



EDITORIAL

Estrategias de enseñanza y atención de la salud bucal en pacientes con discapacidad auditiva

Teaching strategies and oral health care in patients with hearing impairment

Midian Clara Castillo-Pedraza ¹ Luisa Alejandra Barros-Collante ²

1. Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Correo: midianclar@gmail.com - <https://orcid.org/0000-0003-3170-3959>
2. Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Correo: luisabarrosco@gmail.com - <https://orcid.org/0000-0003-1569-8977>

Las personas sordas o con problemas de audición (DHH del inglés *Deaf and Hard of Hearing*) poseen una de las discapacidades más comunes que afectan al ser humano. En 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ estimó que en el mundo existen 466 millones de personas que presentan deficiencia auditiva (432 millones de adultos y 34 millones de niños), lo que equivale a más del 5% de la población. Para el año 2050, se prevé que el DHH alcance los 2.500 millones².

La pérdida auditiva (PA) se define como la disminución de la capacidad de escucha en el oído con mejor audición (el que aún está funcional). Esta puede aparecer en cualquier periodo de la vida desde la prenatal, por factores genéticos e infecciones uterinas, hasta la edad adulta, por enfermedades crónicas, degeneración neurosensorial, entre otras causas. La pérdida auditiva (PA) se clasifica en leve (PA > 20 dB), moderada (PA > 30 dB), severa o profunda (PA > 40 dB)^{1,3}.

Las personas con pérdida auditiva grave o profunda, a menudo son denominados sordos y utilizan el lenguaje de señas para su comunicación. Este lenguaje no es universal, sino que difiere en función del idioma del país⁴. Sin embargo, aquellas personas que no dominan el lenguaje de señas, pueden optar por la lectura de labios, comunicación escrita o ayudas visuales⁵. Como las personas con DHH suelen

pertenecer a estratos socioeconómicos bajos, tienen menores posibilidades de inserción educativa y alta tasa de desempleo⁶. Asimismo, no acceden con facilidad a conocimientos sobre autocuidado y salud en general, reportan mala experiencia y desconfianza en servicios de atención primaria en salud⁷. En cuanto a la atención en la salud oral, presentan menor accesibilidad a servicios odontológicos que garanticen una óptima salud dental.

En esa línea, estos individuos desconocen las técnicas adecuadas de higiene oral y no se preocupan por una dieta equilibrada reflejada en una ingesta supervisada de carbohidratos. Los pacientes con DHH con pérdida auditiva severa y profunda son los que más preocupan a la hora de emplear estrategias de promoción y prevención (P y P) en salud bucodental, dado que no pueden comprender los objetivos y técnicas de higiene oral de la misma manera que los que no presentan esta discapacidad⁸. Por eso, es necesario el acompañamiento desde la primera infancia por parte de sus familiares y prestadores de salud. Jnaneswar *et al*⁸, revelaron que de 540 niños (entre 5 y 15 años) con pérdida auditiva severa y profunda, 24% presentaron sangrado gingival al sondaje y 47%, cálculos dentales. La prevalencia total de caries fue del 19,3%. No obstante, la prevalencia de caries dental estuvo dentro del límite aceptable.

Las instrucciones de higiene oral dadas a través de lenguaje de señas y utilización de videos educativos en personas con discapacidad auditiva puede ayudar a prevenir enfermedades orales⁹. Las recomendaciones escritas en folletos parecen ser menos efectivas que las dadas por medios visuales cuando el propósito es disminuir efectivamente la incidencia de placa y gingivitis¹⁰. Así, el uso de medios audiovisuales puede resultar más provechoso para el clínico, en la medida en que comunica mejor las estrategias de higiene, es barato y no implica mayor esfuerzo (como el de aprender lenguaje de señas en corto tiempo). La inclusión de intérprete y más aún de personas con DHH como actores en estos videos puede ser una estrategia atrayente para esta población¹¹. No obstante, es importante que el clínico y demás trabajadores se capaciten en lenguaje de señas a fin de mejorar la interacción y la confianza de estos individuos.

En efecto, Baliga *et al*¹¹, observaron un alto índice de placa (IP) y gingivitis (GI) en 68 niños de 6 a 13 años. Posteriormente, dividieron en 2 grupos esta población, la mitad de los niños recibieron, durante un mes y periódicamente, enseñanzas sobre higiene oral y los efectos adversos de no cumplir con el cuidado bucodental, a través de un video clip. El otro grupo recibió instrucciones por lenguaje de señas en el mismo periodo de tiempo. Después de este acompañamiento se vio una reducción significativa de IP y GI independientemente de la estrategia utilizada. Por tanto, el conocimiento adquirido a través de ambos métodos de comunicación mostró ser útiles y susceptibles de ser implementados en servicios de P y P de salud oral en pacientes sordos.

Por otra parte, los avances tecnológicos también pueden ser aprovechados. Algunos autores^{12,13} han propuesto el uso de las aplicaciones móviles (app), para facilitar el primer contacto en la consulta odontológica, envío de informaciones relacionadas a las citas, enseñanza del cuidado posquirúrgico y de restauraciones o prótesis dentales, promoción y prevención en salud bucodental que objetiven disminuir las problemáticas dentales en los pacientes con DHH y así como generar un acercamiento con el odontólogo. Emond *et al*⁷ sugieren no solo adecuar el consultorio para la recepción de las personas sordas sino educar a todo el personal, incluyendo a los recepcionistas,

promover reservas online de citas, envío de informaciones relacionadas a la atención por mensajes de texto, preguntar a los pacientes sobre cómo prefieren comunicarse y dejarlo evidenciado en la historia clínica. Si es necesario, contratar un intérprete o utilizar videos en el servicio, aceptar un acompañante en la consulta y asegurarse de que haya alertas visuales para las llamadas en la sala de espera. Utilizar folletos también puede ser de utilidad.

Por todo lo anterior, es apremiante la alfabetización, en lenguaje de señas, a los profesionales de salud, incluyendo los odontólogos, lo cual puede ser impulsado desde las Empresas Prestadoras de Salud (EPS). Se debe eliminar la creencia del odontólogo clínico de que la única limitación en la atención a salud oral a personas con discapacidades, es el acceso (razón por la que se preocupan más por el diseño de la infraestructura para prestar el servicio) y no el conocimiento y/o actitudes de comunicación no-verbal³. Hacemos un llamado sobre la necesidad de que desde el pregrado en odontología se implementen espacios para educar en el cuidado y atención en la salud oral en personas con DHH y/o otras discapacidades.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERÉS

Ninguno que declarar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Deafness and Hearing Loss; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
2. Vos T, Allen C, Arora M, Barber RM, Bhutta ZA, Brown A, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016;388(10053):1545–602. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673616316786>

3. Sharby N, Martire K, Iversen M. Decreasing Health Disparities for People with Disabilities through Improved Communication Strategies and Awareness. *Int J Environ Res Public Health* 2015;12(3):3301–16. Disponible en: <http://www.mdpi.com/1660-4601/12/3/3301>
4. McKee MM, Paasche-Orlow MK, Winters PC, Fiscella K, Zazove P, Sen A, et al. Assessing Health Literacy in Deaf American Sign Language Users. *J Health Commun* 20(sup2):92–100. Doi: <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1066468>
5. Malebranche M, Morisod K, Bodenmann P. Deaf culture and health care. *Can Med Assoc J*. 2020;192(50):E1809–E1809. Doi: <https://doi.org/10.1503/cmaj.200772>
6. Vichayanrat T, Kositpumivate W. Oral health conditions and behaviors among hearing impaired and normal hearing college students at Ratchasuda College, Nakhon Pathom, Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* [Internet]. 2014;45(5):1228–35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25417527/>
7. Emond A, Ridd M, Sutherland H, Allsop L, Alexander A, Kyle J. Access to primary care affects the health of Deaf people. *Br J Gen Pract* [Internet]. febrero de 2015;65(631):95–6. Doi: <https://doi.org/10.3399/bjgp15X683629>
8. Jnaneswar A, Subramaniya G, Pathi J, Jha K, Suresan V, Kumar G. Assessment of dental caries and periodontal status in institutionalized hearing impaired children in Khordha District of Odisha. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2017;35(3):203. Disponible en: <http://www.jisppd.com/text.asp?2017/35/3/203/211836>
9. Shetty V, Kumar J, Hegde A. Breaking the sound barrier: oral health education for children with hearing impairment. *Spec Care Dent* 2014;34(3):131–7. Doi: <https://doi.org/10.1111/scd.12042>
10. Lees A, Rock WP. A Comparison Between Written, Verbal, and Videotape Oral Hygiene Instruction for Patients with Fixed Appliances. *J Orthod* 2000;27(4):323–8. Doi: <https://doi.org/10.1093/ortho/27.4.323>
11. Baliga Ms, Deshpande M, Thosar N, Rathi N, Bane S, Deulkar P. Comparison of impact of oral hygiene instructions given via sign language and validated customized oral health education skit video on oral hygiene status of children with hearing impairment. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2020;38(1):20. Disponible en: <http://www.jisppd.com/text.asp?2020/38/1/20/280518>
12. Campos V, Cartes-Velásquez R, Bancalari C. Development of an app for the dental care of Deaf people: Odontoseñas. *Univers Access Inf Soc* 2020;19(2):451–9. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s10209-018-0637-1>
13. Pérez-Baquero BM, Sánchez-Alfaro LA, Grandas-Ramírez ÁL. Dentiseñas—Colombia, prototipo de una App para facilitar la comunicación Odontólogo—Persona con Discapacidad Auditiva. *CES Odontol* 2020;33(2):49–61. Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co:443/index.php/odontologia/article/view/6045>