

ATENCION ODONTOLOGICA
TEMPRANA
en
BEBES y NIÑOS con DISCAPACIDAD

Autor: Dra. Patricia DI NASSO

Profesora Titular Efectiva asignatura Atención Odontológica del Paciente Discapacitado, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina. Magíster en Gestión de Organizaciones Públicas (Especialidad: Educación). Investigadora categoría 3, Especialista en Odontología Preventiva y Social. Coordinadora Area Bebé Especial del Centro de Atención Odontológica al Discapacitado. Email: patdin@fodonto.uncu.edu.ar



Introducción

La **disminución de la mortalidad perinatal e infantil** ha sido el resultado de los avances científicos en Medicina y 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 fundamentan estos datos.

El **seguimiento de los recién nacidos de alto riesgo resulta una necesidad fundamental**, y en muchas ocasiones la disminución de la mortalidad lleva aparejada 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 treinta años en los países desarrollados** y sus tasas de supervivencia han aumentado de tal manera que el **90%** de ellos alcanza la **edad adulta**. Por lo cual estos 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 postnatal 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) va generalmente acompañada por 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 enfermedades** y los niños 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, evaluar 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** al 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, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

ODONTOLOGIA y DISCAPACIDAD en los PRIMEROS AÑOS de VIDA

En este artículo se hablará de "**riesgo**" como la posibilidad de adquirir una enfermedad. Este puede ser mayor o menor y producirse por factores socio-ambientales y congénitos

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: + 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 + vulnerable
---------------------	------------------------------------

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

<u>1° Nivel</u>	<u>2° Nivel</u>	<u>3° Nivel</u>
<u>BAJO RIESGO</u>	<u>MEDIANO RIESGO</u>	<u>ALTO RIESGO</u>
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

ATENCION TEMPRANA ODONTOLOGICA

También existe una ATENCION TEMPRANA ODONTOLOGICA 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 interdisciplinar o transdisciplinar.

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 incluídas 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 ellos.

Generalmente los equipos de especialistas a cargo del seguimiento y tratamiento en estos niños deberían, incluir obstetras, neonatólogos, neuropediatras, psicólogos, fisioterapeutas, pediatras de atención primaria, personal de enfermería, logopedas, kinesiólogos, fonoaudiólogos, oftalmólogos, otorrinolaringólogos y odontólogos, entre otros. Pero la realidad es que en pocos centros se incluye a este último como miembro de estos equipos multidisciplinarios y uno de los problemas comunes a 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 resueltos los problemas vitales prioritarios del nacimiento, deberemos 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

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), ingesta de medicamentos con agregados dulces que mejoran el sabor pero son altamente perjudiciales para los tejidos bucales e higiene bucal deficiente o ausente.

cronología de erupción de dentición temporaria y permanente alterada, generalmente retrasada

maloclusión debido a alteraciones posturales, malos hábitos, respiración bucal, proyección anterior de la lengua, etc.

Los hábitos higiénicos generalmente están ausentes o son escasos. Estos bebés y niños necesitan del adulto para realizar la higiene bucal diaria y muchas veces los padres ignoran la mejor metodología para realizarla, con qué cepillos sería más adecuado, pastas dentales, etc.

<u>Edad</u>	<u>Elementos de higiene bucal</u>	<u>Frecuencia</u>
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	2 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

IMPORTANTE:

Los niños con trastornos motores pueden tener dificultades para deglutir o salivar, por ello se recomienda NO usar pasta dentífrica ya que puede tragársela o a veces no pueden enjuagarse.

En referencia a la consulta odontológica, también está ausente o es escasa, con frecuencia se orienta solamente a solucionar la urgencia.

<u>Objetivos</u>	<u>Actividades</u>
<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), 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, rechamamiento dentario, respiración bucal, etc.)
<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 en aspectos de educación para la salud bucal.	higiene oral, asesoramiento dietético, hábitos

Es importante considerar los datos neonatales ya que aportan información sobre la presencia de secuelas en el paciente infantil nacido en condiciones de riesgo y permitirá al odontólogo establecer protocolos preventivos y de atención al niño.

Acercar las posibilidades de prevención y terapéutica odontopediátrica a la población infantil que se encuentra afectada de algún tipo de discapacidad física o psíquica o se encuentra en situación de riesgo, resulta un pilar importante la limitación del daño bucal previa evaluación individualizada de cada caso y patología concreta.

Se establecen posteriormente estrategias de salud encaminadas a conservar la salud oral en éstos niños, considerando que en los casos en que la patología sea extensa, las posibilidades de atención oral se dificultan. Por todo lo anterior se muestra especialmente relevante la **prevención** desde el embarazo, estableciendo **programas de seguimiento** y atención.

Un plan de salud bucodental individualizado a las necesidades concretas de niños vulnerables o discapacitados tiene como finalidad minimizar la patología más frecuentemente presente en estos niños.

Incluido en estos servicios, 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**, donde la finalidad es que el propio 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**, donde el educador supervise y ejecute los protocolos instaurados en cada niño como medida de educación en su propia salud.
- **Programas de atención odontológica en el niño con discapacidad**, con todos los aspectos a considerar en cada caso dependiendo de la patología presente en cada niño. 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 pacientes infantiles

PLAN de TRATAMIENTO

PERIODO	EJE y ACTIVIDADES	
Prenatal, Natal y Postnatal	Educación para la salud bucal en los padres Alimentación de la embarazada Terapia odontológica	Charlas con los padres sobre relación embarazo/buena dentición Dieta equilibrada Epoca de la primera visita odontológica del bebé Medicamentos peligrosos (tetraciclinas)
6 a 12 Meses	Examen Orofacial Educación para la Salud Bucal	Secuencia de erupción Estructura dentaria Oclusión Higiene oral Hábitos/ Succión/ Maloclusión Derivación a estimulación temprana

	Alimentación del Bebé	Tipo y frecuencia
12, 24 y 36 Meses	Examen Orofacial Educación para la Salud Bucal Alimentación del Niño	Dientes, tejidos blandos, frenillos, caries, oclusión de maxilares y 1° molares Higiene (cepillado), Fluor, traumatismos Hidratos de carbono

Bibliografía

- Alió Sanz, J. y col. RAPPORT, XV Congress of the International Association of Disability and Oral Health, 2000, Aula médica ediciones
- Cruz, M., Bosch, J. Atlas de Síndromes Pediátricos, 1998, Espaxs
- Figueiredo Walter de, L. R. "Odontología para el bebé" Ed. Amolca, 2000
- Grupo de Atención Temprana "Libro Blanco de la Atención Temprana" Ed. Real patronato de Prevención y de Atención a personas con Minusvalía, (Madrid, 2000)
- Koch, Modeér, Paulsen, Rasmussen, Odontopediatría: Enfoque clínico, 1994, Panamericana
- Nunn, J., Disability and oral care, 2000, FDI World Dental Press Ltd
- Ravaglia, C. " Odontología en Niños Discapacitados: Metodología para su Atención", 1999, Fundación Severo Vaccaro para las Ciencias y el Arte