

HIGIENE ORAL EN PACIENTES CON TRASTORNO DEL DESARROLLO INTELECTUAL

Autoras: Dahiana Morales Montoya, María Camila Múnera Cano, Estefanía Santana Gaviria, Daniela Sánchez Ruiz, Carolina Cardona Ramírez.

Asesora: Dra. Cecilia María Martínez.

Resumen:

Las enfermedades de la cavidad oral, específicamente la caries y la enfermedad periodontal son las más comunes en pacientes con trastorno del desarrollo intelectual, debido a las dificultades para la toma de decisiones, El apoyo y cuidado de padres y cuidadores es fundamental para que tengan una adecuada higiene; en este sentido, son más vulnerables a padecer estas enfermedades por los riesgos que presentan estos pacientes, como por ejemplo la presencia de enfermedades sistémicas y la gran cantidad de fármacos que por las mismas deben ingerir. La formación del recurso humano para la adecuada educación e intervención de quienes tienen este tipo de trastornos es un reto tanto para la atención clínica como para la prevención de enfermedades que impiden aún más el funcionamiento normal afectando su calidad de vida percibida por ellos y por su núcleo familiar.

Palabras clave: salud bucal, higiene bucal, discapacidad mental, desorden mental, discapacidad, niños.

Abstract: Oral cavity diseases, specifically caries and periodontal disease are the most common in patients with intellectual development disorder due to difficulties in decision-making. Support and care of parents and caregivers is essential so they can have a proper hygiene; in this sense, they are more vulnerable to these

diseases because of the risks these patients have, such as the presence of systemic disease and many drugs that they must consume. The training of human resources for the proper education and intervention for those with such disorders is a challenge for both clinical care and for the prevention of diseases that inhibits normal operation, even affecting their quality of life perceived by them and their family.

Key words: oral health, oral hygiene, mental retardation, mental disorder, disability, children.

INTRODUCCION

Según el código internacional de enfermedades CIE-10 se define la discapacidad mental como trastorno determinado por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. (1)

Los individuos con discapacidad mental tienen un mayor riesgo de sufrir explotación o abusos físicos y sexuales por lo cual adaptación al ambiente se puede ver afectada, pero en un entorno social protegido, con el adecuado apoyo, puede no ser significativo en enfermos con una discapacidad mental leve.(1) Las personas con discapacidad se enfrentan a la discriminación en varios aspectos como su discapacidad física, el comportamiento y la actitud de la sociedad en general y por razones socioeconómicas. (2)

También se conoce como discapacidad intelectual o cognitiva cuando se manifiesta en 2 o más áreas de habilidad adaptativas como la comunicación,

cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, relación con la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo.(3)

En estomatología el paciente especial es aquella persona que para su atención exige maniobras, conceptos, equipamiento y personas de ayuda especial, por lo que no es posible someterlos a los programas y rutinas estándar que se llevan a cabo en mantenimiento de la salud buco dental de la población en general.(4)

La higiene oral es una práctica fundamental para la prevención de las enfermedades bucales, que presenta diferentes grados de dificultad para los padres o cuidadores al momento de realizarla, especialmente en el caso de niños con discapacidad mental, debido a que estas personas no presentan las aptitudes intelectuales necesarias, ni habilidades para desarrollar unos buenos hábitos.(5)

El propósito de esta revisión de tema es que el odontólogo comprenda qué significa tratar a un paciente con discapacidad mental e incentive a padres y cuidadores para que ejecuten adecuadamente los cuidados bucales en estos pacientes, debido a que por las limitaciones anteriormente descritas estos pacientes no presentan autogobierno para tomar decisiones propias para el cuidado de la salud.

Se pretende difundir conocimientos sobre este tema para que los odontólogos puedan tener un mejor desempeño en el tratamiento de pacientes con discapacidad mental, mejorar la calidad en la atención y de vida de los mismos.

METODOLOGIA

Se revisó literatura de los últimos 5 años teniendo en cuenta los siguientes criterios búsqueda:

IDIOMA	INGLES, ESPAÑOL
INDICADORES BOOLEANOS	AND, NOT, OR
TIPOS DE ESTUDIOS	TODOS LOS DISEÑOS EPIDEMIOLÓGICOS (DESCRIPTIVOS, ANALÍTICOS Y EXPERIMENTALES)
PALABRAS CLAVE	ORAL HEALTH, ORAL HYGIENE, MENTAL RETARDATION, MENTAL DISORDER, DISABILITY, CHILDREN.

FLUJOGRAMA



DESARROLLO

La higiene bucal de los pacientes con necesidades especiales dependerá del apoyo de sus cuidadores, pues ellos no tienen las capacidades necesarias para velar por sí mismos lo que los hace una población muy vulnerable a enfermedades en general y en particular de la cavidad bucal afectando su salud integral.(6)

Los niños con condiciones más severas y de familias de bajos ingresos están particularmente en riesgo, por sus altas necesidades dentales y la falta de acceso a los servicios odontológicos. La mala salud bucal puede también contribuir a la enfermedad sistémica, complicando aún más su situación. Para muchos niños con discapacidades del desarrollo, su sonrisa es su forma más eficaz de interactuar con el mundo, por lo que es muy importante mantenerla sana. (7)

Los pacientes con discapacidades del desarrollo son más propensos a tener mala higiene oral y mayor riesgo de desarrollar enfermedad dental. Las razones incluyen el uso frecuente de medicamentos que pueden causar xerostomía, alta ingesta de carbohidratos, alimentación líquida, deterioro de la función salivar. (7)

El tratamiento médico de estos pacientes en algunos casos requiere abordaje terapéutico, los medicamentos formulados como ansiolíticos y anticonvulsivante que muchos de ellos precisan pueden producir xerostomía, estomatitis, glositis, eritema multiforme, sialorrea, disgeusia, gingivitis, inflamación de la glándula parótida, abscesos periodontales, sinusitis, disfagia entre otros.(8) Estos pacientes, también desarrollan hábitos que deben ser atendidos de forma temprana para evitar el empeoramiento del mismo.(9)

Casi siempre los pacientes con discapacidades obtienen un atención odontológica primaria, pero en muchos casos donde la discapacidad es severa y

la salud oral del paciente está muy comprometida este necesita una atención completa es decir, en un hospital , donde puedan usar anestesia general , donde se cuente con todos los recursos necesarios para atender cualquier urgencia que se pueda presentar durante el tratamiento, es importante, tener claro cuando un paciente con discapacidades debe ser atendido en un consultorio o debe ser atendido en un hospital esto se logra realizando una muy buena historia clínica y realizando interconsulta, con fin de conocer a profundidad sobre los problemas del paciente.(10)

El instituto nacional de investigación dental y cráneo facial (NIDCR) realizo un estudio epidemiológico, comportamental, ambiental, social, ecológico, en el cual se implementaron estrategias para el adecuado cuidado de la higiene oral en las cuales se realiza primero una adecuada intervención de la población que los motive a participar, segundo motivar a los cuidadores a estudiar y mejorar el manejo de los pacientes, tercero tener un espacio más agradable para los niños y los cuidadores cuando se vaya a realizar el proceso de cuidado de higiene oral y por ultimo realizar seguimientos y refuerzos en lo aprendido.(6)

Los niños con discapacidad se encuentran en alto riesgo de sufrir problemas de salud. La salud oral no es una excepción, el cuidado dental se informa constantemente como una de las necesidades médicas primarias de los niños con discapacidad; varios estudios han reportado una mayor prevalencia de caries en los niños con discapacidad intelectual en comparación con la población general. (7)

Un efectivo cepillado dental es fundamental para el control de placa, disminuir enfermedades periodontales y pérdida dental, sobretodo en pacientes que padecen de trastorno intelectual quienes según numerosos estudios presentan grandes probabilidades de padecer enfermedades orales y dependen en un alto grado de sus cuidadores, sean familiares o porque pertenecen a hogares

especiales o instituciones de apoyo donde les brindan los cuidados necesarios. En estos hogares o instituciones la higiene oral es una actividad diaria, pero en la mayoría de los casos no se realiza adecuadamente, ya que para algunos cuidadores no es una prioridad y no han recibido el entrenamiento adecuado en cuidado bucal.(11)

Para el odontólogo es fundamental distinguir en qué etapa de la enfermedad se encuentra el paciente para determinar qué tipo de intervención o tratamiento se le puede dar a cada paciente y que tanta cooperación de su parte se tendrá; Morgan y cols (2012) (12) refieren tres etapas a considerar:

ETAPA DE LA ENFERMEDAD	TRATAMIENTO
LEVE	Examen clínico, profilaxis, examen radiográfico, periodontograma, restauraciones en amalgama o resina, endodoncia, coronas.
MODERADA	Examen clínico, profilaxis.
SEVERA	Examen clínico o no intervenir.

Tomado de: Morgan JP, Minihan PM, Stark PC, Finkelman MD, Yantsides KE, Park A, et al. The oral health status of 4,732 adults with intellectual and developmental disabilities. J Am Dent Assoc. 2012; 143(8):838-46. (12)

Así mismo el odontólogo tendrá en cuenta los niveles de cooperación según refieren estos mismos autores: (12)

NIVELES DE COOPERACION
0 No quiere entrar al consultorio, no quiere sentarse
1 se sienta por si solo en la silla odontológica
2 permite el examen clínico
3 permite el examen clínico y profilaxis en presencia del cuidador
4 permite el examen clínico y profilaxis sin presencia del cuidador

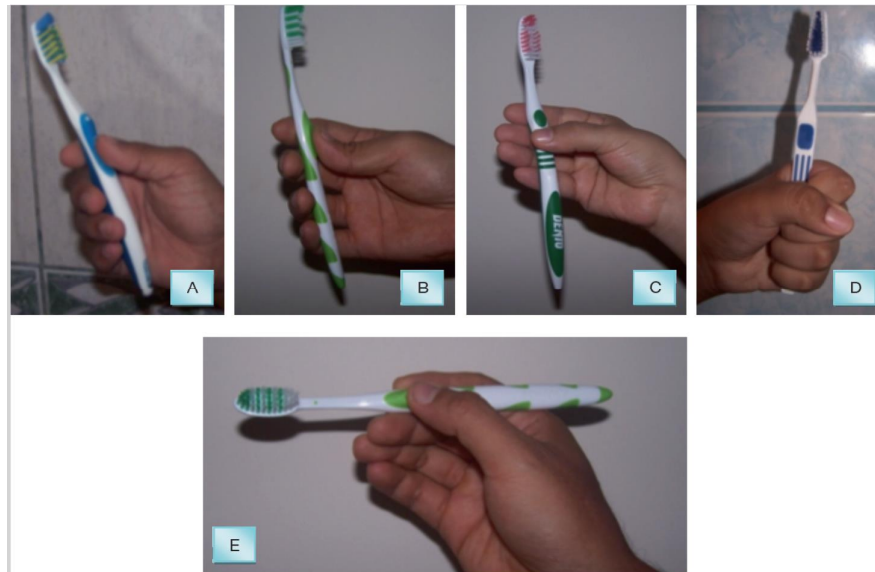
5 permite cualquier procedimiento con tranquilidad y sin asistencia del cuidador

Tomado de: Morgan JP, Minihan PM, Stark PC, Finkelman MD, Yantsides KE, Park A, et al. The oral health status of 4,732 adults with intellectual and developmental disabilities. J Am Dent Assoc. 2012; 143(8):838-46. (12)

Con respecto al método de cepillado se han descrito numerosas técnicas, pero la eficacia de cada técnica depende de la motivación y manejo adecuado del cepillo. Se ha demostrado que las técnicas más recomendadas en niños por su sencillez son: técnica de barrido horizontal y barrido con movimiento circular, en adolescentes y adultos la más recomendada es la técnica de Bass, que consiste en posicionar el cepillo a 45° y movimientos vibratorios cortos durante 10 a 15 segundos. (13)

Estudios como el de Bozkurt , Gratzer y Nanning demuestran que el cepillo dental eléctrico es el aditamento mecánico más fácil de usar para una persona con limitaciones físicas y cognitivas y por lo tanto es el método más efectivo para la remoción de placa dentobacteriana. (14)

En un estudio realizado en el Perú se demostró que la destreza manual del agarre del cepillo dental es oblicuo, distal oblicuo y mixto, en pacientes con síndrome de Down se encontró que la mayor prevalencia es un agarre mixto y en pacientes con autismo fue distal.(15)



Tipos de agarre de cepillo dental A. distal oblicuo, B. oblicuo, C. precisión, D. Fuerza, E. lapicero. Tomado de Adriana Echevarría-Goche, Américo Munayco-Magallanes Destreza manual para sostener el cepillo dental y remover la placa dental en personas con habilidades diferentes. 2012

Se ha demostrado que en pacientes con alto índice de caries y de difícil manejo se pueden suministrar suplementos de flúor como prevención de la caries, sin embargo el efecto del flúor tópico es más efectivo y no debe suministrarse en pacientes mayores de 6 años que ya utilicen cremas fluoradas. (13)

La clorhexidina puede ser una respuesta eficaz al problema de la higiene oral en los discapacitados a pesar de los conocidos efectos secundarios. La utilización de spray de clorhexidina 0,2% durante 2 semanas, como método coadyuvante al cepillado para la higiene oral proporciona una reducción significativa en los índices de placa bacteriana y enfermedad gingival, pero la utilización continua de agentes anti placa como el triclosán-zinc en períodos prolongados de tiempo puede ser más eficaz en el control de placa a largo plazo que la utilización de agentes más potentes como la clorhexidina utilizada durante períodos cortos de tiempo de modo intermitente. (8)

Estudios como el de Bozkurt, Gratzer y Nanning demuestran que el cepillo dental eléctrico es el aditamento mecánico más fácil de usar para una persona con limitaciones físicas y cognitivas, por lo tanto, es el método más efectivo para la remoción de placa dentobacteriana. (14)

Los niños con necesidades especiales de salud son un segmento creciente de la población. En los Estados Unidos, definen a estos niños como una población que está en mayor riesgo de una enfermedad crónica, debido a su condición física en desarrollo, y en el comportamiento emocional, también necesitan servicios de salud más allá de lo requerido por los niños generalmente relacionados. (16)

Sin embargo, se ha prestado muy poca atención a la salud dental de los discapacitados físicos y mentales, que en realidad requieren especial cuidado y atención. En los últimos años se ha presentado un creciente número de estudios relativos a la salud dental de la población normal y se ha prestado muy poca atención a los pacientes con discapacidades.(7)

Por lo que respecta a su salud, las propias personas con discapacidad tienen un bajo nivel de expectativas de la profesión de la salud, por lo que se deberá entonces enseñar sobre la salud bucal a los profesionales que prestan atención médica, servicios y terapias especiales en curso. (2)

En la actualidad, los planes de estudio de las Facultades de Odontología en relación a la formación profesional para la atención de las personas con deficiencias físicas y mentales, es ocasional; por esto los profesionales pueden presentar algunas dificultades en el manejo y tratamiento de los pacientes con deficiencias físicas y mentales, como consecuencia de esto; pocos odontólogos se interesan en atender a esta población. Se ha observado que la mayoría de los profesionales de la salud bucal reportó realizar examen clínico e higiene oral pero

no se suelen realizar tratamientos más complejos de acuerdo con las necesidades del paciente, por esto la población que requiere de atención continua con necesidades no atendidas, por sus peculiaridades, debería ser mejor acogida por los servicios de salud. (17) Debido a que no hay especialistas de la salud oral en este tema, estos pacientes han sido derivados a odontopediatras, quienes se han ido formando de forma autodidacta, con algunos casos o información a través de libros o artículos. (18)

Se encontró que las principales dificultades de los cuidadores para mantener la salud bucal de sus hijos son:

- Encontrar un odontólogo que esté dispuesto a atender a sus hijos
- Los altos costos de los tratamientos
- El difícil transporte
- La baja situación socioeconómica
- La predisposición de los pacientes asociada a la falta de comprensión por parte de dentistas y cuidadores.

FACTORES DE RIESGO

La enfermedad más común de los tejidos dentales duros es la caries dental la cual se produce cuando las bacterias en la boca metabolizan los hidratos de carbono para producir ácido cuyo resultado es la pérdida de mineral del diente causando cavidades. Las enfermedades más comunes de la encía y estructuras de soporte de los dientes son la gingivitis y la enfermedad periodontal también causadas por bacterias y por la falta de procedimientos de higiene oral de rutina. Las bacterias que contiene la placa se forman en las superficies de los dientes y causan inflamación de los tejidos gingivales adyacentes.(19)

La salud bucal de los niños con retraso mental se ve afectada por la caries dental, la enfermedad periodontal y las maloclusiones, las cuales se presentan con mayor prevalencia y severidad. Esto se debe a la presencia de determinados atributos que constituyen factores de riesgo. Se señalan como los más significativos la presencia de una higiene bucodental deficiente, un elevado índice de placa, predominio de dieta blanda y cariogénica, educación sanitaria insuficiente.(5)

Los azúcares: un factor crítico en el desarrollo de caries.

Debido a la dificultad de llevar a cabo actividades motoras, incluyendo masticación y el cepillado de dientes, los individuos con neuropatías prefieren una dieta blanda, que es más cariogénica. El riesgo de caries es mayor si los azúcares se consumen en alta frecuencia y los cuales están en una forma que permanece en la boca por periodos más largos. La sacarosa es el azúcar más cariogénico, porque puede formar glucano, que permite la adhesión bacteriana a los dientes y los límites de la difusión y el almacenamiento en buffer de ácidos ocasionando caries. (20)

Algunas de las condiciones orales asociadas con la discapacidad mental son:

Pacientes que presentan enfermedades gástricas como reflujo puede exponer los dientes a los contenidos gástricos ácidos; niños con anomalías estructurales de la cara y la boca con frecuencia requieren múltiples cirugías para el desarrollo dental y el habla. La posición de los dientes puede hacer que sea difícil de eliminar completamente la placa y aumenta el riesgo de caries dental, estos niños suelen tener aversiones orales y se resisten en la casa a actividades de higiene bucal, los niños también pueden llegar a necesitar atención de ortodoncia ya que comúnmente se requiere para corregir las maloclusiones dentales en estos

pacientes, estos aparatos de ortodoncia pueden aumentar significativamente el riesgo de caries dental.(5)

Los niños con discapacidad intelectual pueden haber aumentado las conductas desadaptativas que afectan la salud bucal, como morder repetitivamente objetos que no son alimentos y el bruxismo el cual se define como el acto involuntario de apretar o rechinar los dientes ya sea mientras está despierto o dormido, el cual es más común y puede darse de forma ocasional o constante.(21)

La capacidad de cooperar y el uso de estos aparatos pueden no tener éxito. Una revisión sistemática de 11 estudios en los individuos con discapacidades de desarrollo y bruxismo sugirió que la modificación del comportamiento y el tratamiento dental pueden ser las mejores aproximaciones a este problema. (7)

Protocolo general de atención odontológica en pacientes de manejo especial: (22)

- Realizar historia clínica médico odontológica
- Interconsulta medica
- Interdisciplinaria . intervención temprana en reeducación de funciones
- Estrategias específicas de acuerdo a la patología sistémica
- Prevención de endocarditis bacteriana cuando sea requerida
- Elección de la modalidad en el abordaje odontológico integrado al niño a la situación odontológica
- Prevención de enfermedades bucales , especialmente enfermedad periodontal
- Terapéutica con antiinflamatorios no agresivos para la mucosa gástrica.



Existen muchas barreras para acceder a la atención en salud oral. Varios estudios indican un alto nivel de temor y ansiedad en las personas con discapacidad puede ser uno de ellos. (3) Otro factor es la dependencia, las personas con graves discapacidades físicas y mentales que dependen de sus cuidadores para realizar el cepillado diario, se caracterizan por presentar una mala higiene oral y una mayor prevalencia de enfermedad periodontal. Los cuidadores juegan un papel fundamental en prevenir enfermedades dentales, sin embargo, muchos no están motivados para prestar esos servicios. (22)

Las barreras para el acceso a la atención dental para los niños con discapacidades del desarrollo son dificultades de transporte, limitado número de odontólogos con la experiencia necesaria, las barreras se dividen en ambientales y no ambientales, las ambientales son la imposibilidad de encontrar un odontólogo que trate al paciente y que la familia disponga del dinero ya que muchos odontólogos no aceptan los seguros dentales , la barrera no ambiental habla de cuando el paciente siente miedo al odontólogo, se torna imposible realizarle un tratamiento dental. (7)

La prestación del servicio de salud para los niños con discapacidades intelectuales debe ser basada en las necesidades y expectativas de cada individuo según su diagnóstico, lo que significa que los servicios de salud deben ser planeados y prestados estratégicamente para satisfacer las necesidades de estos individuos de manera aceptable.(23)

En el manejo de pacientes se plantea, que en todos los servicios estomatológicos se trabajara 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 coordinara 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, pre coordinación entre las direcciones de ambas entidades, o en su defecto en los servicios estomatológicos de forma priorizada.(4)

Las barreras de comunicación deben reconocer y superar para promover el acceso de las personas con discapacidad, tanto para el cuidado dental de emergencia como para la atención preventiva y reparadora.(24)

Otro tipo de barrera son las financieras: Las personas con discapacidad, en particular aquellas con discapacidades graves, son incapaces de pagar el costo de la atención privada con respecto a los ingresos, tienen una alta tasa de desempleo y no poseen seguro dental. La falta de conocimiento y la capacidad para aceptar el tratamiento influye de manera importante en la higiene oral de los niños discapacitados mentales al no ser capaces de utilizar un cepillo de dientes de forma adecuada, a la hora de la atención hay que tener en cuenta el estado de ánimo del niño y es necesario un grupo interdisciplinario para una atención completa. (22)

Dado el alto porcentaje de niños y adultos con discapacidades y necesidades especiales, teniendo en cuenta su gran necesidad de acceso a la atención dental, y que la esperanza de vida de la población es cada vez mayor, es crucial preparar a todos los futuros dentista, para que determinen adecuadamente la necesidad de tratamiento para estos pacientes y proporcionar atención básica. Debe tenerse en cuenta no incluir en el grupo de pacientes con necesidades especiales aquellos con múltiples patologías y que necesitan ser tratados con sedación o anestesia general. (25)

Los programas de promoción de la salud oral deberían estar dirigidos específicamente a las escuelas y a los padres de niños discapacitados con necesidades especiales. La promoción de la salud oral debe incluir la facilitación del acceso y el uso regular de los servicios de salud oral. Tomando en consideración la influencia multifactorial en la higiene oral y el estado periodontal de la población actual discapacitada, programas de promoción e intervención en salud oral deben ser dirigidos y concentrados hacia estos grupos de riesgo.(26)

Los hábitos de higiene oral, especialmente el cepillado de los dientes, son de particular interés para salvaguardar la salud bucal de las personas con

discapacidad y para minimizar en lo posible la necesidad de tratamiento dental.
(27)

CONCLUSIONES

"Ninguna persona debe pasar por alto para el tratamiento debido a una discapacidad". Todo el mundo tiene el derecho a un nivel de vida adecuado para la salud y el bienestar de sí mismo y su familia, incluida la atención médica y los servicios sociales necesarios.(28)

Creemos en la importancia de un enfoque en la prevención y el papel fundamental del odontólogo en la prestación de educación dental adecuada a los padres de los individuos con discapacidad. Además, los hábitos de higiene oral de las personas con discapacidad pueden ir mejorado por una vigilancia estrecha, periódica y chequeos. En esta revisión de tema no se encontraron contradicciones entre los autores, todos coinciden que tanto la higiene oral en estos niños como el acceso a los tratamientos es muy difícil puesto que la falta de conocimiento de los tutores o padres aumenta el riesgo de padecer enfermedades en la cavidad oral sumado a esto la falta de experiencia y disposición por parte del odontólogo conlleva a que esta población sea muy vulnerable y de difícil manejo.

BIBLIOGRAFIA

1. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento : con glosario y criterios diagnósticos de investigación : CIE-10:CDI-10. [Madrid]: Editorial Médica Panamericana; 2000.
2. Pareek S, Nagaraj A, Yousuf A, Ganta S, Atri M, Singh K. Effectiveness of supervised oral health maintenance in hearing impaired and mute children- A parallel randomized controlled trial. *J Int Soc Prev Community Dent.* junio de 2015;5(3):176-82.
3. Altun C, Guven G, Akgun OM, Akkurt MD, Basak F, Akbulut E. Oral health status of disabled individuals attending special schools. *Eur J Dent.* 2010;4(4):361.
4. Flores KG, Zafra DS, de la Huerta Flores K. Panorámica de la atención estomatológica a pacientes discapacitados o especiales Panorama of stomatological attention to disabled or special patients. *Rev Cienc Médicas Habana.* 2013;19(2):2.
5. Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: A systematic review. *Spec Care Dentist.* 12 de abril de 2010;30(3):110-7.
6. Binkley CJ, Johnson KW, Abadi M, Thompson K, Shamblen SR, Young L, et al. Improving the oral health of residents with intellectual and developmental disabilities: An oral health strategy and pilot study. *Eval Program Plann.* diciembre de 2014;47:54-63.
7. Norwood KW, Slayton RL, Council on Children With Disabilities, Section on Oral Health. Oral health care for children with developmental disabilities. *Pediatrics.* marzo de 2013;131(3):614-9.
8. Montiel-Company JM, Almerich-Silla JM. Efficacy of two antiplaque and antigingivitis treatments in a group of young mentally retarded patients. *Med Oral Órgano Of Soc Esp Med Oral Acad Iberoam Patol Med Bucal.* abril de 2002;7(2):136-43.
9. Fuertes-González M-C, Silvestre F-J, Almerich-Silla J-M. Oral findings in Rett syndrome: a systematic review of the dental literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* enero de 2011;16(1):e37-41.
10. Silvestre-Rangil J, Silvestre F, Espin-Galvez F. Hospital dental practice in special patients. *Med Oral Patol Oral Cirugia Bucal.* 2014;e163-9.
11. Mac Giolla Phadraig C, Guerin S, Nunn J. Should we educate care staff to improve the oral health and oral hygiene of people with intellectual disability in residential care? Real world lessons from a randomized controlled trial: TRAIN THE TRAINERS? HEALTH EDUCATION AND PEOPLE WITH ID. *Spec Care Dentist.* mayo de 2015;35(3):92-8.

12. Morgan JP, Minihan PM, Stark PC, Finkelman MD, Yantsides KE, Park A, et al. The oral health status of 4,732 adults with intellectual and developmental disabilities. *J Am Dent Assoc.* 2012;143(8):838-46.
13. Bras i Marquillas J, Flor i Brú JE de la, Martín Ibáñez I, Torregrosa MJ. *Pediatría en atención primaria.* Barcelona: Elsevier Masson; 2013.
14. Marulanda J, Betancur JD, Espinosa S, Gómez JL, Tapias A. *Salud oral en discapacitados.* 2014;
15. Adriana Echevarría-Goche, Américo Munayco-Magallanes. DESTREZA MANUAL PARA SOSTENER EL CEPILLO DENTAL Y REMOVER LA PLACA DENTAL EN PERSONAS CON HABILIDADES DIFERENTES.2012 [citado 3 de noviembre de 2015]
16. Krause M, Vainio L, Zwetchkenbaum S, Inglehart MR. Dental education about patients with special needs: a survey of US and Canadian dental schools. *J Dent Educ.* 2010;74(11):1179-89.
17. Solanki J, Khetan J, Gupta S, Tomar D, Singh M. Oral Rehabilitation and Management of Mentally Retarded. *J Clin Diagn Res JCDR.* 2015;9(1):ZE01.
18. Orellana L. Atención odontológica de pacientes especiales en Chile. *J Oral Res.* 2013;2(3):107.
19. Liu Z, Yu D, Luo W, Yang J, Lu J, Gao S, et al. Impact of Oral Health Behaviors on Dental Caries in Children with Intellectual Disabilities in Guangzhou, China. *Int J Environ Res Public Health.* 22 de octubre de 2014;11(10):11015-27.
20. Section on Pediatric Dentistry and Oral Health. Preventive Oral Health Intervention for Pediatricians. *PEDIATRICS.* 1 de diciembre de 2008;122(6):1387-94.
21. Souza VAF, Abreu MHNG, Resende VLS, Castilho LS. Factors associated with bruxism in children with developmental disabilities. *Braz Oral Res.* 2015;29(1):01-5.
22. Bhambal Manish Jain, Saxena S, Sonal Kothari. Oral health preventive protocol for mentally disabled subjects - A review. 2011;
23. Mac Giolla Phadraig C, Nunn J, Dougall A, O'Neill E, McLoughlin J, Guerin S. What Should Dental Services for People with Disabilities Be Like? Results of an Irish Delphi Panel Survey. Milgrom PM, editor. *PLoS ONE.* 24 de noviembre de 2014;9(11):e113393.
24. Leal Rocha L, Vieira de Lima Saintrain M, Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer A. Access to dental public services by disabled persons. *BMC Oral Health.* 2015;15(1):35.
25. Monteserin-Matesanz M, Esparza-Gomez G, Garcia-Chias B, Gasco-Garcia C, Cerero-Lapiedra R. Descriptive study of the patients treated at the clinic integrated dentistry for patients with

special needs at Complutense University of Madrid (2003-2012). *Med Oral Patol Oral Cirugia Bucal*. 2015;e211-7.

26. Kumar S, Sharma J, Duraiswamy P, Kulkarni S. Determinants for oral hygiene and periodontal status among mentally disabled children and adolescents. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2009;27(3):151.
27. Limeres J, Martínez F, Feijoo J, Ramos I, Liñares A, Diz P. A new indicator of the oral hygiene habits of disabled persons: relevance of the carer's personal appearance and interest in oral health. *Int J Dent Hyg*. mayo de 2014;12(2):121-6.
28. Sahana.S S. of Dental Sciences. [citado 3 de noviembre de 2015]