

Calendario odontopediátrico

J. R. BOJ

Catedrático de Odontopediatria. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona. Campus de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

RESUMEN

El establecimiento de un “*dental home*” se inicia con la identificación e interacción de las personas implicadas: niños, padres y personal odontológico. El resultado obviamente es beneficioso para la salud oral de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: *Dental home. Medical home. Calendario odontopediátrico.*

ABSTRACT

The establishment of a “*dental home*” is initiated by the identification and interaction of children, parents and dental personnel. The result obviously has a beneficial impact on the patient's oral health.

KEY WORDS: *Dental home. Medical home. Pediatric dentistry schedule.*

INTRODUCCIÓN

La Odontopediatria es la rama de la Odontología orientada al cuidado de niños y adolescentes. Pediatria es a Medicina lo que Odontopediatria es a Odontología. La razón de ser de la Odontología pediátrica son los problemas dentales y bucofaciales que presentan los niños. Su comienzo se vinculó con el tratamiento de la caries dental, la pulpitis, la inflamación y el dolor. También, en sus inicios, se orientó hacia la extracción de dientes con patología infecciosa, o que habían sufrido traumatismos importantes. Más adelante, se enfocó hacia la detección del progreso de la caries, con énfasis en el mantenimiento de la integridad de la arcada en lugar de la pérdida dental a causa de caries o traumatismos. Las técnicas de restauración, el tratamiento pulpar, el mantenimiento del espacio y el control de la oclusión son aspectos fundamentales en este ámbito.

Sin embargo, la Odontopediatria en la actualidad presta muchísimo más énfasis a la prevención. La pertinencia, hoy en día, en recomendar un cuidado dental temprano, sin lugar a dudas, obedece a la calidad de la información sobre la prevención, el tratamiento y las técnicas disponibles. Esta recomendación coincide con el cambio de criterios en la profesión, en cuanto a la edad

que debe considerarse óptima para que el niño reciba supervisión profesional. Cuando el enfoque de la Odontología era terapéutico, la edad representaba una consideración importante por razones de conducta, colaboración y, por la incapacidad del profesional y del paciente infantil para comunicarse entre sí. Por dichas razones, la edad a que se acostumbraba a recomendar la primera visita dental era después del tercer o cuarto año de vida. En cambio, al madurar la profesión en el área de la prevención, esta edad resulta tardía para el inicio de los servicios preventivos adecuados; la prevención de enfermedades nunca es demasiado temprana (1,2).

La Odontopediatria ha ido constante y progresivamente virando de un enfoque terapéutico-conservador hacia un concepto de cuidados globales del paciente pediátrico. Así, todos los aspectos relacionados con la salud dental, incluyendo diagnóstico, prevención, medicina oral, restauraciones y la guía de la oclusión son responsabilidad del odontopediatra (3,4).

DENTAL HOME

La Academia Americana de Odontopediatria, apoya el concepto “*dental home*” para todos los niños (5).

Dicho concepto deriva de la Academia Americana de Pediatría en su definición de “*medical home*” (6,7). Los cuidados sobre salud pediátrica son mejores cuando son accesibles a la población diana y se ofrecen de forma continua e integradora desde un punto de vista global. Así, los niños que disponen de un “*dental home*” es más fácil que reciban cuidados preventivos y terapéuticos adecuados.

La Academia Americana de Odontopediatría, recomienda la primera visita al año de edad. Esta visita establece para el niño su “*dental home*” teniendo, así, la oportunidad de establecer las medidas preventivas oportunas. Debe realizarse una valoración del riesgo de enfermedad dental de una forma individual estableciendo un programa preventivo adaptado a cada niño; dar los consejos relacionados con temas de crecimiento y desarrollo, tales como: erupción dental, hábitos de succión digital o de chupete; información sobre higiene y cuidados referentes a la alimentación; planear un plan de emergencias para traumatismos dentales y, establecer un programa futuro de visitas de acuerdo a las necesidades individuales de cada bebé (2,8-10).

Los cuidados orales deben ser incluidos dentro de la provisión de cuidados globales del individuo, ya que la salud oral tiene un impacto significativo sobre la salud general. De tal modo, la salud oral representa mucho más que la salud de los dientes y debe ser integrada en un concepto más integrador de salud global (3).

CALENDARIO DE VISITAS

La Academia Americana de Odontopediatría, enfatiza el papel del odontopediatra como un proveedor de salud oral, tanto desde la vertiente general como la de especialista. Esta función, dual, es parecida a la función de pediatras, ginecólogos e internistas en medicina (11). Es durante las visitas, a cargo del proveedor general de la salud oral del niño, cuando se tiene que detectar si existen problemas en su salud bucodental para posterior tratamiento, si fuese preciso. Los profesionales tienen la obligación de actuar de manera ética con sus pacientes e informar del tratamiento necesario. Si el profesional no se siente preparado para realizar el tratamiento preciso tiene la obligación moral de referir el paciente a otro profesional para que se lleve a cabo el tratamiento oportuno (12).

A partir de la primera visita, las siguientes visitas de prevención tienen lugar, generalmente, cada seis meses. Se establecerán medidas preventivas universales y otras de carácter individual, específicas para las necesidades de cada niño. Pueden existir niños que precisen visitas cada tres o cuatro meses para prevención y otros sin embargo necesitarlas, solamente, una vez al año (2).

El profesional debe conocer los problemas que pueden existir en cada una de las etapas del paciente pediátrico y los tipos y enfoques de tratamiento que deban aplicarse. Los planteamientos en edades tempranas, en época de dentición mixta y en edad adolescente, evidentemente, van a ser muy distintos; pero el odontopediatra, tanto en su aspecto de cuidador general de la salud oral como de especialista, está en una disposición adecuada para proveer los cuidados necesarios en cada etapa.

Existen una serie de preguntas que por motivos éticos y en beneficio siempre de nuestros pacientes no conviene olvidar nunca. ¿Qué sucede si no se hace un tratamiento? ¿Cuál es la mejor manera de realizar el tratamiento? ¿Está el niño preparado para recibir el tratamiento necesario? ¿Qué alternativas terapéuticas existen? También consideramos muy necesario el análisis de los múltiples factores que inciden en los tratamientos de nuestros jóvenes pacientes y del impacto de nuestros tratamientos en la vida del niño y, aunque en menor medida de importancia, pero también muy importante, de la familia; la influencia de los tratamientos sobre la vida familiar del niño, su vida escolar, su tiempo, etc., hace necesario que tengamos la seguridad de que no se instauren tratamientos innecesarios. Todas estas reflexiones hacen que los calendarios de visitas y actuaciones precisen de la flexibilidad suficiente para variarlos y adaptarlos a las necesidades de cada paciente odontopediátrico.

J. R. Boj
Catedrático de Odontopediatría
Facultad de Odontología
Universidad de Barcelona
Campus de Bellvitge
08907 L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Core Values. *Pediatr Dent* 2005; 26: 5-6.
2. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance, and oral treatment for children. *Pediatr Dent* 2005; 26: 81-3.
3. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on oral health care programs for infants, children, and adolescents. *Pediatr Dent* 2005; 26: 17.
4. Dean JA, Mc Donald RE, Avery DR. Management of the developing occlusion. En: Mc Donald RE, Avery DR, Dean JA. *Dentistry for the child and adolescent*. St. Louis: Mosby, 2004. p. 625-83.
5. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on the dental home. *Pediatr Dent* 2005; 26: 18.
6. American Academy of Pediatrics. Ad hoc task force on the definition of the medical home. *The medical home*. *Pediatrics* 1992; 90: 774.
7. American Academy of Pediatrics. Section on Pediatric Dentistry. Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home. *Pediatrics* 2003; 111: 1113-6.
8. Pinkham JR. Importancia práctica de la odontología pediátrica. En: Pinkham JR. *Odontología pediátrica*. México: Mc Graw – Hill Interamericana, 2001. p. 3-12.
9. Mc Donald RE, Avery DA, Dean JA. Examination of the mouth and other relevant structures. En: Mc Donald RE, Avery DA, Dean JA. *Dentistry for the child and adolescent*. St. Louis: Mosby, 2004. p. 1-22.
10. American Academy of Pediatric Dentistry. Management of the developing dentition in Pediatric Dentistry. *Pediatr Dent* 2005; 26: 128.
11. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on the role of pediatric dentists as both primary and specialty care providers. *Pediatr Dent* 2005; 26: 59.
12. American Academy of Pediatric Dentistry. Ethics of failure to treat or refer. *Pediatr Dent* 2005; 26: 60.