

Guía para el cuidado de la salud oral en pacientes con necesidad de cuidados especiales de salud en México.

Guideline for oral health in patients in Mexico with special healthcare needs.

Dr. Héctor R. Martínez Menchaca M.C.D., M.C.

Departamento de Odontología y Estomatología.
Laboratorio de Ingeniería Tisular y Medicina Regenerativa
Universidad de Monterrey.

Ma. Guadalupe Treviño Alanís Ph.D.

Laboratorio de Ingeniería Tisular y Medicina Regenerativa.
Universidad de Monterrey.

Gerardo Rivera Silva Ph.D.

Laboratorio de Ingeniería Tisular y Medicina Regenerativa
Universidad de Monterrey.
Correspondencia:

Recibido: Marzo de 2011

Aceptado para publicación: Junio de 2011

Resumen.

Promover la prevención primaria y la salud oral integral, hacia las personas con necesidad de cuidados especiales de salud, es una parte fundamental de la odontología. Estos individuos constituyen un grupo de riesgo, ya que desde edades muy tempranas requieren de cuidados dentales especializados. Sin embargo, las medidas de prevención de salud oral dirigidas hacia este colectivo no han sido tan prioritarias como deberían serlo, por lo que médicos y odontólogos se deberían interesar en la importancia de garantizar que todos, incluidos aquellos que requieren de cuidados específicos de salud, tengan el máximo nivel de atención.

En este trabajo se hace una revisión de temas relacionados y se establecen los preceptos sobre el manejo de la salud oral en personas con alguna discapacidad.

Palabras clave: *Guía, Salud Oral, Cuidados Especiales, Prevención.*

Abstract.

Encouraging primary prevention and comprehensive oral health in patients with special healthcare needs is an essential task in dentistry, and in pediatric dentistry in particular. Since these patients require special dental care from a very early age, they constitute a risk group. However, this group has not been given the attention it is due, hence it is vital that physicians and dentists show greater interest in guaranteeing that all patients, including those with specific health needs, receive the best possible level of care.

This article offers a review of related topics and establishes precepts for the management of oral health in patients with special needs..

Keywords: *Guideline, Oral Health, Special Cares, Prevention.*

Introducción.

Un individuo con necesidad de cuidados especiales de salud (NCES) es aquel con compromiso o situación de limitación motora, sensorial, cognitiva, conductual y/o emocional que requiere de intervención, manejo médico y uso de asistencias o programas especializados en salud.¹ Esta condición puede estar presente

desde el nacimiento o ser adquirida y causa limitación al momento de realizar por ellos mismos actividades diarias. Estos individuos requieren de mayor atención, adaptación, tratamiento especializado y cambios en ciertas medidas que van más allá de lo que se considera un tratamiento habitual.²

La salud oral está estrechamente vinculada a la salud general y bienestar de cada persona.³ Estos pacientes tienen mayor riesgo a adquirir enfermedades orales, las cuales pueden tener

un impacto directo y fatal en su salud, sobre todo en aquellos que tienen ciertos problemas asociados, como inmunocompromiso o con problemas cardiovasculares asociados, ya que la enfermedad dental en estos casos se puede complicar ocasionando septicemias, endocarditis, entre otras patologías.

En México, según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), revelaron que en el 2010, las personas que tienen algún tipo de discapacidad son 4 millones 527 mil 784, lo que representa 4.5% de la población total (Tabla 1).⁴

Tabla 1. Estrategias dietéticas básicas para la prevención de enfermedades orales en las personas con necesidades de cuidados especiales de salud.

Frecuencia de las comidas	Número de comidas debe ser de cuatro máximo.
Cantidad de sacarosa	Una baja cantidad de consumo de azúcar.
Características de las comidas	Son recomendables las comidas que favorezcan la masticación y permitan un incremento de la salivación. Son recomendables los alimentos que eviten la caída de pH. Evitar comidas de consistencia pegajosa.
Carbohidratos fermentables	Polisacáridos, disacáridos y monosacáridos pueden ayudar a la formación de ácidos en la cavidad bucal.
Sustitutos del azúcar	Uso de sustitutos del azúcar (como el Aspartame, lo que resulta en una baja producción de ácido). Asimismo se recomienda el chicle de Xilitol con cantidades de 4-10 g. diarios, durante 20 min., después las comidas o en meriendas.
Elementos protectores de la dieta	El fluoruro en frutas, verduras, sal o en el agua tiene un efecto protector. Los fosfatos, calcio, grasas, proteínas han probado tener ciertos efectos inhibidores de caries.

La salud oral como un elemento imprescindible de la salud en general, ayuda al bienestar del individuo, impide el dolor y suscita una buena calidad de vida. Además, una buena salud oral acrecienta las probabilidades de nutrición equilibrada, lenguaje y apariencia adecuados, tan trascendentales en una persona cuyas capacidades físicas o mentales se encuentran con alguna limitación.⁵ Por lo anterior es importante crear concientización entre los profesionales de salud y la población en general, acerca del tipo de cuidados que requiere estos grupos vulnerables para prevenir y evitar las enfermedades orales. En el presente artículo se establecen las recomendaciones para el cuidado bucodental de pacientes con NCES.

Aspectos socioeconómicos y culturales.

El individuo con NCES no sólo se enfrenta a las barreras físicas sino con otros muchos impedimentos para cuidar su salud oral. Los problemas de subvención y reembolso de seguro son los más comunes.⁶ Las familias con un integrante con NCES experimentan más gastos económicos de los necesitados por personas sin estos requerimientos.⁷ La mayoría de ellos dependen y precisan de todo tipo de apoyos, para pagar los gastos del servicio dental ya que generalmente carecen de acceso a un seguro médico.⁸ En general, el seguro médico no les proporciona una protección completa, por los costos tan elevados.⁹ La consecuencia es que la falta de prevención y cuidado terapéutico oportuno hacen que la salud sea más incierta y costosa en un futuro. Un óptimo estado salud oral es más factible que se logre con acceso a beneficios de cuidado de salud integral.¹⁰

Otros tipos de barreras son la del lenguaje, la organizacional y finalmente la psicosocial, como parte de la cultura de una sociedad que pueden interferir con el acceso a la salud oral. La comunicación es esencial para poder entender el problema del paciente y sus necesidades, por ejemplo, en caso de problemas de audición se puede recurrir a materiales escritos, intérpretes y lectura de labios, etc. Las barreras estructurales o de organización incluyen transporte, políticas escolares de ausencias y la dificultad de encontrar seguros médicos con cobertura dental a bajos costos, además de odontólogos que acepten seguros médicos.¹¹ Los factores psicosociales están asociados a las creencias, hábitos, normas y costumbres que se tienen sobre el cuidado de la salud oral; la ausencia de conocimiento y atención sobre la salud oral por parte de los padres o tutores, que no dan la debida importancia a la prevención de este tipo de enfermedades, sin olvidar el aspecto más importante, la discriminación de la que son víctimas las personas con algún tipo de discapacidad.¹²

Asimismo, en un gran número de escuelas y/o facultades de odontología no se analizan estos conceptos, así los alumnos egresan, por lo general, con insuficiente o ningún conocimiento para el abordaje o tratamiento de una persona con NCES. Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las dos terceras partes de la población con una discapacidad no recibe atención bucodental,¹³ razón por la cual todo profesional encargado de la salud dental

de este tipo de pacientes, debería considerar y seguir los lineamientos que se recomiendan a continuación.

Incentivar la atención odontológica temprana Impulsar las intervenciones necesarias en el área bucal y complejo oro-facial, destinadas a personas con alteraciones en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos con necesidades permanentes o transitorias, a su familia y entorno.

Planificación de la cita

El primer contacto que el dentista tiene con el paciente con NCES o sus padres normalmente es por vía telefónica y generalmente es la secretaria quien otorga a ambos la asignación de día, hora y lugar para verse, obteniendo el nombre del paciente, edad y motivo de la consulta. Por lo que se debe hacer la pregunta dirigida para detectar si el paciente tiene alguna NCES, ésto ayuda a tener los instrumentos y las adecuaciones listas en caso de ser necesario. Es recomendable citar a estos pacientes en las primeras horas del día, cuando tanto odontólogo como paciente se encuentran menos fatigados, tanto mental como físicamente.¹⁴

Accesibilidad al consultorio dental.

Todo consultorio dental debería ofrecer acceso libre para personas con NCES, tales como rampas y estacionamientos. Al mismo tiempo, los dentistas capacitados para dar atención a este tipo de pacientes tienen la obligación de estar familiarizados con los reglamentos y protocolos a seguir, como acto de responsabilidad profesional y en consecuencia ofrecer un servicio de mayor calidad. El objetivo final es conseguir un consultorio dental, condicionado, equipado, adecuado y accesible para todo tipo de personas, como se establece y define en el acta de americanos con discapacidad del Departamento de Justicia de los Estados Unidos.⁸

Consentimiento documentado.

Tanto los padres o tutores como los pacientes con NCES deben tener información sobre los tratamientos que se lleven a cabo, ya sea mediante un asesor legal que les pueda brindar este servicio, debido a que ni los menores de edad ni los mentalmente discapacitados están legalmente aptos para dar anuencia, por lo que

requieren de la aprobación de padres o tutores. Un consentimiento lícito es el concedido y firmado por los padres, y debe ser documentado en un expediente dental.¹⁵

Consulta odontológica.

El manejo efectivo de estos pacientes involucra más un cambio de actitud que de técnica; las actitudes importantes para el tratamiento del paciente con discapacidad son serenidad, comprensión, compasión y paciencia. El odontólogo debe brindar una excelente atención a cada paciente según su NCES y concordar psicológicamente con las necesidades individuales si quiere lograr el objetivo de una buena atención odontológica. Hay dos razones básicas, mejorar la comunicación con el paciente y los padres o tutores, y proponer un modelo de actitudes para el resto del personal.¹⁶

En la atención odontológica debe existir una coordinación entre los médicos y encargados del cuidado del paciente, incluyendo enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos que tendrían influencia en su medicación, sedación, anestesia y preparaciones especiales que pueda requerir el paciente, para ofrecerle seguridad en su salud oral. El dentista y su equipo siempre deben estar preparados para manejar cualquier emergencia médica.

Comunicación con el paciente.

Los pacientes con limitaciones físicas y/o psíquicas demandan de una ayuda extra para conseguir y conservar una buena salud oral. En algunas ocasiones se necesita la asistencia de varios profesionales para mantener la seguridad de un procedimiento dental. En la consulta dental, la atención de estos individuos está estrechamente relacionada con su patología y su conducta, por lo que es recomendable un entrenamiento previo, el cual consiste en una o varias citas con la asistencia de los padres o tutores. Estabilizar al paciente como medida de protección es muy útil cuando no se logra controlar de manera adecuada su comportamiento.¹⁷

La presencia de los padres o tutores y la información proporcionada por ellos antes y después de la primer cita, son factores decisivos para conseguir la comunicación con un paciente con NCES y por lo tanto el éxito del tratamiento dental, por lo que se debe hacer una evaluación previa del estado mental o del grado intelectual

del paciente.⁸ Por ejemplo, un incidente requiere descripciones verbales de las tácticas a seguir, una persona sorda necesita observar los labios y un individuo con retraso mental precisa modificaciones en el nivel de comunicación, etc. A pesar de que muchas personas con NCES no requieren de un manejo de conducta particular, otros necesitan técnicas más especializadas, incluyendo la anestesia general en algunos casos.¹⁸ Pero, si ninguna de las medidas anteriores es efectiva, deberá recurrirse al traslado a un hospital de tercer nivel de atención.

Control del temor y angustia.

El odontólogo debe tener conocimientos en psicología y experiencia práctica, debido a que un paciente con NCES, la angustia suele ser mayor. Debido a su inhabilidad para comunicarse o a un impedimento físico, las reacciones del incapacitado ante la situación odontológica suelen ser desiguales a las de un paciente habitual. Si el odontólogo no está preparado para éstas conductas, pueden aparecer sentimientos de nerviosismo y molestia, pudiendo incrementar el estado de ansiedad del paciente y hasta generar temores, lo que resulta un círculo vicioso. Para reducir la eventualidad de este cuadro, el dentista debe estar habituado con las características comunes de este tipo de individuos y tener información específica de cada paciente en particular; dar un paseo corto por el consultorio antes de iniciar el tratamiento para que la persona se familiarice con el mobiliario, así disminuir el temor; hablar pausadamente y con términos simples, para estar seguros de que las explicaciones sean comprendidas por el paciente; escucharlo cuidadosamente, ya que los individuos con retraso mental suelen tener dificultades de comunicación y finalmente dar una instrucción a la vez.¹⁹ En situaciones más complicadas será necesario de una cita previa con un especialista en psicología emocional, para que el paciente pueda sentirse en confianza y poder llevarse acabo el tratamiento odontológico.²⁰

Evaluación clínica del paciente.

Una completa y precisa historia médica es necesaria para realizar un diagnóstico correcto y planificar un tratamiento efectivo. En cada visita del paciente la historia debe ser consultada y actualizada por lo que se debe informar si el paciente ha tenido lesiones recientes, diagnosticar

nuevas condiciones médicas y cualquier cambio de medicamentos debe ser documentado.²¹ El odontólogo capacitado para evaluar las necesidades y manejar clínicamente al paciente con NCES tendrá éxito en su desempeño profesional. En cada paciente se debe de llevar acabo una revisión de caries con un esquema establecido y con los elementos adecuados que permita tener la clasificación de la misma.²² Si hay presencia de caries, el paciente debe ser sometido a tratamiento y deberá asistir a visitas periódicas para volver a evaluar su riesgo de recaída. Al finalizar la evaluación del paciente se debe hacer un programa preventivo individual que incluya un recordatorio de las citas acordadas, las necesidades de la salud oral y el riesgo de caries. El odontólogo no debe cometer el descuido de tener expectativas demasiado altas, que luego no sean alcanzables por el paciente, ni por el contrario, que éstas sean muy bajas; las necesidades y expectativas deben ser determinadas con precisión, evaluando su capacitación para proporcionar atención.

Anomalías oro-faciales.

Los defectos congénitos como displasia ectodérmica hereditaria, en la cual casi todos los dientes están ausentes o deformados, epidermolisis bullosa, labio y paladar hendido y cáncer oral, causan problemas durante toda la vida y pueden requerir frecuentemente un equipo interdisciplinario para su cuidado.²³ El cuidado oral para este tipo de pacientes requiere de citas más frecuentes, guías para el control de conducta y manejo de sus condiciones orales.²¹ Desde el primer contacto con la familia, todos los esfuerzos deben realizarse para colaborar con ellos.²⁴ El dentista debe ser sensible al bienestar psicológico del paciente al igual que los efectos de esta condición, tanto en su desarrollo, función y apariencia. Existe otro problema serio asociado, que generalmente los beneficios de seguros médicos no cubren este tipo de gastos para los pacientes con anomalías congénitas. Comúnmente la distinción hecha por los encargados de proporcionar seguros médicos no es siempre justa entre un paciente con problemas orofaciales.²⁴ Posponer o negar el cuidado de este tipo de enfermedades puede resultar en dolor innecesario, incomodidad, tratamientos con mayores requisitos y costos, experiencias desagradables y el resultado final es una mala salud oral. Los dentistas tienen la obligación

de actuar de manera ética en el cuidado de sus pacientes, es decir, cuando las necesidades de un paciente van más allá de la habilidad del dentista, éste debe de referirlo con otro especialista capacitado.²⁵

Estrategias básicas para la prevención.

Instruir a los padres y/o tutores es imprescindible y debe ser la primera medida para asegurar los hábitos higiénicos dietéticos apropiados y de manera diaria en la persona con NCES, ya que éstos tienen un riesgo más elevado de padecer patologías bucales y éstas pueden poner en peligro la salud general, por lo que las estrategias de prevención se vuelven de fundamental importancia.² El cepillado dental, el uso del hilo dental son las principales armas para evitar las enfermedades bucales. Sin embargo, cuando un individuo ve reducida su capacidad para poder realizar tareas básicas como alimentarse, vestirse o comunicarse, la higiene oral se transforma en una tarea compleja. Sin una adecuada higiene bucal, la persona es vulnerable a la caries y a

Caries dental:

- Absencia de dientes manuales.
- Defectos en el esmalte dental que dan como resultado un diente más susceptible.
- Dieta rica en carbohidratos y de consistencia pegajosa.
- Medicamentos con alto contenido de azúcar; corticosteroides que reducen el flujo salival y alteran el pH, afectando al esmalte.
- Malformaciones y malposiciones, hábitos alimentarios que favorecen la formación de la placa dentobacteriana. Alteraciones del tono muscular que impiden una adecuada masticación.



Enfermedad periodontal:

- Presentan flujo salival disminuido por los medicamentos recibidos.
- El uso de medicamentos anticonvulsivantes ensanchan un agrandamiento gingival.
- Respiración oral que favorece que las encías se deshidraten y cambien de coloración fácilmente.

Maloclusión:

- Alteraciones de los movimientos musculares de la mandíbula, labios y lengua (pacientes con parálisis cerebral y síndrome de Down).

Traumatismos y fracturas dentales:

- Presencia de dientes anteriores superiores proyectados con una diferencia de más de 3mm en relación con los inferiores (mayor riesgo en niños con parálisis cerebral, epilépticos, con deficiencia de atención e hiperaactividad).

Figura 1. Enfermedades bucales más frecuentes en personas con disminuciones físicas y/o psíquicas. A. La imagen muestra sarro y enfermedad periodontal generalizada en un paciente con síndrome de Down.

la gingivitis entre otras enfermedades orales (Figura 1 y 1A). Los profesionales dentales deben conocer y enseñar las técnicas de cepillado dental incluyendo las diferentes posiciones para llevarla acabo (Figura 2 y 2A).

La pasta dental debe tener una alta concentración en fluoruro, el cepillado debe ser por lo menos de dos veces al día. Los cepillos dentales pueden ser modificados para el uso, comodidad y que sean capaces de realizarlo por sí mismos (Figura 3); los cepillos dentales eléctricos cum-

Silla de ruedas: posicionarse detrás de la silla, sostener la cabeza del paciente e inmovilizarla suavemente contra su cuerpo. De la misma manera, se puede sentar tras la silla, poner el freno e inclinar la silla sobre el espacio entre la cintura y rodilla.



Sobre una cama: coloque al paciente acostado con la cabeza sobre su regazo, inmovilícela. Si el paciente no coopera, otra persona puede detener sus brazos y piernas.

Sentados o acostados sobre el piso: con el paciente en el suelo, colocarse detrás del paciente e inclinar la cabeza contra sus rodillas. Si no coopera ponga sus piernas alrededor de los brazos del paciente para inmovilizarlos. Acueste al paciente en el suelo con su cabeza sobre un cojín, arrodíllense por detrás de su cabeza y manténgala.

Figura 2. Posiciones para el cepillado dental. A. Imagen muestra el proceso de cepillado dental en un paciente con síndrome de Down.

1. Adecuaciones aplicadas a un cepillo dental para mejorar la técnica de cepillado:

- Sujetar el cepillo a la mano del paciente mediante una banda elástica.
- Doblar el mango del cepillo (aplicando de manera cuidadosa agua caliente sobre el mango).
- Cuando el paciente no pueda levantar las manos o brazos, se puede alargar el mango del cepillo con una regla o cuchara de madera.
- Se recomienda el uso del cepillo dental eléctrico.
- El uso de hilo dental es esencial, de manera especial en pacientes con déficits motores; se ve facilitado con el uso de sujetadores de hilo.



Figura 3. Habilidades para adecuar el cepillo dental. A. La imagen muestra un cepillo dental eléctrico. B. Sujetador pediátrico de hilo dental.

plen mejor con el objetivo, el cual es eliminar la placa dentobacteriana sin dañar los tejidos periodontales (Figura 3A).²⁶

El uso del hilo dental diario es útil para prevenir la acumulación de placa; éste con soporte es de gran ayuda cuando los pacientes tienen déficits motores y les es difícil introducir las manos en la boca (Figura 3B); los padres o tutores deben ayudarles si ellos no son capaces de hacerlo de la manera correcta (Figura 3).

Otros instrumentos de prevención son los selladores, ya que reducen el riesgo de caries en áreas susceptibles de dientes primarios y permanentes; el fluoruro tópico a través de gel, enjuague bucal, barniz o aplicación profesional; restauraciones temporales con ionómeros que liberan fluoruro también son útiles como tratamientos preventivos o terapéuticos principalmente para aparatología de ortopedia y ortodoncia; y en casos de gingivitis o periodontitis, los enjuagues bucales con clorhexidina pueden

ser útiles.^{27, 28} Para los pacientes que quizá puedan tragarse el enjuague, se recomienda utilizar un cepillo o un hisopo para aplicar el enjuague directamente en los dientes.

Fomentar una dieta basada en un plan de alimentos no cariogénicos a largo plazo (Tabla 1), aconsejar tanto a los pacientes como a los padres o tutores sobre el alto potencial cariogénico de suplementos dietéticos o alimenticios ricos en carbohidratos y las medicinas ricas en sacarosa.²⁹ Pacientes con NCES que tienen enfermedades bucales severas pueden requerir revisiones cada dos ó tres meses o más frecuentes, si es necesario. En pacientes con enfermedades periodontales progresivas deben ser llevados con un periodoncista para que los evalúen y les proporcionen tratamiento después de un buen diagnóstico.

Estancia dental.

Finalmente, el consultorio dental debe convertirse en una “estancia dental” que se define como el sitio donde concurren y están incluidos todos los aspectos relacionados para conseguir y conservar la salud bucal, es el resultado de la interacción entre paciente, padres o tutores, profesionales no dentales y dentales. Las personas con NCES que tienen un refugio dental tienen mayor posibilidad de recibir cuidados preventivos y terapéuticos.^{30, 31}

Conclusiones.

En México las disposiciones de prevención de salud bucodental destinadas a personas con NCES, no han tenido la prioridad necesaria. Estos individuos componen un colectivo de riesgo, ya que desde edades tempranas requieren de cuidados dentales especializados y cualquier enfermedad bucodental puede tener consecuencias fatales. La promoción y prevención primaria de la salud oral, la tolerancia, respeto y comprensión, dirigido a estas personas, debe ser una parte integral de la odontología. En realidad, cada uno de los profesionales dedicados a garantizar la salud, se deberían interesar en que todos, incluidos aquellos que solicitan de cuidados individuales de salud, tengan un nivel de atención óptimo. En este artículo se instituyen los cánones sobre el cuidado de la salud oral en personas con NCES.

Referencias bibliográficas.

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Reference Manual Overview: Definition and scope of pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 2008;30(suppl):1.
2. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of special health care needs. *Pediatr Dent* 2008;30(suppl):15.
3. United States Department of Health and Human Services. Oral health in America: A report of the Surgeon General. 4. Rockville, Md: US Dept of Health and Human services, National institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health; 2000. [Consultado 2010 octubre 10]. Disponible en: <http://www.nidcr.nih.gov/datastatistics/surgeongeneral/report/executivesummary.htm>
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática, México. Población mexicana con discapacidad. Censo 2010. [Consultado 2011 marzo 2]. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P>
6. Lewis CW. Dental care and children with special health care needs: A population-based perspective. *Acad Pediatr* 2009; 9:420-429.
7. University of Florida College of Dentistry. Oral health care for persons with disabilities. [Consultado 2010, septiembre 25]. Disponible en: <http://www.dental.ufl.edu/Faculty/Pburtner/disabilities/introduction.htm>.
8. Seale NS, McWhorter AG, Mouradian WE. Dental education's role in improving children's oral health and access to care. *Acad Pediatr* 2009;9:440-445.
9. US Dept of Justice. Americans with Disabilities act. [Consultado 2010, octubre 1]. Disponible en: <http://www.usdoj.gov/crt/ada/adahom1.htm>.
10. Chen AY, Newacheck PW. Insurance coverage and financial burden for families of children with special health care needs. *Ambul Pediatr* 2006;6:204-209.
11. American Academy of Pediatrics, Committee on Child Health Financing. Scope of health care benefits for children from birth through age 21. *Pediatrics* 2006;117:979-982.
12. Kelly SE, Binkley CJ, Nease WP, Gale BS. Barriers to care seeking for children's oral health among low-income caregivers. *Am J Public Health* 2005;95:1345-1351.
13. Shenkin JD, Davis MJ, Corbin SB. The oral health of special needs children: Dentistry's challenge to provide care. *J Dent Child* 2001;86:201-205.
14. Navas R, Mogollón J. Participación de los padres en el cuidado de la salud bucal de los niños y adolescentes con síndrome de Down. *Ciencia Odontológica* [serie en Internet] 2007 [consultado 2010 septiembre 12]. Disponible en: http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=00004&lng=es&nrm=iso
15. Edelestein BL, Chinn CH. Update on disparities in oral health and access to dental care for American's children. *Acad Pediatr* 2009;9:415-419.
16. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on informed consent. *Pediatr Dent* 2007;29(suppl):219-220.
17. Glassman P, Subar P. Planning dental treatment for people with special needs. *Dent Clin North Am* 2009;53:195-205.
18. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. *Pediatr Dent* 2008;30(suppl):125-133.
19. Bandon D, Nancy J, Prévost J, Vaysse F, Delbos Y. Apport de l'anesthésie générale ambulatoire pour les soins bucodentaires des enfants et des patients handicapés. *Archv Pediatrie* 2005;12:635-640.
20. Townend E, Dimigen G, Diane F. A clinical study of child dental anxiety. *Beh Res Ther* 2000;38:31-46.
21. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on use of a caries-risk assessment tool (CAT) for infants, children and adolescents. *Pediatr Dent* 2007;29(suppl):29-33.
22. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on

- record-keeping. *Pediatr Dent* 2008;30(suppl):125-133.
23. Nowak AJ. Patients with special health care needs in pediatric dental practices. *Pediatr Dent* 2002;24:227-228.
24. American Cleft Palate-Craniofacial Association. Parameters for evaluation and treatment of patients with cleft lip/palate or other craniofacial anomalies. Chapel Hill, NC: The Maternal and Child Health Bureau, Title V, Social Security Act, Health Resources and Services Administration, US Public Health Resources and Services Administration, US Public Health Service, DHHS; Revised edition November 2007. Grant #MCJ-425074.
25. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on oral health care/dental management of heritable dental developmental anomalies. *Pediatr Dent* 2008;30(suppl): 196-201.
26. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on third party reimbursement for oral health care services related to congenital orofacial anomalies. *Pediatr Dent* 2007;29(suppl):71-72.
27. Selwitz RH, Ismail AI, Pitt NB. Dental Caries. *Lancet* 2007;369: 51-59.
28. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on pediatric restorative dentistry. *Pediatr Dent* 2008;30(suppl):163-169.
29. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on fluoride therapy. *Pediatr Dent* 2008;30(suppl):121-124.
30. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on dietary recommendations for infants, children, and adolescents. *Pediatr Dent* 2008;30(suppl):47-48.
31. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on dental home. *Pediatr Dent* 2007;29(suppl):22-23.
32. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on the ethical responsibility to treat or refer. *Pediatr Dent* 2008;30(suppl):83.

Correspondencia:

Dr. Héctor Martínez Menchaca.
Director de Programa de Médico Cirujano Dentista,
Universidad de Monterrey,
Av. Morones Prieto 4500 Pte., 66238
San Pedro Garza García N.L., México.
Correo-electrónico: hector.martinez@udem.edu.mx