sucesivas donde la primera cita se debe tener como objetivo principal, tranquilizar y controlar el nivel de estrés y ansiedad del paciente pediátrico (10). En la segunda cita sugiere sensibilizar al paciente con los elementos que hacen parte del consultorio, para estar en capacidad de tomar el control del comportamiento del paciente y de esta manera realizar una consulta integral. Se contemplaron los principios de educación que consisten en recordarle al paciente lo que debe hacer, como se debe hacer y cuantas veces se debe hacer, por ejemplo el cepillado, se

Deben tener presente el principio de retroalimentación que consiste en decirle cuando está mal hecho y decirle el por qué y corregir la acción. (3) (7) (8) (9) (14)

Las ayudas más frecuentes en la atención de pacientes pediátricos con discapacidad visual, son ayudas didácticas; según Roberto C. y col presentan la técnica de decir, tocar y hacer, para bajar el nivel de estrés de los pacientes y de los padres, aparte de esta técnica, se implementa el uso de un tono bajo de voz y no se hace restricción física por lo contrario se llega a la conclusión de aplicar refuerzos positivos. (4)

DISCUSIÓN

De acuerdo con los estudios realizados por C. García, A. Sánchez, OMS en 2004, realizan una clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM); en la cual indica que discapacidad es la objetivación de una deficiencia, y afirma que deficiencia es la exteriorización de una enfermedad, donde esta es una situación intrínseca que abarca cualquier tipo de trastorno o accidente. Sin embargo en el estudio realizado por Mateos J. Moreno M. Morenoy S. Barquero J. en el 2006(11) junto con la OMS agregan que las enfermedades surgen a partir de una anomalía biológica subyacente y que, aun habiendo otros factores que pudieran influir en sus consecuencias, su implicación en el desarrollo y en la manifestación de la enfermedad es escasa.

Ha integrado los diversos modelos existentes de salud y discapacidad con un lenguaje internacional consensuado y sistematizado para la descripción del funcionamiento de los individuos.

En relación a las dificultades de acceso a los servicios, las barreras arquitectónicas urbanas no son tomadas en cuenta por los profesionales del sector salud, se limitan a poseer una infraestructura clínica con altos estándares de calidad sin tener en cuenta el desplazamiento de los pacientes, según Sático I. y col en 2010, lo que contradice el estudio realizado por Mulvihill B. y col en 2007(12). El cual realizo una encuesta a padres y personas encargadas del cuidado de pacientes con algún tipo de discapacidad acerca de los accesos a servicios y prestación de servicios, llegando a la conclusión de que el 73% de la población infantil con discapacidad dice poseer un buen servicio de salud, teniendo en cuenta que la población que no se encuentra conforme con la prestación de servicios de salud es principalmente por las limitaciones que poseen para el desplazamiento, convirtiendo de esta forma a las barreras arquitectónicas urbanas como la principal causa de inconformidad y no las barreras de acceso.(15)(16)

Los estudios realizados por Roberto C. en 2006, muestran que la parte práctica y didáctica de las consultas son las que mejor recuerdan los pacientes pediátricos, tomando principios del aprendizaje, esto lo re afirma Prabhakar A, Marwah N. en 2007 donde implementan nuevas técnicas de audiovisuales y de audio según el tipo de discapacidad para el manejo de la ansiedad de los pacientes.

CONCLUSIONES

Se debe tener en cuenta a todo tipo de pacientes a la hora de prestar un servicio de salud, para la atención de pacientes pediátricos debemos tener en cuenta sus necesidades a sí mismo como sus discapacidades para poder brindar el mejor servicio y llegar a satisfacer las necesidades de los pacientes y de los padres.

Las estrategias para la prestación de servicios son la principal ayuda junto con los materiales didácticos, para educar y adecuar a los pacientes pediátricos que presentan algún nivel de estrés y poder sensibilizar a este tipo de pacientes.

Se presenta una gran dificultad para encontrar literatura reciente acerca del tema, los estudios realizados se basan en la satisfacción de los padres y se encuentran pocos estudios acerca de las estrategias y ayudas que se deben utilizar en la consulta, la mayoría de estudios se enfocan a la consulta de los cuidadores o de los padres acerca de los sistemas de salud, por ello la búsqueda presenta un poco de dificultad.

Después de la revisión de la literatura, los centros de salud no cuentan con una infraestructura adecuada para prestar un servicio integral a pacientes con algún tipo de discapacidad visual, estos pacientes tienen derecho a acceder a la prestación de servicios de salud, se debe tener en cuenta las barreras y limitaciones físicas y arquitectónicas del entorno y de la clínica misma.

RECOMENDACIONES

Recomendamos diseñar y ejecutar programas para la atención y prestación de servicios integrales de salud odontológica en pacientes pediátricos con

Algún grado de discapacidad, llegando a formar una infraestructura adecuada para el acceso a la clínica de este tipo de pacientes.

Crear una conciencia en la comunidad estudiantil, acerca de la atención integral y formas didácticas que existen para la atención de pacientes pediátricos con algún grado de discapacidad visual.

REFEENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Asensio. L, silvestre. J, López. J, Accesibilidad en las clínicas odontológicas. Eliminación de barreras arquitectónicas. Rev. Oficial del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la III región (vale); 48 (1).
- 2) Hernando. L, Salvatico L, Gómez. B, Zanotti. A. Ferninilla. Y. Diseño y Elaboración de herramientas de apoyo educativo en salud bucal destinada a personas con discapacidad visual. U.N.C. III foro de extensión universitaria eje temático
- 3) García. C, Sánchez. A, Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad OMS (Murcia) Nov. 2001; 18
- 4) Hernando. L, Salvatico. L, Gómez. B, Zanotti. A, Femminella. Y. Diseño y Elaboración de herramientas de apoyo educativo en saludes bucales destinada a personas con discapacidad visual. Rev. Cubana Estomatológica 1987; 24(1):59-66
- 5) Mateos. J, Moreno. M, Morenoy. S, Barquero. J, Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica Med Clin (Barc). 2006;126(12):461-6
- 6) Martignon S. González C. Santamaría R. Liévano S. Muñoz Y. Moreno P. Salud oral taller dirigidos a padres y cuidadores de niños 0-5-años edad: Efecto sobre los conocimientos y prácticas The Journal of Pediatric Dentistry 2006; 31 (2),

- 7) Mendoza. R, López. P, Propuestas didácticas en el manejo odontológico de pacientes pediátricos con discapacidad visual, Rev. ADM (Madrid) 2006;LXIII(5):195-199
- 8) Altun. C, Guven. G, Martí. A. Estado de salud oral de las personas con discapacidad asisten a escuelas especiales. Rev. Europea de Odontología. Oct. 2010 (4) : 361 - 366
- 9)Mendoza. R, López. P, Propuestas didácticas en el manejo odontológico de pacientes pediátricos con discapacidad visual Revista ADM 2006;LXIII(5):196-199 195
- 10) AlSarheed. M, Percepción de los niños de sus dentistas. European Journal of Dentistry April 2011; 5(2): 186–190.
- 11) Ayuso. L, Morenob. M, Morenob. J, Barquerod. J, Clasificación Internacional del Funcionamiento, La Discapacidad y la Salud (CIF): Aplicabilidad y utilidad en la práctica Clínica Med Clin (Barc). 2006; 126(12):461-6
- 12)Prabhakar. A, Marwah. N, Raju. O, Una comparación entre las técnicas de distracción de audio y audiovisuales en el manejo de ansiedad los pacientes dentales pediátricos Departamento de Odontopediatría y Odontología Preventiva, Bapuji Dental College y el Hospital, Davangere, Karnataka (India) 2007
- 13) Harrell. D, Manejo de pacientes pediátricos poco cooperativo American Dental Association 2003.
- 14) Sático.L, Pagliuca. L, Baptista. R, France.E, Coura. A, Souza. J, La violencia simbólica en el acceso de las personas discapacitadas a las unidades básicas de salud psicología (São Paulo) jun 2010;59 (130)Anexo 1
- 15) Edwards. D, Feliz. A, Discapacidad Parte 3: Mejorar el acceso a las prácticas dentales en Merseyside. British Dental Journal Published online. 28 Sep 2002; 10 (doi: 10.1038) (4801554):193-317-319
- 16) Edwards. D, Discapacidad Parte 2: El acceso a servicios dentales para personas con discapacidad. Una encuesta de las prácticas dentales en Merseyside British Dental Journal published online. 14 sep 2002 ; 10(1038)(4801538): 193, 253 - 255
- 17) Lewis. C, Robertson. A, Phelps. S, Cuidado dental no satisfechas las necesidades de los niños con necesidades especiales de salud: implicaciones para el hogar médico.Official Journal of the American Academy of Pediatrics.