



GUÍA DE LA SALUD ORAL EN LA DISCAPACIDAD

EDUCAR, PREVENIR Y TRATAR



CONSEJO DENTISTAS
ORGANIZACIÓN COLEGIADA DE DENTISTAS DE ESPAÑA



www.saludoralydiscapacidad.es

Reservado todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

© Consejo General de Colegios de Dentistas de España.

I.S.B.N.: 978-84-127973-4-3
Depósito legal: M-9276-2024

EDITORIAL:



GRUPO ICM DE COMUNICACIÓN
Avenida de San Luis, 47. 28033 Madrid.
Tel.: 91 766 99 34 / www.grupoicm.es

Impreso en España / Printed in Spain.



El papel utilizado en este producto procede de reciclado y fuentes controladas.



GUÍA DE LA SALUD ORAL EN LA DISCAPACIDAD

EDUCAR, PREVENIR Y TRATAR



ÍNDICE

PRESENTACIÓN	5
EL CONTEXTO DE LA DISCAPACIDAD EN ESPAÑA	6
TIPO Y GRADO DE DISCAPACIDAD	10
LAS PATOLOGÍAS BUCODENTALES MÁS FRECUENTES	14
LA IMPLICACIÓN DE LOS CUIDADORES	24
LOS PROTOCOLOS PREVENTIVOS EN LA DISCAPACIDAD	44
BIBLIOGRAFÍA	58

PRESENTACIÓN

Esta guía dirigida a los dentistas pretende ayudarles en su relación profesional con las personas que presentan alguna discapacidad.

Proporciona una información actualizada sobre aspectos relativos a la salud oral en la persona con discapacidad física o intelectual. Asimismo, aporta consejos y recomendaciones para informar y educar al paciente o a sus cuidadores, y prevenir las patologías bucodentales.

Ha sido elaborada gracias a las aportaciones científicotécnicas de la Sociedad Española de Odontostomatología para pacientes con Necesidades Especiales (SEOENE) a la que agradecemos su inestimable colaboración.

Nuestros sinceros agradecimientos, asimismo, a Oral-B por el patrocinio e implicación en esta guía y en la Campaña de Salud Oral en la Discapacidad.

Desde el Consejo General de Dentistas de España, la Fundación Dental Española y la Sociedad Española de Odontostomatología para pacientes con Necesidades Especiales, esta guía reitera nuestro firme compromiso con la promoción de hábitos saludables, reclamando que las personas con discapacidad tengan el derecho a optar a una salud oral óptima en pro de su salud general, calidad de vida y dignidad.

Óscar Castro Reino

Presidente del Consejo General de Dentistas de España.





EL CONTEXTO DE LA DISCAPACIDAD EN ESPAÑA



La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud de la OMS define la discapacidad como un término genérico que engloba deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. La discapacidad adopta muchas formas diferentes e incluye a personas con deficiencias con o sin necesidades adicionales. Sin embargo, no todas las personas con discapacidad tienen necesidades complejas. La discapacidad es un concepto amplio que se aplica por igual a personas con deficiencias físicas, sensoriales o intelectuales, o, en muchos casos, a una combinación de ellas.

La última encuesta del INE sobre discapacidad en España¹ en 2020 muestra que hay 4,38 millones de personas que presentan algún tipo de discapacidad, lo que supone un aumento del 14% respecto a la anterior encuesta realizada en 2008.

El 55,7% de las personas con discapacidad presenta dificultades importantes de movilidad y el 31,6% con el cuidado personal.

Casi la mitad de las personas con discapacidad recibe cuidados o asistencia personal. En el 24,6% de los casos, los cuidados son proporcionados por alguna persona residente en el hogar, en el 12% por personas no residentes y en el 13% son prestados por ambos.

En cuanto a la tipología del cuidador, en los menores de 44 años que reciben cuidados, los cuidadores principales son los progenitores en el 70% de los casos. Para el 48% de las personas de 45 a 79 años el cuidador principal es el cónyuge o pareja. Por su parte, para el 59% de las personas de 80 o más años, el cuidador principal son los hijos.

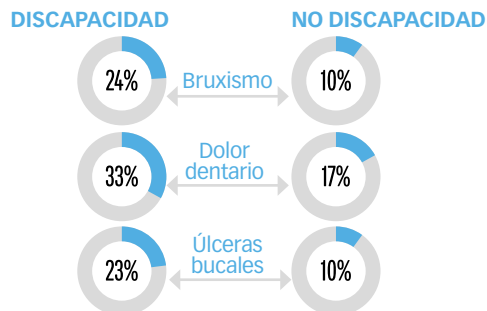
Entre agosto y octubre de 2023, Oral B España ha llevado a cabo un interesante estudio en nuestro país a través de una encuesta realizada a 1.000 familias con

el objetivo de analizar la relación entre la discapacidad y la salud oral. Los datos se ponderaron para ajustarlos a la distribución demográfica del país por edad, sexo y región. El margen de error para el conjunto de la muestra de 1.000 encuestados es de +/-3,1% con un nivel de confianza del 95%.

Los principales resultados del mencionado estudio muestran que las personas con discapacidad reportan mayores prevalencias de patología oral. Además, la mayoría refiere que el cuidado bucodental es para ellos una lucha diaria. Finalmente, solo una minoría de las personas con discapacidad en España está completamente satisfecha con su experiencia con el dentista.

En España, las personas con discapacidad tienen más probabilidades de declarar problemas de salud bucodental.

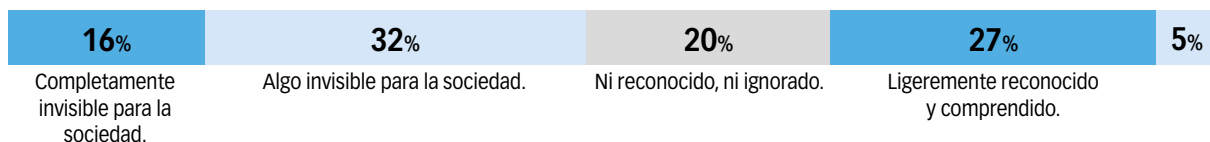
- Entre las personas con discapacidad en España, la mitad (49%) piensa que nunca conseguirá alcanzar la salud bucodental deseada.
- Tienen casi el doble de probabilidades de rechinar los dientes (24%) que las personas sin discapacidad (10%).
- Tienen casi el doble de probabilidades de sufrir dolor dentario (33% frente a 17%) o úlceras bucales (23% frente a 10%) que las personas sin discapacidad.



Más de la mitad de las personas con discapacidad en España (57%) afirma que el cuidado bucal es una lucha diaria.

- Solo el 5% cree que la sociedad comprende plenamente las dificultades que atraviesan para mantener su salud bucodental. La mitad dice sentirse invisible.
- Para las personas con discapacidad, la principal lucha es olvidarse de cuidar la salud bucodental, sobre todo los menores de 35 años (38%).
- Casi un tercio (31%) tiene dificultades por falta de motivación o de conocimientos.
- El problema más común relacionado con los productos para las personas con discapacidad es la abrumadora oferta de productos, así como la incapacidad para distinguir las diferencias entre los mismos o determinar cuáles son adecuados para ellos.

48% DICE SENTIRSE INVISIBLE



Menos de un tercio (32%) de las personas con discapacidad en España está completamente satisfecha con su experiencia con el dentista.

- Una comunicación clara podría marcar la diferencia: Las personas con discapacidad tienen el doble de probabilidades (16%) que las personas sin discapacidad (9%) de afirmar que su experiencia con el

dentista mejoraría si se les explicaran los problemas y los procedimientos.

- La ayuda con los costes de los tratamientos dentales mejoraría la experiencia de las personas con discapacidad.
- El coste es un obstáculo para acudir al dentista, incluso para las personas con mayores ingresos (62%).

Un tercio de las personas con discapacidad tiene dificultades por falta de motivación o de conocimientos

Tienen el doble de probabilidad de tener dolor dentario o úlceras bucales

El coste de los tratamientos es una importante barrera para recibir la atención bucodental para el 62% de las personas con discapacidad

Las limitaciones cognitivas, físicas y de comportamiento hacen complejo que las personas puedan cepillarse los dientes y usar una higiene interdental

Más de la mitad de las personas con discapacidad afirma que el cuidado bucodental se convierte en una lucha diaria

La mitad (49%) de las personas con discapacidad en España piensa que no podrá alcanzar nunca la salud bucodental que desearía

En las personas con discapacidad, la proporción de caries sin tratar es casi el doble que en la población general



ORAL B. ENCUESTA SOBRE LA DISCAPACIDAD Y SALUD ORAL (OCTUBRE 2023).



TIPO Y GRADO DE DISCAPACIDAD



Las discapacidades son muy diferentes unas de otras dependiendo del tipo y del grado de las mismas. Todas ellas suelen tener una repercusión en la salud oral de quién la padece, pero la intensidad y gravedad de esa afectación es sumamente variable.

En función de su etiología, pueden ser congénitas o adquiridas. En las primeras, el daño ocurre durante la etapa de desarrollo (infecciones intrauterinas, defectos metabólicos, anomalías cromosómicas, etc.) mientras que en las segundas, la causa ocurre al finalizar el desarrollo (traumatismo craneo-encefálico o medular, hemorragia, enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, etc.).

DISCAPACIDAD SEGÚN EL TIPO

En base a la naturaleza de la discapacidad, se distinguen las de predominio físico, psíquico, sensorial y cognitivo, aunque pueden coexistir varias en el mismo paciente (formas mixtas).

Discapacidad física: afecta a la movilidad y, a veces, al sistema respiratorio.

Discapacidad psíquica: produce daño emocional y social.

Discapacidad intelectual o cognitiva: produce problemas de aprendizaje y de atención.

Discapacidad sensorial: produce daño visual o auditivo.





DISCAPACIDAD SEGÚN EL GRADO DE DEPENDENCIA

La dependencia es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

Se distinguen 3 grados de dependencia:

Dependencia moderada (grado I): necesita ayuda

para realizar los cuidados básicos del cuerpo, al menos, una vez al día, o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal (191.000 personas, 17,5%).

Dependencia grave (grado II): necesita ayuda para realizar los cuidados básicos del cuerpo dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal. (354.500 personas, 32,7%)

Gran dependencia (grado III): necesita ayuda para realizar los cuidados básicos del cuerpo varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apo-

yo generalizado para su autonomía personal (539.000 personas, 49,8%).

El dentista, en base al tipo de discapacidad y al grado de dependencia del paciente, tiene que poder reconocer las principales patologías bucodentales asociadas, así como las recomendaciones en materia de prevención.

En el siguiente apartado se exponen de manera detallada y específica los principales problemas bucodentales en función de la tipología de la discapacidad de base. De manera general, los diversos problemas asociados a la discapacidad se relacionan con un aumento del riesgo de determinadas condiciones bucodentales.

LOS PROBLEMAS ASOCIADOS



Dificultad para mantener unos autocuidados orales regulares



Dificultad para tragar



Exposición a tratamientos que provocan caries



Parálisis o pérdida de sensibilidad facial



Múltiples afecciones médicas coexistentes



Polimedicación



Acúmulo de saliva en la boca o xerostomía



Métodos alternativos de alimentación

EL RIESGO DE CONDICIONES BUCODENTALES



Enfermedad periodontal



Caries



Pérdidas dentarias



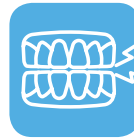
Encías inflamadas



Traumatismos dentales



Apiñamiento dental



Bruxismo



Fracturas dentales



Erosión dental



Infecciones dentales



LAS PATOLOGÍAS BUCODENTALES MÁS FRECUENTES

TOMADO DE: MANUAL DE HIGIENE ORAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD. SEOENE.

CARIES

La caries es una enfermedad multifactorial en la que existen una serie de condicionantes, denominados “determinantes de la caries”, que pueden influir en la pérdida de la sustancia mineral y en la velocidad de aparición de las lesiones. Los factores más importantes que determinan los cambios microbianos (microbiota cariogénica) son el exceso de azúcar en la dieta (sustrato cariogénico) y las reducciones importantes del flujo salival (huésped susceptible).

Las personas con discapacidad severa suelen presentar un elevado número de caries que en este colectivo puede estar particularmente relacionado con las dificultades de provisión del cuidado de salud oral y de acceso al tratamiento odontológico y, en ocasiones, con el contexto socio-económico.

Entre los principales factores que participan en el aumento de riesgo cariogénico cabe señalar:

- La xerostomía, secundaria al consumo de ansiolíticos y fármacos anticolinérgicos.



- El consumo de fármacos que incorporan vehículos azucarados.
- Dietas especiales, incluyendo aquellas que requieren ingestas frecuentes.
- Hipotonía de las mejillas, labios o lengua.
- Disfunción motora de manos y brazos.
- Desmotivación debido a la percepción continua de enfermedad.

El control y la prevención de la caries, entendidos como la toma de decisiones y estrategias de tratamiento preventivo y restaurador, exigen iniciativas tanto individuales como colectivas a fin de controlar la aparición y el desarrollo de la enfermedad.

Los resultados de la intervención se evalúan en términos de eliminación de la sintomatología, progresión o detención de las lesiones y restauración de la función y la estética.

El control de la caries en estos pacientes debe consistir básicamente en informar, educar y motivar al paciente/cuidadores, consejo dietético, instrucciones sobre el cepillado, instauración de medidas preventivas avanzadas y recomendaciones individualizadas.

ENFERMEDAD PERIODONTAL

Bajo el denominador común de enfermedad periodontal se aglutinan una serie de cuadros clínicos de origen infeccioso que afectan a las estructuras de soporte del diente y que se clasifican en dos grandes grupos: gingivitis y periodontitis.

Los pacientes con discapacidad suelen presentar una limitación, a veces muy importante, en la remoción adecuada y periódica del biofilm, principal causa de la enfermedad periodontal. Por otra parte,



determinadas condiciones médicas asociadas pueden favorecer la aparición de patología periodontal. Esta, a su vez, puede agravar la situación general del paciente con discapacidad.

La gingivitis se produce fundamentalmente por la acumulación inespecífica de placa bacteriana y se trata mediante un control riguroso de esta. En el caso de la periodontitis, las bacterias son necesarias, pero no suficientes para explicar su etiopatogenia. Otros factores de riesgo inherentes al huésped y de carácter ambiental determinan el inicio, la evolución y el pronóstico de la periodontitis y condicionan la elección de la modalidad terapéutica. Estos factores son aún más importantes desde el punto de vista de la prevención y el diagnóstico precoz, ya que permiten identificar grupos e individuos "de riesgo".

La relación entre factores sistémicos y periodontitis es

bidireccional, es decir, que las infecciones periodontales también pueden afectar a otros aparatos y sistemas, lo que permite especular que el control de las enfermedades periodontales podría contribuir a la prevención y/o el control de determinadas alteraciones sistémicas. Algunas formas precoces y severas de enfermedad periodontal pueden aparecer en niños con alteraciones del sistema inmunitario o con trastornos del tejido conectivo, por lo que la periodontitis suele ser especialmente agresiva en pacientes con determinadas anomalías genéticas como el síndrome de Down.

Las medidas necesarias para un buen control de la salud gingival incluyen una adecuada higiene oral domiciliaria, valorar la administración rutinaria de antisépticos bucales y las visitas regulares al dentista. Hay que tener presente las limitaciones de cada paciente -especialmente la habilidad manual-, adaptando, si es preciso, el cepillo de forma individualizada y aplicando técnicas de cepillado específicas.

HALITOSIS

El principal factor etiológico de la halitosis corresponde a los compuestos volátiles de sulfuro liberados por las bacterias de la placa que colonizan, fundamentalmente, el dorso lingual y las bolsas periodontales. Aunque cierto grado de halitosis es común en personas saludables, particularmente después de dormir (aliento matinal), y muchos alimentos y bebidas también pueden causar halitosis -algo obvio en el caso de ajos, cebollas o salsas curry-, una higiene oral deficiente favorece la aparición de halitosis, especialmente cuando esta coexiste con cualquier proceso infeccioso oral, incluyendo:

- Gingivitis.
- Periodontitis.

- Abscesos dentales.
- Alveolitis seca (después de una exodoncia).
- Sinusitis.
- Amigdalitis.

Excepcionalmente, la halitosis puede deberse a otras causas de origen extraoral, como:

- Diabetes.
- Problemas pulmonares.
- Insuficiencia renal severa.
- Enfermedad hepática.
- Alteraciones psiquiátricas (halitosis delusoria).

El abordaje de la halitosis incluye el tratamiento de la causa, el consejo dietético y una higiene oral adecuada, incorporando la limpieza de la lengua y las mucosas y valorando la conveniencia del uso rutinario de antisépticos.

TRAUMATISMOS

Los traumatismos dentales son habituales en las personas con alteraciones de la coordinación motora, con epilepsia y entre los discapacitados psíquicos severos, como la oligofrenia, el delirio (común en diversos cuadros psicóticos) y la demencia (detectable en el 50%



de las personas mayores institucionalizadas). La complicación más frecuente del traumatismo dental es la fractura de la corona, especialmente en la dentición permanente. Si la fractura es pequeña (menos de un cuarto del total) o el fragmento dentario no está desplazado, el paciente debe visitar al dentista en el plazo de 24 horas desde el momento del traumatismo. Si por el contrario el fragmento fracturado es grande, debe sumergirse en leche, suero fisiológico o agua, y se tiene que acudir al dentista a la mayor brevedad posible, ya que en algunas circunstancias (si está íntegro, es adaptable, incluye esmalte y dentina, y no tiene caries) puede restituirse a su posición original. Es conveniente que el paciente muerda una gasa estéril para proteger la zona de fractura y evite las comidas.

Otra consecuencia común de los traumatismos es la avulsión dentaria, que consiste en la salida de un diente íntegro de su alojamiento en el hueso alveolar y que interesa sobre todo a los incisivos centrales superiores.

ATRICIÓN

La atrición es el desgaste fisiológico de la dentición como resultado de los contactos oclusales entre los dientes superiores e inferiores. Es más intensa en la dentición temporal y durante la etapa de crecimiento -para facilitar la libertad de movimientos de los maxilares y el ajuste oclusal-, aunque en menor grado continúa durante toda la vida. La atrición puede ser patológica cuando se expone la dentina y en consecuencia se acelera la pérdida de tejido dentario (más común en personas de edad avanzada). Sigue un patrón característico que afecta especialmente a las superficies coronarias incisales, oclusales e interproximales. Se han descrito algunos factores que condicionan el ritmo de atrición, como la dureza de la dieta, determinadas características de la

saliva, la mineralización irregular de los dientes (como ocurre en la dentinogénesis imperfecta o en el síndrome de Ehlers-Danlos) y la tensión emocional (especialmente en personas con discapacidad psíquica).

EROSIÓN

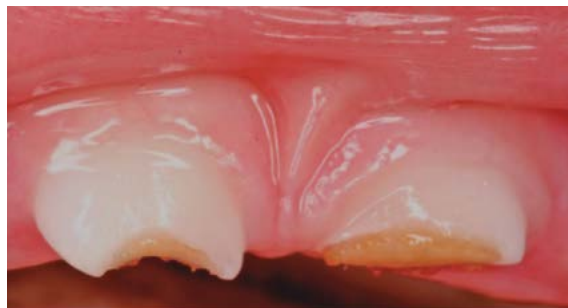
La erosión dentaria se define como la pérdida de esmalte desde su superficie hacia el interior del diente, como consecuencia de la exposición continuada a sustancias ácidas de origen intrínseco o extrínseco (erosión química).

Las causas intrínsecas más frecuentes incluyen:

- Reflujo gastroesofágico, debido a la incompetencia del esfínter, a un aumento de la presión gástrica (generalmente por obesidad) o a un incremento del volumen gástrico.
- Vómitos de repetición.
- Rumiación.

Entre las causas extrínsecas destacan:

- Dieta ácida, por la ingestión de bebidas carbonatadas, productos cítricos y bebidas alcohólicas.
- Medicación, como la presencia de vitamina C en preparados de hierro y en algunos inhaladores.
- Ciertos colutorios y sustitutivos salivales también pueden ser de características ácidas.



El abordaje inmediato persigue la desensibilización mediante el uso de dentífricos y colutorios con altas concentraciones de flúor, y la aplicación de estrategias preventivas basadas, fundamentalmente, en restringir la exposición a los ácidos.

BRUXISMO

Se define como una acción no funcional de apretar, frotar o rechinar los dientes. En su presentación nocturna predomina el frotamiento, por lo que el ruido es la principal característica, mientras que en el bruxismo diurno el apretamiento es el hallazgo más destacado. Aunque puede persistir a lo largo de toda la vida, suele tener carácter intermitente, generalmente asociado a factores emocionales o psicológicos. Se ha sugerido que el bruxismo refleja una interacción multifactorial de variables anatómicas, fisiológicas y psicológicas. Entre los factores etiológicos que pueden condicionar la aparición del bruxismo, destacan los de origen genético (como ocurre en el síndrome de Rett) y los de carácter local (como los factores oclusales). El bruxismo es común en discapacitados psíquicos (por ejemplo, en el síndrome de Down) y en diversos desórdenes psiquiátricos. Se distinguen diferentes estadios de severidad en base al grado de destrucción dentaria:

- Mínima atrición.
- Desgaste paralelo a la superficie oclusal/incisal.
- Pérdida del relieve de las cúspides dentarias sin dentina expuesta.
- Pérdida de la anatomía oclusal con exposición de la dentina.

Además de una atrición dentaria patológica que no se corresponde con la edad, en estos pacientes es característica la hipertrofia de la musculatura maseterina y, a menudo, pueden tener dolor y una disfunción de la articulación temporomandibular.



El tratamiento persigue, fundamentalmente, la reducción del dolor y la conservación de la integridad de los dientes. Aunque no existe un tratamiento eficaz, algunas modalidades terapéuticas se utilizan para intentar minimizar los daños que ocasiona el bruxismo, pero su éxito es limitado, especialmente en personas con discapacidad intelectual. Entre las alternativas de tratamiento más recurridas se incluyen: férulas, ajuste oclusal, terapia de comportamiento y medicación (neurolépticos y relajantes musculares).

XEROSTOMÍA

La xerostomía es la situación clínica que experimenta un paciente por falta de humidificación y lubricación de la mucosa oral, que provoca una sensación de sequedad. Generalmente, expresa un déficit cuantitativo del flujo salival (hiposalivación) en respuesta a la administración de determinados medicamentos (como psicotrópicos, anticonvulsivantes, relajantes muscula-



res, antidepresivos tricíclicos o antihipertensivos) o a ciertas enfermedades sistémicas (como el síndrome de Sjögren o la diabetes); la radioterapia del área maxilo-facial también provoca xerostomía que, en ocasiones, llega a ser de carácter irreversible.

La escasez de saliva puede condicionar la nutrición y la deglución, prolongando la retención de los alimentos en la boca, y favoreciendo la aparición de caries, enfermedad periodontal e infecciones orales.

El tratamiento consiste, básicamente, en estimular la salivación y/o en recurrir a los sustitutos salivales. Los principales estimulantes salivales son los chicles o caramelos sin azúcar y los fármacos colinérgicos (pilocarpina). Los sustitutos de la saliva suelen tener una eficacia limitada. Los naturales, como pequeños sorbos de agua o cubitos de hielo son, a menudo, más efectivos que los sustitutos sintéticos.

BABEO

El babeo o incontinencia salival normalmente se asocia a una disfunción de la actividad motora oral, a una incapacidad para tragar, a un déficit del esfínter oral y

con menor frecuencia a un incremento de la producción de saliva (hipersalivación). Es un problema bastante frecuente en personas con discapacidad (parálisis cerebral, retraso mental, epilepsia, enfermedad de Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica, etc.) que conlleva importantes repercusiones físicas, psicosociales y estéticas.

En los niños con parálisis cerebral y/o retraso mental las principales causas del babeo son una disfunción de la deglución y un sellado labial pobre. La falta de coordinación muscular al iniciarse el reflejo de la deglución y la ineficacia de los movimientos linguales dificultan el paso de la saliva desde la boca a la orofaringe, provocando el babeo.

En los casos severos puede incluso precipitar situaciones de deshidratación y facilitar la aparición de infecciones. El babeo exige también un incremento de cuidados en estos pacientes que deben cambiar su ropa y los baberos protectores varias veces al día y, en ocasiones, llevar de forma permanente una toalla alrededor del cuello.

Entre los posibles recursos farmacológicos destacan los anticolinérgicos (bromuro de propantelina, escopolamina o glicopirrolato) y las inyecciones intraglandulares de toxina botulínica.

EFFECTOS INDESEABLES DE MEDICACIÓN

Algunos medicamentos pueden favorecer la aparición y el desarrollo de patología oral. La ingesta prolongada de jarabes de contenido azucarado potencia el desarrollo de caries. Muchos fármacos ansiolíticos y sedantes, como ya hemos señalado anteriormente, provocan una disminución de la secreción salival que también

MEDICACIÓN	EFECTOS INDESEABLES POTENCIALES Y CONSIDERACIONES DENTALES
Aripipazol	Náuseas, vómitos, vértigos, ganancia de peso, ansiedad por carbohidratos.
Carbamazepina	Anemia aplásica, retraso cicatrización, granulopenia, osteoporosis, trombocitopenia, xerostomía.
Clonazepam	Somnolencia, ataxia, interacciones farmacológicas.
Clonidina	Disfagia, sialoadenitis, hipotensión ortostática, xerostomía.
Escitalopram	Ansiedad, bruxismo, náuseas, disfagia, cefalea, nerviosismo, xerostomía.
Etosuximida	Leucopenia, síndrome de Stevens-Johnson, edema orofacial, disgeusia.
Felbamato	Anemia aplásica, xerostomía, estomatitis, edema orofacial, disgeusia, pérdida de peso.
Fluoxetina	Bruxismo, disgeusia, disfagia, sialoadenitis, gingivitis, glositis, estomatitis, descolocación lingual, xerostomía.
Gabapentina	Xerostomía, estomatitis, gingivitis, glositis, edema orofacial, disgeusia.
Lamotrigina	Ataxia, síndrome de Stevens-Johnson, xerostomía, estomatitis, gingivitis, glositis, disgeusia.
Lisdexnafetamina	Bruxismo, xerostomía.
Levetiracetam	Xerostomía, estomatitis, gingivitis, edema orofacial, disgeusia, irritabilidad, agresividad.
Metifenidato	Xerostomía.
Olanzapina	Disgeusia, disfagia, gingivitis, glositis, sialorrea, estomatitis, edema lingual, xerostomía.
Oxcarbazepina	Rash, xerostomía, gingivitis, estomatitis, disgeusia.
Paroxetina	Bruxismo, gingivitis, glositis, hemorragia gingival, aumento de salivación, hiperplasia gingival, ulceraciones, alteración del gusto, descolocación lingual y edema, xerostomía, agravamiento de glándulas salivares.
Fenobarbital	Somnolencia, irritabilidad, xerostomía, estomatitis, osteoporosis.
Fenitoina	Hiperplasia gingival, retraso cicatrización, sangrado gingival, osteoporosis.
Quetiapina	Ansiedad por carbohidratos, ganancia de peso.
Risperidona	Ansiedad por carbohidratos, disfagia, disgeusia, gingivitis, glositis, sialorrea, estomatitis, descolocación y edema lingual, xerostomía.
Sertralina	Bruxismo, disfagia, disgeusia, gingivitis, glositis, sialoadenitis, estomatitis, descolocación lingual, xerostomía.
Topiramato	Deterioro cognitivo, xerostomía, gingivitis, edema orofacial, pérdida de peso.
Valproato	Ansiedad por carbohidratos, disminución de agregación plaquetaria, retraso cicatrización, sangrado, osteoporosis, estomatitis, gingivitis, xerostomía.
Ziprasidona	Ansiedad por carbohidratos y grasas, ganancia de peso.



promociona la aparición de caries y enfermedad periodontal. En los pacientes que reciben fármacos inmunosupresores como la ciclosporina, o antihipertensivos como el nifedipino u otros bloqueadores de los canales del calcio, aparece con cierta frecuencia un efecto indeseable que es el agrandamiento gingival, un hallazgo que compromete esencialmente la salud periodontal. En el colectivo de personas con discapacidad se observa una prevalencia especialmente elevada de agrandamiento gingival secundario a la administración de anticonvulsivantes de la familia de las hidantoínas.

AUTOLESIONES

La automutilación puede causar daños en los tejidos orales y periorales, particularmente en personas con problemas de salud mental como una discapacidad psíquica severa, demencia, síndrome de Tourette o en el síndrome de Lesh-Nyhan, donde los labios y la lengua pueden llegar a ser mordidos hasta su completa destrucción. Raramente, la automutilación es accidental, como ocurre en pacientes con tolerancia congénita al dolor, en el síndrome de RileyDay (disautomía familiar) y en algunos autistas. El mordisqueo se observa también en pacientes con daño severo del

sistema nervioso central, como secuela de un traumatismo, un episodio de isquemia o hemorragia cerebral, o una encefalitis.

El manejo de las autolesiones orales exige una estrategia individualizada y, en ocasiones, su eficacia es limitada. Las principales modalidades terapéuticas incluyen:

- Alivio de los síntomas, fundamentalmente el dolor, y control de la infección.
- Elaboración de protectores bucales y otra aparatología restrictiva, como planos de mordida, férulas o cúpulas linguales (a veces, son mal tolerados por el paciente).
- Sedación farmacológica.
- Terapia conductual (generalmente, de escasa eficacia en pacientes con discapacidad psíquica severa).
- Exodoncia selectiva de los dientes involucrados en el trauma (esta medida se aplica como última opción).



MALOCCLUSIONES

En 1899, Edward H. Angle definió tres modelos diferentes de oclusión que todavía se aplican en la actualidad. Para describir el tipo de contacto entre dientes superiores e inferiores, Angle tomó como referencia el primer molar permanente superior, que él consideraba inamovible. De este modo, clasificó los patrones oclusales en “las tres clases de Angle”, que corresponden a tres situaciones diferentes con respecto al primer molar superior:

La clase I o normoclusión, en la que la cúspide mesiovestibular del primer molar superior contacta con el surco vestibular del primer molar inferior. En estas personas la relación intermaxilar es normal, pero pueden existir malposiciones dentarias que generalmente afectan a los dientes del sector anterior, como apiñamiento, diastemas, mordida abierta, mordida cruzada o caninos elevados.



La clase II o distoclusión, en la que el primer molar inferior se sitúa por distal del superior. A su vez se divide en división primera, en la que destaca el resalte del grupo incisivo superior -como ocurre típicamente en los pacientes con parálisis cerebral- y en división



segunda, en la que el hallazgo predominante es la sobremordida (como ocurre en los síndromes que cursan con hipoplasia mandibular).

La clase III o mesioclusión, en la que el primer molar inferior se sitúa por mesial del superior. Estos pacientes suelen tener mandíbulas grandes y maxilares superiores pequeños; esta alteración se denomina prognatismo mandibular y en la población general tiene un cierto componente genético. Esta morfología maxilar característica es particularmente frecuente en los pacientes con síndrome de Down.

Algunas malposiciones dentarias como el apiñamiento pueden dificultar la higiene oral, comprometiendo especialmente los espacios interproximales y favoreciendo el acúmulo de placa. Las maloclusiones, por su parte, pueden conllevar importantes limitaciones funcionales, -condicionando potencialmente actividades tan importantes como la respiración, la deglución y la dicción-, así como estéticas -limitando, en ocasiones, la autoestima y dificultando las relaciones sociales-, por lo que estos pacientes deben ser evaluados por un dentista, ya que la discapacidad *per se* no constituye una contraindicación absoluta para el tratamiento ortodóncico.



LA IMPLICACIÓN DE LOS CUIDADORES



Mantener la salud oral en personas con discapacidad física, psíquica, intelectual, con enfermedades raras, etc., entraña una compleja tarea en la que deben estar implicados el paciente (según el grado de discapacidad) y su entorno (familiares y cuidadores). Estas recomendaciones están dirigidas a los cuidadores de las personas con discapacidad que requieren apoyo parcial o total en el momento del cepillado de dientes y tienen el propósito de facilitar los cuidados de salud bucal, suministrando consejos para mantener una buena higiene bucal de la persona en situación de dependencia.

EL CEPILLADO DENTAL

Las personas con discapacidad requieren ser apoyadas para realizar la higiene bucal. La ayuda que se debe aportar dependerá del grado de discapacidad, de la edad, de las capacidades individuales del paciente, madurez mental, emotiva y psicomotora. El cuidador debe apoyar a la persona para que participe tanto como pueda en el cepillado de sus dientes, fomentando y estimulando con imaginación y creatividad. Si el cuidador va a cepillar los dientes de una persona con discapacidad, siempre debe explicar lo que va a hacer antes de comenzar y hacerlo de manera suave y respetuosa.

Recuerda que cepillar los dientes de una persona con discapacidad es una expresión de cuidado y cariño.

¿CUÁNDO CEPILLAR LOS DIENTES?

Explicar claramente al cuidador que lo ideal es realizar tres cepillados diarios, después de cada comida principal. Si ello no fuese posible, limitar a dos cepillados: uno por la mañana después del desayuno y otro

nocturno, antes de acostarse. El cuidador debe conocer las razones de la importancia de la eliminación del biofilm y lo que representa para la salud bucodental de la persona con discapacidad a su cargo. El cepillado de dientes debe realizarse a la misma hora y de la misma manera todos los días para que se transforme en parte de la rutina diaria. Son preferibles los horarios habituales dedicados a la higiene personal para realizar el cepillado. El uso de calendarios o gráficos para registrar los cepillados realizados puede servir para reforzar las conductas positivas y premiar los logros alcanzados. Se puede utilizar una canción o melodía que sea del gusto de la persona para hacer más agradable el momento de cepillado. Utilizar la creatividad, identificando lo que le gusta y le disgusta en relación a las imágenes, colores, sonidos, olores...



Ideal, 3 veces/día



Mínimo por la mañana
y por la noche

¿CUÁNTO TIEMPO CEPILLAR LOS DIENTES?

El cepillado debe durar un mínimo de 2 minutos para poder alcanzar todos los dientes y todas las superficies dentarias. Teniendo en cuenta la especial dificultad que supone eliminar el biofilm en algunas personas con discapacidad, es recomendable aumentar el tiempo a unos 3 minutos.



2-3 minutos

¿A PARTIR DE QUÉ EDAD?

La higiene dental debe empezar a realizarse tan pronto como salen los primeros dientes (con una gasa humedecida en suero o agua) y, a medida que la dentición se completa, se puede ir utilizando progresivamente el cepillo de dientes y la pasta dentífrica. El seguimiento, supervisión, incluso realización si el paciente es totalmente dependiente por parte de un adulto (padre, madre, cuidadores o personal sanitario) es imprescindible para la higiene dental. Hay que tener en cuenta que un cepillado eficaz requiere destreza en las manos, movilidad de hombro y codo, y adecuada coordinación motora. Debe supervisarse la aplicación de la pasta de dientes.

CEPILLADO Y GRADO DE DEPENDENCIA

Hay que valorar el grado de discapacidad. Dependiendo del grado los padres o cuidadores deberán realizar el cepillado o supervisarlo.

Grado I. Dependencia moderada: la técnica de cepillado puede llevarse a cabo de forma independiente, pero requiere supervisión en términos de frecuencia y eficacia.

Grado II. Dependencia grave: la técnica de cepillado requiere de ayuda parcial. Es necesaria una vigilancia muy estrecha y ayuda directa para realizar un cepillado correcto.

Grado III. Gran dependencia: necesitan ayuda para realizar cualquier procedimiento de higiene oral. La persona no puede asumir ningún tipo de responsabilidad.

¿CÓMO CEPILLAR LOS DIENTES?

La motivación de los cuidadores de personas con discapacidad para supervisar o realizar una correcta higiene oral es mucho más importante que la técnica utilizada. A los pacientes con dificultad de movilidad o de

aprendizaje se les recomienda el barrido horizontal que es fácil de aprender. Consiste en cepillar todas las superficies dentales (caras internas y externas) con movimientos horizontales muy cortos (de atrás hacia delante) y con una suave presión para eliminar los restos de alimentos.



ILUSTRACIÓN: JUAN LINARES

Cepillar los dientes durante 2-3 minutos, al menos, después de las principales comidas, sobre todo después de la cena. Si la persona no es totalmente dependiente, se sustituirán los movimientos horizontales por movimientos verticales.

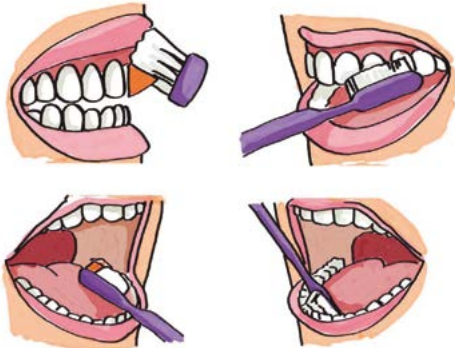


ILUSTRACIÓN: JUAN LINARES

CEPILLADO EN PERSONA INDEPENDIENTE

Las personas con discapacidad física o psíquica con limitaciones leves o moderadas y las que conservan todas las habilidades son autónomos que solo necesitan

supervisión para ver cuál es la frecuencia y la eficacia con la que realizan el cepillado dental.

La ayuda dependerá de las destrezas que la persona pueda desarrollar. El cuidador debe comenzar mostrando en su propia boca como deben cepillarse los dientes. Luego pide a la persona que imite estos movimientos en su boca y, si es necesario, toma su mano y la guía. Aprovechar el momento del cepillado de dientes para fomentar los hábitos de higiene en base a la imitación. Puede realizar el cepillado frente a un espejo para que la persona pueda ver los movimientos del cepillo. Es importante guiar la forma en que se sujeta el cepillo, cómo se coloca en la boca y los movimientos que se realizan para cepillar adecuadamente todas las superficies de todos los dientes. Puede colocarse detrás de la persona o un poco hacia un lado y tomar su mano para guiar y corregir los movimientos cuando sea necesario. Buscar la posición más cómoda para los dos.

CEPILLADO EN PERSONA TOTALMENTE DEPENDIENTE

Estas personas tienen una discapacidad física o psíquica grave y limitaciones motoras de las extremidades superiores. Suelen estar en silla de ruedas o encamados y necesitan ayuda para realizar cualquier actividad. Si bien los cepillos eléctricos han demostrado ser superiores al cepillo manual y son la opción preferida en cualquier paciente, en los pacientes dependientes tienen una indicación aún más relevante. Como alternativas, también puede recurrirse a cepillos de triple cabezal y abre bocas. El cuidador debe encargarse de realizar la higiene. Incluso, a veces, es preciso la ayuda de otro monitor o cuidador. Para iniciar el cepillado, desplazar suavemente la mejilla y los labios con los dedos índice y medio; cepillar todos los dientes con

movimientos suaves, siguiendo las indicaciones del dentista o higienista. Si no puede cepillar todos los dientes en un solo momento, hacer sesiones cortas de cepillado, recordando cada vez las zonas cepilladas. Repetir las sesiones hasta que todos los dientes queden limpios. Para hacer más eficaz los procedimientos de la higiene oral se debe tener en cuenta:

- Se debe adoptar una posición cómoda tanto para el cuidador como para la persona.
- Es necesario que el cuidador pueda acceder a todas las partes de la cavidad bucal.
- Es importante que ambos se protejan para evitar accidentes o mordeduras.
- Es importante que el lugar esté bien iluminado.
- Las posiciones para el cepillado pueden ser diversas, pero existen cuatro posiciones básicas para realizar el cepillado con ayuda total. Se debe elegir la forma más cómoda y adecuada a la persona, sujetando bien la cabeza y teniendo una buena visibilidad. Si la persona va en silla de ruedas, el cuidador debe situarse detrás de la silla. Debe inclinar la cabeza con una ligera hiperextensión (cabeza ligeramente inclinada hacia atrás).

POSICIONES PARA EL CEPILLADO DENTAL

- Suavemente contra el cuerpo del cuidador. Asimismo, se puede sentar tras la silla de ruedas, colocar el freno e inclinar la silla sobre su regazo.
- Sentados en el suelo: con la persona en el suelo, colocarse detrás de ella e inclinar la cabeza contra las rodillas del cuidador. Si no coopera, puede sentarse con las piernas estiradas y colocar las piernas alrededor de sus brazos para inmovilizarlos.
- Acostados en el suelo: acostar al paciente en el suelo con su cabeza sobre una almohada. El cuidador se arrodilla por detrás de su cabeza y la sostiene.

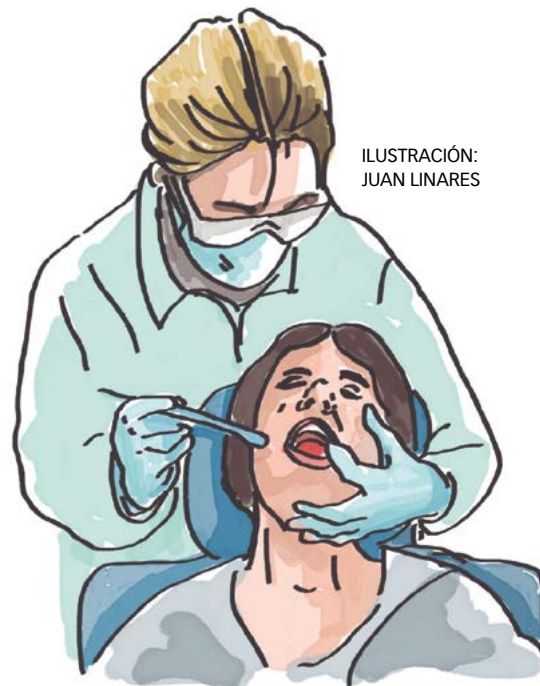


ILUSTRACIÓN:
JUAN LINARES

- Sobre una cama: colocar al paciente acostado con la cabeza sobre el regazo del cuidador, sujetándola. Si el paciente no coopera, otra persona puede sujetar sus brazos y piernas.

¿QUÉ HACER SI MUERDE EL CEPILLO?

No le fuerce a soltar el cepillo porque lo hará espontáneamente después de un rato. Un “apoya mordida” puede ayudar a la persona a abrir la boca y no morder el cepillo. Indicar a la persona que muerda el “apoya mordida” con los dientes de atrás para tener la boca más abierta y permitir limpiar los dientes. Puede fabricarse con varios depresores una gasa y esparadrapo. Si no puede conseguir depresores, pueden utilizarse palitos de helado.



¿QUÉ HACER PARA REDUCIR LAS NÁUSEAS?

Para reducir náuseas y vómitos durante el cepillado, comenzar por masajear las encías, lengua y mejillas para ir preparando a la persona a las sensaciones del cepillado, empezando siempre por la cara externa de los dientes.

¿TIENE RESISTENCIA AL CEPILLADO?

Para disminuir la ansiedad que puede provocar el cepillado, permitir que la persona se familiarice con el cepillo, lo toque, juegue con él, lo lleve a su boca. También el cuidador puede masajear las encías con su dedo, gasa o esponja para imitar la sensación del cepillado. Proteger los dedos de posibles mordidas. Cuando la persona esté más familiarizada con el cepillo, comenzar a cepillarle los dientes suavemente. Aumentar, poco a poco, la duración del cepillado hasta lograr limpiar todos los dientes. Realizar el proceso suavemente, respetando las necesidades de la otra persona. Relacionar siempre el cepillado con estímulos agradables, horarios y lugares cómodos.

¿QUÉ HACER SI LAS ENCÍAS SANGRAN?

Cepillar los dientes, incluso si las encías sangran al hacerlo. Hacerlo de manera suave y se observará como disminuye el sangrado conforme pasa el tiempo. Si las encías continúan sangrando a pesar de realizar el cepillado suave, consultar a su dentista. Lo normal es que con un cepillo en buen estado, un cepillado suave y constante en el tiempo, las encías recuperen su color rosado y disminuya el sangrado. Si no es así, el paciente necesitará visitar al dentista y es posible que tengan que realizarle una limpieza dental (tartrectomía).

¿QUÉ CEPILLO UTILIZAR?

Para los niños se recomienda utilizar cepillos con cabezas pequeñas, mango recto y cerdas blandas de

extremos redondeados para que llegue bien a todas las caras del diente y hasta la última muela. A partir de los 10 años se pueden utilizar cepillos de adultos. El cepillo debe cambiarse cada tres meses o antes si sus cerdas presentan desgaste o deterioro.

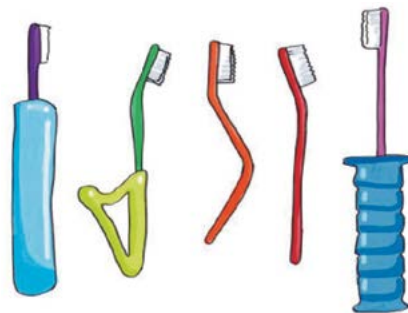
CEPILLO DE TRIPLE CABEZAL

Cepilla las caras del diente externa, interna y oclusal simultáneamente con un único movimiento anteroposterior. Es un cepillo muy aconsejado para personas con dificultad de aprendizaje, dificultad en el movimiento del cepillado y para realizar el cepillado por parte de los cuidadores debido a su facilidad para hacerlo.



CEPILLO CON MANGO ADAPTADO

Se recomienda un mango firme que permita sujetarlo bien. Su forma y tamaño dependerá de las habilidades que tenga la persona para coger y mover el cepillo. El mango puede adaptarse según las necesidades de cada persona. Se puede hacer más largo y ancho utilizando elementos caseros. Si la limitación está en la movilidad del hombro, es conveniente alargar el mango del cepillo. En ocasiones, fijar el cepillo puede ser una solución para lavarse los dientes de forma independiente si se tiene buena movilidad de cuello. Venden en el mercado mangos de cepillo para adaptarlo a pacientes con dificultad del cepillado. También se pueden adaptar a un manillar de bici o fabricar un mango con una pelota de goma espuma.



Si existe imposibilidad para agarrar el mango del cepillo de dientes, se puede fijar a la mano con una sujeción palmar.



Tu dentista te orientará a elegir el cepillo más adecuado, respetando las necesidades especiales de cada persona.

CEPILLO ELÉCTRICO

La utilización de un cepillo eléctrico es ideal, sobre todo si el agarre es dificultoso o no existe coordinación suficiente para la limpieza correcta de los dientes sin causar daño. Además, el cepillo eléctrico es más eficaz para eliminar el biofilm, tanto por parte de la persona discapacitada como por parte de su cuidador.



Se ha comprobado que los cepillos eléctricos con tecnología oscilante-rotatoria son los más eficaces, tanto en la reducción del biofilm como en la disminución de gingivitis. La tecnología actual permite un control de la presión del cepillado así como de la calidad del cepillado y el tiempo invertido.

LIMPIEZA DE LA LENGUA

El limpiador lingual ayuda a combatir eficazmente la halitosis (mal aliento). El acceso que permite el raspador lingual a la parte posterior de la lengua, ayuda a reducir gran número de bacterias, causantes del mal aliento. Se recomienda realizar una buena limpieza de la lengua, después del último cepillado nocturno.



LIMPIEZA INTERDENTAL

Con el cepillo no se pueden eliminar totalmente los restos de alimentos ni el biofilm que se acumula a nivel interdentario. Por ello, un cepillado correcto debe completarse con el uso de la seda dental o del cepillo interdental. El uso de uno u otro dependerá del espacio que exista entre los dientes. Cuando ese espacio es mínimo, los cepillos interdenciales no consiguen entrar y será necesario recurrir a la seda. En estos casos se recomienda que el cuidador recurra a un aplicador



de seda dental para facilitar su labor. Cuando exista suficiente espacio, los cepillos interdenciales son preferibles.

CEPILLADO DE LA PRÓTESIS

Hay que mantener una correcta limpieza y desinfección de las prótesis removibles después de cada comida, idealmente con un cepillo de prótesis. En su defecto, puede recurrirse a un cepillo de uñas. Mantener las prótesis limpias evita muchas infecciones de la cavidad oral, como las estomatitis o la candidiasis oral.



Las personas que solo tienen una mano funcional, pueden limpiar sus prótesis dentales, ayudándose de cepillos con ventosas fijados al lavabo.



¿QUÉ PASTA DENTÍFRICA DEBE UTILIZARSE?

Para que el cepillado sea eficaz debe acompañarse de una pasta dentífrica fluorada. Es importante conocer la concentración de flúor y la cantidad de pasta, dependiendo de la edad de la persona discapacitada.

- **Niños menores de 2 años.** Desde que sale el primer diente de leche hay que cepillarlo con un cepillo adaptado a la edad y con pasta dental con, al menos, 1.000 ppm de flúor. La cantidad tiene que ser un grano de arroz sobre el cepillo con cabezal pequeño.

- **2-6 años.** La pasta dental que contenga 1.450 ppm de flúor. Utiliza una pequeña cantidad del tamaño de un guisante.
- **6-12 años.** La pasta de dientes tiene que contener, al menos, 1.450 ppm de flúor. La cantidad recomendada es la del tamaño de un garbanzo.

Para terminar con una mayor higiene de toda la cavidad oral se puede utilizar algún colutorio como enjuague, pero nunca sustituyendo al cepillado y siempre que el dentista lo haya prescrito y el paciente pueda escupir.

LA ALIMENTACIÓN

Otro de los aspectos fundamentales en la prevención de las patologías bucodentales en la persona con discapacidad es su alimentación. Debido a su propia discapacidad, muchas personas tienen problemas de deglución y/o de masticación.

Ningún alimento contiene todos los nutrientes que nuestro organismo necesita para mantenerse sano, de modo que conviene tener una alimentación variada. Las frutas, verduras y hortalizas poseen nutrientes que ayudan a prevenir enfermedades, por lo que deben de estar incluidas en nuestra dieta diaria. La frecuencia de la ingesta, su contenido en azúcares y la consistencia de los alimentos que tomamos son factores decisivos

en la aparición de la caries. Los alimentos con mayor potencial cariogénico son los que contienen azúcares refinados y, sobre todo, los que son pegajosos. Hay muchos alimentos con azúcares escondidos como las bebidas carbonatadas, salsa ketchup o mermeladas. Esos alimentos deben evitarse en la medida de lo posible.

Recuerda que una alimentación saludable contribuye a una buena salud y una mejor calidad de vida.

RECOMENDACIONES DIETÉTICAS

Algunos alimentos pueden ayudar a proteger los dientes de la caries de manera específica. Por ejemplo, estudios recientes han indicado que los arándanos frescos interrumpen la adhesión de las bacterias bucales antes de que puedan formar el biofilm dañino. Otros alimentos que tienen efectos beneficiosos para la salud oral son:

- Los zumos fortificados con calcio, la leche y otros productos lácteos que son ricos en calcio y vitamina D ayudan a promover dientes y huesos saludables, y reducen el riesgo de pérdida de dientes.
- El queso, que libera una explosión de calcio que se mezcla con el biofilm, se pega a los dientes y de esta





forma los protege del ácido que provoca las caries y ayuda a reconstruir el esmalte dental.

- Frutas crujientes y vegetales crudos como manzanas, zanahorias y apio que ayudan a la limpieza de los dientes y refrescan el aliento.

¿CUÁNTAS REVISIONES AL DENTISTA AL AÑO?

Las personas con discapacidad, generalmente, están sometidas a un mayor riesgo de patologías bucodentales debido a varias razones. Muchas no consiguen del todo un adecuado control de su higiene dental. En algunos casos, su propia patología de base obliga a recurrir a una dieta rica en hidratos de carbono, a veces triturada y pegajosa, lo que incrementa el riesgo de caries. Finalmente, y por nombrar solo algunas de las causas, algunos medicamentos necesarios y prescritos pueden originar una disminución de la producción de saliva (xerostomía), lo que se convierte en otro motivo de riesgo, tanto para la caries como para las enfermedades periodontales.

Por todo ello, las personas que presentan discapacidad deben someterse a controles bucodentales más frecuentes. La pauta varía entre los 6 y los 3 meses, dependiendo de la edad y del nivel de riesgo de patología bucodental.


Es fundamental que la persona o sus familiares/cuidadores no descuiden este importante aspecto al objeto de poder diagnosticar e interceptar a tiempo posibles patologías. Una adecuada salud bucodental en estas personas es clave para su salud general y para evitar tener que recurrir a tratamientos dentales más complejos que, en determinados casos, obligarían a una sedación o anestesia general.

Las revisiones periódicas permiten instaurar medidas preventivas que evitan o disminuyen la gravedad de las patologías.

Las revisiones periódicas al dentista detectan patologías a tiempo y evitan complicaciones y costes innecesarios.

EL ENFOQUE DE MANEJO EN LA DISCAPACIDAD



A person with curly hair is seen from the side, looking out a window. The image is in a blue-tinted, monochromatic style. The person's hair is dark and voluminous. They are wearing a light-colored jacket. The background shows a window with a view of a building or structure, though it is out of focus.


Reducir el riesgo de desarrollar enfermedades bucodentales forma parte integral de la atención bucodental de las personas con discapacidad. Los objetivos de la atención incluyen: (1) establecer un hogar dental desde una edad temprana, (2) realizar u obtener el historial médico y dental, (3) crear un entorno propicio para que el paciente reciba atención, (4) proporcionar una atención sanitaria bucodental integral a las personas con discapacidad y (5) proporcionar servicios preventivos y terapéuticos, incluida la orientación conductual y un enfoque multidisciplinar cuando sea necesario. El cuidado a los detalles es importante en todos los aspectos de la atención, como la programación de citas, la evaluación, la planificación del tratamiento, el consentimiento informado, la educación y la orientación anticipada, el tratamiento y la transición desde la infancia hasta la edad adulta.

EL HOGAR DENTAL

Debe establecerse un hogar dental a los 12 meses de edad, especialmente para los niños con discapacidad. El hogar dental ofrece la oportunidad de aplicar prácticas de salud bucodental individualizadas, ayuda a establecer cuidados dentales rutinarios y reduce el riesgo de desarrollar enfermedades bucodentales prevenibles.

PROGRAMACIÓN DE CITAS

El contacto inicial del dentista y el paciente en la consulta permite a ambas partes abordar las necesidades primarias de salud bucodental del paciente y confirmar la conveniencia de concertar nuevas citas. Se debe anotar la edad, la causa principal de la visita, la naturaleza y el grado de la discapacidad, así como los datos del médico responsable del paciente. Se debe determinar la duración estimada de la cita (normalmente mayor), así



como la necesidad o no de aumentar el personal auxiliar para atender al paciente de forma eficaz, cómoda y eficiente. Tener en cuenta la duración, la hora de la cita (por ejemplo, por la mañana, primera cita del día, pocos pacientes en la sala de espera) o la necesidad de visitas introductorias, facilita alcanzar una experiencia positiva.

EVALUACIÓN DEL PACIENTE

Es esencial conocer el historial médico del paciente. Una historia clínica precisa, completa y actualizada es necesaria para un diagnóstico correcto, una planificación eficaz del tratamiento y reducir el riesgo de agravar un problema médico durante la atención bucodental. La entrevista de admisión debe abordar la enfermedad actual, las afecciones y/o enfermedades, hospitalizaciones/cirugías, experiencias anestésicas, medicación actual, alergias/sensibilidades. La entrevista debe incluir el nivel de desarrollo, el nivel educativo y la capacidad cognitiva del paciente para predecir su cooperación futura. Muchos pacientes con discapacidad pueden tener problemas sensoriales o limitaciones de comunicación que pueden hacer que la experiencia dental sea un reto. El dentista debe incluir estas informaciones en la historia clínica y estar preparado para modificar la atención tradicional. Si el paciente o los padres (cuidadores) no pueden proporcionar información precisa, puede ser necesario consultar al médico del paciente. En cada visita, el equipo dental debe consultar y actualizar el historial médico del paciente, anotando cualquier atención médica reciente por enfermedad o lesión, cambio en el estado de salud, afecciones médicas diagnosticadas recientemente, alergias/sensibilidades y cambios en la medicación. La obtención de una actualización por escrito en cada visita de revisión mejora la documentación y el conocimiento del historial y del estado de salud del paciente.

Un examen clínico completo incluye la evaluación de cabeza y cuello, de las estructuras orales, junto con una evaluación del riesgo de caries y periodontal. La evaluación del riesgo de caries proporciona un método para clasificar el riesgo de caries en un momento dado y, por lo tanto, debe recogerse periódicamente para evaluar los cambios en el estado de salud. El examen también debe incluir evaluación de la oclusión, los posibles hábitos (mordisqueo, succión del pulgar, respiración oral, etc.) y las lesiones traumáticas. El dentista debe revisar todos los medios auxiliares de diagnóstico complementarios disponibles, como radiografías, fotografías o solicitar posibles análisis de laboratorio. Un resumen de los hallazgos orales y las recomendaciones debe proporcionarse al paciente, padres o cuidadores. Un programa preventivo individualizado que incluya un calendario de visitas al dentista, tras evaluar el riesgo de caries del paciente y sus necesidades de salud bucodental debe ser entregado.

CONSULTA MÉDICA

A veces, el dentista debe coordinar su atención mediante consultas con los otros profesionales sanitarios que atienden al paciente. Cuando proceda, preguntará al médico sobre medicación, sedación, anestesia general y las restricciones o preparaciones especiales que puedan garantizar la seguridad de la atención bucodental. Puede ser necesario un enfoque multidisciplinar en casos complejos. El dentista y el personal deben estar siempre preparados para gestionar una posible emergencia médica.

PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Los objetivos de la atención sanitaria bucodental para las personas con discapacidad son similares a los de los demás pacientes e incluyen una cuidadosa



consideración de los riesgos, beneficios y pronóstico del plan propuesto para la condición específica del paciente. Comprender su nivel cognitivo, sensibilidades, aversión oral y desencadenantes del comportamiento negativo del paciente ayudará a mejorar la atención y la comunicación. Los dentistas deben comunicarse con los pacientes con discapacidad a un nivel adecuado a su desarrollo cognitivo. El dentista no debe asumir que los pacientes con problemas de comunicación tienen una discapacidad intelectual asociada, a menos que se especifique lo contrario. Los pacientes con deficiencias auditivas o visuales pueden necesitar comunicación no verbal e indicaciones con la ayuda del familiar o cuidador. Otras consideraciones incluyen el tratamiento de la enfermedad dental activa antes de cualquier procedimiento importante médicamente necesario (por ejemplo, cirugía cardíaca, o inicio de tratamiento oncológico).

El profesional debe tener un conocimiento profundo de las indicaciones y contraindicaciones para el uso de agentes farmacológicos (por ejemplo, antibióticos, analgésicos, sedantes, anestésicos) en relación con el estado de salud del paciente. En algunas situaciones (p. e., problemas anatómicos de las vías respiratorias, alto riesgo de complicaciones con procedimientos dentales, cirugías o anestesia general) suele ser conveniente la atención a nivel hospitalario.

Las indicaciones para una evaluación ortodóncica incluyen la asimetría facial, anomalías en la respiración nasal, maloclusión y dificultades en la masticación, deglución, habla y/o funcionamiento oral. La principal motivación de los padres para que un hijo con discapacidad se someta a un tratamiento de ortodoncia es mejorar el atractivo facial, la función oral y la calidad de vida del menor. La decisión de iniciar el tratamiento ortodóncico debe tener en cuenta la capacidad del niño para tolerar el tratamiento y los resultados esperados del mismo.


CONSENTIMIENTO INFORMADO

Todos los pacientes deben poder dar su consentimiento informado firmado antes de recibir su tratamiento dental o tener a alguien presente que esté legalmente autorizado para firmarlo por ellos. El consentimiento informado debe cumplir con lo estipulado a nivel legal. Este documento debe conservarse adecuadamente en el historial del paciente.

ORIENTACIÓN CONDUCTUAL

La orientación conductual del paciente con discapacidad puede suponer un reto. La comunicación puede ser limitada debido a la ansiedad o a la discapacidad intelectual, auditiva o visual.

Debido a la ansiedad, la falta de comprensión de los



cuidados dentales, la aversión o la fatiga por las múltiples visitas y procedimientos médicos, los pacientes con discapacidad pueden mostrar comportamientos de resistencia, que pueden interferir en la seguridad del tratamiento dental. Con ayuda de los padres o cuidadores, la mayoría de los pacientes con discapacidad física o intelectual puede recibir atención bucodental en la clínica dental. La estabilización protectora puede ser útil para algunos pacientes (p. e., aquellos con comportamientos agresivos, incontrolados o cuando las técnicas tradicionales de orientación conductual no son adecuadas) para la prestación segura de cuidados y siempre con el consentimiento oportuno. Cuando las técnicas no farmacológicas de orientación conductual son ineficaces, el profesional puede recomendar la sedación o la anestesia general para suministrar los cuidados de forma segura y eficaz.

ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

Las personas con discapacidad pueden correr un mayor riesgo de padecer enfermedades bucodentales que ponen en peligro la salud general del paciente. La educación sanitaria al paciente, padres o cuidadores es fundamental para garantizar una supervisión adecuada y regular de la higiene bucal diaria. El dentista y su equipo deben desarrollar un programa individualizado que se adapte a la discapacidad específica del paciente. La asistencia de otros profesionales sanitarios (por ejemplo, terapeutas ocupacionales o logopedas) puede ser beneficiosa. El cepillado con pasta fluorada dos veces al día ayuda a prevenir la caries y la gingivitis. Si los problemas sensoriales de un paciente hacen que el sabor o la textura de la pasta dentífrica fluorada no sea tolerada, se puede utilizar una pasta dentífrica sin lauryl sulfato sódico para eliminar la formación de

espuma, un enjuague bucal fluorado o una alternativa (por ejemplo, fosfopéptido de caseína fosfato de cálcico amorfo [CPP-ACP]) puede aplicarse con el cepillo dental. Los cepillos dentales pueden modificarse para que las personas con discapacidades físicas puedan cepillarse los dientes. Los cepillos dentales eléctricos y los soportes para hilo dental pueden mejorar la eficacia de las técnicas de higiene. Los padres o cuidadores deben proporcionar los cuidados de higiene bucodental cuando el paciente no pueda hacerlo adecuadamente. Los profesionales deben fomentar una dieta no cariogénica para la prevención a largo plazo de las enfermedades dentales. Cuando una dieta rica en hidratos de carbono o el uso de suplementos hipercalóricos haya sido recomendado por el médico (por ejemplo, para aumentar el peso), el dentista debe proporcionar estrategias para mitigar la caries aumentando la intensidad y frecuencia de las medidas preventivas. Los medicamentos y sus efectos secundarios orales (por ejemplo, xerostomía, hiperplasia gingival) deben revisarse, ya que pueden influir en el riesgo de caries y el riesgo periodontal. Los pacientes con discapacidad pueden beneficiarse de los selladores de fisuras porque reducen el riesgo de caries en fosas y fisuras en dientes susceptibles, tanto primarios como permanentes. Los fluoruros tópicos (p. e., fluoruro de sodio, fluoruro diamínico de plata) pueden estar indicados en paciente con riesgo de caries aumentado. Las restauración terapéuticas provisionales (RTI), utilizando materiales como ionómeros de vidrio que liberan flúor, pueden ser útiles como enfoque preventivo y terapéutico en estos pacientes. En casos de gingivitis y enfermedad periodontal, el enjuague bucal de clorhexidina está indicado. Hay que valorar aplicar la clorhexidina con el cepillo si los padres

estiman que el menor no controla la deglución para evitar que se trague el colutorio.

La frecuencia de visitas debe ser superior en estos pacientes (cada 3 u 6 meses). Los pacientes con enfermedad periodontal agresiva requieren tratamiento o derivación a un profesional con experiencia en periodoncia. Las estrategias preventivas para pacientes con discapacidad también deben abordar las lesiones traumáticas. Esto incluye información sobre el mayor riesgo de traumatismo (por ejemplo, con trastornos convulsivos o déficits de habilidades motoras/déficits de coordinación), la recomendación de protectores bucales e información específica a los padres/cuidadores sobre qué hacer en caso de traumatismo dentoalveolar. Además, los niños con discapacidad son más propensos a sufrir abuso físico y negligencia. Las lesiones craneofaciales, de cabeza, cara y cuello se producen en más de la mitad de los casos de maltrato infantil. Debido a esta incidencia, los dentistas deben conocer los signos de maltrato así como los procedimientos de notificación obligatoria.

AFECCIONES ORALES ADQUIRIDAS O DEL DESARROLLO

Las necesidades de atención bucodental de los pacientes con afecciones orofaciales adquiridas requieren consideraciones especiales, y el tratamiento de sus afecciones orales puede presentar otros retos únicos. Algunos niños con afecciones orofaciales adquiridas pueden tener aversión y ansiedad, y disminuir la cooperación en el entorno dental.

Los defectos del desarrollo, como la displasia ectodérmica hereditaria con manifestaciones clínicas de oligodoncia y anomalías de tamaño o la forma, pueden causar problemas de por vida y ser devastadores para niños y adultos. Desde el primer contacto con el paciente

y la familia, debe hacerse todo lo posible por ayudar a la familia a adaptarse y comprender la complejidad de la anomalía, las necesidades bucodentales y la progresión del tratamiento. El dentista debe ser sensible al bienestar psicosocial del paciente, así como a los efectos de la afección en el crecimiento, la función y el aspecto. Los pacientes con afecciones como displasia ectodérmica, epidermólisis bullosa, labio leporino/paladar hendido suelen requerir un enfoque multidisciplinario, crucial para los resultados del tratamiento.

La salud bucodental y una atención de calidad contribuyen a la salud integral. Debería ser un derecho, no un privilegio. CLARK Y VANEK, 1984

TRANSICIÓN A LA ODONTOLOGÍA DE ADULTOS

Cuando los pacientes con discapacidad alcanzan la edad adulta, sus necesidades de salud bucodental pueden ir aumentando. La transición satisfactoria de la atención odontológica pediátrica a la atención odontológica de adultos es esencial para la continuidad de la atención y la mejora de los resultados a largo plazo de estos pacientes.

Es importante la educación y la preparación antes de la transición a un dentista que conozca bien y se sienta cómodo tanto con las necesidades de salud bucodental de los adultos como con el tratamiento del paciente con discapacidad. Hasta que se establezca el nuevo hogar dental, el paciente debe mantener una relación con su dentista actual y tener acceso a los servicios de emergencia. Una transición coordinada de un hogar dental pediátrico a un hogar dental adulto es fundamental para prolongar el nivel de salud bucodental y la trayectoria de salud establecida durante la infancia.

ADAPTACIONES PARA LA ATENCIÓN BUCODENTAL EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD

Esta escala solo se aplica a los pacientes con una discapacidad física, psíquica, cognitiva o intelectual y sensorial, así como a aquellos con discapacidades múltiples. No se aplica a las personas que padecen fobias dentales. Está pensada para ser rellena después de cada tratamiento y permite planificar las adaptaciones posteriores necesarias para las siguientes etapas. Para cada ámbito, señalar con una cruz el nivel que mejor se corresponda con el paciente.

Asociación Dental Canadiense (CDA), 2021.

ADAPTACIÓN	ÁMBITOS EN LOS QUE SE REQUIERE UNA ADAPTACIÓN PARA REALIZAR LOS TRATAMIENTOS BUCODENTALES	
ÁMBITO DE LA COMUNICACIÓN		
Ninguna	Sin problema de comunicación.	<input type="checkbox"/>
Menor	Por ejemplo, comunicación interpersonal lenta, trastornos cognitivos menores, malentendidos, trastornos de la elocución o de la comunicación verbal.	<input type="checkbox"/>
Moderada	Comunicación solo posible a través de tercera persona; trastornos cognitivos moderados, deficiencia sensorial completa (vista y/o oído).	<input type="checkbox"/>
Mayor	Sin comunicación posible, trastornos cognitivos severos, demencia severa.	<input type="checkbox"/>
ÁMBITO DE PROCEDIMIENTOS FACILITADORES (premedicación, sedación, anestesia general)		
Ninguna	Ningún procedimiento facilitador es necesario para el examen o tratamiento.	<input type="checkbox"/>
Menor	Es necesaria la premedicación oral.	<input type="checkbox"/>
Moderada	Es necesaria la sedación consciente.	<input type="checkbox"/>
Mayor	Es necesaria la sedación profunda o anestesia general con presencia de anestesista.	<input type="checkbox"/>
ÁMBITO DE LA COOPERACIÓN DURANTE EL EXAMEN O EL TRATAMIENTO		
Ninguna	Paciente relajado, coopera.	<input type="checkbox"/>
Menor	Se siente incómodo, tenso. Se puede proseguir el tratamiento, pero presenta mucha ansiedad.	<input type="checkbox"/>
Moderada	Muy reticente, manifiesta oposición verbal o con las manos. El tratamiento se hace dificultoso.	<input type="checkbox"/>
Mayor	Muy alterado o totalmente desconectado. La sesión es frecuentemente interrumpida. Reacción de huida. Se requiere contención o incluso parar el tratamiento.	<input type="checkbox"/>



ADAPTACIÓN **ÁMBITOS EN LOS QUE SE REQUIERE UNA ADAPTACIÓN PARA REALIZAR LOS TRATAMIENTOS BUCODENTALES**

ÁMBITO DE LA SALUD GENERAL DEL PACIENTE

Ninguna	Sin problema de salud general.	<input type="checkbox"/>
Menor	Presenta patología sistémica ligera o bien controlada.	<input type="checkbox"/>
Moderada	Presenta patología sistémica moderada o severa.	<input type="checkbox"/>
Mayor	Presenta patología sistémica severa que compromete el pronóstico vital.	<input type="checkbox"/>

ÁMBITO DE LA SALUD BUCODENTAL DEL PACIENTE

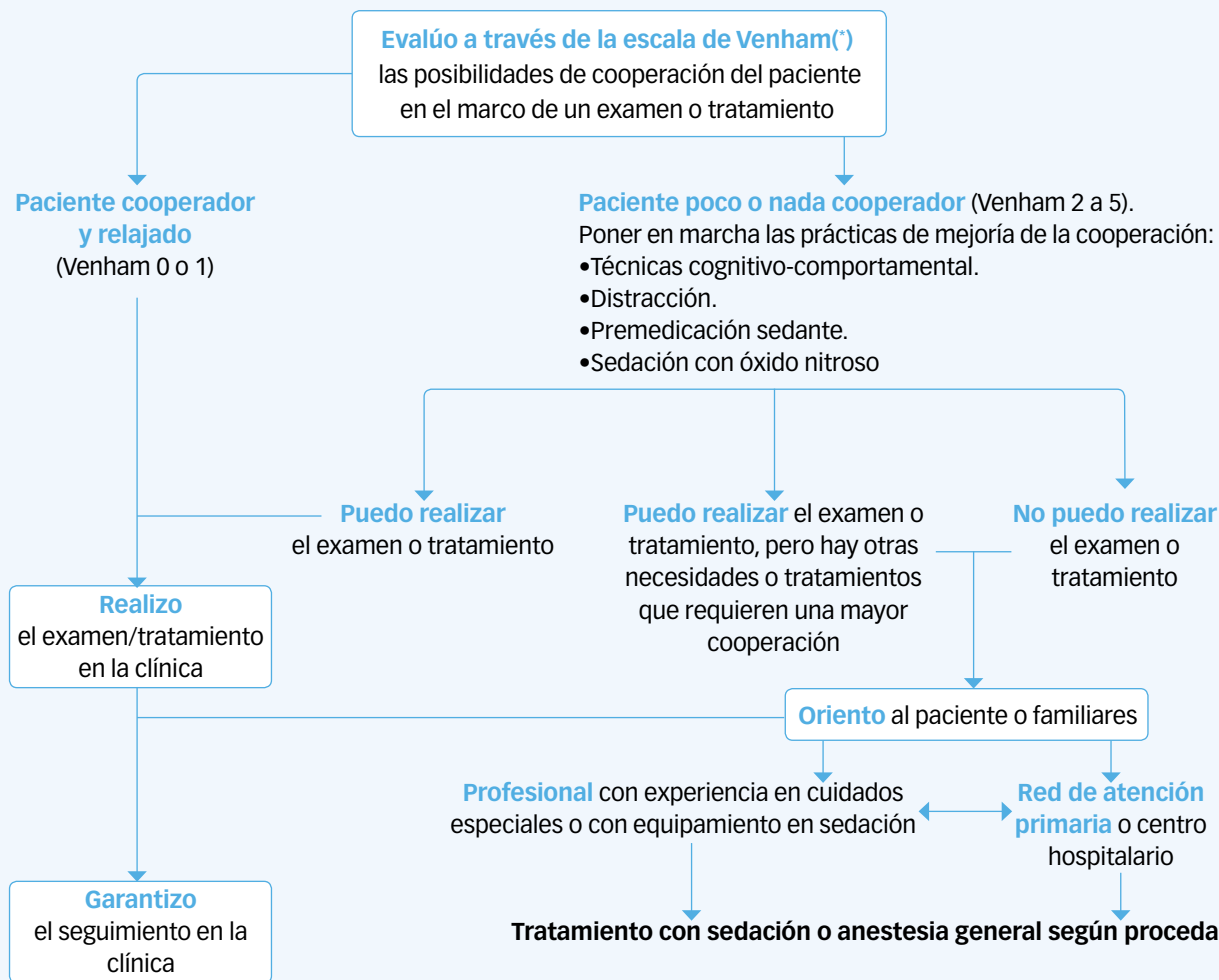
Ninguna	Sin factor de riesgo y buen estado de salud oral.	<input type="checkbox"/>
Menor	Solo un factor de riesgo relacionado con alimentación azucarada o higiene deficiente.	<input type="checkbox"/>
Moderada	Presencia de un factor de riesgo relacionado con un síndrome, una dismorfosis o una patología (por ejemplo, problemas de deglución, labio leporino, gastronomía, traqueotomía).	<input type="checkbox"/>
Mayor	Asociación de varios factores de riesgo en relación a un síndrome, una dismorfosis o una patología y, además, con una alimentación o higiene bucodental deficientes.	<input type="checkbox"/>

ÁMBITO DE LA AUTONOMÍA

Ninguna	Sin pérdida de autonomía para recibir los tratamientos dentales.	<input type="checkbox"/>
Menor	Necesidad de ayuda fuera del consultorio (silla de ruedas, asistencia, cuidador), pero autónomo para los tratamientos dentales.	<input type="checkbox"/>
Moderada	Necesidad de un acompañante durante los cuidados para ayudar en comportamiento y comunicación.	<input type="checkbox"/>
Mayor	Sin ninguna autonomía en su vida diaria. Requiere ayuda constante.	<input type="checkbox"/>

ÁRBOL DE DECISIONES

Este árbol de decisiones pretende servir de ayuda a todos los dentistas para que puedan organizar de la mejor manera posible la atención a sus pacientes con discapacidad. Se basa en una evaluación de los trastornos de ansiedad y del nivel de cooperación del paciente en un momento dado, entendiendo que nunca se trata de una evaluación definitiva del paciente.



(*) VER ESCALA VENHAM EN PÁGINA SIGUIENTE.

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO. ESCALA DE VENHAM

Hennequin M, Faulks D, Collado V, Thellier E, Nicolas E, French version of two indices of dental anxiety and patient cooperation, Eur Cell Mater, 13, Suppl 1, 38, 2007.

-
- 0 RELAJADO.** Sonriente, abierto, capaz de conversar, condiciones de trabajo ideales. Adopta el comportamiento deseado por el dentista espontáneamente o en cuanto se le pide.
-
- 1 INCÓMODO.** Preocupado. Mirada directa, pero expresión facial tensa. Observa furtivamente el entorno. Se apoya espontáneamente en el respaldo de la silla. Las manos permanecen bajadas o parcialmente levantadas para indicar incomodidad. Durante una situación estresante puede protestar breve y rápidamente para mostrar su incomodidad. El paciente está dispuesto -y es capaz- de decir cómo se siente cuando se le pregunta. Capaz de cooperar bien con el dentista.
-
- 2 TENSO.** El tono de voz, las preguntas y las respuestas transmiten ansiedad. Repetidas peticiones de información. Manos sujetas a los reposabrazos, puede estirarse y levantarse, pero sin estorbar al dentista. Se apoya espontáneamente en el respaldo, pero la cabeza y el cuello permanecen tensos. Dirige la mirada. Durante una maniobra estresante, puede protestar verbalmente o llorar discretamente. El paciente interpreta la situación con razonable exactitud y sigue intentando controlar su ansiedad. Las protestas ya no son molestas. El paciente sigue obedeciendo cuando se le pide que colabore. Se mantiene la continuidad terapéutica.
-
- 3 RETICENTE.** Reticente a aceptar la situación terapéutica, tiene dificultades para evaluar el peligro. A menudo suspira. Protesta enérgicamente, puede llorar. Se apoya en el respaldo después de varias peticiones. La cabeza y el cuello permanecen tensos. Ligeros movimientos de evitación. Manos apretadas, mirada, a veces, desviada. Duda en utilizar las manos para intentar bloquear los movimientos del dentista. Se mueve un poco. Protesta de forma desproporcionada al peligro o se expresa mucho antes del peligro. Logra hacer frente a la situación, pero de muy mala gana, a regañadientes. La sesión transcurre con problemas de comportamiento.
-
- 4 MUY PERTURBADO.** Muy perturbado, ansioso e incapaz de evaluar la situación. Tensión severa, cejas fruncidas, mirada inestable, los ojos pueden estar cerrados voluntariamente. Llanto vehemente no relacionado con el tratamiento. Movimientos bruscos de evitación. Se lleva las manos a la boca o al brazo del dentista, pero acaba soltándolas. Aprieta los labios, pero acaba manteniendo la boca abierta. Levanta con frecuencia la cabeza del respaldo. Rechaza el contacto corporal. Contorsiones significativas que, a veces, requieren sujeción. El paciente puede ser accesible a la comunicación verbal y, tras muchos esfuerzos y no sin reticencias, intentar controlarse. La disociación es parcial. La sesión es interrumpida regularmente debido a las protestas.
-
- 5 TOTALMENTE DESCONECTADO.** Totalmente desconectado de la realidad. Inaccesible a la comunicación. Rechaza el contacto corporal. Aprieta los labios y los dientes. Cierra la boca y los dientes lo antes posible. Sacude la cabeza violentamente. Llora, grita, pelea. Inaccesible a la comunicación y puede ser agresivo. No responde a la comunicación verbal y visual. Independientemente de la edad, muestra reacciones primitivas de huida. Intenta escapar activamente. La sujeción del paciente es indispensable.
-



LOS PROTOCOLOS PREVENTIVOS EN LA DISCAPACIDAD



MANEJO DE LA CARIES - Prevención primaria

FLÚOR

El uso de flúor ha demostrado ser seguro y altamente efectivo en la prevención y control de la caries. La persona con discapacidad puede beneficiarse del flúor durante la infancia, adolescencia y la etapa adulta. Los beneficios tópicos se pueden obtener a través del agua óptimamente fluorada, los fluoruros aplicados profesionalmente y los dentífricos y colutorios fluorados.

Recomendaciones: el paciente con discapacidad debe recibir el máximo beneficio de flúor. A todos los efectos, cualquier paciente con discapacidad, habitualmente, debe ser incluido en el grupo de alto riesgo de desarrollo de caries. El cepillado, al menos, dos veces al día con un dentífrico fluorado permite proporcionar beneficios tópicos continuos. Los tratamientos con flúor aplicados profesionalmente deben realizarse con una periodicidad de entre 3 y 6 meses. Pueden prescribirse productos de fluoruro tópico de concentración mayor para aplicarse en el hogar, como gel de fluoruro estañoso al 0,4% o colutorio de fluoruro de sodio [NaF] al 0,2%, siempre y cuando el paciente sea capaz de controlar su reflejo de deglución. En su defecto, pueden aplicarse impregnando las cerdas del cepillo.

HIGIENE BUCODENTAL

Las personas con discapacidad están sometidas a un mayor riesgo de caries y de enfermedad periodontal debido a su propia patología de base, a una dieta cariogénica y a una mayor dificultad para seguir los procedimientos de higiene bucodental. Los pacientes con discapacidad y sus cuidadores necesitan motivación para reforzar su técnica de cepillado y el uso de higiene interdental. Es importante poder adaptar la técnica y

recurrir a modificaciones del cepillo en ciertas ocasiones.

Recomendaciones: se debe educar y motivar a los pacientes con discapacidad y a sus cuidadores para que mantengan la higiene bucal personal mediante la eliminación diaria del biofilm, incluyendo la higiene interdental con la frecuencia y técnica adecuadas. La eliminación profesional de placa y cálculo se recomienda encarecidamente en el paciente con discapacidad, con la frecuencia que el profesional determine basada en la evaluación del riesgo de caries y enfermedad periodontal.

CONTROL DIETÉTICO

Muchas personas con discapacidad están expuestas y consumen grandes cantidades de carbohidratos, requieren de una alimentación específica alternativa o presentan problemas de deglución y/o masticación. El paciente con discapacidad puede beneficiarse del

análisis y la modificación de la dieta, en cuyo caso siempre deberá realizarse de común acuerdo con el médico tratante del paciente.

Recomendaciones: el análisis de la dieta, junto con recomendaciones específicas (consumo de chicles de xilitol, entre otros), debe formar parte del plan de prevención en las personas que presentan discapacidad.

SELLADORES DE FISURAS

La colocación del sellador es eficaz para prevenir la caries, y debe considerarse de forma individual. Los selladores están recomendados para cualquier diente que se considere en situación de riesgo de caries en fosas y fisuras. El riesgo de caries puede aumentar debido a cambios en los hábitos del paciente, la microbiota oral o la condición física. Los dientes, al ser sellados, pueden beneficiarse de manera importante de esta protección.



Recomendaciones: los pacientes con discapacidad deben tener sus dientes posteriores sellados. Si bien, habitualmente, se suele priorizar el sellado de los molares permanentes, en los pacientes con discapacidad la indicación debe incluir también el sellado de los molares temporales, así como de los premolares en la adolescencia. En estos pacientes, debe intentarse evitar a toda costa tener que recurrir a tratamientos más invasivos, mucho peor tolerados. Debido al riesgo de desprendimiento del sellador, la reevaluación periódica y su reposición en caso de pérdida parcial o total está muy indicada.

MANEJO DE LA CARIES - Prevención secundaria

CUIDADOS PREVENTIVOS

El cuidado dental preventivo profesional de forma rutinaria puede interceptar enfermedades bucodentales o diagnosticar alguna enfermedad existente en sus primeras etapas. El paciente con discapacidad, cuya salud bucal no ha sido monitorizada de manera periódica por un dentista, puede tener caries en estadio avanzado, enfermedad periodontal u otra condición oral que necesite urgentemente un tratamiento extenso.

Recomendaciones: la frecuencia de los exámenes orales periódicos debe tener en cuenta las necesidades del paciente y los indicadores de riesgo, al objeto de determinar la secuencia más coste-efectiva. El examen radiográfico inicial y periódico debe formar parte de la evaluación clínica. El tipo, el número y la frecuencia de las radiografías deben determinarse solo después de un examen oral y de la anamnesis. Las radiografías tomadas previamente, siempre que sea posible, deben estar disponibles para su comparación. La frecuencia del examen radiológico depende de varios factores y deben seguirse protocolos validados.

CUIDADOS RESTAURADORES

Existe evidencia que sugiere la capacidad de arresto o remineralización de lesiones de caries no cavitadas utilizando selladores, barniz de NaF al 5%, gel de fluoruro fosfato acidulado (APF) al 1,23% y pasta dentífrica fluorada a alta concentración (5.000 partes por millón). En los casos en que la remineralización de las superficies dentales no cavitadas y desmineralizadas no tenga éxito y prosiga la progresión de las lesiones cariosas, las restauraciones dentales son necesarias. La preservación de la estructura dental, la estética y las necesidades de cada paciente deben tenerse en cuenta cuando se selecciona el material de restauración. En molares con caries extensa o esmalte malformado, hipoplásico o hipomineralizado para los que los materiales de restauración convencionales no sean factibles puede ser necesario el uso de coronas. En pequeñas lesiones cariosas interproximales no cavitadas o en lesiones de manchas blancas hay que valorar la utilidad de la técnica de mínima restauración e infiltración de resina.

Recomendaciones: la evaluación de los tratamientos restauradores debe realizarse teniendo en cuenta el riesgo del paciente, así como la complejidad de los tratamientos realizados. Es fundamental, en el paciente con discapacidad, intentar preservar el máximo de estructura dentaria posible.

MANEJO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

La persona con discapacidad está sometida a un mayor riesgo de enfermedad periodontal. Los datos epidemiológicos e inmunológicos sugieren que el daño tisular irreversible debido a la enfermedad periodontal comienza al final de la adolescencia y al principio de la edad adulta. La enfermedad gingival se vuelve más

prevalente en la adolescencia, aunque la gingivitis puede ya estar presente en estos pacientes a edades infantiles. La caries dental, la respiración oral, el apiñamiento, la erupción de los dientes y una menor destreza en las técnicas de higiene bucodental predisponen a la gingivitis. Determinados fármacos (fenitoína) usuales en las personas con discapacidad pueden también colaborar en una mayor prevalencia y severidad de la enfermedad periodontal. A ello se suma la hiposalivación o xerostomía, también frecuentes en muchas discapacidades.

Las afecciones que afectan a la persona discapacitada adolescente incluyen, entre otras, gingivitis por placa dental, enfermedad gingival no inducida por placa dental, periodontitis (que incluye formas crónicas y agresivas), periodontitis necrotizante, periodontitis como manifestación de enfermedad sistémica, absceso periodontal, lesiones endodónticas periodontales, recesiones gingivales, traumatismo oclusal y periimplantitis. La gravedad de las afecciones periodontales debe evaluarse mediante un examen clínico y radiográfico. El diagnóstico precoz de la enfermedad periodontal en estos pacientes es importante, especialmente, porque pueden existir factores de riesgo sistémicos, por ejemplo, diabetes mal controlada, leucemia, tabaquismo o desnutrición. La higiene oral personal, a través del cuidador, así como la intervención profesional regular, pueden ayudar a minimizar la aparición de estas afecciones y prevenir daños irreversibles.

Recomendaciones: el paciente con discapacidad se puede beneficiar de un programa de salud dental preventiva individualizado que incluye los siguientes elementos destinados, específicamente, a la salud periodontal:

- Educación del paciente o cuidador, enfatizando la etio-

logía, características y prevención de las enfermedades periodontales, así como la enseñanza de higiene bucodental adaptada a las características específicas del paciente y priorizando el uso de cepillo eléctrico.

- Un programa de higiene bucal personal y apropiado para la edad y grado de dependencia del paciente que contemple la eliminación de la placa y la autoevaluación de su higiene. Se debe incluir el uso de hilo dental o cepillo interdental.
- Evaluación periodontal, tanto en la visita inicial como en las revisiones periódicas, en función de las necesidades individuales del paciente. Debe incluir el progreso en las medidas higiénicas, el estado periodontal, así como los posibles factores de riesgo (maloclusión, respiración oral, patologías sistémicas). El examen periodontal completo incluye una evaluación del estado gingival, profundidad al sondaje, recesión, sangrado al sondaje, supuración, presencia y cantidad de placa, cálculo y posible movilidad dentaria. El diagnóstico periodontal radiográfico debe ser valorado individualmente. Aquellos pacientes con enfermedad periodontal progresiva deben ser remitidos y tratados por un profesional con gran experiencia en estas patologías.
- Evaluación adecuada de los procedimientos para facilitar el tratamiento de ortodoncia, incluidos, entre otros, la frenectomía, la hipertrofia gingival o la posible necesidad de implantes.

CONSIDERACIONES OCLUSALES

La maloclusión puede ser una necesidad de tratamiento importante en la población con discapacidad, ya que entran en juego factores ambientales y/o genéticos. Aunque la base genética de muchas maloclusiones las hace inevitables, existen numerosos métodos para



tratar las desarmonías oclusales, la disfunción de la articulación temporomandibular y la enfermedad periodontal asociadas con la maloclusión. La malposición del tercer molar y los trastornos temporomandibulares requieren una atención especial para evitar problemas a largo plazo. Los dientes ausentes congénitamente suponen, a veces, un complejo problema y, a menudo, requieren de cuidados combinados de ortodoncia, restauración y prostodoncia para una satisfactoria resolución. Es especialmente relevante en estos pacientes vigilar los posibles hábitos nocivos como la succión del pulgar, la respiración oral, el hábito de mordisqueo, entre otros. Determinados cuadros de discapacidad, como por ejemplo el síndrome de Down, suelen cursar con maloclusión de clase III.

Recomendaciones: la malposición dentaria, una inadecuada

relación de los dientes con los maxilares, una discrepancia de tamaño de diente/maxilar, una mala relación esquelética o malformaciones craneofaciales que presenten problemas funcionales, estéticos, fisiológicos o emocionales para el paciente debe ser indicación de tratamiento. El tratamiento de la maloclusión por parte del dentista debe basarse en un adecuado diagnóstico, valorando las opciones de tratamiento disponibles, la motivación y posible colaboración del paciente, su grado de demencia, entre otros factores, para maximizar su éxito. La higiene bucal óptima y los exámenes dentales periódicos son importantes para prevenir la desmineralización durante la fase activa del tratamiento de ortodoncia. El profesional deberá sopesar los riesgos/beneficios de someter al paciente a un tratamiento de ortodoncia en función del grado de maloclusión y del grado de dependencia.

MANEJO DE LOS TRAUMATISMOS DENTALES

Los accidentes o las caídas pueden causar traumatismos bucales en personas con epilepsia, parálisis cerebral o alteraciones del control motor. Se debe proporcionar a las familias y a los cuidadores las instrucciones pertinentes en caso de que el paciente sufra de un traumatismo bucodental. Los cuidadores deben comprender que un traumatismo es una urgencia médica y aprender qué hacer cuando se lesiona un diente permanente. Se debe instruir a los cuidadores para que recojan el fragmento del diente fracturado (o el propio diente, en caso de avulsión). En algunos casos, una radiografía de sospecha, una radiografía de tórax podría identificar un fragmento de diente aspirado.

Recomendaciones: se debe educar a los pacientes con discapacidad y a sus familiares o cuidadores para



que conozcan las normas básicas de actuación en caso de traumatismo dentario. Deben saber que todo traumatismo dental es una urgencia dental y que deben, inmediatamente, ponerse en contacto con el dentista. En los casos en los que el grado de dependencia sea leve y la persona practique deporte, valorar la realización de un protector a medida.

Las medidas preventivas

PASTA FLUORADA

- Las pastas fluoradas han mostrado ser uno de los principales motivos de la reducción de la caries.
- Deben tener una concentración de flúor en torno a los 1.450 ppm.
- La cantidad de pasta debe ajustarse en función de la edad de la persona discapacitada: grano de arroz hasta los 3 años, guisante de 3 a 6 meses y tamaño garbanzo a partir de los 6 años.
- El aporte de flúor por esta vía es a bajas dosis, pero continuo.

CEPILLADO

- El cepillado adecuado, al menos, 2 veces al día con pasta dentífrica fluorada ha mostrado ser eficaz, tanto para el control de la caries, como para la enfermedad periodontal.
- El cepillado debe complementarse con la higiene interdental, bien con hilo de seda o con cepillo interproximal, una vez al día, preferiblemente después del cepillado nocturno.
- El cepillo, así como la técnica, deben ajustarse a las características de la discapacidad.
- Debe recurrirse a un cepillo de dureza media o blanda y nunca a un cepillo de cerdas duras.

- En caso de alto riesgo de caries, valorar la conveniencia de utilizar pastas dentífricas de alta concentración de flúor (5.000 ppm).
- El uso de cepillos eléctricos de tecnología oscilante-rotatoria ha mostrado que reduce hasta un 20% más de placa y de gingivitis comparativamente al cepillado manual y es una excelente alternativa.

COLUTORIO FLUORADO

- El uso de colutorio fluorado es siempre un complemento al cepillado con pasta fluorada.
- Los colutorios fluorados pueden prescribirse a baja concentración (0,05%) y alta frecuencia (diaria) o elegir una mayor concentración (0,2%) semanal.
- Después de usar el colutorio, no debe enjuagarse con agua.
- Los colutorios fluorados solo están indicados en pacientes con discapacidad que sean capaces de controlar el reflejo de deglución.

BARNIZ FLUORADO

- Los barnices de flúor de aplicación profesional están indicados en pacientes con discapacidad al presentar un riesgo de caries aumentado.
- Deben aplicarse cada 3 o 6 meses dentro de un plan de control preventivo.
- Se deben aplicar a todas las superficies dentarias erupcionadas, muy especialmente en las superficies libres e interproximales.
- Debe respetarse la técnica de aplicación para maximizar su eficacia y proporcionar los consejos adecuados al paciente tras su aplicación: no comer ni beber nada en las 2-3 horas posteriores a la aplicación y no cepillarse los dientes hasta el día siguiente.

SELLADOR DE FISURAS

- Los selladores están muy indicados en pacientes con discapacidad, especialmente en molares permanentes y temporales.
- Los premolares deben sellarse en las personas con discapacidad y muy alto riesgo de caries.
- En algunos casos que lo requieran, los dientes parcialmente erupcionados pueden sellarse con vidrio ionomero hasta que completen su erupción y puedan sustituirse por resina.
- En casos complejos en los que el control del paciente sea difícil puede recurrirse al vidrio ionomero como material de sellado.
- Los selladores deben revisarse y/o reponerse en cada visita de control.
- Las lesiones incipientes de caries pueden beneficiarse del sellador al haberse comprobado que una lesión en el esmalte no progresa, sino que se inactiva al ser sellada.

CONTROL RADIOGRÁFICO

- Los pacientes con discapacidad, al ser considerados de alto riesgo, deben ser evaluados radiográficamente, al menos, cada 12 meses.
- La secuencia semestral requiere una toma de decisión cuidadosa. Está particularmente indicada en los casos en los que se quiera monitorizar una lesión interproximal.
- Los pacientes deben ser evaluados preferentemente con radiografías de aleta de mordida, anualmente.

CONTROL QUÍMICO

- El uso racional de agentes antisépticos permite reducir las bacterias de la placa y ayuda a prevenir y/o controlar la enfermedad periodontal.
- Los dentífricos con fluoruro de estaño han mostrado

eficacia frente al control del crecimiento bacteriano y de la gingivitis.

- Se ha demostrado que la clorhexidina y el cloruro de cetilpiridinio utilizados convenientemente son antisépticos seguros y eficaces.
- Se recomienda usar productos libres de alcohol para no deshidratar las mucosas.
- Estos productos siempre deben ser prescritos por el dentista, quien informará al paciente de cómo usarlos y durante cuánto tiempo.
- Antes de prescribir un colutorio, el profesional deberá asegurarse de que el paciente controla realmente su reflejo de deglución. Para ello, se puede optar por el uso de gasas empapadas con clorhexidina cuando se requiera un control microbiológico mayor.

FLUORURO DIAMÍNICO DE PLATA

- El uso del fluoruro diamínico de plata al 38% (SDF) ha demostrado ser un método válido para el tratamiento de las caries incipientes y en las lesiones radiculares.
- Se trata de un método totalmente atraumático que no requiere de infiltración anestésica.
- Debe protegerse la mucosa durante la aplicación debido a su carácter cáustico el cual puede provocar aftas.
- Debe informarse al paciente de la aparición de tinciones negras en el diente, en la zona de aplicación.
- Dada su facilidad de aplicación, se trata de un método cariostático muy recomendable.

“La aplicación de SDF en solución al 38% para lesiones cavitadas avanzadas puede ser pertinente si el acceso a la atención es limitado para pacientes con discapacidad poco colaboradores o para pacientes en los que la anestesia general no se considera segura”. ADA, 2018.

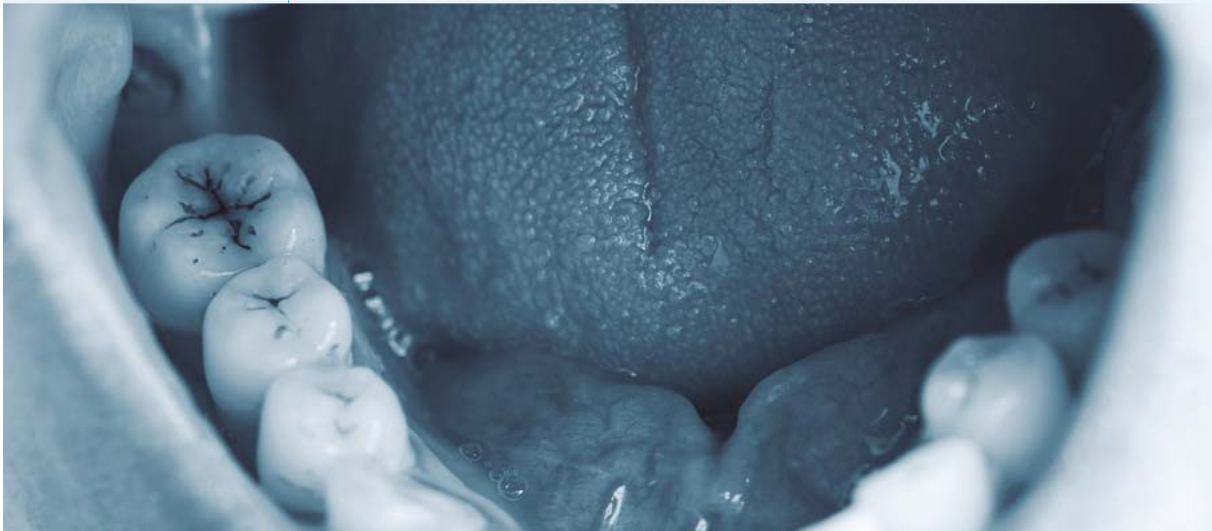
INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DEL TRATAMIENTO CON FLUORURO DIAMÍNICO DE PLATA

INDICACIONES

- Alto riesgo de caries.
- Pacientes que no toleran restauraciones quirúrgicas debido a la edad o a su nivel de cooperación debido a su discapacidad.
- Necesidad de demorar o evitar el uso de la sedación o anestesia general.
- Múltiples lesiones que conviene tratar en la misma cita .
- Pobre acceso a los cuidados bucodentales.
- Disfunción salival (xerostomía, polimedicación).
- Dificultad para tratar las lesiones: caries radicular, localización en furca, hipomine-ralización molar, etc.
- Caries recurrente en el margen de la restauración.
- Lesiones en dientes primarios próximos a exfoliarse.
- Lesiones asintomáticas o con pulpitis reversible.
- Hipersensibilidad dentinaria.

CONTRAINDICACIONES

- Alergia a la plata (muy rara).
- Pulpitis irreversible.
- Compromiso estético.
- Lesiones extensas que alcanzan la pulpa.
- Presencia de úlceras en boca, gingivitis ulcerativa o similar.



La evidencia científica de las medidas preventivas

PASTA FLUORADA

Metaanálisis. 81 estudios evalúan los efectos de diferentes concentraciones de flúor en pastas dentífricas, en comparación con pastas no fluoradas en los dientes permanentes de niños y adolescentes. Se encuentran menos caries nuevas cuando se cepillan los dientes con pasta que contiene de 1.000 a 1.250 ppm o 1.450 a 1.500 ppm de flúor en comparación con una pasta sin flúor. El nivel de reducción global de caries es del 28% (IC-95% 25-32%). El nivel de evidencia es alto.

Fuente: Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Marinho VCC, Jeonric A. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 3. Art. No.: CD007868. DOI: 10.1002/14651858.CD007868.pub3.

CEPILLO

Metaanálisis. Se incluyeron 21 ensayos clínicos controlados (ECC) sobre gingivitis (2.655 participantes) y 25 ECC sobre placa (3.019 sujetos). Los estudios proceden de 3 continentes. Norteamérica, Europa y Asia.



La transición desde gingivitis a salud gingival fue mayor con Oral-B IO que con los demás cepillos comparados ($p < 0.001$). Los cepillos de tecnología oscilatoria-rotatoria consiguen una transición 50% más rápida desde gingivitis hasta salud gingival. Oral BIO consigue un 25% más de reducción en los puntos de sangrado que los cepillos manuales y un 11% más de reducción de placa que los cepillos eléctricos sónicos.

Fuente: Zou Y, Grender J, Adam R, Levin L. A meta.analysis comparing toothbrush technologies on gingivitis and plaque. Int Dent J. 2023 Jul 20;S0020.6539 (23)00100-4. doi: 10.1016/j.identj.2023.06.009

COLUTORIO FLUORADO

Metaanálisis. Se incluyeron 37 estudios en los que más de 15.000 adolescentes fueron tratados con colutorio fluorado o placebo o no recibieron tratamiento. Todos los estudios evaluaron el uso supervisado de enjuagues bucales fluorados, bien en el entorno escolar o domiciliario. El colutorio evaluado fue el de NaF, tanto a concentración diaria (230 ppm) o semanal (900 ppm). Esta actualización de la revisión confirma que el uso regular supervisado de enjuagues bucales fluorados puede reducir la caries dental en niños y adolescentes. Los resultados combinados de 35 ensayos mostraron que, en promedio, hay una reducción del 27% en las superficies dentales afectadas por caries en los dientes permanentes con enjuague fluorado, en comparación con placebo o sin enjuague. El nivel de evidencia es moderado.

Fuente: Marinho VCC, Chong L-Y, Worthington HV, Walsh T. Fluoride mouthrinses for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 7. Art. No.: CD002284 DOI: 10.1002/14651858.CD002284.pub2

XILITOL

Metaanálisis. Se incluyeron 12 estudios de intervenciones de chicles sin azúcar para analizar su eficacia en

la prevención de la caries dental. Se encontró que los chicles sin azúcar reducen significativamente el incremento de caries, con una fracción preventiva del 28% (IC del 95%, 7-48%). Cuando se analizan por separado los ocho ensayos que utilizaron chicles de xilitol, la fracción preventiva se elevó al 33% (IC del 95%, 4-61%). No se registraron efectos adversos. Hubo un alto nivel de heterogeneidad entre los ensayos incluidos. El nivel de evidencia es moderado.

Fuente: Newton JT, Awojobi O, Nasseripour M, Warburton F, Di Giorgio S, Gallagher JE, Banerjee A. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Role of Sugar-Free Chewing Gum in Dental Caries. *JDR Clin Trans Res.* 2020 Jul;5(3):214-223. doi: 10.1177/2380084419887178. Epub 2019 Nov 19. PMID: 31743654.

BARNIZ FLUORADO

Metaanálisis. 22 estudios evalúan los efectos del barniz de flúor en los dientes permanentes de niños y adolescentes. Se encuentra una protección global del 43% (IC-95% 30-57%) de reducción de caries con la utilización del barniz de flúor 2 o 4 veces al año. El nivel de evidencia es moderado.

Fuente: Marinho VCC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD002279. DOI: 10.1002/14651858. CD002279.pub2.

SELLADOR

Metaanálisis. 38 estudios evalúan los efectos del sellador de fisuras en los dientes permanentes de niños y adolescentes. Se encuentra una protección global que varía del 11-51% a los 48 meses de su colocación. El nivel de evidencia es alto.

Fuente: Ahovu Saloranta A, Forss H, Walsh T, Nordblad A, Mäkelä M, Worthington HV. Pit and fissure sealants for preventing dental decay in permanent teeth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 7. Art. No.: CD001830. DOI: 10.1002/14651858.CD001830.pub5

CONTROL QUÍMICO

Metaanálisis. Se incluyeron 6 estudios en los que se evalúa el potencial efecto del barniz de clorhexidina y otros 2 estudios que usan el gel de clorhexidina para prevenir la caries en adolescentes. Los resultados de los estudios concluyen que no existe evidencia de una potencial reducción de caries en este grupo de edades, ni con el barniz ni con el gel de clorhexidina. El nivel de evidencia es muy bajo.

Fuente: Walsh T, Oliveira-Neto JM, Moore D. Chlorhexidine treatment for the prevention of dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 4. Art. No.: CD008457. DOI: 10.1002/14651858. CD008457.pub2.

FLUORURO DIAMÍNICO DE PLATA

Revisión sistemática y metaanálisis.

- El fluoruro diamínico de plata detiene eficazmente el proceso de la enfermedad en la mayoría de las lesiones tratadas.
- Las revisiones sistemáticas de los ensayos clínicos confirman la eficacia del fluoruro diamínico de plata como agente anticaries para los dientes primarios y la caries radicular, así como su facilidad de uso, bajo coste y relativa seguridad.
- No es necesaria la eliminación de la caries para detener el proceso de caries, por lo que el uso de fluoruro diamínico de plata es apropiado cuando otras formas de control de la caries no están disponibles o no son factibles, especialmente en personas con discapacidad.

Fuente: Zaffarano L, Salerno C, Campus G, Cirio S, Balian A, Karanxha L, Cagetti MG. Silver Diamine Fluoride (SDF) Efficacy in Arresting Cavitated Caries Lesions in Primary Molars: A Systematic Review and Metanalysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Oct 9;19(19):12917. doi: 10.3390/ijerph191912917. PMID: 36232217; PMCID: PMC9566773.

EL RESUMEN

Medidas preventivas para mejorar la salud bucodental en la persona con discapacidad.

ESTRATEGIAS EN LA CLÍNICA



Visitas

más frecuentes al dentista profesional: 3 meses, 6 meses.



Flúor

- Barniz de flúor.
- Fluoruro diamínico de plata.



Protección cara oclusal

- Sellador de fisuras.



Control químico de clorhexidina

- Barniz.
- Gel de clorhexidina.
- Valorar colutorio antiséptico.

ESTRATEGIAS DOMICILIARIAS



Mejorar la higiene bucodental

- Seda dental.
- Cepillo interdental.
- Cepillo eléctrico.
- Raspador lingual.
- Irrigador dental.



Remineralizantes prescritos

- Pasta dental 5.000 ppm flúor.
- Fluoruro estañoso.
- Fosfato cálcico.



Alimentación saludable

- No abusar de azúcares.
- No tomar bebidas carbonatadas.
- No picotear entre horas.



Control químico

- (prescrito por dentista).
- Colutorio de clorhexidina.
 - Fluoruro estañoso.





BIBLIOGRAFÍA

- American Academy of Pediatric Dentistry. Management of dental patients with special health care needs. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2023:337-44.
- AlJameel AH, Gulzar S, Gupta M, Alshehri AA, Almalki SA, Asiri FY, Chaudhry SJ. Oral Health Promotion among Individuals with Intellectual Disabilities: A Systematic Review. *Eur J Dent.* 2023 May 19. doi: 10.1055/s-0043-1768151. Epub ahead of print. PMID: 37207679.
- Alamri H, Alshammari FR, Rahmah AB, Aljohani M. Quality of Clinical Guidelines on Oral Care for Children with Special Healthcare Needs: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2023 Jan 17;20(3):1686. doi: 10.3390/ijerph20031686. PMID: 36767048; PMCID: PMC9914149.
- Brunet-Llobet L, Auría-Martín B, González-Chópote Y, Cahuana-Bartra P, Mashala E, Miranda-Rius J. The use of silver diamine fluoride in a children's hospital: Critical analysis and action protocol. *Clin Exp Dent Res.* 2022 Oct;8(5):1175-1184. doi: 10.1002/cre2.611. Epub 2022 Jul 22. PMID: 35869630; PMCID: PMC9562575.
- Devinsky O, Boyce D, Robbins M, Pressler M. Dental health in persons with disability. *Epilepsy Behav.* 2020 Sep;110:107174. doi: 10.1016/j.yebeh.2020.107174. Epub 2020 Jun 9. PMID: 32531727.
- Hennequin M, Faulks D, Collado V, Thellier E, Nicolas E, French version of two indices of dental anxiety and patient cooperation, *Eur Cell Mater*,13,Suppl 1,38, 2007
- INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) Principales resultados. Año 2020
- Kalf-Scholte SM, Van der Weijden GA, Bakkaer E, Slot DE. Plaque removal with triple-headed vs single-headed manual toothbrushes-a systematic review. *Int J Dent Hyg.* 2018 Feb;16(1):13-23. doi: 10.1111/idh.12283. Epub 2017 May 22. PMID: 28544459.
- Kalf-Scholte SM, Valkenburg C, van der Weijden FGA, Slot DE. Powered or manual toothbrushing for people with physical or intellectual disabilities -A systematic review. *Spec Care Dentist.* 2023 Sep-Oct;43(5):515-529. doi: 10.1111/scd.12821. Epub 2023 Jan 18. PMID: 36654213.
- Mendiratta M, B C M, Kumar A, Yadav V, Shyam R, Wig M. Effectiveness of silver diamine fluoride and glass ionomer cement combined with fluoride varnish in arresting dental caries among intellectually disabled individuals: A randomized controlled trial. *Spec Care Dentist.* 2021 Sep;41(5):544-552. doi: 10.1111/scd.12607. Epub 2021 May 25. PMID: 34033125.
- Molina G, Zar M, Dougall A, McGrath C. Management of dental caries lesions in patients with disabilities: Update of a systematic review. *Front Oral Health.* 2022 Oct 28;3:980048. doi: 10.3389/froh.2022.980048. PMID: 36389277; PMCID: PMC9650433.
- Moore G, du Toit A, Thompson S, Knight A, Gordon G. The effectiveness of oral health interventions for people with disability: an Evidence Snapshot brokered by the Sax Institute (<http://www.saxinstitute.org.au>) for the Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare, 2021.
- Oral B. Encuesta sobre la Discapacidad y Salud oral. Octubre 2023.
- Pérez Serrano,E., Limeres Posse, J., Fernández Feijoo, J. Manual de higiene oral para personas con discapacidad. Santiago de Compostela, 2012.
- Rueda Garcia, J; Tarragó Gil, RM. (2016). Educación bucodental para personas con discapacidad. Guía de familiares y cuidadores. Fundación Odontología Solidaria
- Robbins MR. Dental management of Special Needs Patients. *Dent. Clin. North Am.* (2009); 53: 295-309
- Salerno C, Cirio S, Zambon G, D'Avola V, Parcianello RG, Maspero C, Campus G, Cagetti MG. Conscious Sedation for Dental Treatments in Subjects with Intellectual Disability: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2023 Jan 18;20(3):1779. doi: 10.3390/ijerph20031779. PMID: 36767145; PMCID: PMC9914902.
- Silveira ALNMEs, Magno MB, Soares TRC. The relationship between special needs and dental trauma. A systematic review and meta-analysis. *Dent Traumatol.* 2020 Jun;36(3):218-236. doi: 10.1111/edt.12527. Epub 2019 Dec 4. PMID: 31724811.
- Waldron C, Nunn J, Mac Giolla Phadraig C, Comiskey C, Guerin S, van Harten MT, Donnelly-Swift E, Clarke MJ. Oral hygiene interventions for people with intellectual disabilities. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 May 31;5(5):CD012628. doi: 10.1002/14651858.CD012628.pub2. PMID: 31149734; PMCID: PMC6543590.
- Ward LM, Cooper SA, Hughes-McCormack L, Macpherson L, Kinnear D. Oral health of adults with intellectual disabilities: a systematic review. *J Intellect Disabil Res.* 2019 Nov;63(11):1359-1378. doi: 10.1111/jir.12632. Epub 2019 May 23. PMID: 31119825.
- Zhou N, Wong HM, Wen YF, McGrath C. Efficacy of caries and gingivitis prevention strategies among children and adolescents with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. *J Intellect Disabil Res.* 2019 Jun;63(6):507-518. doi: 10.1111/jir.12576. Epub 2018 Dec 21. PMID: 30575187.

GUÍA DE LA SALUD ORAL EN LA DISCAPACIDAD



**CONSEJO
DENTISTAS**
ORGANIZACIÓN COLEGIAL
DE DENTISTAS DE ESPAÑA



SEOENE
Sociedad Española de Odontobiotomología
para pacientes con necesidades especiales

Oral-B