

# Tratamiento de niños con trastornos del espectro autista



*Manual para profesionales de la odontología*



*Estos materiales son el producto de las actividades continuas de la Red de Tratamientos del Autismo, un programa financiado por Autism Speaks. Tiene apoyo a través del acuerdo de cooperación UA3 MC 11054 del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services), la Administración de Servicios y Recursos para la Salud (Health Resources and Services Administration) y el Programa de Investigación sobre la Salud Materna e Infantil del Hospital General de Massachusetts (Maternal and Child Health Research Program to the Massachusetts General Hospital).*

## Índice de contenido

¿Qué es un trastorno del espectro autista? .....	3
Definición de autismo .....	3
Características de los trastornos del espectro autista .....	4
Cuestiones dentales relevantes.....	5
Inquietudes sobre el comportamiento.....	6
¿Por qué tienen inquietudes los padres? .....	6
Preparación para la primera visita de la familia.....	7
Potenciales áreas de inquietud para los padres.....	8
Mantener la comunicación.....	10
La cita con el dentista .....	11
Registro al llegar .....	11
El rol del asistente dental o del higienista dental .....	11
El rol del dentista.....	12
Decir-mostrar-hacer .....	12
Desensibilización .....	12
Control de la voz.....	13
Análisis del comportamiento aplicado (ABA) .....	13
Preparación en casa.....	13
Refuerzo verbal positivo .....	13
Distracción .....	14
Presencia/ausencia de los padres .....	14
Técnicas sensoriales .....	14
Historias sociales .....	14
Programas visuales .....	15
Estabilización protectora .....	15
Óxido nitroso .....	15
Sedación consciente .....	15
Anestesia general .....	16
Las recompensas de trabajar con pacientes con un TEA .....	16
Preguntas dentales frecuentes.....	17
Recursos.....	19
Referencias.....	19
Agradecimientos.....	19

## Apéndice

Apéndice A: Formulario de ingreso dental.....	20
Apéndice B: Uso de fluoruro .....	23
Apéndice C: Uso y beneficio de las amalgamas dentales.....	25
Apéndice D: Guía para el manejo de los pacientes dentales con necesidades especiales (AAPD).....	28
Apéndice E: El hogar dental.....	33

***Este manual está diseñado para profesionales de la odontología.***

Brinda información general sobre los trastornos del espectro autista (TEA) e información específica que puede ayudar a los profesionales de la odontología a atender mejor las necesidades de los niños con TEA.

Este manual está pensado para ser usado junto con la *Guía dental* preparada por Conexiones Comunitarias de Servicios Familiares de Autism Speaks. La *Guía dental* brinda información importante sobre la salud bucal y las técnicas de higiene dental para las familias y está disponible en [www.autismspeaks.org/family-services/tool-kits/dental-tool-kit](http://www.autismspeaks.org/family-services/tool-kits/dental-tool-kit).

Este manual contiene herramientas específicas que pueden ser útiles para los dentistas:

- [Información sobre TEA](#) (p. 3)
- [Sugerencias para preparar el consultorio dental](#) para la visita de un niño con un TEA (p. 11)
- [Ejemplo de cuestionario de ingreso](#) (p. 20)
- [Preguntas más frecuentes](#) (p. 17)
- [Recursos para TEA](#) (p. 19)

Trabajar con niños con autismo es altamente satisfactorio. Este manual para profesionales de la odontología puede ayudarlos a sentirse exitosos con este grupo especial de pacientes



## ¿QUÉ ES UN TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA?

### Definición de autismo

El término autismo describe un trastorno cerebral que afecta la interacción social, la comunicación y a menudo produce comportamientos repetitivos o estereotipados. Autismo puede referirse a un diagnóstico específico que coincide con una serie de síntomas determinados. Autismo también puede usarse como término general para describir otros trastornos generalizados del desarrollo (TGD). Estos trastornos generalizados del desarrollo incluyen autismo, síndrome de Rett, síndrome de Asperger, trastorno degenerativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado (TGD-NE).

A menudo, los padres y los profesionales usan el término Trastorno de espectro autista (TEA) en lugar de Trastorno generalizado del desarrollo para referirse a diagnósticos de autismo, síndrome de Asperger y TGD-NE.

Las personas con trastornos del espectro autista presentan dificultades en tres áreas principales:

- Interacción social
- Comunicación
- Comportamientos repetitivos o intereses restringidos

Entre los aspectos de la interacción social con los que tienen dificultades las personas con TEA se incluyen:

- Contacto visual limitado
- Incapacidad para leer las expresiones faciales
- Dificultad para la reciprocidad social y las interacciones apropiadas con pares

Las personas con TEA también tienen dificultades para comunicarse. Según el CDC, aproximadamente el 40 % de las personas con TEA son en realidad no verbales, aunque esto no significa necesariamente que no son capaces de entender el lenguaje.

Otros individuos pueden presentar retraso en la adquisición de las habilidades lingüísticas o mostrar diferencias cualitativas en las maneras en que se comunican. Pueden tener problemas, por ejemplo, en conversaciones de «ida y vuelta» o pueden asumir un discurso estereotipado o repetitivo. Suelen usar menos gestos no verbales que las personas que no tienen un TEA.

**La prevalencia de TEA ha aumentado drásticamente en años recientes.** Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) estiman que 1 de cada 110 niños menores de 8 años tiene un TEA. Un estudio reciente realizado en Corea del Sur informa un índice de prevalencia de 2,6 % o de 1 de cada 38 individuos. Esto representa un aumento del 57 % con respecto a las estimaciones de 2002.<sup>1</sup> La importancia de la salud bucal no puede sobreestimarse; la salud bucal afecta la salud general del individuo así como su calidad de vida. Los profesionales dentales deben ser capaces de atender las necesidades de niños y adultos con TEA, en particular ante el crecimiento continuo de esta población. El CDC estima que aproximadamente 730 000 individuos desde el nacimiento hasta los 21 años tienen un TEA.

<sup>1</sup> Kim YS, Leventhal BL, Koh Y-J, Fombonne E, Laska E, Lim E-C, Cheon K-A, Kim S-J, Kim Y-K, Lee H, Song D-H, Grinker, RR. Prevalence of Autism spectrum disorders in a total population sample. Am J Psychiatry 2011; 168(9): 904-912.

## Características de los trastornos del espectro autista

Gran cantidad de individuos con un TEA también pueden ser bastante literales, y los niños con TEA suelen no ser capaces de entender el juego simbólico.

Las personas con TEA también pueden tener comportamientos repetitivos. Estos comportamientos pueden incluir movimientos corporales repetitivos o el uso de objetos de manera repetitiva en lugar de usarlos para su fin. Los individuos con un TEA pueden tener dificultad para las transiciones y cambios de rutina y pueden insistir en seguir rituales o secuencias de actividades que son significativos para ellos pero que, obviamente, no lo son para otras personas.

Algunos individuos con un TEA pueden tener un interés centrado en temas u objetos específicos. Muchos individuos con TEA son particularmente sensibles a los estímulos sensoriales. Podrían tener fuertes reacciones, positivas o negativas, a los sonidos, olores, gustos, texturas o al toque humano.

Si bien los individuos con un TEA comparten algunas dificultades comunes, cada uno tiene fortalezas y necesidades únicas. A los miembros de la comunidad de TEA (profesionales, padres y consumidores) les gusta decir que es importante evitar los estereotipos y las generalizaciones.

También es importante reconocer que las personas con un diagnóstico de TEA suelen tener numerosas **cualidades positivas** y tienden a ser:

- Honestos
- Francos
- Agradables para los adultos
- Amables
- Confiables
- Detallistas
- Resueltos
- Y es probable que conozcan y recuerden información específica

*Recuerde siempre...*

**«...si ha conocido a una persona con autismo, ha conocido a una persona con autismo».**

### Las personas con TEA...

- ... son individuos como aquellos sin un TEA
- ... pueden expresar amor y afecto
- ... suelen desear tener amigos
- ... en general no son peligrosas
- ... pueden ser prodigios, pero es la excepción más que la regla
- ... que son no verbales pueden de todos modos escuchar y entender bastante
- ... tienen habilidades cognitivas bajas solo en un 30-51 % de los casos





## CUESTIONES DENTALES IMPORTANTES

Los pacientes con diagnóstico de TEA no difieren de otros pacientes en cuanto a sus consultas y problemas dentales. Lo que es diferente es el flujo de estos pacientes por su consultorio y las técnicas de manejo que pueden utilizarse para que la visita sea exitosa. Es crucial que el personal del consultorio entienda cómo amoldarse a los pacientes con diagnósticos de TEA y cómo trabajar con ellos en el consultorio y en la casa, y las recomendaciones para el cuidado en sus casas permitirán lograr los mejores resultados posibles en términos de salud bucal.

Es necesario hacer un repaso exhaustivo de los antecedentes médicos para entender cabalmente los problemas para la atención de la salud que pueden acompañar a un TEA. Entre los más comunes están<sup>2</sup>:

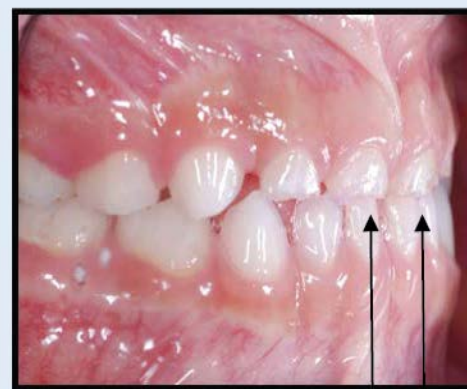
- Discapacidad cognitiva (25- 40 %)
- TDAH (18-57 %)
- Depresión/Ansiedad (17-62 %)
- Trastorno bipolar (2-8 %)
- Epilepsia (aproximadamente un tercio)
- Esclerosis tuberosa (1-4 %)
- Dificultades para dormir (44-89 %)

Históricamente, se ha informado que los pacientes con diagnóstico de TEA presentan índices de caries dentales inferiores a los pacientes típicos<sup>3</sup>. Sin embargo, los pacientes con diagnóstico de TEA pueden correr un riesgo mayor que los pacientes típicos con respecto a algunos problemas dentales. Esto puede deberse a una variedad de factores, incluidas las dificultades de comportamiento que obstaculizan la higiene bucal en el hogar y a una mala dieta con alto contenido de carbohidratos y azúcares fermentables. Los pacientes con diagnóstico de TEA también pueden correr mayor riesgo de sufrir algunos problemas dentales comunes, según la gravedad de las manifestaciones de sus síntomas. Algunos de los problemas bucales comunes que pueden encontrar los dentistas son<sup>2</sup>:

- Bruxismo (Figura 1)
- Masticación no nutritiva
- Protrusión lingual
- Autolesión
- Erosión
- Xerostomía (boca seca)
- Reflejo nauseoso

Con un entrenamiento sencillo será fácil implementar el cuidado dental en los pacientes con diagnóstico de TEA. Todo el personal del consultorio, desde las personas en la recepción hasta los asistentes del dentista, pueden ser capacitados en la manera de manejar adecuadamente a estos pacientes y darles la bienvenida a su consultorio dental. Para reducir las tasas de caries es crucial enseñar a los cuidadores primarios cómo brindar cuidados óptimos en casa.

Figura 1: Desgaste dental causado por bruxismo en un paciente dental pediátrico.



Achatamiento de las piezas dentales como resultado del bruxismo.

<sup>2</sup> Oral Health Fact Sheets for Patients with Special Needs. University of Washington and Washington State Oral Health Program. 2010.

<sup>3</sup> Loo, CY, Graham RM, Hughes CV. The caries experience and behavior of dental patients with autism spectrum disorder. JADA 2008;139(11):1518-1524.

## INQUIETUDES SOBRE EL COMPORTAMIENTO

Muchos niños, pero en especial los que tienen un TEA, sufren gran ansiedad cuando visitan el consultorio dental. Los sentimientos de ansiedad pueden estar causados por una serie de factores, incluidos el temor a lo desconocido, las dificultades para comunicar los sentimientos y las reacciones a las sensibilidades sensoriales. Cuando los niños son incapaces de comunicar eficazmente sus sentimientos de ansiedad, pueden tener conductas inadecuadas o no cooperar. Hay una serie de técnicas de comportamiento y ambientales que pueden ayudar a aliviar la ansiedad y aumentar la cooperación. En esta guía abordamos maneras de ayudar a reducir la ansiedad y mejorar el cumplimiento.

## ¿POR QUÉ TIENEN INQUIETUDES LOS PADRES?

Los niños con TEA u otras discapacidades del desarrollo suelen tener dificultades con los estímulos sensoriales, la comunicación de sus deseos y necesidades, la comprensión de las expectativas, la ansiedad y el comportamiento apropiado y cooperativo. Para los padres de un niño con un TEA, pueden existir numerosas inquietudes, en especial cuando se visita a un profesional de la salud como el dentista. Cualquiera de estas cuestiones puede hacer que la visita médica fracase.

A los padres les inquietará que el niño pase por una experiencia desagradable, y se angustiarán por su propio bochorno si el niño no hace lo que tiene que hacer o tiene un arrebato en su comportamiento. La mejor solución es que los padres, el niño y el dentista se reúnan y armen un plan antes de la visita. Los padres querrán saber qué esperar para preparar al niño, pero también querrán identificar los obstáculos que pudiera ser necesario discutir y superar. Una vez que los padres entiendan que tienen el apoyo de todo el personal del consultorio, se sentirán más relajados. Este apoyo está presente incluso si sus hijos pasan por un momento difícil. El dentista querrá saber más sobre el niño, incluyendo las estrategias de comportamiento que los padres aplican con éxito con sus hijos.

El dentista también querrá repasar otras cuestiones de salud del niño (si existen) y tener la oportunidad de abordar todas las inquietudes que puedan tener los padres o el niño. Recuerde, los padres son un integrante importante del equipo de atención de la salud dental. Por último, es probable que la visita resulte más exitosa si se permite al niño visitar el consultorio, conocer al personal y estar al tanto de lo que sucederá.

En la sección siguiente encontrará pasos sugeridos para preparar la primera visita de un paciente nuevo con su familia cuando el niño tiene un TEA.

Los niños con TEA u otras discapacidades del desarrollo suelen tener dificultades con los **estímulos sensoriales, la comunicación** de sus deseos y necesidades, **la comprensión de las expectativas, la ansiedad** y el **comportamiento apropiado y cooperativo**.

Las técnicas que se describen en este manual pueden ayudarlo a usted y a su paciente a lograr una visita exitosa.



### Preparación para la primera visita de la familia:

- ✓ **Envíe a los padres el formulario de ingreso** para que lo completen y lo traigan a la visita. Consulte el formulario de ingreso en la Guía dental de Conexiones Comunitarias de Servicios Familiares de Autism Speaks incluido aquí en el [Apéndice A](#) en la página 20.
- ✓ **Obtenga los antecedentes médicos del niño** para revisarlos antes de la visita.
- ✓ Considere **programar la visita en un horario en que haya menos gente en el consultorio o fuera del horario de atención**. Esto le dará la oportunidad de mostrar a la familia el consultorio y las salas de revisión, presentarlos al personal, repasar los pasos de una visita típica al dentista y discutir las necesidades del niño y las inquietudes de los padres.
- ✓ **Prepare al niño** para sentarse quieto y mantener la boca abierta durante la revisión.
- ✓ **Repase** qué hará el personal para tomar una radiografía.
- ✓ **Determine cuál de los higienistas** sería una buena elección para este niño.
- ✓ **Decida cómo** se manejarán las cuestiones médicas o físicas **que ocurren simultáneamente**.



- ✓ **Proporcione instrucción con respecto a un plan de cuidados en la casa** para el uso regular del cepillo de dientes y el hilo dental. Esto también puede incluir un plan para desensibilizar al niño en casa para algunos de los procedimientos que ocurrirán durante las visitas de rutina. Las [técnicas de desensibilización](#) se discuten en la página 12 de esta guía.



## Áreas de inquietud potenciales para los padres

Otras áreas de inquietud de los padres que pueden experimentar los dentistas están relacionadas con las técnicas dentales específicas que algunos padres temen que podrían empeorar los síntomas del TEA de sus hijos o que consideran incompatibles con tratamientos del TEA no tradicionales que estuvieran intentando. Es importante entender que las causas del TEA son muy probablemente multifactoriales, pero además, todavía no se entienden bien.

Es importante comprender que el autismo no es una afección única, sino un grupo de alteraciones relacionadas con causas múltiples. La investigación genética ha identificado más de 30 genes de riesgo para el autismo, y en casi un 20 % de los casos, es posible identificar una causa genética. En la mayoría de los casos, el autismo es el resultado de una combinación de factores de riesgo genético y ambiental, en particular de factores que afectan el desarrollo durante el periodo prenatal. Sin una etiología clara conocida, el diagnóstico de TEA se presta a especulaciones y supersticiones. Los padres pueden sentir culpa por su posible rol en la causa del trastorno de su hijo, y pueden sentirse obligados a intentar todo lo que dé alguna esperanza de mejora para su hijo.

En los casos en los que la recomendación de una intervención dental genere inquietudes sobre una posible interferencia con una intervención para un TEA o el agravamiento de los síntomas, los dentistas deberían darse cuenta de que los padres están haciendo su mejor esfuerzo para ser estrictos en cuanto a evitar daños a sus hijos. Intente ser paciente y no emitir juicios. Es difícil saber cómo responderíamos en circunstancias similares. Es crítico que el profesional dental brinde información acerca de la eficacia y los beneficios de las técnicas o tratamientos dentales en particular. Una vez que los padres cuenten con esa información, la decisión final, obviamente, está en sus manos. A continuación se repasan algunas de las cuestiones que pueden surgir, así como en la publicación «Temas controvertidos en el tratamiento del paciente dental con autismo (Controversial issues in treating the dental patient with autism)».<sup>4</sup> Algunos ejemplos de tratamientos que pueden generar inquietud en los padres son el uso de fluoruro, las amalgamas y la exposición a productos dentales como el gluten o la caseína.



En los casos en los que la recomendación de una intervención dental genere inquietudes sobre una posible interferencia con una intervención para un TEA o el agravamiento de los síntomas, los dentistas deberían darse cuenta de que los padres están haciendo su mejor esfuerzo para ser estrictos en cuanto a evitar daños a sus hijos.

<sup>4</sup> Rada, RE. Controversial issues in treating the dental patient with autism. JADA 2010;141(8):1518-1524.

**Fluoruro:** Los padres pueden estar preocupados por la seguridad del uso del fluoruro. En los últimos años ha habido abundante publicidad sobre la posibilidad de que el fluoruro sea una neurotoxina. Debido a que un TEA es un trastorno del desarrollo neurológico, los padres de niños con TEA pueden estar particularmente preocupados con esta cuestión. Los padres también pueden estar preocupados por otros dos posibles efectos del fluoruro: Irritación gastrointestinal si el niño ingiere demasiada pasta dental y fluorosis dental si la ingesta es excesiva. Por otra parte, el fluoruro resulta excelente para prevenir las caries, y los niños que toman medicamentos anticonvulsivos o antipsicóticos son más propensos a la xerostomía, un factor de riesgo conocido para las caries dentales. Según una encuesta en internet de la Interactive Autism Network realizada en 2008 a más de 5000 padres de niños con un TEA ([www.iancommunity.org](http://www.iancommunity.org)), más del 13 % de los niños tomaba un antipsicótico, mientras que más del 5 % recibía algún medicamento anticonvulsivo. El [Apéndice B](#) en la página 23 contiene un volante con los beneficios del fluoruro publicados por el CDC.

**Amalgama (o empaste de metal):** Los padres pueden preocuparse por el uso de amalgamas dentales para empastar las caries de sus hijos debido a la creencia de que el diagnóstico de un TEA está causado por la incapacidad para deshacerse de metales tóxicos. En consecuencia, los padres temerán que el mercurio de la amalgama dental empeore los síntomas autistas de sus hijos. Además de los efectos específicos para el autismo, existe abundante información de fácil acceso a través de internet acerca de otros potenciales efectos del mercurio de las amalgamas dentales sobre la salud. Es casi seguro que una gran cantidad de padres, y pacientes dentales en general, habrán leído sobre los posibles efectos perjudiciales del mercurio de la amalgama dental. En el caso de que un paciente exprese su inquietud sobre el tema, será importante que el dentista le presente los factores a favor y en contra de todas las opciones posibles: la amalgama dental, los compuestos a base de resina o los ionómeros de vidrio reforzados con resina. El principal beneficio de la amalgama dental es que es duradera y no necesita cambiarse con tanta frecuencia. Debe destacarse que incluso el uso de resinas compuestas genera inquietudes sobre la salud, ya que están elaboradas con productos químicos plásticos como el Bisfenol A, un conocido disruptor endocrino. En el Apéndice se incluye una Hoja informativa preparada por el CDC (siglas en inglés de los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades) acerca de la seguridad de las amalgamas dentales para brindar información básica sobre este tema ([Apéndice C](#) en la página 25).

**Gluten/Caseína:** Se estima que el 15-35 % de los niños con diagnóstico de TEA han hecho una dieta especial en algún momento, pero la que se usa más ampliamente es la dieta libre de gluten y caseína (GFCF, por sus siglas en inglés). La teoría detrás de la dieta GFCF sostiene que los niños con diagnóstico de TEA tienen un intestino permeable que permite que se absorban las moléculas más grandes de la descomposición del gluten (encontradas en el trigo, el centeno y la cebada) y de la caseína (una proteína de la leche). Las hipótesis sostienen que, una vez que están en el torrente sanguíneo, estas moléculas tienen efectos negativos sobre el funcionamiento del cerebro y del sistema inmunitario.

Los padres que describen efectos positivos de la dieta GFCF mencionan mejoras en la comunicación, las relaciones sociales, los síntomas gastrointestinales y los comportamientos negativos. Sin embargo, a la fecha solo se han publicado dos estudios pequeños controlados aleatorizados y los resultados fueron mixtos. Obviamente, se necesita más investigación científica. Mientras tanto, muchos padres prueban con la dieta GFCF, aunque solo una minoría decidirá que es suficientemente útil como para mantener al niño con esta dieta a largo plazo. De todos modos, si una familia está probando la dieta GFCF, puede preguntar si alguno de los productos que se están utilizando en la visita de su hijo contiene gluten o caseína. Si bien la mayoría no los contiene, existen algunos pocos productos atípicos que sí contienen caseína. La manera más simple de identificarlos es a través de la etiqueta del producto, que incluirá una advertencia de que el producto no puede ser usado por personas alérgicas a la leche.

## Mantener la comunicación

Es importante saber que incluso con una preparación cuidadosa, pueden surgir problemas inesperados en cualquier momento. Por este motivo, es crítico mantener una buena comunicación continua entre todas las partes involucradas en el cuidado dental del niño. El siguiente relato de un padre ejemplifica bien este punto:

*«Recientemente me vi tomado por sorpresa al llevar a mi hijo de 14 años con Asperger al dentista para un control de rutina. El problema que surgió fue inesperado, ya que habíamos estado llevando a nuestro hijo al mismo consultorio dental durante muchos años con gran éxito. En el consultorio siempre habían escuchado todas nuestras inquietudes, eran amables y pacientes con nuestro hijo, así como flexibles cuando era necesario. Algunas veces las cosas habían salido mal, pero logramos resolver estos incidentes a nuestra manera y no esperábamos que volvieran a ocurrir. Por ejemplo, mi hijo ya no vomitaba cuando le tomaban radiografías, porque ya sabíamos que no debía comer nada dos horas antes de la visita. Sabíamos que el hidrato de cloral funcionaba bien cuando era necesario rellenar alguna cavidad. El personal sabía que no debía usar ciertos sabores de pasta dental o fluoruro. También sabían que no toleraba el cepillo automático con punta de goma, por lo que usaban un cepillo común para limpiar sus dientes. Incluso tenían siempre su recompensa favorita. A su vez, él confiaba en ellos, y estaba bastante relajado ante la idea de ir al dentista.*

*Sin embargo, en esta visita en particular, nos tocó una higienista nueva. Habló unos minutos con James antes de preguntarle si quería que yo estuviera en la sala de revisión también. El dudó, pero luego dijo que no. Me complació que le gustara la nueva higienista lo suficiente como para sentirse cómodo y separarse de mí. También parecía una buena oportunidad para fomentar su independencia, por lo que acepté permanecer en la sala de espera, algo que no había hecho nunca antes. Quince minutos más tarde, James salió disparado por la puerta de la sala de revisión, pasó corriendo a mi lado y salió por la puerta del frente. Corrí detrás de él, pero para cuando llegué a la esquina del edificio, James ya estaba al final de la calle. Afortunadamente, no era una calle transitada, y había parado a unas dos cuadras. Cuando lo alcancé, pude tomar su mano y caminé con él de regreso al consultorio dental. En el camino, le pregunté por qué había corrido.*

*Me dijo que la nueva higienista le había dado un lápiz y un formulario para completar. Sé que odia escribir, y además este era un formulario que nunca había visto. A medida que hablábamos, entendí que había considerado que las preguntas eran difíciles e incómodas. Él suele tomar refrescos, por ejemplo, pero pensó que no era una buena respuesta para poner en el formulario. ¿Cuáles serían las consecuencias si respondía honestamente? ¿Lo castigarían? Por otra parte, nunca se le ocurrió dar información falsa, y nunca pensó que podía dejar alguna de las preguntas en blanco. No sabía cómo responder o cómo decirle a la higienista que no deseaba responder las preguntas. Huir parecía ser la única manera de escapar de la situación. En realidad terminó siendo una combinación de su ansiedad y sus dificultades para comunicarse, a pesar de que es altamente verbal.*

*La solución simple para nosotros fue identificar a la higienista que trabajaba particularmente bien con nuestro hijo y programar todas sus citas con ella a partir de entonces. Había aprendido qué funcionaba y qué no con James, y no dudaba en conversar conmigo cuando no estaba segura de cómo proceder. También escribió parte de esta información y la incluyó en el expediente de James, por si en algún momento era necesario que otro higienista viera a James. Además, en el futuro cercano no dejaré de entrar con James a la consulta».*

Debido a que muchos padres de niños y adolescentes con diagnósticos de TEA pasan por este tipo de experiencias con regularidad, no es sorprendente que puedan tener inquietudes acerca de las visitas dentales. Una buena preparación y la comunicación continua son factores claves para responder a las inquietudes y asegurar que las visitas dentales transcurran sin problemas para los niños con TEA.

## LA CITA CON EL DENTISTA

Para que la visita al dentista sea lo más exitosa posible, todo el personal del consultorio debe saber cómo trabajar con los pacientes con diagnóstico de TEA. Desde el ingreso hasta la salida, habrá técnicas y estrategias que pueden usarse para que todos los involucrados se sientan bien durante la visita.

### Registro al llegar



*Asegúrese de que el personal de recepción esté al tanto de cualquier adaptación especial.*

La persona en la recepción es clave para establecer el tono para futuras visitas, y es quien da la primera impresión de su consultorio. El personal de la recepción debe saber si un paciente tiene un diagnóstico de TEA y si es necesario considerar adaptaciones especiales. Por ejemplo, algunos pacientes pueden ser muy sensibles a los ruidos fuertes y las luces brillantes. Si hay una segunda sala de espera más tranquila en el consultorio, el paciente debe ser llevado allí para esperar hasta su cita.

### El rol del asistente dental o del higienista dental

En general, el asistente dental (AD) o el higienista dental (HD) son los que tienen el primer contacto con los pacientes, ya que los llevan desde la sala de espera hacia la zona de atención clínica. Es su trabajo hacer que el paciente se sienta bienvenido y cómodo. Muchos pacientes comienzan a sentirse atemorizados y nerviosos en esta etapa. El AD o el HD deben identificar los potenciales obstáculos durante el proceso. Por ejemplo, si hay otros niños llorando en el consultorio durante su cita dental, esto puede alterar al paciente y debería ser trasladado a una sala más tranquila donde no se escuche llorar a otros pacientes. El AD/HD incluso puede elegir una sala de revisión privada, si hubiera una.

El AD/HD debe discutir abiertamente con el cuidador primario cuál es el entorno que mejor se adapta a su paciente. En algunos casos, el entorno abierto puede funcionar mejor que el operatorio privado si el paciente está acompañado por hermanos que desea que permanezcan cerca durante la cita.

En algunos casos, los hermanos pueden poner el ejemplo, y esto puede contribuir a que el paciente coopere. Si el personal de AD/HG es siempre el mismo, puede mejorar en gran medida el nivel de comodidad del paciente.



*El asistente dental o el higienista dental pueden brindar un gran apoyo a los niños con TEA.*



## El rol del dentista:



El dentista que trata a un paciente con TEA debe estar al tanto de diversas técnicas de manejo del comportamiento. Es posible aplicar con éxito las técnicas de comportamiento estándar usadas en odontología pediátrica.<sup>5</sup> <sup>6</sup>Las investigaciones realizadas por Marshall y colegas muestran que los pacientes con TEA se comportan realmente bien si pueden ver al mismo personal y al mismo dentista en cada cita.<sup>6</sup> En consultorios grandes, esto no siempre es fácil, pero debe hacerse el esfuerzo de mantener cierta continuidad constante en la atención de estos pacientes. Esta investigación también muestra que, en general, los pacientes cooperan más si se permite al cuidador permanecer con el paciente durante la atención.

### ***Decir-mostrar-hacer***

Las personas con diagnósticos de TEA suelen responder bien a la preparación anticipada o a la enseñanza previa. Ayudar a un individuo con TEA a saber qué esperar durante la visita al dentista y ser claro sobre la secuencia de eventos que ocurrirán puede resultar muy útil. En el caso de individuos con lenguaje limitado, use imágenes u objetos para ayudar a explicar lo que ocurrirá. Use un lenguaje simple. Para algunos individuos será beneficioso practicar ciertos aspectos del procedimiento antes de experimentarlos en el consultorio dental. También pueden ser útiles las técnicas de desensibilización. Más adelante en este manual se discuten los programas visuales, que también pueden ayudar a un individuo a saber qué esperar durante la visita al dentista.

### ***Desensibilización***

La visita al dentista puede causar gran ansiedad a algunos niños con diagnóstico de TEA, y puede provocar comportamientos no cooperativos y dificultades para cumplir con los procedimientos dentales. Quizás se necesiten técnicas de desensibilización y un acercamiento gradual al aprendizaje para tolerar procedimientos dentales. Esto implicará una serie de visitas cortas al dentista. Cada visita debe incluir la práctica de una conducta específica y debe terminar con algo positivo. Por ejemplo, una primera visita simplemente puede involucrar ingresar caminando al consultorio dental. Otras pasos iniciales pueden incluir los siguientes:

- Ingresar caminando a la sala de revisión
- Sentarse en el sillón de revisión durante 5 segundos
- Sentarse en el sillón de revisión durante 30 segundos
- Sentarse en el sillón de revisión durante 1 minuto

<sup>5</sup> Marshall J, Sheller B, Mancini L, Williams BJ. Parental attitudes regarding behavior guidance of dental patients with autism. *Pediatric Dentistry* 2008;30(5):400-07.

<sup>6</sup> Hernandez P, Ikkanda Z. Applied behavior analysis: behavior management of children with autism spectrum disorders in dental environments. *JADA* 2011;142(3): 281-87.



- Sentarse en el sillón de revisión durante 5 minutos
- Sentarse en el sillón de revisión durante 10 minutos
- Sentarse en el sillón de revisión durante 15 minutos
- Sentarse en el sillón de revisión y abrir la boca
- Sentarse en el sillón de revisión y dejar que el dentista cuente las piezas dentales
- Sentarse en el sillón de revisión y dejar que el dentista cepille los dientes

Durante cada paso, algún niño puede necesitar una distracción. Recuerde también dar recompensas al niño por completar cada paso con éxito.

### **Control de la voz**

Al igual que con la mayoría de las personas, usar una voz calmada, tranquilizadora y natural siempre resulta útil. El control de la voz incluye subir el volumen y cambiar el tono de su voz para mantener la atención del niño. Si una persona con un TEA se altera o si es necesario terminar prematuramente una visita, mantenga una actitud natural y termine con algún aspecto positivo.

### **Análisis del comportamiento aplicado (ABA)**

El ABA incluye aprender la teoría de aprendizaje del comportamiento para ayudar a cambiar las conductas. Un enfoque ABA incluirá entender los antecedentes del comportamiento, así como sus consecuencias. Los métodos ABA pueden usarse para entender por qué ocurre un comportamiento (esto suele llamarse análisis funcional) y para enseñar habilidades específicas. Por ejemplo, las técnicas ABA pueden usarse para ayudar a los niños a aprender a cepillarse los dientes. Cada parte de esta actividad se dividirá en pasos específicos, cada paso se enseñará por separado, y el niño será recompensado a medida que aprenda cada habilidad incluida. Los pasos individuales pueden incluir los siguientes:

- Tomar el cepillo de dientes
- Tomar la pasta dental
- Apretar la pasta dental y colocarla sobre el cepillo
- Humedecer el cepillo y la pasta con agua
- Cepillar los dientes de adelante
- Cepillar los dientes de arriba a la derecha
- Cepillar los dientes de arriba a la izquierda
- Cepillar los dientes de abajo a la derecha
- Cepillar los dientes de abajo a la izquierda
- Escupir la pasta
- Enjuagar el cepillo
- Guardar el cepillo
- Guardar la pasta

### **Preparación en casa**

Los profesionales dentales pueden trabajar junto con las familias para ayudar a los individuos con TEA a tener una experiencia exitosa. La preparación en casa puede incluir enseñanza previa, lectura de historias sociales y repaso de un programa visual.

### **Refuerzo verbal positivo**

Al igual que muchos individuos que no tienen un TEA, los que lo tienen responden bien al uso de los elogios verbales y las sonrisas.

### **Distracción**

Las personas con TEA suelen responder bien a las distracciones mientras se realiza el procedimiento. Las actividades de distracción pueden incluir mirar su DVD favorito, escuchar música o aferrarse a objetos especiales. A menudo puede resultar útil sostener un objeto que puedan manipular. Algunos ejemplos son un globo lleno de harina, un tubo acordeón del que puedan tirar para abrir y empujar para cerrar, u otros juguetes para manipular. Los padres también pueden tener buenas ideas sobre actividades u objetos que pueden distraer a los niños durante la visita dental. Trabaje con los padres para desarrollar un plan. Por ejemplo, un niño puede tener un interés particular en un determinado video. Los profesionales dentales y los padres pueden trabajar juntos para asegurar que el video esté disponible durante la visita dental y también para garantizar que el niño no lo haya visto antes de la visita dental, para que el video siga siendo un factor de distracción fuerte y novedoso.

### **Presencia/ausencia de los padres**

Si bien muchos niños con TEA están más calmados y cooperan más cuando sus padres están con ellos, algunos se comportan mejor cuando sus padres no están en la misma sala. Hable con los padres y los niños antes del procedimiento para evaluar qué funcionaría mejor.

### **Técnicas sensoriales**

Considere las reacciones del individuo a los estímulos sensoriales. Quizás sea necesario reducir la exposición a algunos estímulos y aumentar la exposición a otros. Por ejemplo, algunos individuos pueden beneficiarse con el uso de auriculares para reducir los ruidos que pueden ser sobreestimulantes. Otros individuos quizás respondan positivamente al uso de un chaleco pesado o delantal de plomo, como los que se usan para las radiografías dentales, para ayudarlos a sentirse tranquilos.

### **Historias sociales**

Una historia social ayuda a un individuo a entender los eventos que ocurrirán. Las historias sociales pueden usarse para ayudar a un individuo a saber qué esperar durante una visita dental. En las historias sociales se usa lenguaje simple e imágenes para describir una situación. Hemos incluido un ejemplo de historia social en este manual junto con ideas para adaptarla a su consultorio dental. Las historias sociales fueron desarrolladas por Carol Gray, y hemos incluido también un enlace a su sitio web: [www.thegraycenter.org/social-stories](http://www.thegraycenter.org/social-stories)

Algunos niños también pueden beneficiarse con la lectura de libros publicados sobre la visita al dentista. Existen algunos libros con los que pueden capitalizarse los intereses especiales del niño. Por ejemplo, algunos libros incluyen a Dora la Exploradora (*¡Muéstrame tu sonrisa! Una visita al dentista, Dora la exploradora*) de Christine Ricci y Robert Roper y a Bob Esponja (*Miren, ¡no tengo caries!: Una visita al dentista, Bob Esponja*) de Sarah Wilson y Harry Moore. Otros libros útiles acerca de la visita al dentista son *A Trip to the Dentist* (DK Readers) de Penny Smith y *Going to the Dentist* de Fred Rogers.

### **Programas visuales**

Es posible usar imágenes para ayudar a un individuo a entender la secuencia de eventos y saber qué ocurrirá luego. También puede ayudar a un individuo a saber qué pasos se han realizado y cuáles quedan.

Los programas visuales suelen ayudar a reducir la ansiedad y la incertidumbre. Muchos individuos con un TEA son aprendices visuales, y un programa visual puede resultarles muy útil. Los programas visuales pueden usarse para describir los pasos involucrados en el cepillado de dientes o en la realización del procedimiento dental. Consulte el programa visual en la Guía dental de Conexiones Comunitarias de Servicios Familiares de Autism Speaks en [www.autismspeaks.org/family-services/tool-kits/dental-tool-kit](http://www.autismspeaks.org/family-services/tool-kits/dental-tool-kit). Los profesionales que estén interesados en crear sus propios programas pueden encontrar tarjetas con imágenes en [www.do2learn.com](http://www.do2learn.com)

### **Estabilización protectora**

Algunas veces, los profesionales dentales quizás deseen usar estabilización protectora para garantizar la protección del paciente, del dentista y del personal. Se aconseja una capacitación avanzada para el uso de la estabilización protectora. Para obtener más información sobre este tema, consulte la declaración de política de la AAPD acerca del tratamiento de pacientes con necesidades especiales de atención de la salud ([Apéndice D](#) en la página 28).

### **Óxido nitroso**

El óxido nitroso puede ser eficaz o no para tratar a niños con TEA. Recuerde que para surtir efecto, el óxido nitroso debe ser inhalado por la nariz durante toda la visita; por lo tanto, el paciente debe tener edad suficiente, cooperar lo necesario y tener la suficiente conciencia cognitiva para hacer esto. Los dentistas suelen verificar con el consejo dental de su estado si se requiere alguna licencia adicional para usar óxido nitroso en sus consultorios.

### **Sedación consciente**

La sedación consciente ha tenido un efecto variable sobre los niños con TEA y la selección de los pacientes es importante. Es necesario obtener antecedentes médicos exhaustivos para descartar problemas respiratorios, apnea obstructiva del sueño o VSR. El dentista también puede hacer una evaluación de las amígdalas y vías respiratorias del niño con los sistemas de calificación Mallampati y de tamaño amigdalario disponibles. Es sensato hacer una consulta médica y un examen físico antes de la sedación consciente, de manera que el médico pueda evaluar y decidir si el paciente es buen candidato para este tipo de sedación. El médico puede conocer algún problema de salud subyacente que podría ser una contraindicación para la sedación. En general, la decisión de usar sedación consciente se toma si el paciente tiene necesidades de un tratamiento dental mínimo que puede completarse en dos citas o menos.

Los medicamentos para sedación de uso más común, solos o combinados, son: Versed, Vistaril, Demerol, hidrato de cloral y óxido nitroso. Durante la sedación, es necesario vigilar al paciente con un buen monitor de presión arterial y frecuencia cardíaca, un oxímetro de pulso y un estetoscopio precordial. Deberá haber un segundo asistente a cargo de documentar estos signos vitales cada 5 minutos durante la cita con sedación. Además, suele usarse inmovilización médica y debe haber disponibles en el consultorio oxígeno portátil, aparatos respiratorios nasales y bucales, agentes de

reanimación o reversión, y debe haber una zona apta para la recuperación en el consultorio. Los dentistas deben consultar al consejo estatal dental antes de ofrecer sedación en su consultorio, ya que suele haber estrictos requerimientos para la autorización. En general, el consejo estatal de odontología exigirá al dentista tener licencias para BLS, PALS, permiso estatal para sedación o capacitación especializada, tal como una residencia en medicina general (RMG) o una residencia en odontología pediátrica.

### **Anestesia general**

El tratamiento de los pacientes con TEA bajo anestesia general puede resultar muy eficaz. La anestesia general es una modalidad que puede usarse para pacientes que son incapaces de tolerar el tratamiento convencional o el tratamiento bajo sedación. El equipo de anestesiología está presente en la sala para administrar la anestesia y brindar un entorno muy seguro para la prestación de la atención dental. Los pacientes deben ser evaluados por su pediatra y generalmente por el equipo de anestesiología antes de este procedimiento para recibir la aprobación médica.

La mayoría de los hospitales o centros quirúrgicos tienen exigencias muy estrictas en cuanto a las autorizaciones de médicos y dentistas que desean atender pacientes en el quirófano. La obtención de estos privilegios implica un largo proceso de solicitud. La mayoría de los hospitales exigen a los dentistas contar con una capacitación avanzada, tal como una RMG o una residencia en odontología pediátrica. Los hospitales también pueden cobrar una tarifa por uso de las instalaciones, en cuyo caso será necesario discutir con los padres los costos adicionales.

## **LAS RECOMPENSAS DE TRABAJAR CON PACIENTES CON TEA**

Si bien este manual se ha concentrado en la manera de enfrentar algunas de las dificultades que presenta esta población de pacientes, también es importante recordar que trabajar con niños con TEA puede ser altamente satisfactorio. Es más probable que el dentista y el personal desarrollen una relación gratificante con el niño y la familia, debido a la necesidad de trabajar con ellos de manera más cercana. Además, por este motivo, los padres suelen ser muy agradecidos y leales, y pueden enviar a otras familias al consultorio. Cuando estos esfuerzos adicionales por un niño con un TEA son exitosos, suelen ser una gran fuente de orgullo y logro. Finalmente, puede ser muy divertido trabajar con niños con TEA. Tienen la misma probabilidad de crear una amistad especial con su dentista e higienista que los niños típicos.

## PREGUNTAS DENTALES FRECUENTES

### *P* ¿A qué edad visita por primera vez al dentista un niño?

*R* La AAPD recomienda que todos los niños establezcan un hogar dental con un dentista al momento de la erupción de sus primeros dientes o al año de edad para comenzar con una rutina de cuidado dental ([Apéndice E](#) en la página 33).

### *P* Como dentista general, ¿estoy cualificado para atender niños con diagnóstico de TEA en mi consultorio?

*R* ¡Sí! Este manual pretende ser una guía para ayudarlo a atender a estos niños de manera segura. Con algo de conocimiento y capacitación extra, usted y el personal de su consultorio podrán atender a estos niños con gran éxito.

### *P* ¿Qué hago en una cita de control típica semestral con un niño con diagnóstico de TEA?

*R* La cita de control semestral no es diferente para un niño con TEA que para cualquier otro niño. También se recomienda intentar hacer las radiografías necesarias, hacer una profilaxis dental, un examen dental exhaustivo y una aplicación de fluoruro. Al igual que con cualquier paciente infantil, debe trabajar con el niño para entender su nivel de cooperación, que puede afectar lo que usted puede lograr y el tiempo que podría tomar.

### *P* ¿Qué sucede si no puedo sacar radiografías?

*R* Si un niño no coopera al punto de que usted no puede sacar radiografías, es importante discutir esto con los padres y hacerles saber que puede haber caries que usted no puede ver. Además, debe documentar en sus notas que no pudo tomar radiografías e indicar el motivo (por ejemplo, comportamiento no cooperativo). Esto también puede ser una oportunidad para armar un plan con los padres sobre cómo desensibilizar al niño para tomarle radiografías. El plan puede incluir usar un programa con imágenes para familiarizar al niño con los pasos incluidos, o programar visitas después de hora de manera que el niño pueda practicar sentarse en la silla de rayos X, por ejemplo. Cuando la edad sea apropiada, puede tomarse una radiografía panorámica, pero recuerde que no sirve para diagnosticar caries. Sin embargo, puede usarse para evaluar la estructura de la articulación temporomandibular y otras estructuras, evaluar el desarrollo dental, evaluar el estado dental de los terceros molares y descartar patologías dentales.



### *P* ¿Qué tipo de profilaxis dental debo hacer?

*R* Al igual que con cualquier niño, hará una profilaxis con copa de goma con pasta para profilaxis si el niño la tolera. De no ser así, puede limpiar los dientes con un cepillo de dientes si es el único tratamiento que tolerará el niño. La contribución del padre es muy valiosa aquí.

### *P* ¿Qué tipo de aplicación de fluoruro es la mejor?

*R* El estándar de cuidado en la odontología pediátrica es aplicar barniz de fluoruro en estas visitas. Se ha demostrado que los niños toleran muy bien el barniz de fluoruro, a pesar de que a algunos niños con autismo quizás no les guste el sabor o la textura pegajosa. El dentista debe elegir el tipo de aplicación de fluoruro más apropiada para el paciente.

### *P* ¿Cómo se procede si el niño necesita cuidado restaurador?

*R* Una vez creado el plan de tratamiento, debe evaluar si el niño requiere tratamiento convencional o tratamiento auxiliar como, por ejemplo, bajo anestesia general. Es necesario discutir en detalle todas las opciones con el cuidador y debe hacerse el mayor esfuerzo por tomar la decisión que resulte mejor para todos. Si el tratamiento incluye servicios que usted no presta, la derivación a un dentista pediátrico garantizará la atención apropiada del niño.

### *P* ¿Cómo se procede si el niño necesita tratamiento ortodóncico?

*R* El tratamiento ortodóncico es igual de apropiado para un niño con TEA que para un niño típico. En efecto, debido a que los seres humanos son susceptibles a las primeras impresiones, quizás sea aún más importante que un niño con TEA reciba tratamiento ortodóncico si es necesario. Si cree que el niño es buen candidato para la ortodoncia, puede derivarlo a un ortodoncista para que lo evalúe y, finalmente, el ortodoncista o el dentista tomarán la decisión. Puede ser útil considerar también cuál de los ortodoncistas locales tiene el mejor temperamento para trabajar con niños con TEA. Es probable que un ortodoncista paciente con un temperamento amable tenga éxito.

## RECURSOS

El Departamento de Servicios Familiares de Autism Speaks ofrece recursos, manuales y apoyo para ayudar a manejar los desafíos cotidianos de convivir con el autismo [www.autismspeaks.org/family-services](http://www.autismspeaks.org/family-services). Si está interesado en hablar con un miembro del Equipo de Servicios Familiares de Autism Speaks comuníquese con el Autism Response Team (ART) al 888-AUTISM2 (288-4762) o por correo electrónico a [familyservices@autismspeaks.org](mailto:familyservices@autismspeaks.org)

## Referencias

1. Kim YS, Leventhal BL, Koh Y-J, Fombonne E, Laska E, Lim E-C, Cheon K-A, Kim S-J, Kim Y-K, Lee H, Song D-H, Grinker, RR. Prevalence of Autism spectrum disorders in a total population sample. *Am J Psychiatry* 2011; 168(9): 904-912.
2. Oral Health Fact Sheets for Patients with Special Needs. University of Washington and Washington State Oral Health Program. 2010.
3. Loo, CY, Graham RM, Hughes CV. The caries experience and behavior of dental patients with autism spectrum disorder. *JADA* 2008;139(11):1518-1524.
4. Rada, RE. Controversial issues in treating the dental patient with autism. *JADA* 2010;141(8):1518-1524.
5. Marshall J, Sheller B, Mancini L, Williams BJ. Parental attitudes regarding behavior guidance of dental patients with autism. *Pediatric Dentistry* 2008;30(5):400-07.
6. Hernandez P, Ikkanda Z. Applied behavior analysis: behavior management of children with autism spectrum disorders in dental environments. *JADA* 2011;142(3): 281-87.

## AGRADECIMIENTOS

Esta publicación fue desarrollada por miembros de la Red de Tratamientos del Autismo/Red de Investigación sobre la Salud Física para la Intervención en el Autismo de Autism Speaks. Agradecemos especialmente a Harriet Austin, Ph.D., Terry Katz, Ph.D. y Elizabeth Shick, DDS, MPH por su trabajo en la publicación. Además, deseamos agradecer la asistencia de las siguientes personas que brindaron su apoyo, estímulo e invaluable contribuciones: Elizabeth Barr, Nelle Barr, Sean Whalen y Kelli John.

Fue editada, diseñada y producida por el departamento de comunicaciones de la Red de Tratamientos del Autismo/Red de Investigación sobre la Salud Física para la Intervención en el Autismo de Autism Speaks. Agradecemos todas las revisiones y sugerencias recibidas, entre ellas las de las familias asociadas a la Red de Tratamientos del Autismo de Autism Speaks. Esta publicación puede ser distribuida en su estado actual o, sin costo alguno, puede personalizarse como archivo electrónico, para su producción y distribución, con el nombre de su organización y sus lugares de derivaciones más frecuentes. Para obtener información sobre las revisiones, comuníquese con [atn@autismspeaks.org](mailto:atn@autismspeaks.org).

Estos materiales son el producto de las actividades continuas de la Red de Tratamientos del Autismo, un programa financiado por Autism Speaks. Tiene apoyo a través del acuerdo de cooperación UA3 MC 11054 del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services), la Administración de Servicios y Recursos para la Salud (Health Resources and Services Administration) y el Programa de Investigación sobre la Salud Materna e Infantil del Hospital General de Massachusetts (Maternal and Child Health Research Program to the Massachusetts General Hospital). Su contenido es responsabilidad única de los autores y no representa necesariamente las posturas oficiales del MCHB, HRSA, HHS. Redactado en octubre de 2011.

Apéndice A: Formulario de admisión dental

## INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Describa la naturaleza de la discapacidad de su hijo:

¿Su hijo está tomando medicamentos en la actualidad?  Sí  No

Si es así, cuáles:

¿Su hijo ha tenido convulsiones alguna vez?  Sí  No

Si es así, fecha de la última convulsión:

Describa el tipo de convulsión:

¿Su hijo tiene alergias?  Sí  No

Si es así, indíquelas:

¿Su hijo usa un aparato de audición?  Sí  No

Si es así, explique:

¿Su hijo tiene alguna otra dificultad física que el equipo dental deba conocer?

## CUIDADO BUCAL

¿Su hijo ha visitado al dentista antes?  Sí  No

Si es así, explique:

Describa el cuidado dental de su hijo en casa:

¿Su hijo usa un cepillo dental eléctrico o uno manual?  Sí  No

¿Su hijo usa hilo dental?  Sí  No

¿Su hijo se cepilla solo o con ayuda de los padres/cuidadores?  Solo  Ayuda

¿Cuáles son sus objetivos de salud dental para su hijo?

¿Con qué frecuencia come su hijo a lo largo de día y qué tipo de alimentos?

## COMUNICACIÓN Y COMPORTAMIENTO

¿Su hijo puede comunicarse verbalmente?  Sí  No

¿Hay ciertas señales que puedan ayudar al equipo dental?

¿Hay algunas frases o palabras que funcionen mejor con su hijo?

¿Su hijo usa comunicación no verbal?  Sí  No

Marque los medios que usa su hijo:

Símbolos de Mayer Johnson

Lenguaje de señas

Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes (PECS, por sus siglas en inglés)

Tablero de oraciones o gestos

¿Traerá con usted un sistema de comunicación?  Sí  No

¿Hay algunos símbolos/señas que podamos usar para ayudar con la comunicación?

## COMPORTEAMIENTO/EMOCIONES

Indique las dificultades de comportamiento específicas que le gustaría que el equipo dental conozca:

*Siéntase libre de traer objetos reconfortantes o placenteros para su hijo a todas las visitas dentales.*

## CUESTIONES SENSORIALES

Indique los sonidos específicos a los que su hijo es sensible:

¿Su hijo prefiere el silencio?  Sí  No

¿Su hijo se siente más cómodo en un cuarto con luces tenues?  Sí  No

¿Su hijo es sensible al movimiento (por ejemplo, subir y bajar o reclinar el sillón)?  Sí  No

Explique:

¿Su hijo tiene alguna sensibilidad bucal (reflejo nauseoso, sensibilidad de encías, etc.)?  Sí  No

Explique:

¿Hay sabores que molesten a su hijo?  Sí  No

Si es así, indíquelos abajo

¿Su hijo se siente más cómodo en un ambiente ordenado?  Sí  No

Proporcione cualquier otra información que pueda ayudarnos a prepararnos para tener una experiencia dental exitosa:





## Uso de fluoruro para evitar y controlar las caries dentales en los Estados Unidos

Si bien las caries dentales en niños y adultos han disminuido notablemente durante las últimas tres décadas, siguen siendo la enfermedad crónica más común en niños de 6 a 11 años (25 %) y en adolescentes de 12 a 19 años (59 %). Las caries dentales son cuatro veces más comunes que el asma entre adolescentes de 14 a 17 años (15 %).

En esta guía resumida se explica cómo lograr protección contra las caries dentales durante toda la vida, al tiempo que se reducen las posibilidades de contraer **fluorosis dental** ([http://www.cdc.gov/fluoridation/safety/dental\\_fluorosis.htm](http://www.cdc.gov/fluoridation/safety/dental_fluorosis.htm)).

La fluorosis dental es un cambio del aspecto de la superficie dental, y aparece más comúnmente en forma de manchas blancas casi imperceptibles. La fluorosis dental solo puede producirse mientras se están formando los dientes debajo de las encías, en general desde el nacimiento hasta los 8 años.

- Tome agua de grifo con niveles óptimos de fluoruro. La fluoración del agua ha sido aceptada como un método seguro, eficaz y económico de evitar las caries dentales. Agregar fluoruro al agua potable municipal es una estrategia eficaz para reducir las enfermedades dentales entre los estadounidenses de todos los niveles sociales. Es la manera más rentable de evitar las caries dentales entre las poblaciones que viven en sectores con sistemas comunitarios de suministro de agua apropiados.

Para obtener más información sobre el nivel de fluoruro en su agua potable (de grifo):

- Si está en un sistema comunitario de agua, llame a la empresa de agua y solicite una copia del Informe de confianza para el consumidor más reciente del servicio.
- Si vive en un estado que participa en **My Water's Fluoride** (<http://apps.nccd.cdc.gov/MWF/Index.asp>) del CDC, puede buscar información en línea sobre el estado de fluoración de su agua.
- Cepíllese al menos dos veces al día con pasta dental con fluoruro. La exposición diaria y frecuente a pequeñas cantidades de fluoruro reduce las caries dentales en todos los grupos de edad. Tomar agua con niveles óptimos de fluoruro y cepillarse al menos dos veces al día con pasta dental con fluoruro, preferentemente después de cada comida.
- Si tiene niños menores de 2 años, no use pasta dental con fluoruro, salvo que el médico o el dentista lo hayan indicado. Debe limpiar los dientes de su hijo todos los días a partir de la aparición del primer diente, cepillando sin pasta con un cepillo pequeño de cerdas suaves y agua sola.

Si tiene niños mayores de 6 años supervise el cepillado. En el caso de niños de 2 a 6 años, coloque una cantidad de pasta dental fluorada del tamaño de un garbanzo en el cepillo y supervise el cepillado, e indique al niño que escupa la pasta en lugar de tragarla. Hasta aproximadamente los 6 años, los niños tienen un mal control de su reflejo de deglución y frecuentemente tragan la mayor parte de la pasta dental colocada en el cepillo.

- Use con inteligencia los suplementos de fluoruro recetados y los productos con alta concentración de fluoruro. Los suplementos de fluoruro pueden ser indicados por su dentista o médico si su hijo tiene alto riesgo de caries, y vive en una comunidad con baja concentración de fluoruro en su agua potable. Sin embargo, si el niño tiene menos de 6 años, el dentista o el médico evaluarán los riesgos de formación de caries sin suplementos contra la posibilidad de que se presente fluorosis dental. Deberán considerarse otras fuentes de fluoruro, en especial el agua potable, cuando se determine este equilibrio. Los productos con alta concentración de fluoruro, tales como los geles, espumas y barnices de aplicación profesional también pueden beneficiar a los niños con alto riesgo de caries.
- Conozca algunos de los factores que pueden aumentar el riesgo de que su hijo tenga caries dentales. Estos incluyen:
  - Hermanos mayores o padres que han tenido caries dentales.
  - Ingesta abundante de alimentos y bebidas con azúcar, como refrescos, especialmente entre comidas.
  - Falta de cepillado diario.
  - Falta de uso de pasta dental con fluoruro si es mayor de 2 años.
  - Su fuente habitual de agua potable tiene muy bajo contenido de fluoruro.
  - Presencia de necesidades especiales de atención de la salud.
  - Ausencia de dentista o fuente regular de cuidado dental.
  - Uso de correctores o aparatos de ortodoncia o bucales.

Fecha de última revisión: 7 de enero de 2011

Fecha de última modificación: 7 de enero de 2011

Fuente del contenido: **División de Salud Bucal** (<http://www.cdc.gov/oralhealth/>), **National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud)** (<http://www.cdc.gov/chronicdisease/index.htm>)

**Página ubicada en la web en [http://www.cdc.gov/fluoridation/fact\\_sheets/fl\\_caries.htm](http://www.cdc.gov/fluoridation/fact_sheets/fl_caries.htm)**

## Apéndice C: Uso y beneficio de las amalgamas dentales



# Uso y beneficio de las amalgamas dentales

La amalgama es uno de los rellenos de piezas dentales más comúnmente usados. Es un tratamiento seguro, sólido y eficaz para tratar las caries dentales.

La amalgama ha sido el material de relleno de piezas dentales más utilizado por décadas. Sigue siendo popular porque es fuerte, duradero y de bajo costo.

En esta página:

**Cómo se hace una amalgama** [\(n.º 1\)](#)

**Inquietudes sobre la seguridad** [\(n.º 2\)](#)

**Poca evidencia de riesgo para la salud** [\(n.º 3\)](#)

**El uso de la amalgama está disminuyendo** [\(n.º 4\)](#)

**Investigación en curso y actividades reglamentarias** [\(n.º 5\)](#)

## Cómo se hace una amalgama

Una amalgama se hace mezclando partes iguales de mercurio líquido elemental y un polvo de aleación principalmente formado por plata y algo de estaño y cobre. Algunas veces se usan cantidades más pequeñas de otros metales.

1. Primero, el dentista remueve la caries y prepara la pieza dental para el relleno.
2. Segundo, el dentista mezcla los polvos de mercurio y de metal para formar una sustancia similar a una masilla.
3. Tercero, el dentista coloca la sustancia en la pieza dental y la talla para que reemplace la parte destruida por la caries.
4. Por último, la sustancia se endurece rápidamente y suele brindar varios años de funcionamiento normal.

---

## Inquietudes sobre la seguridad

El mercurio que se encuentra en los rellenos con amalgamas ha causado algunas inquietudes referidas a la seguridad a lo largo de los años. La amalgama puede liberar pequeñas cantidades de vapor de mercurio a lo largo del tiempo. Los pacientes pueden absorber esos vapores por inhalación o ingestión.

Las personas pueden estar expuestas a mercurio por otros medios. La exposición puede ocurrir a través de ciertos alimentos (en particular pescado), medicamentos, el aire que respiramos y otras fuentes.

Se ha demostrado la toxicidad del mercurio proveniente de exposición industrial o laboral de alto nivel. Los posibles síntomas de intoxicación con mercurio incluyen irritabilidad, pérdida de la memoria, temblores, mala coordinación física, insomnio, insuficiencia renal y anorexia.

---

## Poca evidencia de riesgo para la salud

Los informes que sugieren que el mercurio de las amalgamas causa los síntomas y enfermedades antes mencionados, así como otros males como el Alzheimer o la esclerosis múltiple, no están respaldados por **evidencia científica** actual ([http://www.lsr.org/amalgam/frames\\_amalgam\\_report.html](http://www.lsr.org/amalgam/frames_amalgam_report.html)). \* Las evidencias también sugieren que retirar la amalgama no tiene ningún beneficio para la salud.

Un grupo de científicos respaldados por el Institute of Dental and Craniofacial Research (NIDCR, Instituto de investigación dental y craneofacial) ha informado recientemente los resultados de **dos ensayos clínicos aleatorizados** (<http://www.nidcr.nih.gov/Research/ResearchResults/NewsReleases/ArchivedNewsReleases/NRY2006/PR04182006.htm>) en los que se evaluó la seguridad de hacer rellenos con amalgamas en las piezas dentales de los niños. El NIDCR es parte de los Institutos Nacionales de la Salud (NIH, por sus siglas en inglés).

Uno de los estudios se realizó en los Estados Unidos y otro en Europa. Los resultados están publicados en *JAMA* (*Journal of the American Medical Association*).

Ambos estudios llegaron por separado a la misma conclusión. Los niños cuyas caries se rellenan con amalgama dental no presentan ningún efecto perjudicial para la salud.

Los hallazgos no detectan pérdida de intelecto, memoria, coordinación, concentración, conducción nerviosa o funcionamiento hepático durante los 5 a 7 años del seguimiento que se les realizó. Estudios anteriores con adultos indican que estos órganos pueden ser especialmente sensibles al mercurio.

---

## El uso de amalgamas está disminuyendo

El uso de amalgamas está disminuyendo por diversos motivos. El principal motivo es que la tasa de caries entre los niños en edad escolar y jóvenes adultos está cayendo. Para ciertos usos, existen en la actualidad alternativas de relleno mejores.

La **fluoración del agua comunitaria** (<http://www.cdc.gov/fluoridation/index.htm>), **los productos con fluoruro** (<http://www.cdc.gov/fluoridation/other.htm>) y **los selladores** ([sealants\\_faq.htm](http://www.cdc.gov/fluoridation/other.htm)) han desempeñado importantes funciones en la reducción de las caries dentales. Otros factores son los cambios de los hábitos alimenticios y las mejoras en los productos y prácticas de higiene bucal.

La amalgama dental se usa:

- en personas de todas las edades.
- en zonas con las que se mastica más, principalmente en las piezas dentales posteriores.
- cuando hay daño grave de la estructura dental y el costo es un factor importante.
- como base para coronas o fundas de metal, metal-cerámica y cerámica.
- cuando el compromiso del paciente con la higiene bucal personal es malo.
- cuando el control de la humedad es un problema al momento de colocar el relleno.
- cuando el costo es una inquietud importante para el paciente.

La amalgama dental no se usa cuando:

- el aspecto es importante, como por ejemplo, rellenos en las piezas dentales frontales.
- los pacientes tienen antecedentes de alergia al mercurio u otros componentes de la amalgama.
- se necesita un relleno grande y el costo de otros materiales de restauración no es un factor importante en la decisión del tratamiento.


## Investigación en curso y actividades reglamentarias

El Servicio de Salud Pública de los EE. UU. (U.S. Public Health Service (USPHS)) a través de los Institutos Nacionales de Salud (NIH), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), informó los riesgos y beneficios de las amalgamas dentales en 1993. Desde entonces, ha revisado periódicamente la bibliografía científica con revisión de pares para juzgar la seguridad y la eficacia de las amalgamas y para actualizar al público.

En una **revisión** reciente ([http://www.lsro.org/amalgam/frames\\_amalgam\\_home.html](http://www.lsro.org/amalgam/frames_amalgam_home.html)) \* realizada por el USPHS en 2004 se descubrió «evidencia insuficiente de una relación entre el mercurio dental y los problemas de salud, salvo en casos raros de reacción alérgica».

La Administración de Alimentos y Medicamentos revisó recientemente la evidencia científica sobre el uso seguro de las amalgamas, y en julio de 2009 clasificó la amalgama dental encapsulada como dispositivo médico clase II, igual que la resina compuesta y el oro. En su declaración de reclasificación, la FDA discute la evidencia científica sobre los beneficios y los riesgos de la amalgama dental, incluidos los riesgos del vapor de mercurio inhalado. La declaración ayudará a dentistas y pacientes a tomar decisiones informadas sobre el uso de la amalgama dental. Lea la **declaración de reclasificación de la FDA aquí** (<http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm173992.htm>).

## Enlaces relacionados

- **Información de la FDA sobre amalgamas dentales** (<http://www.fda.gov/MedicalDevices/ProductsandMedicalProcedures/DentalProducts/DentalAmalgam/default.htm>)
- **Comunicado de prensa de Informe sobre amalgamas de la Life Sciences Research Office (LSRO, Oficina de investigación de ciencias de la vida)** ([http://www.lsro.org/presentation\\_files/amalgam/amalgam\\_pressrelease.pdf](http://www.lsro.org/presentation_files/amalgam/amalgam_pressrelease.pdf)) \*  (PDF–24K)
- **Resumen ejecutivo del informe sobre amalgamas de la LSRO** ([http://www.lsro.org/amalgam/frames\\_amalgam\\_report.html](http://www.lsro.org/amalgam/frames_amalgam_report.html)) \*

\* Los enlaces a organizaciones no federales se brindan solo como servicio para nuestros usuarios. Los enlaces no implican apoyo a ninguna organización por parte del CDC o el Gobierno Federal, y no deberá inferirse ninguno. El CDC no es responsable del contenido de las páginas web de cada organización en este enlace.

Uno o más documentos de esta página web están disponibles en formato PDF. Necesitará **Acrobat Reader** (<http://www.cdc.gov/nccdphp/shared/pdfinfo.htm>) para ver e imprimir estos documentos.

Última revisión de la página: 28 de mayo de 2010

Última modificación de la página: 8 de septiembre de 2009

Fuente del contenido: **División de Salud Bucal** (<http://www.cdc.gov/oralhealth/>), **National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud)** (<http://www.cdc.gov/nccdphp/>)

Página ubicada en la web en <http://www.cdc.gov/oralhealth/publications/factsheets/amalgam.htm>



# Guía para el manejo de pacientes dentales con necesidades especiales para la atención de la salud

## Consejo de origen

Consejo sobre asuntos clínicos

## Consejo de revisión

Consejo sobre asuntos clínicos

## Adoptado

2004

## Revisado

2008

### Propósito

La American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD, Academia Americana de Odontología Pediátrica) reconoce que brindar atención de la salud bucal primaria y exhaustiva a individuos con necesidades especiales de atención de la salud (NEAS) es una parte integral de la especialidad de la odontología pediátrica.<sup>1</sup> La AAPD valora las cualidades únicas de cada persona y la necesidad de garantizar los mayores logros en salud para todas las personas, sin perjuicio de las necesidades especiales de atención de la salud del desarrollo o de otro tipo. Este manual pretende instruir a los prestadores de atención de la salud, padres y organizaciones auxiliares en el manejo de las necesidades de atención de la salud bucal particulares de las personas con NEAS en lugar de brindar recomendaciones de tratamiento específicas para las enfermedades bucales.

### Métodos

Este manual se basa en una revisión de la bibliografía dental y médica relacionada con individuos con NEAS. Se hizo una búsqueda en MEDLINE con los términos «necesidades especiales», «pacientes discapacitados», «pacientes minusválidos», «odontología» y «salud bucal». Se revisaron los trabajos y los talleres del simposio auspiciado por la AAPD «Lifetime Oral Health Care for Patients with Special Needs (Cuidado durante toda la vida de la salud bucal de pacientes con necesidades especiales)» (Chicago, IL: Noviembre de 2006).<sup>2</sup>

### Antecedentes

La AAPD define necesidades especiales de atención en salud (NEAS) «como toda condición o limitación física, del desarrollo, mental, sensorial, conductual, cognitiva o deterioro emocional o condición limitante que requiere tratamiento médico, intervención de atención de la salud o el uso de servicios o programas especializados. La condición puede ser del desarrollo o adquirida y puede imponer limitaciones en la realización de actividades de autocuidado diario o limitaciones sustanciales en una actividad importante de la vida. La atención de la salud de individuos con necesidades especiales requiere conocimiento especializado, mayor consciencia y atención, adaptación y medidas que se adapten más allá de lo que se considera rutina».<sup>3</sup>

Las personas con NEAS corren un riesgo mayor de contraer

enfermedades bucales.<sup>4</sup> Las enfermedades bucales pueden tener un impacto directo y devastador sobre la salud de los que tienen ciertos problemas de salud o enfermedades sistémicas. Los pacientes con inmunidad comprometida (por ejemplo, leucemia u otros tipos de cáncer, virus de inmunodeficiencia humana) o enfermedades cardíacas asociadas con endocarditis, pueden ser especialmente vulnerables a los efectos de las enfermedades bucales. También son susceptibles los pacientes con discapacidades mentales, del desarrollo o físicas que no tienen capacidad para entender y asumir la responsabilidad o cooperar durante prácticas de salud bucal preventivas. La salud bucal es una parte inseparable de la salud y el bienestar generales.<sup>4</sup>

Las NEAS también incluyen trastornos o enfermedades que se manifiestan solo en el complejo bucofacial (por ejemplo, amelogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta, labio leporino/fisura palatina, cáncer bucal). Si bien estos pacientes quizás no presenten las mismas limitaciones físicas o comunicativas que otros pacientes con NEAS, sus necesidades son únicas, afectan la salud general y requieren atención de la salud bucal de naturaleza específica.

En la actualidad, 52 millones de estadounidenses tienen algún tipo de afección incapacitante y 25 millones tienen una discapacidad grave.<sup>5</sup> Debido a las mejoras en la atención médica, el número de pacientes con NEAS seguirá creciendo; gran parte de las enfermedades antes agudas y fatales se han vuelto problemas crónicos manejables. Históricamente, muchos de estos pacientes recibían atención en clínicas privadas e instituciones del estado. En la actualidad, la tendencia en la sociedad es enviar a estos individuos a centros comunitarios tradicionales, y muchos de ellos buscan atención dental de profesionales particulares. La Ley para estadounidenses con discapacidades (AwDA, por sus siglas en inglés) define el consultorio dental como una institución pública.<sup>6</sup> De este modo, los dentistas tienen la obligación de estar familiarizados con estos reglamentos y garantizar su cumplimiento. No aceptar pacientes con NEAS puede considerarse discriminación y una violación de las leyes federales o estatales.

Si bien las leyes exigen a los profesionales proveer accesibilidad física a un consultorio (por ejemplo, rampas para sillas de ruedas, lugares de estacionamiento para discapacitados), las personas con NEAS pueden enfrentar muchas otras barreras para obtener el cuidado de la salud bucal. El financiamiento y los reintegros han sido citados como barreras comunes para el cuidado de la salud

bucal médicamente necesario.<sup>5</sup> Las familias con niños con NEAS tienen gastos mucho mayores que los que requieren los niños sanos. La mayoría de los individuos con NEAS dependen de la financiación del gobierno para pagar su atención médica y dental, y por lo general carecen de un acceso adecuado a un seguro privado para los servicios de atención de la salud.<sup>6,7</sup> El seguro cumple un rol importante para las familias de niños con NEAS, pero de todos modos ofrece una protección incompleta.<sup>8,9</sup> La falta de cuidado preventivo y terapéutico oportuno puede aumentar la necesidad de cuidados episódicos costosos.<sup>10</sup> Es más probable lograr una salud infantil óptima si se tiene acceso a beneficios amplios de atención de la salud.<sup>11</sup>

Las barreras no económicas, tales como las consideraciones de lenguaje y psicosociales, estructurales y culturales pueden interferir con el acceso a la atención de la salud bucal.<sup>9</sup> La comunicación eficaz es esencial y, en el caso de los pacientes/padres con discapacidades auditivas, puede lograrse con una variedad de métodos que incluyen intérpretes, material escrito y lectura de labios. Los factores psicosociales asociados con el uso incluyen las creencias sobre la salud bucal, las normas de responsabilidad de los cuidadores y una experiencia dental positiva del cuidador. Las barreras estructurales incluyen el transporte, las políticas de ausentismo escolar, el trato discriminatorio y la dificultad de ubicar prestadores que acepten Medicaid.<sup>12</sup> Los servicios de salud comunitarios, con programas educativos y sociales, pueden ayudar a los dentistas y a sus pacientes con NEAS.<sup>13</sup>

Las prioridades y las actitudes pueden ser impedimentos para la atención bucal. La falta de percepción y conocimiento de padres y médicos puede impedir que un paciente con NEAS busque cuidado dental preventivo.<sup>14</sup> Otros problemas de salud pueden parecer más importantes que la salud dental, en especial cuando no se entiende bien la relación entre salud bucal y salud general.<sup>15</sup> Los pacientes con NEAS pueden manifestar un mayor nivel de ansiedad acerca del cuidado dental que aquellos sin una discapacidad, lo que puede afectar adversamente la frecuencia de visitas al dentista y, en consecuencia, su salud bucal.<sup>16</sup>

A los dentistas pediátricos les preocupa el menor acceso al cuidado de la salud bucal de los pacientes con NEAS cuando pasan la mayoría de edad. Los hospitales pediátricos, al imponer restricciones de edad, pueden generar otra barrera para la atención de estos pacientes. Pasar a un dentista que conozca las necesidades de atención de la salud bucal de un adulto, y se sienta cómodo con ellas, suele ser difícil debido a la falta de prestadores capacitados deseosos de aceptar la responsabilidad de atender a pacientes con NEAS.<sup>17</sup> Además, a medida que los niños con discapacidades alcanzan la edad adulta, puede verse restringida la cobertura del seguro de salud.<sup>18</sup>

## Recomendaciones

### Programar citas

El contacto inicial de los padres/pacientes con el consultorio dental (en general telefónico) brinda a ambas partes la oportunidad de tratar las necesidades de salud bucal primarias del niño y de confirmar si es adecuado programar una cita con ese profesional en particular. Además del nombre, edad y motivo de consulta, el recepcionista debe determinar la presencia y naturaleza de alguna NEAS y, cuando corresponda, el nombre del/los prestadores de atención médica del niño. El personal del consultorio, bajo la orientación del dentista, también deberá determinar la necesidad de una cita de mayor duración o la presencia de personal auxiliar para recibir al paciente de manera eficaz y eficiente. La necesidad de un mayor tiempo del dentista y del equipo, así como de servicios

personalizados, debe documentarse de manera que el personal del consultorio esté preparado para atender las circunstancias especiales del paciente en cada visita posterior.

Cuando se programen visitas de pacientes con NEAS, es imperativo que el dentista esté familiarizado con las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (**HIPAA**, por sus siglas en inglés) y la AwDA aplicables a las prácticas dentales y que las cumpla.<sup>19</sup> La HIPAA garantiza la protección de la privacidad del paciente y la AwDA evita la discriminación por discapacidad.

### Hogar dental

Los pacientes con NEAS que cuentan con un hogar dental<sup>20</sup> tienen más probabilidades de recibir un cuidado preventivo y de rutina apropiado. El hogar dental ofrece la oportunidad de implementar prácticas de salud bucal preventivas individualizadas, y reduce el riesgo del niño de contraer enfermedades dentales/bucales que pueden prevenirse.

Cuando los pacientes con NEAS llegan a la edad adulta, sus necesidades de cuidado de la salud bucal pueden superar el alcance de la formación del dentista pediátrico. Es importante educar y preparar al paciente y a los padres con respecto al valor de pasar a un dentista que tenga el conocimiento de las necesidades de salud bucal de un adulto. En un momento acordado por el paciente, los padres y el dentista pediátrico, el paciente debe ser derivado a un dentista que tenga el conocimiento para manejar las necesidades de atención de salud específicas del paciente y esté acostumbrado a hacerlo. En los casos en que esto no fuera posible o no se deseara, el hogar dental puede seguir siendo el dentista pediátrico y, cuando sea necesario, pueden recomendarse derivaciones para cuidado dental especializado.<sup>21</sup>

### Evaluación del paciente

Es esencial estar familiarizado con la historia médica del paciente para disminuir el riesgo de agravar un problema de salud mientras se presta atención dental. Es necesario contar con un historial médico exacto, exhaustivo y actualizado para un diagnóstico correcto y una planificación eficaz del tratamiento. Deberá reunirse la información referida al motivo de la consulta, los antecedentes de la enfermedad actual, los problemas de salud o enfermedades, los prestadores de atención médica, las hospitalizaciones/cirugías, las experiencias con anestesia, los medicamentos que toma en la actualidad, las alergias/sensibilidades, el estado de las vacunas, la revisión de sistemas, los antecedentes familiares y sociales y los antecedentes dentales exhaustivos.<sup>22</sup> Si el paciente/padre no puede brindar información exacta, quizás sea necesario consultar con el cuidador o con el médico del paciente. En cada visita del paciente, se consultarán y actualizarán los antecedentes del paciente. Deberá documentarse la atención médica reciente por enfermedad o lesiones, los problemas de salud recientemente diagnosticados y los cambios de medicamentos. Deberá obtenerse una actualización escrita en cada visita de control. Los problemas médicos importantes deberán identificarse de manera clara pero confidencial en la historia clínica del paciente.

A todos los pacientes se les realizará un examen exhaustivo de cabeza, cuello y boca. Deberá realizarse una evaluación de riesgo de caries.<sup>23</sup> Una herramienta para la evaluación del riesgo de caries brinda un medio para clasificar el riesgo de caries en el tiempo y, por lo tanto, debería aplicarse periódicamente para evaluar los cambios en el estado del riesgo de un individuo. Debe recomendarse un programa de prevención individual, incluido un programa de visitas dentales de control, después de la evaluación del riesgo de caries del paciente, sus necesidades con respecto a la salud bucal y sus capacidades.

Debe entregarse al paciente y a los padres/cuidador un resumen de los hallazgos bucales y recomendaciones de tratamiento específicas. Cuando corresponda, deberá informarse a los otros prestadores de atención de la salud del niño.

### Consultas médicas

El dentista debe coordinar la atención mediante consulta con los otros prestadores de atención de la salud del niño, incluidos los médicos, enfermeros y trabajadores sociales. Cuando corresponda, se consultará al médico acerca de los medicamentos, sedación, anestesia general y restricciones generales o preparativos que puedan requerirse para garantizar la prestación segura de la atención de la salud bucal. El dentista y su personal siempre deben estar preparados para manejar una emergencia médica.

### Comunicación del paciente

Cuando se atiende a pacientes con NEAS, es crítico realizar una evaluación del estado mental del paciente o de su grado de funcionamiento intelectual para establecer una buena comunicación. A menudo, la información provista por un padre o cuidador antes de la visita del paciente puede ser de gran ayuda para preparar la cita.<sup>24</sup> Debe hacerse el esfuerzo de comunicarse directamente con el paciente durante la provisión del cuidado dental. Un paciente que no se comunica verbalmente puede comunicarse de varias maneras no tradicionales. En algunos casos, quizás sea necesario que esté presente uno de los padres, un familiar o un cuidador para facilitar la comunicación o brindar información que el paciente no puede facilitar. Según los requerimientos de la AwDA, si los intentos por comunicarse con el paciente con NEAS/padre fracasan debido a una discapacidad tal como una deficiencia auditiva, el dentista debe trabajar con estos individuos para establecer una vía de comunicación eficaz.<sup>6</sup>

### Consentimiento informado

Todos los pacientes deben poder proveer un consentimiento informado firmado apropiado para el tratamiento dental o contar con alguien que lo haga legalmente en su nombre. El consentimiento/asentimiento informado debe cumplir con las leyes locales y, cuando corresponda, con los requerimientos institucionales. El consentimiento informado debe quedar bien documentado en el registro dental a través de un formulario firmado y certificado.<sup>25</sup>

### Orientación del comportamiento

La orientación del comportamiento del paciente con NEAS puede ser desafiante. Las personas con retraso mental e incluso aquellas con discapacidades puramente físicas y funcionamiento mental normal pueden presentar comportamientos demandantes y resistentes. Estos comportamientos pueden interferir con la prestación segura del tratamiento médico. Con la asistencia de los padres/cuidadores, es posible manejar a la mayoría de los pacientes con discapacidades físicas y mentales en el consultorio dental. La estabilización protectora puede resultar útil en pacientes para los que las técnicas de orientación del comportamiento no son adecuadas.<sup>26</sup> Cuando la estabilización protectora no es factible ni eficaz, la sedación o la anestesia general son el recurso terapéutico elegido para la orientación del comportamiento. Cuando la orientación del comportamiento en el consultorio, incluidas la sedación/anestesia general, no es factible ni eficaz, se necesita un lugar de atención quirúrgica en un hospital o ambulatorio para realizar el tratamiento.

### Estrategias preventivas

Los individuos con NEAS corren mayor riesgo de padecer enfermedades bucales; estas enfermedades son una amenaza adicional para la salud del paciente.<sup>3</sup> La educación de los padres/cuidadores es crítica para garantizar la supervisión adecuada y regular de la higiene bucal diaria. Los profesionales dentales deben mostrar las técnicas de higiene bucal, incluido el posicionamiento correcto de la persona con discapacidad. También deben destacar la necesidad de cepillarse con pasta dental fluorada dos veces al día para ayudar a prevenir las caries, y de cepillarse y usar hilo dental para evitar la gingivitis. Los cepillos de dientes pueden modificarse para permitir a las personas con discapacidades físicas cepillar sus dientes. Los cepillos de dientes eléctricos pueden mejorar el cumplimiento de los pacientes. Los porta hilo dental pueden ser beneficiosos cuando es difícil colocar las manos dentro de la boca. Los cuidadores deben brindar el cuidado dental apropiado cuando el paciente es incapaz de hacerlo adecuadamente.

Asimismo, debe discutirse la dieta aconsejada para la prevención a largo plazo de las enfermedades dentales. Los dentistas deben alentar una dieta no cariogénica y asesorar a sus pacientes con respecto al alto potencial cariogénico de los medicamentos pediátricos orales, ricos en sacarosa y los complementos dietéticos ricos en hidratos de carbono.<sup>27</sup> Asimismo, deben repasarse otros efectos secundarios de los medicamentos (por ejemplo, la xerostomía, el agrandamiento gingival).

Los pacientes con NEAS pueden beneficiarse con el uso de selladores. Los selladores reducen el riesgo de caries en fosas y fisuras en piezas dentales primarias y permanentes.<sup>28</sup> Los fluoruros tópicos (por ejemplo, geles, enjuagues bucales, barnices, aplicación profesional durante la profilaxis) pueden indicarse cuando hay alto riesgo de caries.<sup>29</sup> La restauración terapéutica intermedia (TIR, por sus siglas en inglés),<sup>30</sup> con materiales tales como ionómeros de vidrio que liberan fluoruro, puede ser útil como método preventivo y terapéutico en pacientes con NEAS.<sup>28</sup> En casos de gingivitis y enfermedad periodontal, puede ser conveniente el enjuague bucal de clorhexidina. En el caso de los pacientes que podrían tragarse el enjuague, se puede usar un cepillo de dientes para aplicar la clorhexidina. Los pacientes con enfermedades dentales graves pueden necesitar ser vistos cada 2 o 3 meses o con más frecuencia si así se indica. Los pacientes con enfermedad periodontal progresiva deben ser derivados a un periodoncista para su evaluación y tratamiento.

### Barreras

Los dentistas deben estar familiarizados con los recursos comunitarios para pacientes con NEAS y alentar este tipo de asistencia cuando corresponda. Si bien los hospitales locales, las instituciones de salud pública, los servicios de rehabilitación o los grupos que defienden a las personas con NEAS pueden ser contactos valiosos para ayudar al dentista/paciente a enfrentar las barreras lingüísticas y culturales, otros recursos comunitarios pueden ofrecer apoyo para las cuestiones económicas o de transporte que impiden acceder a la atención.

**Pacientes con problemas bucofaciales de desarrollo o adquiridos.** Las necesidades de atención de la salud bucal de los pacientes con problemas bucofaciales de desarrollo o adquiridos necesitan consideraciones especiales. Si bien estas personas no suelen requerir citas más prolongadas o técnicas de orientación del comportamiento adelantadas comúnmente asociadas con pacientes con NEAS, el manejo de sus enfermedades bucales presenta otros desafíos específicos.<sup>31</sup> Los defectos de desarrollo, tales como la displasia ectodérmica hereditaria, en la que faltan o están



malformadas la mayoría de las piezas dentales, causa problemas de por vida y puede ser devastadora para niños y adultos.<sup>4</sup> Desde el primer contacto con el niño y la familia, debe hacerse el mayor esfuerzo para ayudar a la familia a adaptarse a esta anomalía y las necesidades bucales relacionadas.<sup>32</sup> El profesional dental debe ser sensible al bienestar psicosocial del paciente, así como a los efectos del problema sobre el crecimiento, el funcionamiento y el aspecto. Los problemas bucales congénitos pueden implicar intervenciones quirúrgicas prolongadas, programadas de manera que coincidan con los hitos del desarrollo. Los pacientes con problemas como displasia ectodérmica, epidermólisis ampollosa, labio leporino/fisura palatina y cáncer bucal a menudo requieren que su atención sea abordada por un equipo interdisciplinario. La coordinación de la prestación de los servicios de los diversos profesionales de atención de la salud puede ser crucial para obtener resultados exitosos con el tratamiento.

Los pacientes con afectación bucal de enfermedades como la osteogénesis imperfecta, la displasia ectodérmica y la epidermólisis ampollosa suelen tener barreras económicas singulares. Si bien las manifestaciones bucales son intrínsecas a los trastornos genéticos y congénitos, los beneficios de salud médica no cubren el cuidado profesional de la salud bucal relacionada con ellas. La distinción hecha por terceros pagadores entre anomalías congénitas que afectan el complejo bucofacial y aquellas que afectan otras partes del cuerpo suele ser arbitraria e injusta.<sup>33</sup> En el caso de los niños con hipodoncia hereditaria, pueden indicarse prótesis removibles o fijas (incluidas dentaduras completas o sobredentaduras) o implantes.<sup>34</sup> Los dentistas deben trabajar con la industria de los seguros para que reconozca la indicación médica y justificar el tratamiento de este tipo en estos casos.

### Derivaciones

Un paciente puede sufrir un avance de su enfermedad bucal si no se le brinda el tratamiento debido a su edad, comportamiento, imposibilidad de cooperar, discapacidad o condición médica. Posponer o negar la atención pueden ocasionar dolor innecesario, incomodidad, mayor necesidad y costo del tratamiento, experiencias desfavorables con el tratamiento y resultados mermados para la salud bucal. Los dentistas tienen la obligación de actuar de manera ética en la atención de los pacientes.<sup>35</sup> Cuando las necesidades del paciente superan las habilidades del profesional, el dentista debe hacer las derivaciones correspondientes con el fin de garantizar la salud general del paciente.<sup>35</sup>

### Referencias

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Reference Manual Overview: Definition and scope of pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 2008;30(suppl):1.
2. American Academy of Pediatric Dentistry. Symposium on lifetime oral health care for patients with special needs. *Pediatr Dent* 2007;29(2):92-152.
3. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of special health care needs. *Pediatr Dent* 2008;30(suppl):15.
4. US Dept of Health and Human Services. Oral health in America: A report of the Surgeon General. Rockville, Md: US Dept of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2000.
5. University of Florida College of Dentistry. Oral health care for persons with disabilities. Available at: "http://www.dental.ufl.edu/Faculty/Pburtner/disabilities/introduction.htm". Accessed March 23, 2008.
6. US Dept of Justice. Americans with Disabilities Act. Available at: "http://www.usdoj.gov/crt/ada/adahom1.htm". Accessed March 23, 2008.
7. Crall JJ. Improving oral health for individuals with special health care needs. *Pediatr Dent* 2007;29(2):98-104.
8. Newacheck PW, Kim SE. A national profile of health care utilization and expenditures for children with special health care needs. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159(1):10-7.
9. Chen AY, Newacheck PW. Insurance coverage and financial burden for families of children with special health care needs. *Ambul Pediatr* 2006;6(4):204-9.
10. Newacheck PW, McManus M, Fox HB, Hung YY, Halfon N. Access to health care for children with special health care needs. *Pediatrics* 2000;105(4Pt1):760-6.
11. American Academy of Pediatrics, Committee on Child Health Financing. Scope of health care benefits for children from birth through age 21. *Pediatrics* 2006;117(3): 979-82.
12. Kelly SE, Binkley CJ, Neace WP, Gale BS. Barriers to care-seeking for children's oral health among low-income caregivers. *Am J Public Health* 2005;95(8):1345-51.
13. Halfon N, Inkelas M, Wood D. Nonfinancial barriers to care for children and youth. *Annu Rev Public Health* 1995; 16:447-72.
14. Shenkin JD, Davis MJ, Corbin SB. The oral health of special needs children: Dentistry's challenge to provide care. *J Dent Child* 2001;86(3):201-5.
15. Barnett ML. The oral-systemic disease connection. An update for the practicing dentist. *J Am Dent Assoc* 2006; 137(suppl 10):5S-6S.
16. Gordon SM, Dionne RA, Synder J. Dental fear and anxiety as a barrier to accessing oral health care among patients with special health care needs. *Spec Care Dentist* 1998;18 (2):88-92.
17. Woldorf JW. Transitioning adolescents with special health care needs: Potential barriers and ethical conflicts. *J Spec Pediatr Nurs* 2007;12(1):53-5.
18. Callahan ST, Cooper WO. Continuity of health insurance coverage among young adults with disabilities. *Pediatrics* 2007;119(6):1175-80.
19. US Dept of Health and Human Services. Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). Available at: "http://aspe.hhs.gov/admsimp/pl104191.htm". Accessed March 23, 2008.
20. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on dental home. *Pediatr Dent* 2007;29(suppl):22-3.
21. Nowak AJ. Patients with special health care needs in pediatric dental practices. *Pediatr Dent* 2002;24(3):227-8.
22. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on record-keeping. *Pediatr Dent* 2007;29(suppl):29-33.
23. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on use of a caries-risk assessment tool (CAT) for infants, children and adolescents. *Pediatr Dent* 2007;29(suppl):29-33.
24. Klein U, Nowak AJ. Autistic disorder: A review for the pediatric dentist. *Pediatr Dent* 1998;20(5):312-7.
25. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on informed consent. *Pediatr Dent* 2007;29(suppl):219-20.

26. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. *Pediatr Dent* 2008;30(suppl):125-33.
27. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on dietary recommendations for infants, children, and adolescents. *Pediatr Dent* 2008;30(suppl):47-8.
28. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on pediatric restorative dentistry. *Pediatr Dent* 2008;30(suppl):163-9.
29. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on fluoride therapy. *Pediatr Dent* 2008;30(suppl):121-4.
30. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on interim therapeutic restorations (ITR). *Pediatr Dent* 2008; 30(suppl):38-9.
31. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on oral health care/dental management of heritable dental developmental anomalies. *Pediatr Dent* 2008;30(suppl): 196-201.
32. American Cleft Palate-Craniofacial Association. Parameters for evaluation and treatment of patients with cleft lip/ palate or other craniofacial anomalies. Chapel Hill, NC: The Maternal and Child Health Bureau, Title V, Social Security Act, Health Resources and Services Administration, US Public Health Service, Dept of Health and Human Services; Revised edition November 2007. Grant #MCJ-425074.
33. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on third party reimbursement for oral health care services related to congenital orofacial anomalies. *Pediatr Dent* 2007;29 (suppl):71-2.
34. National Foundation for Ectodermal Dysplasias. Parameters of oral health care for individuals affected by ectodermal dysplasias. National Foundation for Ectodermal Dysplasias. Mascoutah, Ill; 2003.
35. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on the ethical responsibility to treat or refer. *Pediatr Dent* 2008; 30(suppl):83.

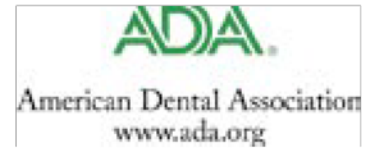


# El hogar dental

## Nunca es demasiado tarde para empezar



Proyecto conjunto de la American Academy of Pediatric Dentistry Foundation (Fundación de la Academia Americana de Odontología Pediátrica), The Dental Trade Alliance Foundation (Fundación de la Alianza Comercial Dental) y The American Dental Association (Asociación Dental Americana)



### El hogar dental

La American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD, Academia Americana de Odontología Pediátrica) y la American Dental Association (ADA, Asociación dental americana) respaldan el concepto de «Dental Home», que es la relación continua entre el dentista que es el prestador de atención dental primaria y el paciente, e incluye la atención amplia de la salud bucal, a partir de no más de un año de edad.



Establecer un hogar dental significa que un dentista autorizado maneja el cuidado de la salud bucal del niño de manera amplia, continuamente accesible, coordinada y centrada en la familia. El concepto de hogar dental refleja las políticas y mejores principios de la AAPD y la ADA para la prestación adecuada del cuidado de la salud bucal, con énfasis en el inicio de estrategias preventivas durante la infancia. Un examen de la salud bucal infantil es simple, sencillo y eficaz.

El hogar dental mejora la capacidad profesional del dentista de brindar un cuidado de la salud bucal óptimo, comenzando con la visita dental al año de edad para un cuidado preventivo y un tratamiento exitosos, como parte de una base de cuidado de la salud bucal para toda la vida. Además, al establecer un hogar dental se garantiza la derivación apropiada a especialistas dentales cuando la atención no pueda ser brindada directamente en el hogar dental.

Las caries, si no se tratan incluso en las etapas más tempranas de la vida, pueden tener consecuencias serias para la salud y el bienestar a largo plazo del niño.

El cuidado preventivo temprano es una inversión sólida en salud y economía. Los padres quizás no llevan a sus hijos pequeños al dentista por diversas razones y, sin embargo, un estudio de octubre de 2004 publicado en *Pediatrics*, mostró que los costos dentales de un niño que hace su primera visita dental antes del año de edad son un 40 % más bajos en los primeros cinco años que los de aquellos niños que no van a un dentista antes de cumplir el año.



En *Pediatrics* también se informó que las caries en la primera infancia pueden evitarse con una atención dental profesional temprana, complementada con una evaluación del riesgo de caries, orientación anticipada y supervisión periódica. Además, sin un cuidado preventivo, el impacto de las caries en el desarrollo del niño puede ser significativo. Las caries en la infancia se han relacionado con un peso corporal inferior al ideal y pérdida de tiempo escolar. Los efectos de una mala salud bucal pueden sufrirse durante toda la vida.

¿Cómo pueden marcar la diferencia los dentistas? Al incorporar la visita/examen de salud bucal infantil al año de edad en su práctica, usted ayudará a evitar las caries en la primera infancia y dará un gran paso para garantizar un cuidado óptimo de la salud bucal para toda la vida.

### Cómo marcar la diferencia

#### American Academy of Pediatric Dentistry Foundation (Fundación de la Academia Americana de Odontología Pediátrica)

211 East Chicago Ave., Suite 1700  
Chicago, IL 60611  
[www.aapdfoundation.org](http://www.aapdfoundation.org)

La Fundación de la AAPD apoya la educación, investigación, servicio y desarrollo de políticas que impulsen la salud bucal de lactantes y niños hasta la adolescencia, incluidos aquellos con necesidades especiales de atención de la salud.

#### The Dental Trade Alliance Foundation (Fundación de la Alianza Comercial Dental)

2300 Clarendon Blvd.  
Arlington, VA 22201  
[www.dentaltradealliance.org](http://www.dentaltradealliance.org)  
[www.dtafoundation.org](http://www.dtafoundation.org)

La Fundación DTA financia y apalanca iniciativas prometedoras que harán más productiva la práctica de la odontología, mejorarán el acceso al cuidado de la salud bucal y harán crecer el mercado dental.

#### The American Dental Association (Asociación Dental Americana)

211 East Chicago Ave. Chicago, IL 60611  
[www.ada.org](http://www.ada.org)

La American Dental Association representa a más de 153 000 miembros. Defiende la salud del público y promueve el arte y la ciencia de la odontología.



1. Los padres y otros prestadores de atención de la salud deben establecer un hogar dental para todos los niños hacia los 12 meses de edad.
2. Un hogar dental debe brindar:
  - a. Cuidado exhaustivo de la salud bucal, incluida la atención aguda y los servicios preventivos.
  - b. Evaluación exhaustiva de enfermedades y afecciones bucales.
  - c. Un programa de salud dental preventivo individualizado a partir de una evaluación del riesgo de caries y una evaluación del riesgo de enfermedades periodontales.
  - d. Orientación anticipada sobre cuestiones de crecimiento y desarrollo (por ejemplo, dentición, hábitos de succión digital o uso de chupón).
  - e. Un plan para traumas dentales agudos.
  - f. Información sobre el cuidado apropiado de los dientes y encías del niño. Esto incluirá la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de los tejidos de sostén y circundantes, y el mantenimiento de la salud, funcionamiento y estética de esas estructuras y tejidos.
  - g. Asesoría sobre la dieta.
  - h. Derivaciones a especialistas dentales cuando la atención no puede ser brindada directamente en el hogar dental.
3. La AAPD defiende la interacción con programas de intervención temprana, escuelas, programas de educación para la primera infancia y cuidado infantil, miembros de comunidades médicas y dentales, y otras agencias comunitarias públicas y privadas para garantizar el conocimiento de cuestiones de salud bucal específicas de la edad.

1. Primera visita al cumplir un año. Un niño debe visitar al dentista dentro de los seis meses a partir de la erupción del primer diente o al año de edad. El examen temprano y el cuidado preventivo protegerán la sonrisa de su hijo ahora y en el futuro.
2. Los problemas dentales pueden comenzar tempranamente. Una gran preocupación son las caries en la primera infancia (también conocidas como caries de biberón o caries de la lactancia). Los niños corren riesgo de tener caries graves cuando usan el biberón durante las siestas o por la noche, o cuando toman el pecho continuamente.
3. Cuanto antes se haga la visita al dentista, mayor será la posibilidad de evitar problemas dentales. Los niños con dientes saludables mastican la comida con mayor facilidad, tienen mayor capacidad para aprender a hablar con claridad y sonríen con confianza. Inicie a los niños ahora en buenos hábitos dentales para toda la vida.
4. Aliente a los niños a tomar de una taza a medida que se acercan a su primer cumpleaños. Los niños no deben usar el biberón para dormirse. El amamantamiento a demanda durante la noche debe evitarse a partir de la erupción de los primeros dientes. Debe evitarse tomar jugo de un biberón. Cuando se ofrezca jugo, debe ser en una taza.
5. Los niños deben dejar el biberón entre los 12 y 14 meses de edad.
6. La succión del pulgar es perfectamente normal en los bebés; la mayoría dejan de hacerlo a los 2 años y debe desalentarse después de los 4. La succión prolongada del pulgar puede hacer que los dientes se apiñen o tuerzan o causar problemas de mordida. Los dentistas pueden sugerir maneras de tratar el hábito prolongado de succión de pulgar.
7. Nunca unte el chupón en miel ni ninguna otra cosa dulce antes de darlo a un bebé.
8. Limite la frecuencia de refrigerios, que pueden aumentar el riesgo del niño de tener caries.
9. Los padres deben asegurarse que los niños pequeños usen cepillos de dientes del tamaño apropiado con una superficie de cepillado pequeña, y solo una cantidad de pasta dental con fluoruro del tamaño de un garbanzo cada vez que se cepillan. Los niños pequeños siempre deben ser supervisados cuando se cepillan, y se les debe enseñar a escupir la pasta en lugar de tragarla. Salvo que el dentista u otro profesional de la salud lo hayan indicado, los padres no deben usar pasta dental con fluoruro en niños menores de dos años.
10. Los niños que toman principalmente agua en botella quizás no estén obteniendo el fluoruro que necesitan.
11. De los seis meses a los 3 años de edad, los niños pueden tener dolor en las encías cuando aparecen los dientes. A muchos niños les gusta usar un mordedor limpio, una cuchara fría o un trapo húmedo frío. Algunos padres prefieren un anillo enfriado; otros simplemente frotan las encías del bebé con su dedo limpio.
12. Los padres y los cuidadores deben cuidar sus propios dientes, para no transmitir con facilidad las bacterias que causan caries a los niños. No limpie chupones o utensilios para comer con su propia boca antes de darlos al niño. Esto también puede transmitir bacterias de los adultos a los niños.

Febrero, 2007

