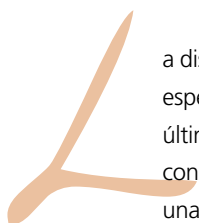


Odontología en bebés y niños vulnerables

Autora: Dra. Patricia Di Nasso

Profesora titular efectiva de la asignatura atención odontológica del paciente discapacitado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina. Magíster en gestión de organizaciones públicas (especialidad en educación). Investigadora categoría 3, especialista en odontología preventiva y social. Coordinadora del área bebé especial del Centro de Atención Odontológica al Discapacitado.



La disminución de la mortalidad perinatal e infantil ha sido el resultado de los avances científicos en medicina, específicamente en pediatría. Entre ellos, la aplicación de la terapia intensiva pediátrica con tecnología de última generación en las salas de neonatología y los controles periódicos en los embarazos de alto riesgo constituyen los pilares que sostienen estos datos. El seguimiento de los recién nacidos de alto riesgo resulta una necesidad fundamental, y en muchas ocasiones la reducción de la mortalidad conlleva un incremento importante de la morbilidad y la aparición de secuelas posteriores.

Algunos investigadores concluyen que casi se ha triplicado el número de niños con trastornos discapacitantes crónicos en los últimos 30 años en los países desarrollados y sus tasas de supervivencia han aumentado, de tal manera que 90% de ellos alcanza la edad adulta. Esto implica que dichos niños y su entorno necesitarán intervención temprana preventiva y terapéutica.

Los niños nacidos en condiciones de alto riesgo biológico son aquellos que presentan problemas que ponen en peligro su salud durante el periodo prenatal, en el momento del nacimiento o en la etapa posnatal y también los niños prematuros o con bajo peso en el momento del nacimiento (el grupo más numeroso).

En la actualidad la disminución de la mortalidad de bebés prematuros extremadamente pequeños (menores de 1000-1500 gramos) generalmente va acompañada de un gran aumento de la morbilidad (prematuros nacidos con bajo peso que sobreviven con secuelas). Estos niños constituyen un grupo con peligro de padecer más enfermeda-

des, y los infantes de más bajo peso en el nacimiento son los que más secuelas pueden presentar. Por lo tanto, es fundamental la evaluación de los patrones de crecimiento de estos bebés y niños, incorporarlos junto a la familia a programas personalizados de atención temprana y con frecuencia observar el curso del desarrollo, intervenir en los problemas detectados y valorar el impacto de las acciones terapéuticas para poder reorientar las intervenciones si fuera necesario.

El *Libro blanco de la atención temprana* (España, 2000) define atención temprana como el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades permanentes o transitorias que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, deben ser planificadas por un equipo de profesionales de la orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

Cuadro 1. Factores de riesgo odontológico

Amamantamiento materno/mamadera	Cuando el bebé adopta malas posturas en la cama
Alimentación	Dulce y nocturna con ausencia de higiene bucal posterior
Cepillado dentario	Ausente o incorrecto
Dieta/ingesta de hidratos de carbono	Frecuencia: más de 5 veces al día Permanencia en boca por largo tiempo (especialmente en niños con trastornos motores y dificultades deglutorias)
Fluoruros en agua	Ausente o escaso Su presencia disminuye 50% de caries
Defectos congénitos	Convierten al niño en más vulnerable

Odontología y discapacidad en los primeros años de vida

En este artículo se hablará de riesgo como la posibilidad de adquirir una enfermedad. Éste puede ser mayor o menor y producirse por factores socioambientales y congénitos.

Factores que determinan el nivel de riesgo

El objetivo es mantener la salud bucal del niño el mayor tiempo posible. Por un lado, la visita periódica al dentista es un pilar importante y, por otro, en cualquier tratamiento ▶

Cuadro 2. Factores que determinan el nivel de riesgo

1er nivel Bajo riesgo	2º nivel Mediano riesgo	3er nivel Alto riesgo
Bebé con buena salud Ausencia de defectos congénitos	Presencia de defectos congénitos	Presencia de defectos congénitos
Padres/familia realizan la higiene bucal	Ausencia de higiene bucal	Ausencia de higiene bucal
Bajo consumo de hidratos de carbono (azúcares)	Consumo de hidratos de carbono: más de 6 veces por día	Consumo de hidratos de carbono: más de 6 veces por día
Alimentación nocturna sin azúcares e higiene posterior	Alimentación nocturna con/sin azúcares e higiene posterior no diaria	Alimentación nocturna con azúcares sin higiene posterior
Agua fluorada en dosis óptima	Agua con insuficiente dosis de fluoruros	Ausencia de agua fluorada

Cuadro 3. Mecanismos de higiene bucal por edad

Edad	Elementos de higiene bucal	Frecuencia
Bebé	Gasa seca envuelta en el dedo de la mamá, sin pastas dentales	Después de amamantar al bebé o al menos con el baño diario
Bebé con dientes anteriores	Cepillo dedal para bebés en silicona sin pasta dental, no humedecer.	Después de comidas principales No olvidar antes de dormir
Niño con dentición temporaria completa	Dos cepillos de cabezal pequeño: uno para el niño (para jugar a cepillarnos, imitar) y el otro para los padres Se recomienda el recambio del cepillo dental a medida que el niño crece, por ello son útiles los cepillos para cada edad	Estimular la autonomía del niño Después de comidas principales No olvidar antes de dormir

odontológico que se instale en un paciente es fundamental identificar y controlar los factores de riesgo.

Atención temprana odontológica

También existe una atención temprana odontológica que reúne al conjunto de intervenciones en el área bucal y complejo orofacial, dirigidas a los bebés y niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos, con necesidades permanentes o transitorias entre 0 a 6 años, a la familia y al entorno. Las actividades terapéuticas que se realicen deberán considerar las características evolutivas biológicas y psicológicas de los bebés y niños vulnerables y deberán planificarse y llevarse a cabo por equipos de profesionales de orientación interdisciplinaria o transdisciplinaria.

No es común la intervención de los odontólogos en los equipos multidisciplinarios de atención temprana, pero poco a poco se está tomando conciencia del alto riesgo que estos bebés y niños tienen de padecer más enfermedades, incluidas diversas patologías orales que podrían prevenirse si se instalara tempranamente un programa de estimulación, asesoramiento y seguimiento de la evolución, crecimiento y desarrollo de la salud orofacial de tales infantes.

Generalmente, los equipos de especialistas a cargo del seguimiento y tratamiento de estos niños deberían incluir obstetras, neonatólogos, neuropediatras, psicólogos, fisioterapeutas, pediatras de atención primaria, personal de enfermería, logopedas, kinesiólogos, fonaudiólogos, oftalmólogos, otorrinolaringólogos y odontólogos, entre otros. Pero la realidad es que en pocos centros se incluye a estos últimos como miembros de dichos equipos multidisciplinarios. Uno de los problemas comunes entre muchos de ellos y menos atendido es el estado de salud bucal; las grandes necesidades médicas pueden haber motivado que haya sido poco atendido. Por ello, inmediatamente después de que se hayan resuelto los problemas vitales prioritarios del nacimiento, se deberá informar y educar a los padres sobre la salud oral de sus hijos e instaurar programas de prevención, ya que estos niños, debido a sus especiales condiciones perinatales, siempre serán considerados como pacientes de riesgo orofacial.

Los niños con riesgo en su salud bucal presentan una patología estructural del esmalte y la dentina, caries y enfermedad de las encías debidas a la alimentación rica en hidratos de carbono (sacarosa/golosinas/azúcares) e ingesta de medicamentos con agregados dulces que mejoran

Cuadro 4. Actitudes de salud bucal

Objetivos	Actividades
<ul style="list-style-type: none">Realizar acciones clínicas de prevención odontológica en niños con discapacidad de 0 a 6 años de vida	Visita periódica odontológica desde los primeros meses de vida Asesoramiento sobre amamantamiento, uso de chupete (sin miel) y alimentación con mamadera (sin azúcar) Fluoruros de alta frecuencia Progresión en la consistencia de los alimentos (líquidos, semilíquidos, semisólidos, sólidos) Evaluar hábitos dañinos (chuparse el dedo, rechinamiento dentario, respiración bucal)
<ul style="list-style-type: none">Indicar estrategias de promoción de salud en bebés de 0 a 3 años	Ingesta de alimentos y medicamentos Instalación de higiene diaria como un hábito de salud Evaluación de posturas que incidan negativamente en el complejo orofacial
<ul style="list-style-type: none">Fomentar en las ciencias de la salud la importancia de la derivación temprana odontológica	Derivación e interconsulta de los profesionales de la salud hacia la consulta odontológica temprana y viceversa
<ul style="list-style-type: none">Orientar a los padres de los niños con discapacidad sobre aspectos de educación para la salud bucal	Higiene oral, asesoramiento dietético, hábitos

el sabor, pero son altamente perjudiciales para los tejidos bucales e higiene bucal deficiente o ausente. La cronología de erupción de dentición temporaria y permanente alterada generalmente se ve retrasada en este grupo de infantes. Asimismo, suele aparecer la maloclusión debido a alteraciones posturales, malos hábitos, respiración bucal, proyección anterior de la lengua.

De este modo, los hábitos higiénicos generalmente están ausentes o son escasos. Estos bebés y niños necesitan del adulto para mantener la higiene bucal diaria, pero muchas veces los padres ignoran la mejor metodología para realizarla. Por ejemplo, no saben qué cepillos o pastas dentales serían los más adecuados.

Se debe recordar que los niños con trastornos motores pueden tener dificultades para deglutir o salivar, por lo que se recomienda no usar pasta dentífrica, ya que puede tragársela o a veces no pueden enjuagarse. Con respecto a la

consulta odontológica, también está ausente o es escasa; con frecuencia se brinda orientación solamente para solucionar la urgencia.

Es importante considerar los datos neonatales, ya que aportan información sobre la presencia de secuelas en el paciente infantil nacido en condiciones de riesgo; esto permitirá al odontólogo establecer protocolos preventivos y de atención al niño. Brindar las posibilidades de prevención y terapéutica odontopediátrica a la población infantil que se encuentra afectada por algún tipo de discapacidad física o psíquica o se halla en situación de riesgo, resulta un pilar fundamental para la limitación del daño bucal previa evaluación individualizada de cada caso y patología concreta.

Lo ideal es que posteriormente se establezcan estrategias de salud encaminadas a conservar la salud oral de estos niños, considerando que en los casos en que la patología sea extensa, las posibilidades de atención oral se dificultan.

Cuadro 5. Plan de tratamiento

Periodo	Eje	Actividades
Prenatal, natal y posnatal	Educación para la salud bucal en los padres	Charlas con los padres sobre relación embarazo/buena dentición
	Alimentación de la embarazada Terapia odontológica	Dieta equilibrada Época de la primera visita odontológica del bebé Medicamentos peligrosos (tetraciclinas)
6 a 12 meses	Examen orofacial	Secuencia de erupción Estructura dentaria Oclusión
	Educación para la salud bucal	Higiene oral Hábitos/ succión/ maloclusión Derivación a estimulación temprana
	Alimentación del bebé	Tipo y frecuencia
12, 24 y 36 meses	Examen orofacial	Dientes, tejidos blandos, frenillos, caries, oclusión de maxilares y primeros molares
	Educación para la salud bucal	Higiene (cepillado), flúor, traumatismos
	Alimentación del niño	Hidratos de carbono

Por todo lo anterior, queda claro que es muy relevante la prevención desde el embarazo, estableciendo programas de seguimiento y atención. Un plan de salud bucodental individualizado acorde a las necesidades concretas de infantes vulnerables o discapacitados tiene como finalidad minimizar la patología más común en ellos. Se pueden crear áreas de colaboración en forma de seguimiento y control de salud bucodental en tres ámbitos:

- Programas de salud oral en el hogar, en los que la finalidad es que el niño llegue a ser responsable de su propio cuidado. En un principio estaría supervisado por los padres, contemplando en un futuro el logro de la propia autonomía del paciente.
- Programas de salud oral en el centro de atención especial, en los que el educador supervise y ejecute los protocolos establecidos en cada niño como medida de educación en su propia salud.
- Programas de atención odontológica en el niño con dis-

capacidad, con todos los aspectos a considerar en cada caso, dependiendo de la patología presente en cada uno. Establecimiento de programas de atención, prevención y seguimiento, ideando y aplicando nuevos sistemas que posibiliten y faciliten el control de la enfermedad oral en este grupo de pacientes infantiles. ∞

Referencias bibliográficas

1. Alió SJ. RAPPORT, XV *Congress of the International Association of Disability and Oral Health*, 2000, Aula médica ediciones.
2. Cruz M, Bosch J. *Atlas de síndromes pediátricas* 1998. Espaxs.
3. Figueiredo W. *Odontología para el bebé*. Ed. Amolca, 2000.
4. Grupo de atención temprana. *Libro blanco de la atención temprana*. Ed. Real patronato de prevención y de atención a personas con minusvalía. Madrid, 2000.
5. Koch M, Paulsen R. *Odontopediatría: enfoque clínico*. Panamericana, 1994
6. Nunn J. *Disability and oral care*. FDI World Dental Press Ltd 2000.
7. Ravaglia C. *Odontología en niños discapacitados: metodología para su atención*, 1999. Fundación Severo Vaccaro para las Ciencias y el Arte.