

Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana
Facultad de Estomatología

***CORRESPONDENCIA ENTRE LA FORMACIÓN ACADÉMICA
DEL ESTOMATÓLOGO RELACIONADO CON PACIENTES
ESPECIALES Y LA PRÁCTICA ESTOMATOLÓGICA INTEGRAL***

Dra. Nuvia Tan Castañeda¹ y Dr. Amado Rodríguez Calzadilla²

RESUMEN: Se realiza una actualización bibliográfica sobre la atención a pacientes especiales (aquel que presenta signos y síntomas que lo alejan de la normalidad, sea de orden mental o sensorial, así como de comportamiento). Se observó que en España y otros países de Europa las instituciones académicas poseen programas de estudios universitarios de pre y posgrado, donde se adquieren conocimientos y habilidades para la atención de pacientes especiales. Se clasifican los pacientes en 4 grupos, según las afecciones que presentan: grupo I, pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, como diabéticos, cardiópatas, nefrópatas, discrasias sanguíneas, epilépticos y otros; grupo II, pacientes con enfermedades que provocan déficit motor, donde se incluyen pacientes parapléjicos, cuadripléjicos, hemipléjicos y otros; grupo III, pacientes con enfermedades que provocan déficit sensorial como ciegos, sordos, sordomudos y otros; grupo IV, pacientes con retraso mental según clasificación de fronterizos, ligeros, moderados, severos y profundos. Se describen las características de las enfermedades bucales en pacientes especiales. Se concluye que en el futuro, para realizar tratamientos bucales en este tipo de pacientes, se requerirá de personal especializado y con medios adecuados. Habrá que capacitar y formar a los profesionales de la estomatología para poder responder a esta demanda y se deben realizar estudios epidemiológicos con enfoque de riesgos y atención clínica con enfoque de familia, de tal forma que se involucre, se comprometa y se responsabilice con la atención a este tipo de persona, para los que resulta fundamental el apoyo de la familia.

DeCS: ATENCION DENTAL PARA INCAPACITADOS/métodos; ATENCION DENTAL PARA ENFERMOS CRONICOS/métodos; EDUCACION DE POSTGRADO EN ODONTOLOGIA.

¹ Estomatóloga. Residente de Estomatología General Integral. Facultad de Estomatología.

² Especialista de II Grado en Administración de Salud. Magister en Salud Pública. Profesor Auxiliar del Departamento de Salud. Facultad de Estomatología.

Existe una franja de individuos que a causa de noxas de orden genético, congénito, infeccioso, traumático o de otro origen, que pueden actuar durante el período prenatal, perinatal o posnatal, sufren distintos daños en la conformación de sus organismos, que determinan alteraciones que los discapacitan parcial o totalmente y en forma definitiva o transitoria para bastarse a sí mismos en las actividades que la vida diaria obliga.¹

La discapacidad refleja las consecuencias de la deficiencia en cuanto a capacidad funcional y actividad del individuo, y se define como toda restricción o ausencia (como resultado de una deficiencia) de capacidad para desplegar una actividad de la manera normal o dentro de los límites considerados normales para un ser humano. La discapacidad representa pues, trastornos en el plano de la persona, y sus principales subclases se refieren al comportamiento, la comunicación, los cuidados normales, la locomoción, la disposición corporal, la destreza (en particular las habilidades) y situaciones específicas.²

Esta definición de paciente discapacitado lo es desde el punto de vista eminentemente médico, lo que no significa que desde el punto de vista odontológico y estomatológico deba serlo. Ejemplo de ello es el paciente poliomielítico, que puede estar discapacitado para la función motora de caminar, pero que en el sillón dental es un paciente normal.

Por el contrario, llamamos paciente especial a aquel que presenta signos y síntomas que lo alejan de la normalidad, sea de orden físico, mental o sensorial, así como de comportamiento, que para su atención odontológica y estomatológica exige maniobras, conceptos, equipamiento y personas de ayuda especiales, con capacidad de atender en el consultorio las necesidades que estos generan. Es decir, que escapan a

los programas y rutinas estándar que se llevan a cabo para el mantenimiento de la salud bucodental de la población.¹

El estomatólogo se ocupa del cuidado del paciente en lo concerniente al tratamiento de las alteraciones óseas y de los tejidos blandos, utiliza técnicas de cirugía periodontal, terapia pulpar, movimientos mínimos de las piezas dentarias y del perfilado gingival como parte de la odontología y estomatología correcta. El odontólogo y estomatólogo ya no trata "los dientes de los pacientes", sino a "pacientes que tienen dientes". Es muy importante, por lo tanto, que sepa identificar a los pacientes con patologías asociadas para elevar la seguridad de estos y el éxito del tratamiento.^{3,4} La odontología y estomatología ocupan un papel importante en el campo de la rehabilitación de pacientes con impedimentos físicos.⁵

La atención bucodental es la única necesidad aún no cubierta en el tratamiento y rehabilitación de los pacientes especiales, tanto en calidad como en cantidad.

Si bien la Asamblea de las Naciones Unidas del 14 de enero de 1997 aprobó la Declaración de los Derechos de los Discapacitados, la odontología y estomatología organizada todavía no han asumido el problema en lo que a especialidad se refiere.

Al respecto dice el artículo 6: "El discapacitado tiene derecho a recibir atención médica, psicológica y funcional, incluidos los aparatos de ortesis y prótesis, la rehabilitación médica y social o la educación; a la formación de profesionales, a las ayudas, consejos, servicios de empleo y otros servicios que aseguren el aprovechamiento máximo de sus facultades y aptitudes y aceleren el proceso de su integración o reintegración social" (Organización de las Naciones Unidas. Declaración de derechos de los discapacitados. Dirección Nacional

de Rehabilitación de la Argentina. Buenos Aires, 1981).

La ignorancia, el temor a causar un daño, la falta de imaginación o de conocimiento de cómo desarrollar en ellos un tratamiento conservador, son los factores determinantes de soluciones extremas como las extracciones múltiples, sin tomar en cuenta las mutilaciones que ello significa, o bien directamente, el rechazo del paciente y la negatividad a su atención.

La situación de los pacientes discapacitados y/o especiales en lo que se refiere a su salud física y rehabilitación, puede considerarse como cubierta por todos los servicios y programas desarrollados con ese fin por la medicina. No puede decirse lo mismo en lo que se refiere a la salud, la rehabilitación bucodental y la participación de la odontología y estomatología en la prevención y conservación de esta.

Se debe considerar que el desconocimiento de los problemas bucodentales de los pacientes especiales, asociados a sus propias reacciones emocionales y las de sus familiares, patologías, así como las propias reacciones del profesional, van a crear con toda seguridad la mayor barrera para acceder a las posibilidades de su atención. Se deben agregar a estos factores la coexistencia de inconvenientes psicosociales que agravan el cuadro general de salud de estos pacientes y de su comprensión para que la profesión odontológica y estomatológica pueda darle soluciones.¹

De todas las personas que acuden a la consulta odontológica y estomatológica muchos son pacientes médicamente comprometidos o que presentan patologías sistémicas que exigen un conocimiento exacto de ellas y de sus implicaciones e interacciones en el área estomatológica.⁶

Los grandes avances de la medicina propician que personas que antes no podían sobrevivir a grandes traumatismos y

enfermedades congénitas graves, en la actualidad vivan muchos años, y sean un reto a la hora de recibir tratamiento odontológico y estomatológico, pues precisan de atenciones y cuidados odontológicos y estomatológicos especiales.

De todos los pacientes especiales, sin lugar a dudas, los que mayores necesidades odontológicas y estomatológicas demandan son las personas minusválidas. Se puede constatar que los minusválidos, en general, presentan una abundantísima patología oral, y una gran demanda de tratamiento, insatisfecho en la mayoría de los casos.

Aunque los tipos de discapacitados varían según los países, en todo el mundo parece estar aumentando el número de niños discapacitados. Este aumento 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.⁷

Los niños médicamente discapacitados en el ámbito odontológico y estomatológico, pueden definirse como aquellos cuyo estado médico es tal que su salud general corre más riesgo aún si sufren una enfermedad bucodental o si requieren un tratamiento bucal de rutina. Debido a este riesgo para la salud o a un riesgo de vida, su atención bucal y dental es de vital importancia.

La enfermedad bucodental y su tratamiento presentan varios problemas en este grupo de niños. Primero la sepsis como secuelas de caries dentarias, o la infección de los tejidos gingivales o periodontal, puede constituir un peligro. Segundo, los procedimientos dentales como el tratamiento conservador o endodóntico pueden aca-

rrrear un serio riesgo, y tercero, cualquier forma de cirugía puede crear problemas.⁸

Pero el grupo que tal vez presenta mayores dificultades es el de aquellos pacientes con retardo mental, cuyo coeficiente intelectual es subnormal y que en general presentan una patología debido a:⁹

- Consumo exagerado de dulces (gratificación paterna).
- Malformación congénita.
- Mala higiene (por falta de instrucción adecuada).

Habitualmente podemos observar en el grupo de pacientes especiales una deficiente higiene bucodentaria con elevado índice de placa o gingivitis, presencia de cálculo de sarro en edades muy precoces, intensa halitosis y restos alimenticios adheridos a mucosas y dientes, predominio de dietas blandas, cariogénicas, ricas en hidratos de carbono y con un alto contenido de sacarosa, alta prevalencia de caries y enfermedad periodontal, hipertrofias gingivales producidas por hidantoínas, infecciones e inflamaciones crónicas o agudas recidivantes (granulomas periapicales, celulitis, entre otras), odontalgias periódicas, exodoncias sistémicas en vez de tratamientos conservadores, pacientes muy jóvenes desdentados parcial o totalmente, restricciones o imposibilidad en el uso de prótesis por suponer un riesgo potencial (deficientes mentales severos, paráliticos cerebrales, epilépticos mal controlados, entre otros), mayor incidencia de maloclusiones que la población general, oclusión traumática y bruxismo frecuente, con abrasiones e hipersensibilidad dentarias.¹⁰

Las deficiencias y las discapacidades pueden acarrear enfermedades estomatológicas o aumentar las necesidades asistenciales al nivel bucal.

Los tratamientos medicamentosos a que están sometidos muchos de estos pacientes pueden aumentar el riesgo de patología bucodentaria (hipertrofias gingivales por hidantoína, psicofármacos y otras).

La enfermedad bucal puede agravar un proceso invalidante. Muchas minusvalías implican una disminución en la motivación o imposibilidad de solicitar asistencia estomatológica, así como mantener una buena higiene oral.

Ciertos tratamientos bucales complicados, prótesis u ortodoncia, son incompatibles con determinados discapacitados.

Hay minusválidos que no cooperan en el sillón dental y son rechazados en los consultorios estomatológicos.

El grado de deterioro dental y gingival en ocasiones implica a tiempos prolongados de tratamiento, por lo que la familia los rehúsa.

Como es obvio, todo esto nos lleva a afirmar que la salud bucal de los discapacitados es significativamente peor que la de la población normal, pues existe una prevalencia universal de la enfermedad periodontal y una higiene bucal más pobre. La alta incidencia de dientes cariados no tratados y la mayor incidencia de dientes ausentes se observa con frecuencia.^{7,11} Esto puede interpretarse como que a la persona impedida, que busca tratamiento odontológico, se le extraen dientes más a menudo, ya sea porque los dientes no son restaurables o porque el estomatólogo elige la extracción en lugar del tratamiento conservador, debido a la dificultad en el manejo del paciente.⁶

Las minusvalías tanto físicas como psíquicas o sensoriales se asocian con una deficiente higiene bucal con una mayor patología bucodentaria en general, y periodontal en particular.

La extensa patología bucodentaria presente en estas personas es bien conocida

desde la antigüedad. Muchas son las causas que pudiéramos apuntar en la explicación de este tipo de patología, aunque la falta de higiene se considera un factor determinante.

Dentro de la gran variedad de patologías bucodentarias que existen en este colectivo, la enfermedad periodontal es el problema más importante a nivel estomatológico. La enfermedad periodontal, además de la placa bacteriana, se ve influenciada por otros muchos factores, tanto sistémicos como locales.¹²

En Cuba, el desarrollo se ha concebido como la unión indisoluble de los aspectos económicos y sociales y como aplicación sistemática de una política social única por medio de la acción estatal.

Los derechos, deberes y garantías fundamentales que se consignan en el texto de la Declaración Universal de los Derechos Humanos son recogidos por la Constitución cubana.

En 1959, a partir del triunfo de la Revolución, comienzan a adoptarse medidas concretas para el amparo de los discapacitados. Antes, los problemas relativos a este tipo de población prácticamente no tuvieron atención, ni fueron objeto de una acción efectiva por los gobiernos de la república colonial, y cuando algún organismo pretendió crear algún programa, el interés político frustró siempre los objetivos propuestos de unos y de otros.

En el año 1981, declarado por las Naciones Unidas como "Año Internacional de las Personas Discapacitadas", se constituyó un Comité Nacional que devino en un grupo de trabajo actualmente dirigido por el Ministro de Trabajo y Seguridad Social, que conjuntamente con los órganos de la Administración Central del Estado y órganos del Poder Popular, elaboran un plan de trabajo anual en coordinación con las 3 aso-

ciaciones de discapacitados (ACLIFIM, ANCI, ANSOC), con el fin de apoyar sus actividades y proporcionar un mayor y sistemático respaldo hacia ese sector de la población.¹³

El Plan Nacional de Acción para la Atención a Discapacitados desarrolla programas con una participación intersectorial, que incluye las direcciones o esferas siguientes:

- Pesquisaje nacional de personas discapacitadas, en áreas de salud.
- Extensión del Programa de Rehabilitación de Base Comunitaria a todas las áreas de salud con posibilidades técnicas y materiales.
- Perfeccionamiento de las comisiones de peritaje médico especial.
- Detección temprana de pérdida auditiva en las instituciones de salud.
- Detección temprana, atención precoz y rehabilitación de la baja visión, entre otras.

En cuanto a la reglamentación que existe con respecto a la cobertura de las poblaciones más necesitadas, en nuestro medio encontramos un grupo delicado y vulnerable que ha sido casi excluido, en un porcentaje importante de la protección directa en salud: los pacientes especiales. Solamente los pacientes con retraso mental se encuentran amparados estomatológicamente en el Programa Nacional de Atención Estomatológica, creado con el objetivo de elevar el nivel de salud bucal de estos y garantizar que los estomatólogos formen parte activa del equipo interdisciplinario que brinda atención a estas personas en cada área de salud, así como desarrollar investigaciones relacionadas con las afecciones bucales, lo que convierte en planes de acción sus hallazgos.¹⁴

La atención médico-odontológica-estomatológica a pacientes especiales con enfoque familiar y enfoque de riesgo, tiene 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.

La atención integral a pacientes especiales según el grado de desarrollo anormal de los problemas fisiológicos que comprometen o no a las funciones cerebrales, por la elevada complejidad de la patología de base, además de las enfermedades oportunistas, requieren de un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud de gran competencia científico-técnica y excelentes relaciones sociales y humanas (*Flores Alvarado*. Interacción equipos de salud-comunidad. La atención primaria de salud, uno de los pilares del desarrollo social. V Congreso de Atención Primaria de Salud, Ciudad México, 1993).

Todas estas circunstancias planteadas nos motivaron a pensar que podríamos aportar elementos que pudieran contribuir a la atención sistemática de esta parte de la población, con la calidad requerida, con conocimiento de sus necesidades estomatológicas y sobre todo, con gran sensibilidad e interés hacia sus problemas.

Los esfuerzos realizados en este sentido podrían utilizarse en el futuro en investigaciones más amplias para mejorar la salud de los pacientes especiales.

Finalmente, pensamos que dicha población, por sus afecciones de base y por los cuidados necesarios que requieren, exigen de un estomatólogo lo suficientemente preparado para dar solución a sus problemas odontológicos y de salud bucal, con el mayor profesionalismo y preparación posible.

Clasificación de pacientes según grupos de enfermedades

Se clasifican los pacientes en 4 grupos:

Grupo I: pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. En este grupo se incluirán:

- Pacientes diabéticos: aquellos afectados de diabetes mellitus, tanto insulino-dependiente como no insulino-dependiente.
- Pacientes cardiopatas: aquellos que presentan alguna de las siguientes patologías: cardiopatía isquémica, valvulopatías, insuficiencia cardíaca y pacientes con trasplante cardíaco.
- Pacientes nefrópatas: aquellos portadores de alguna de las siguientes patologías: insuficiencia renal crónica, pielonefritis crónica, litiasis renal crónica, hidronefrosis crónica, nefrectomizados y pacientes con trasplante renal.
- Pacientes con discrasias sanguíneas: aquellos que muestran algunas de las siguientes enfermedades: leucemias, drepanocitemia y otros tipos de anemias crónicas.
- Pacientes epilépticos: los que padezcan cualquier tipo de epilepsia independientemente de su clasificación.

Grupo II: pacientes con enfermedades que provocan déficit motor. Se incluirán en este grupo a los siguientes:

- Parapléjicos: aquellos que presenten parálisis más o menos completa de partes simétricas, de ambos miembros superiores o de ambos miembros inferiores.

- Cuadripléjicos: aquellos que presenten parálisis de los 4 miembros.
- Hemipléjicos: aquellos que presenten parálisis de un lado del cuerpo.
- Otros: se incluirán en este grupo a aquellos pacientes que durante nuestra investigación observemos que tienen alguna otra patología que los incapacite desde el punto de vista motor y requieran consideraciones estomatológicas.

Grupo III: pacientes con enfermedades que provocan déficit sensorial. A este grupo pertenecerán los siguientes pacientes:

- Ciegos: aquellos privados de la visión.
- Sordos: aquellos privados del sentido de la audición.
- Sordomudos: aquellos pacientes que se encuentren 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 presenten 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).

Características de enfermedades bucales en pacientes especiales

I. Pacientes discapacitados

Un problema de salud común a toda la población con minusvalías es la salud bucal. Podemos observar una deficiente higiene bucodentaria con elevados índices de placa, gingivitis y presencia de cálculo, así como la alta prevalencia de enfermedad periodontal.

Las caries también representan un problema muy frecuente en estos colectivos; no deben olvidarse factores como las dietas blandas y ricas en azúcares que en muchas ocasiones se les dan.

Los pacientes que están tomando psicofármacos pueden presentar pérdidas importantes en la tasa de flujo salival durante largos períodos de tiempo, lo que favorecerá la aparición de caries rampantes, afecciones gingivales y de otros tejidos blandos.

II. Pacientes con retraso mental

Al nivel bucodentario, podemos encontrarnos con alteraciones morfológicas que se relacionan con la enfermedad o síndrome de base que produce el retraso mental. Pueden aparecer anomalías en la morfología dentaria y en el patrón eruptivo como hipoplasias de esmalte o una erupción retrasada; un paladar alto con hipoplasia maxilar, maloclusiones con tendencia a clase II de Angle y mordida abierta, y retención en la dentición primaria.

Son muchas las causas orgánicas o síndromes que pueden dar lugar o acompañarse de retraso mental (RM). Por ello debemos considerar en la clínica dental las posibles alteraciones sistémicas inde-

pendientemente de los problemas de manejo de conducta. El manejo clínico-odontológico de estos pacientes en general dependerá del nivel de retraso mental y de la patología.

III. *Pacientes con parálisis cerebral*

Patológicamente pueden presentar hemiplejía, paraplejía, cuadriplejía, más de dos tercios de estos pacientes padecen retraso mental, a lo cual se suman las afecciones bucales específicas de estos pacientes.

Un elevado número de estos pacientes suelen presentar cuadros convulsivos en algún momento. Las manifestaciones bucales que aparecen son varias; aunque no se ha encontrado mayor prevalencia de caries en estos pacientes en relación con la población general, sí se ha observado una mayor prevalencia de aparición de enfermedad periodontal y alteraciones gingivales.¹⁵

Pueden presentarse traumatismos dentales, bruxismo y hábitos como la interposición lingual, respiración bucal o deglución atípica.

IV. *Pacientes con discapacidades sensoriales*

En muchos de los procesos que acompañan a la ceguera coexisten alteraciones en el desarrollo de los dientes, por lo que podemos encontrarnos con lesiones hipoplásicas del esmalte, como ocurre en la rubéola, la diabetes materna o la prematuridad. En la dentición permanente podemos encontrar alteraciones bucales con la misma frecuencia que en la población en general.

V. *Pacientes con trasplante de órganos*

Las complicaciones bucales más frecuentes en estos pacientes son las mucositis, hiposialia, infecciones por virus

del herpes simple y zóster y por citomegalovirus.

VI. *Pacientes con nefropatías*

Las lesiones bucales relacionadas con la enfermedad renal son generalmente inespecíficas; muchas alteraciones metabólicas y fisiológicas del organismo que acompañan a la enfermedad renal tienen manifestaciones bucales, tales como:

- Aumento de la concentración de amoníaco en la cavidad bucal que produce disglusia, la cual es manifestada por el paciente como sabor desagradable metálico o salado.
- Estomatitis urémica clasificada según *Boris* en tipo I: enrojecimiento y engrosamiento de la mucosa bucal que posteriormente presenta exudado gris espeso, pastoso y pegajoso, tipo II: forma ulcerativa similar a la anterior pero en franca ulceración.
- Cambios de coloración en encías y mucosas bucales: púrpuras debido a deficiencias del factor III de la coagulación.
- Glositis debido a la anemia perniciosa.
- Hipertrofia parotidia.
- Hemorragias gingivales espontáneas.
- Edemas intrabucuales.
- Alteraciones en la articulación temporomandibular.
- Defectos dentarios: defectos en la normalización de los túbulos dentinarios, estrechamiento y alargamiento de la pulpa que produce cuernos pulpaes prominentes. Hipoplasia de esmalte, retraso en el crecimiento y erupción dentaria, pigmentaciones dentarias.

VII. *Pacientes cardiovasculares*

Cardiopatía isquémica: estos pacientes pueden estar tomando medicamentos que

interfieran con nuestro tratamiento o puedan provocar alteraciones en la cavidad bucal, como son los nitratos, los betabloqueadores, los quelantes del calcio y la aspirina, dipiridamol o ticlopidina usadas como antiagregantes.

VIII. *Pacientes diabéticos*

La diabetes mellitus es otra enfermedad sistémica con repercusiones al nivel bucal. Los diabéticos en término general presentan una serie de alteraciones en la respuesta de los tejidos periodontales, a la placa bacteriana, de tal manera que parece haber una mayor predisposición a padecer enfermedades periodontales más graves, con pérdida de los tejidos de soporte. En este proceso es fundamental el control de la diabetes a la hora de valorar la progresión de la enfermedad periodontal, de tal manera que los diabéticos mal controlados tienen una mayor tendencia a la hemorragia, a la pérdida de inserción y a la pérdida de soporte óseo. La progresión y agresividad de las periodontitis suelen ser mayores en pacientes afectados de diabetes no insulino-dependiente que en aquellos que sí lo son, de tal forma que en este último caso puede existir una hiperrespuesta monocítica medrada genéticamente con un incremento de mediadores de la inflamación.

Los niños y adolescentes con diabetes insulino-dependiente suelen presentar mayor inflamación gingival, sin que en muchas ocasiones puedan encontrarse pérdida de los tejidos de soporte diferentes a los de otros chicos que no padecen el trastorno. La hiperglucemia favorece el crecimiento de ciertos microorganismos al nivel periodontal y otras alteraciones al nivel vascular e inmunológico, que en conjunto favorecen la tendencia a las infecciones a este nivel.

Experiencia de atención a pacientes especiales en algunos países

La odontoestomatología en pacientes especiales fue introducida como estudio de posgrado en la Universidad de Valencia en el año 1993, con una duración de 1 año académico. Posteriormente en el año 1999, se iniciaron los estudios de Máster Universitario de 2 años de duración en esta especialidad. Durante el primer año los alumnos se forman básicamente en procedimientos y técnicas para el manejo clínico de pacientes minusválidos, discapacitados psíquicos y sensoriales. En el segundo curso se lleva a cabo la formación para el manejo clínico-estomatológico en pacientes médicamente comprometidos de forma integral, en pacientes de alto riesgo; se realiza la instrucción en Estomatología Médico-Quirúrgica y de forma rotatoria en Estomatología Integrada en Pacientes de Riesgo con patología sistémica previa.

En Europa ya se planteó un cambio en el *curriculum* estomatológico para adelantarse a las necesidades del futuro. Existen programas especiales específicos de formación posgraduada sobre necesidades y cuidados especiales en odontoestomatología. Asimismo, comienzan a organizarse departamentos y clínicas en ese sentido.

Otra experiencia interesante es la desarrollada desde hace tiempo en la Universidad Hebrea de Jerusalén en una clínica universitaria específica en cuanto al manejo de pacientes médicamente comprometidos. Los pacientes se tratan de forma separada a los de la clínica universitaria general. Un tiempo importante se utiliza en la presentación del caso clínico y en las indicaciones requeridas para el plan de tratamiento a seguir.

Discusión

Todos somos conscientes y además constatamos en la práctica diaria el aumento del número de pacientes con enfermedades sistémicas, con discapacidades o en general con compromisos serios de salud que acuden a las consultas solicitando tratamiento estomatológico. El avance de las técnicas diagnósticas y terapéuticas de la medicina ha logrado una mayor esperanza de vida en estos enfermos, y la odontoestomatología debe establecer una serie de procedimientos y protocolos clínicos que optimicen el manejo y tratamiento en cada grupo de enfermos, sin que repercuta negativamente sobre su estado de salud.¹⁶

Este grupo de población es el objeto de estudio de la llamada odontoestomatología en pacientes especiales, tanto en lo que se refiere a los pacientes discapacitados como a los médicamente comprometidos. El término paciente se refiere al enfermo que está sometido a un tratamiento médico o estomatológico especial; es aquello singular o particular en oposición a lo general y ordinario. En este sentido, la estomatología en pacientes especiales interacciona con la medicina, puesto que el tratamiento estomatológico que se realice en estos pacientes especiales deberá ser el más eficaz y que asuma el mínimo de riesgo a su estado general.

Es importante que en el futuro los estomatólogos estén preparados para comentar con los médicos la situación clínica de un paciente y la posible aplicación de un tratamiento estomatológico determinado. Existe en la actualidad un desfase entre la buena formación médica que reciben los estomatólogos y la escasa o deficiente educación estomatológica que se les da a los médicos, por lo que se llega a afirmar que el estomatólogo debe servir como orientador del médico para obtener un mejor resultado

en el cuidado de la salud bucal del paciente de riesgo, y cuando asuman dicho papel, las consultas estomatológicas serán mucho más apreciadas, no solo por los pacientes, sino también por los médicos.

En el futuro, para realizar tratamientos estomatológicos en pacientes con necesidades especiales, se requerirá de personal especializado y con medios adecuados. Habrá que capacitar y formar a los profesionales de la estomatología para poder responder a esta demanda, se realizarán estudios epidemiológicos y clínicos para poder satisfacer mejor las necesidades de este colectivo.

En los criterios de inclusión de un paciente como especial deberemos considerar a los enfermos que sean de alto riesgo, que su vida puede verse comprometida en nuestra consulta, como es el caso de un paciente con insuficiencia coronaria y antecedentes de infarto agudo del miocardio relativamente reciente. También deberemos considerar cuándo el tratamiento estomatológico puede influir, al ser aplicado sobre el enfermo, con un proceso sistémico, por eso un paciente inmunodeprimido, por ejemplo, deberá considerarse con mayor riesgo de infección a la hora de realizar un procedimiento quirúrgico bucal.

En este siglo que comienza, los cambios en el *curriculum* de las facultades de la profesión estomatológica en general van a ser grandes. Estarán influenciados por los nuevos patrones de enfermedades bucales y por los cambios en la tecnología de la profesión, pero sobre todo, van a producirse necesidades de salud bucal en los nuevos tipos de pacientes que acudirán a nuestras clínicas. Los pacientes de todos los grupos de edad con alteraciones sistémicas crónicas, los de alto riesgo, por el incremento en la población de edad avanzada y por los pacientes minusválidos y discapacitados, tendrán que ser considerados en la estomatología de este siglo.

SUMMARY: A bibliographical updating on care to special patients (that patient presenting signs and symptoms that are far from being within the normal mental, sensorial or behavioral limits) is made. It was observed that in Spain and other European countries the academic institutions have pre-graduate, graduate and post-graduate courses where knowledge and abilities are acquired to give attention to these special patients. The patients are classified in 4 groups, according to their affections: group I, patients with chronic degenerative diseases, such as diabetics, cardiopaths, nephropaths, blood dyscrasias, epileptics and others; group II, patients with diseases that cause motor deficit, where paraplegics, quadriplegics, hemiplegics and other patients are included; group III, patients with diseases that produce sensorial deficit, such as the blind, the deaf, the deaf-mute and others; group IV, patients with mental retardation according to the classification of mild, moderate, severe and deep mentally retarded. The characteristics of the oral diseases in special patients are described. It is concluded that in the future specialized personnel with adequate tools will be required for the oral treatments of this type of patients. Stomatological professionals will have to be trained to meet this demand. Epidemiological studies with risk approach should be conducted and clinical care should take the family into consideration, so that the stomatologists feel themselves committed and responsible for the attention to this type of person, for whom family support is essential.

Subject headings: **DENTAL CARE FOR DISABLED/methods; DENTAL CARE FOR CHRONICALLY ILL/methods; EDUCATION, DENTAL, POSTGRADUATE.**

Referencias bibliográficas

1. Ravaglia C. El problema de la salud bucodental en los pacientes discapacitados y especiales. *Rev FOLA ORAL* 1997;3(9):162-5.
2. Piédrola G. Medicina preventiva y salud pública. Barcelona: Salvat, 1990.
3. Little JW, Falace DA. Odontología en pacientes con patología previa. Barcelona: Ediciones Médici, 1986.
4. Suirsky J, Nunley J. Dental and medical considerations of patients with renal disease. *J Calif Dental Assoc* 1998;26(10):763-70.
5. Lucente JM. Prótesis ortopédica intraoral en la rehabilitación de un paciente con falta de función manual. *Rev Asoc Odontol Argent* 1980;68(6):40.
6. Bullón Fernández P, Machuca Portillo G. La atención odontológica en pacientes médicamente comprometidos. Madrid: Editorial Laboratorio Norman, 1996.
7. Goerdts A. Prevención de discapacidades y rehabilitación. *Rev de la OMS* 1995;48(5):4.
8. Habson P. Tratamiento de niños médicamente discapacitados. *Rev FOLA ORAL* 1982;4(9):17-8.
9. Ros M, Castaño de Casoretto H. Atención odontológica del niño discapacitado. *Rev Odontol Bonaerense* 1984;7(20):40.
10. Cowson RA, Spector RG. *Farmacología Odontológica*. Barcelona: Editorial Labor, 1993.
11. Llerena del Rosario ME, Elias Madrigal G. Características bucales de los niños con parálisis cerebral infantil. *Rev Adam Órgano Oficial de la Asociación Dental Mexicana* 1988;45(2):63-4.
12. Bratos Calvo E. La enfermedad periodontal en un colectivo de pacientes minusválidos. Evaluación a doce años de un programa preventivo. *Rev ROE* 1996;1(7):515-22.
13. Cuba. Ministerio de Salud Pública. La atención pública y la atención a las personas discapacitadas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1997.
14. Rodríguez Calzadilla A. Programa de atención estomatológica a la población con retraso mental. *Rev Cubana de Estomatol* 1990;27(4):409-13.
15. Grinberg S, Schor M. First encounter of child and dentist: an analysis of the introductory session. *J Dent Child* 1984;51:438-40.
16. Silvestre Donat FJ, Casal CJ del, Grau García D, Plaza Costa A. Manejo dental de los pacientes discapacitados y médicamente comprometidos. Madrid: Rapport, 2000:1-4.

Recibido: 5 de julio del 2001. Aprobado: 20 de julio del 2001.
 Dra. *Nuvia Tan Castañeda*. Facultad de Estomatología. Ave. Salvador Allende y calle G, El Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba.