



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

Unidad Académica de Salud

CARRERA DE ODONTOLOGIA

TESIS DE GRADO

TEMA:

**“HIGIENE BUCAL Y LOS PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS EN NIÑOS
DISCAPACITADOS DE LA FUNDACIÓN SAN JORGE”**

PROPUESTA ALTERNATIVA

AUTORA:

Karen Sofía Almendáriz Pin.

DIRECTORA:

Dra. Lucía Galarza Santana

2011



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

Unidad Académica de Salud

CARRERA DE ODONTOLOGIA

TESIS DE GRADO

TEMA:

**“HIGIENE BUCAL Y LOS PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS EN NIÑOS
DISCAPACITADOS DE LA FUNDACIÓN SAN JORGE”**

PROPUESTA ALTERNATIVA

Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título.

Presidenta.
Dra. Gladys Vaca G.

Directora
Dra. Lucia Galarza Santana

Miembro del Tribunal

Miembro del Tribunal

Abg. Ramiro Molina
Secretario Académico

CERTIFICACIÓN

La Dra. Lucía Galarza, certifica que la tesis de investigación titulada **“Higiene bucal y los problemas odontológicos en niños discapacitados de la Fundación San Jorge”** es original de la Señorita Karen Sofía Almendáriz Pin, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

.....

Dra. Lucía Galarza Santana
DIRECTORA DE TESIS

DEDICATORIA.

A mis padres, el Ing. César Hernán Almendáriz Menéndez y la Sra. Ketty Lorena Pin Molina por el apoyo incondicional, ya que gracias a su sostén he podido culminar unas de mis primeras metas propuestas para mi vida profesional.

A mis hermanos, Dra. Katuska Almendáriz Pin por haber sido un ejemplo a seguir en esta larga jornada de estudio y a Carlos Cesar Almendáriz Pin por darle un ejemplo para que el cumpla una de estas metas en su vida.

Karen

AGRADECIMIENTO

En primer lugar quiero agradecer a Dios, por haberme dado la fortaleza para poder culminar mi carrera.

A mi familia, por ser siempre el pilar fundamental para seguir adelante en los propósitos que me plantee.

A mis compañeros de aula, por compartir conmigo momentos llenos de vivencias que fortaleció mi carácter.

A mis grandes amigas, Nataly Barreiro, Noelia Alarcón, Fernanda Bravo, Letty Macías y Andrea Cedeño, por su apoyo incondicional y sobre todo por su amistad en todos estos años de estudio.

A las Autoridades de la Fundación San Jorge, por brindarme todo su apoyo y colaboración para poder realizar esta tesis.

A la Sra. Dra. Ángela Murillo, Coordinadora de la Facultad de Odontología, por brindar todos estos años su colaboración a la formación de los alumnos que forman parte de este centro de estudio nivel superior.

Y por último a mis queridos docentes, por brindarme sus conocimientos para ponerlos en práctica en mi vida profesional, así como también por inculcarnos valores que debemos de llevar en toda nuestra vida profesional y personal, de manera especial a la Dra. Lilian Bowen, por su gran colaboración para poder culminar este meta tan anhelada.

Karen

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
INTRODUCCION.....	I
ANTECEDENTES.....	II
 CAPITULO I	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
 CAPITULO II	
2. JUSTIFICACIÓN.....	4
 CAPITULO III	
3. OBJETIVOS.....	6
3.1. Objetivo General.....	6
3.2. Objetivo Especifico.....	6
 CAPITULO IV	
4. HIPÓTESIS.....	7
 CAPITULO V	
5. MARCO TEÓRICO.....	8
5.1. Marco Institucional.....	8
5.2. HIGIENE BUCAL.....	10
5.2.1. Placa Bacteriana.....	10
5.2.2. Clasificación de la Placa Bacteriana.....	11
5.2.2.1. Placa Supragingival.....	11
5.2.2.2. Placa Subgingival.....	11
5.2.2.2.1. Índice de Placa Bacteriana.....	11
5.2.2.3. Sarro o Cálculo Dental.....	12
5.2.2.3.1. Formación del sarro.....	12

5.2.2.3.2.	Índice de Cálculo Dental.....	13
5.2.3.	Eliminación de la Placa Bacteriana.....	14
5.2.3.1.	Limpieza de la lengua.....	14
5.2.3.2.	Limpieza de los espacios entre los dientes.....	14
5.2.3.3.	Limpieza de los dientes.....	15
5.2.3.3.1.	Sistemática del Cepillado Dental.....	15
5.2.3.4.	Control de la Placa Dentobacteriana.....	16
5.2.3.4.1.	Control de la placa por medios químicos.....	17
5.2.3.4.1.1.	Enjuague, geles o barnices.....	17
5.2.3.4.2.	Control de la placa por medios mecánicos.....	17
5.2.3.4.2.1.	Pastillas o soluciones reveladoras.....	17
5.2.3.5.	Elementos para la Higiene Bucal.....	18
5.2.3.5.1.	Cepillos.....	18
5.2.3.5.2.	Tipos de cepillos.....	19
5.2.3.5.3.	Cuidado de los Cepillos.....	21
5.2.3.5.4.	La pasta de dientes o dentífrico.....	21
5.2.3.5.5.	La seda dental.....	22
5.2.3.5.6.	Los cepillos interproximales.....	23
5.2.3.5.7.	Colutorios bucales.....	23
5.2.3.6.	Técnicas de Cepillado Dental.....	24
5.2.3.6.1.	Técnica de Fones (rotación).....	24
5.2.3.6.2.	Técnica de Bass.....	24
5.2.3.6.3.	Técnica de Stillman.....	24
5.2.3.6.4.	Técnica de Charters.....	24
5.2.3.7.	Técnica de cepillado para niños especiales.....	25
5.2.3.7.1.	Posiciones para el cepillado dental.....	26
5.2.3.7.1.1.	Silla de ruedas.....	26
5.2.3.7.1.2.	Sentados en el suelo.....	26
5.2.3.7.1.3.	Acostados en el suelo.....	26
5.2.3.7.1.4.	Sobre una cama.....	26
5.2.3.7.1.5.	En el baño.....	26
5.2.3.7.2.	Técnica para la higiene bucal.....	27

5.2.3.7.3.	Uso del hilo dental.....	28
5.3.	PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS.....	29
5.3.1.	Discapacitado.....	29
5.3.1.1.	Discapacidades comunes.....	30
5.3.1.1.1.	Parálisis cerebral.....	30
5.3.1.1.1.1.	Características Bucales.....	30
5.3.1.1.2.	Epilepsia.....	31
5.3.1.1.3.	Retardo Mental.....	31
5.3.1.1.3.1.	Características Bucales.....	32
5.3.1.1.4.	Sordera.....	32
5.3.1.1.5.	Ceguera.....	32
5.3.1.1.6.	Autismo.....	33
5.3.1.1.6.1.	Características bucales.....	33
5.3.1.1.7.	Hiperactividad.....	34
5.3.1.1.8.	Síndrome de Down.....	34
5.3.2.	Factores de riesgo.....	35
5.3.2.1.	Condiciones bucales.....	35
5.3.2.2.	Limitaciones físicas.....	36
5.3.2.3.	Dificultad para cepillarse y usar el hilo dental.....	36
5.3.2.4.	Flujo de saliva reducido.....	36
5.3.2.5.	Medicamentos.....	36
5.3.2.6.	Dietas restringidas.....	36
5.3.2.6.1.	Dieta.....	37
5.3.3.	Patologías bucales comunes.....	38
5.3.3.1.	Caries Dental.....	38
5.3.3.1.1.	Áreas Retentivas.....	42
5.3.3.1.2.	Factores Predisponentes y Atenuantes.....	42
5.3.3.1.2.1.	Civilización y raza.....	42
5.3.3.1.2.2.	Herencia.....	43
5.3.3.1.2.3.	Dieta.....	43
5.3.3.1.2.4.	Morfología dentaria.....	43
5.3.3.1.2.5.	Higiene bucal.....	43

5.3.3.1.2.6.	Sistema inmunitario.....	43
5.3.3.1.2.7.	Flujo salival.....	43
5.3.3.1.2.8.	Glándulas de secreción interna.....	43
5.3.3.1.2.9.	Enfermedades sistemáticas y estados carenciales...	44
5.3.3.1.3.	Saliva.....	44
5.3.3.1.3.1.	Funciones de la Saliva.....	44
5.3.3.1.3.1.1.	Limpieza Mecánica.....	44
5.3.3.1.3.1.2.	Reducción de la Solubilidad del Esmalte.....	45
5.3.3.1.3.1.3.	Neutralización.....	45
5.3.3.2.	Gingivitis en el Niño.....	46
5.3.3.2.1.	Características clínicas de la Gingivitis.....	46
5.3.3.3.	Enfermedad Periodontal.....	46
5.3.3.3.1.	Encía sana.....	48
5.3.3.3.2.	Encía enferma.....	48
5.3.3.4.	Malaoclusión.....	48
5.3.3.4.1.	Traumatismo y fracturas dentales.....	49
5.3.3.5.	Bruxismo.....	49
5.3.3.5.1.	Signos Clínicos del Bruxismo.....	49
5.3.3.6.	Candidiasis.....	50
5.3.3.6.1.	Manifestaciones Orales de la Candidiasis.....	50
5.3.3.7.	Halitosis.....	51
5.3.3.8.	Queilitis comisural.....	52
5.3.3.9.	Estomatitis Aftosas recurrentes.....	52
5.3.3.10.	Lengua Saburral.....	53
5.3.3.11.	Macroglosia.....	54
5.3.3.12.	Sialorrea.....	54

CAPITULO VI

6.	METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	56
6.1.	Método.....	56
	Bibliográfica.....	56
	De campo.....	56

6.2. Nivel o tipo de investigación.....	56
Exploratoria.....	56
Descriptiva.....	56
Analítica.....	56
Sintética.....	56
Propositiva.....	56
6.3. Técnicas.....	56
6.4. Instrumentos.....	57
6.5. Recursos.....	57
6.5.1. Materiales.....	57
6.5.2. Talento humano.....	57
6.5.3. Tecnológicos.....	57
6.5.4. Económicos.....	57

CAPITULO VII

7. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	58
7.1. Análisis e Interpretación de los Resultados de la Investigación.....	58
7.1.1. Análisis e Interpretación de las Encuestas.....	58
7.1.2. Análisis e Interpretación de las Historias Clínicas.....	84
7.2. CONCLUSIONES.....	104
7.3. RECOMENDACIONES.....	105
BIBLIOGRAFIA.....	106

PROPUESTA

ANEXOS

ÍNDICE DE LOS GRAFICUADROS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

ÍNDICE DE LOS GRAFICUADROS DE LAS ENCUESTAS

	Pág.
GRAFICUADRO # 1	
TIPO DE DISCAPACIDAD	
1. ¿Qué discapacidad presenta su niño o niña?.....	58
GRAFICUADRO # 2	
FRECUENCIA DEL CEPILLADO	
2. ¿Con qué frecuencia realiza el cepillado de su niña o niño?.....	60
GRAFICUADRO # 3	
LUGAR DEL CEPILLADO	
3. ¿Dónde realiza usted el cepillado bucal de su niña o niño?	62
GRAFICUADRO # 4	
PERSONA RESPONSABLE DEL CEPILLADO	
4. ¿Quién realiza el cepillado de su niña o niño en casa?.....	64
GRAFICUADRO # 5	
TÉCNICA DE CEPILLADO	
5. ¿Cómo realiza usted o su niño el cepillado dental?.....	66
GRAFICUADRO # 6	
ELEMENTOS PARA LA HIGIENE BUCAL	
6. ¿Qué elementos utiliza para realizar el cepillado bucal de su niña o niño?.....	68
GRAFICUADRO # 7	
SANGRADO GINGIVAL	
7. Cuando realiza el cepillado dental de su niño ¿hay presencia de sangrado en las encías?.....	70

**GRAFICUADRO # 8
CAMBIO DEL CEPILLO**

8. ¿Con qué frecuencia cambia el cepillo dental de su niña o niño?..... 72

**GRAFICUADRO # 9
CLASES DE CERDAS**

9. El cepillo dental que utiliza su niño ¿Qué clase de cerdas tiene?..... 74

**GRAFICUADRO # 10
TAMAÑO DE CEPILLO**

10. ¿De qué tamaño es el cepillo que utiliza para realizar el cepillado de su niña o niño?..... 76

**GRAFICUADRO # 11
TIPO DE CEPILLO**

11. ¿Qué tipo de cepillo utiliza normalmente para la higiene bucal de su niña o niño?..... 78

**GRAFICUADRO # 12
PASTA DENTAL**

12. ¿La pasta que utiliza su niño en la actualidad es de acuerdo a su edad?..... 80

**GRAFICUADRO # 13
CONTROL DE LA PLACA BACTERIANA**

13. ¿Conoce de elementos que ayuden al control de la placa bacteriana?..... 82

ÍNDICE DE LOS GRAFICUADROS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

GRAFICUADRO # 1	Pág.
EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO.....	84
GRAFICUADRO # 2	
PATOLOGÍAS PRESENTES.....	86
GRAFICUADRO # 3	
INDICES DE CPO	
PIEZAS CARIADAS.....	88
GRAFICUADRO # 4	
INDICES DE CPO	
PIEZAS PERDIDAS.....	90
GRAFICUADRO # 5	
INDICES DE CPO	
PIEZAS OBTURADAS.....	92
GRAFICUADRO # 6	
INDICES DE ceo	
PIEZAS CARIADAS.....	94
GRAFICUADRO # 7	
INDICES DE ceo	
PIEZAS EXTRAIDAS.....	96

GRAFICUADRO # 8

INDICES DE ceo

PIEZAS OBTURADAS..... **98**

GRAFICUADRO # 9

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA

PLACA DENTAL..... **100**

GRAFICUADRO # 10

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA

GINGIVITIS..... **102**

INTRODUCCIÓN

Los niños con discapacidades y necesidades especiales tienen más riesgo de sufrir problemas de salud; requieren ayuda extra y dependen de otros para lograr y mantener una buena salud.

Entre las enfermedades bucales más comunes y prevenibles están la caries dental y la enfermedad periodontal. Sus consecuencias locales son dolor, inflamación, infección y pérdida prematura, pero muchas veces se desconocen otras a distancia como molestias gastrointestinales, dolor de cabeza, malestar y fiebre.

Debido a la falta de cuidados y por la condición que estos niños presentan son más prevalentes este tipo de patologías ya que al no tener unos hábitos de higiene bien difundidos aumentan el índice de su aparición y recurrencia, se debe de tener en cuenta que estas anomalías no solo afectan a los tejidos bucales duros sino también a los blandos produciendo ulceración de los tejidos aledaños a los dientes, de la misma forma por los diferentes tipos de discapacidades también se encuentran traumatismo de los tejidos blandos debido a caídas o autoagresión, dificultando las funciones de los mismos.

Esta investigación tiene como principal objetivo determinar el grado de higiene bucal que presentan los niños discapacitados de la Fundación San Jorge, así como su repercusión en los problemas odontológicos que presentan en la actualidad.

Al finalizar la investigación, ésta quedó estructurada en dos partes: una parte teórica que fue apoyada con la bibliografía pertinente y una parte práctica que se realizó con los niños de la Fundación San Jorge, para lograr un trabajo teórico-práctico coherente.

ANTECEDENTES

Hoy en día, la enfermedad oral es la enfermedad crónica más prevalente en niños. El 25% de los niños en la nación americana tienen como mínimo un 80% de caries bucales, y la mayor parte de estos niños provienen de familias de recursos económicos bajos, y de grupos minoritarios.

Las caries bucales son cinco veces más comunes que el asma, y siete veces más comunes que la fiebre del heno. En muchos casos, aquellos niños sin seguro médico recibiendo asistencia pública, no tienen acceso a la atención dental. Más del 90% de los dentistas están en prácticas privadas, y casi 30 millones de niños reciben asistencia pública.

Para niños con necesidades de atención especial, el cuidado dental es la atención de salud menos satisfecha. En comparación a la población general en los EE.UU., personas con discapacidad de desarrollo tienen una tasa más alta de atención e higiene dental pobre. Niños con distintas capacidades sufren de dolor debido a problemas de salud oral.

Los datos actuales sobre salud bucodental en América Latina y el Caribe (LAC) indican que la mayoría de los países tienen una elevada prevalencia de caries dental y de enfermedades periodontales. Los servicios públicos de atención odontológica están mal organizados y los recursos financieros y humanos que disponen son insuficientes.

Es probable que solo se encuentre atención odontológica de calidad en las zonas urbanas y a un costo elevado. Por otra parte, es posible que sea más fácil tener acceso a los proveedores privados, pero los servicios que prestan son en su mayoría, principalmente curativos y costosos. Por consiguiente, los grupos de mayores ingresos disponen de mayor acceso a los servicios dentales.

Los niños con discapacidad que acoge el centro de rehabilitación, Fundación San Jorge de la provincia de Manabí – Portoviejo, tienen como principal problema una mala higiene bucal la cual produce el alto índice de placa bacteriana que conlleva a la presencia de las caries dental, gingivitis, halitosis, entre otros, que son los problemas de mayor frecuencia, ya sea esto a causa de la alimentación, medicamentos, hábitos o problemas que son exclusivos de la discapacidad como falta de desarrollo óseo, muscular y dental.

Por los datos recopilados expuestos anteriormente, se determinó que los problemas odontológicos y la higiene bucal no son un problema del ayer en esta parte de la población a nivel mundial, ya sea esta por falta de recursos económicos o humanos y de cultura, la prioridad de la asistencia odontológica es de vital importancia para el paciente discapacitado para mejorar su calidad de vida.

CAPITULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La persona discapacitada es aquella cuya condición psicológica, expresión social, juego y trabajo están comprometidos por problemas físicos y mentales, y que le impide alcanzar su pleno potencial.

Este grupo de la población en la mayoría de los casos ha sido excluida de su derecho de la atención odontológica preventiva y curativa para la disminución de problemas bucales futuros.

Hay que saber que los problemas odontológicos en su mayoría son adquiridos por las diferentes discapacidades o producto de factores ambientales, que predisponen para que se presenten estas patologías, teniendo en cuentas todos estos antecedentes del paciente, el profesional de la salud podrá brindar un mejor servicio odontológico y podrá instruir a los padres en cuanto a los hábitos de higiene que se tendrá que adoptar para el beneficio del niño.

Entre las causas y los efectos de la carencia de hábitos de higiene bucal se tiene los siguientes:

- Conocimiento de los padres sobre higiene bucal, al no saber de la importancia que tiene una buena salud bucal y cómo esta influye en el desarrollo general del los niños con algún tipo de limitación, induce a la presencia de problemas odontológicos es estos niños.
- Mala técnica de cepillado, el cepillado en los niños especiales debe ser sencilla para que esta pueda ser realizada por el mismo, pero en ciertos casos donde la discapacidad les impide realizarla, es donde surgen los problemas orales debido a que no pueden controlar la fuerza o ciertos movimientos que provocan una mala higiene bucal.

- Desconocimiento de los elementos que se utilizan para la higiene bucal, hoy en día hay un sinnúmero de elementos que ayudan a mejorar la higiene dental, pero debido al uso inadecuado o al desuso de los mismos, lo que llevará a la acumulación de placa bacteriana.

Finalmente lo que se quiere lograr es la disminución de los problemas odontológicos y mejorar los hábitos de higiene en los niños con discapacidad, como bien se mencionó con anterioridad es un grupo muy susceptible a desencadenar otras afecciones por lo que requieren de atención odontológica mediata.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

La concientización temprana de los padres en cuanto a los métodos de cuidado de la salud oral de los niños con discapacidad es de gran importancia, ya que serán los responsables directos de mejorar la calidad de vida de estos individuos, ya que debido a la condición que ellos presentan son predisponentes a presentar severos daños en los tejidos orales que agravaran su estado de salud general.

Por lo expuesto anteriormente, el problema queda formulado de la siguiente manera:

¿Por qué los niños atendidos en la Fundación “San Jorge” presentan una mala higiene bucal?

CAPITULO II

2. JUSTIFICACIÓN.

Este proyecto se basa en investigar el grado de conocimientos que presentan los padres de familia de niños especiales, en cuando a normas y hábitos de higiene bucal, así como para dar a conocer cuáles son los diferentes problemas que se presentan por la falta de la atención odontológica preventiva en estos niños.

Brindar una atención odontológica óptima a este grupo de niños(a) y adolescentes, es de vital importancia ya que no solo se estará recuperando la estética del mismo, sino también mejorar las funciones propias de la región bucal, como la masticación, la deglución y el lenguaje, así como también prevenir los dolores dentales o malestares, contribuyendo a optimizar una salud bucal y general del paciente. Actualmente se cuenta con el apoyo de muchos centros de salud que promueven campañas, mediante las cuales se instruye a los representantes de cada niño para erradicar los diferentes problemas, así como la inclusión de estrategias que permiten abordar al niño para su manejo en el área odontológica.

La investigación contó con los aportes de diferentes fuentes tanto tecnológicos como bibliográficos; con la ayuda del internet y la utilización de libros que permitieron brindar un mejor desempeño del proyecto. La utilización de encuestas o programas de conferencias dirigidas a los padres fueron de gran ayuda para verificar cuales son las problemáticas que mas aquejan a los niños.

La investigación aportó en primera instancia en el área de la salud, si bien es cierto este tipo de niños presentan condiciones generales diferentes, se deben de tener conocimientos de cómo prevenir, combatir y evitar posibles afecciones; en el área psicológica debida al tipo de paciente que se estudia,

se debe tener conocimientos del manejo, trato y conducta que adoptan ya sea este por temor a la atención o producto de la propia discapacidad; a nivel económico lo que se quiere lograr es de dar a conocer que no se necesita de un estado socioeconómico alto para poder brindar a es estos niños los beneficios de una atención odontológica temprana evitando así problemas a futuro.

Esta investigación tiene como fin ayudar a mejorar la calidad de vida de estos niños a través de una propuesta de solución, ya que una buena salud bucal va a la par con la salud general.

CAPITULO III

3. OBJETIVOS.

3.1. Objetivo General.

- ✓ Determinar la repercusión de la higiene bucal en los problemas odontológicos de los niños discapacitados de la Fundación San Jorge.

3.2. Objetivos Específicos.

- ✓ Indagar el conocimiento de los padres sobre higiene bucal por la presencia de problemas odontológicos.
- ✓ Evaluar la técnica de cepillado que tienen los niños discapacitados relacionándolo con la enfermedad periodontal que presentan.
- ✓ Establecer los elementos que se utilizan para la higiene bucal de los niños discapacitados por la acumulación de placa bacteriana.
- ✓ Examinar el grado de higiene oral de los niños para relacionarlo con el estado de salud bucodental que presentan.
- ✓ Diseñar una propuesta alternativa de solución al problema la mala higiene bucal, causa problemas odontológicos en niños discapacitados de la Fundación “San Jorge”.

CAPITULO IV

4. HIPÓTESIS.

La deficiente higiene bucal repercute en los problemas odontológicos de los niños discapacitados de la Fundación “San Jorge”.

CAPITULO V

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Marco Institucional.

La fundación “San Jorge” como una entidad de ayuda social y sin fines de lucro empezó su labor en el año 2001, dedicada a realizar rehabilitación médica mediante terapias alternativas, realizó un convenio interinstitucional entre Plan Internacional (unidad de programas Manabí sur) para asistir con profesionales especializados, en la aplicación de programa de rehabilitación basado en la comunidad a través de actividades, como forma de tratamiento para niños, niñas y adolescentes con capacidades diferentes.

El objetivo de la fundación “San Jorge” es mejorar la calidad de vidas de los niños, con daño cerebro – motor y multidéficit, mediante el tratamiento integral del niño, niña, adolescente y su grupo familiar a través de estrategias de coordinación institucional, para contribuir a la integración y aceptación de las personas afectadas en su grupo familiar y la sociedad en su conjunto.

La misión es de asistir a niñas, niños y adolescentes que requieren rehabilitación, neuromusculoesquelética, a través de terapias alternativas y convencionales, utilizando instalaciones adecuadas, facilitando la integración a la sociedad y en la mejoría de la calidad de vida.

El departamento de odontología tiene sus inicios el 24 de abril del 2007, tomándose como apoyo técnico más no como un sistema de rehabilitación en sí, tiene como objetivo, asegurar la salud dental de los pacientes de la fundación.

Entre las funciones que esta presenta están las siguientes:

- ✓ Realizar evaluaciones odontológicas de los pacientes.

- ✓ Prestar el servicio odontológico e instruir al personal sobre los tratamientos y los registros individuales de los pacientes.
- ✓ Supervisar el funcionamiento adecuado de la sala de odontología.
- ✓ Controlar a los estudiantes que realizan las prácticas preprofesionales en su área.

Entre las diferentes discapacidades que se presentan están, parálisis cerebral infantil, síndrome de Down, autismo, distrofia muscular y física, retardo mental, hiperactividad y epilepsia.

El número de niños que se atiende en un promedio es de unos 100 en total, los cuales presentan diferentes trastornos odontológicos, entre los más comunes están: placa bacteriana, caries, gingivitis, mala oclusión entre otros.

Una de las carencias que presenta dicha fundación es la ausencia de un profesional capacitado para el manejo de estos niños, solo cuenta con el aporte de los estudiantes que realizan sus pasantías, brindando sus servicios para la atención de estos niños, por ser esta una entidad sin fines de lucro no tiene la aportación económica que le permita solventar dicho gasto, por lo que se brinda una atención odontológica preventiva y curativa limitada para estos niños de capacidades diferentes.

Para culminar, esta entidad tiene como principal fin brindarles una mejor calidad de vida a estos niños, a pesar de los obstáculos que ésta presente.

5.2. HIGIENE BUCAL.

Higiene es el conjunto de normas y prácticas destinadas a la satisfacción más conveniente de las necesidades humanas.

La placa dentobacteriana en niños constituye un factor causal importante de las dos enfermedades más frecuentes: caries y periodontopatías por eso es fundamental eliminarlo a través de métodos destinados a su eliminación así como de la utilización de elementos para realizarla. Fig. (1)

5.2.1. Placa Bacteriana

La placa bacteriana es una película blanquecina que se deposita sobre los dientes y tejidos bucales, en la que viven bacterias responsables de la caries y de las enfermedades que afectan a las encías.

La placa bacteriana es una entidad o masa estructurada específica, adhesiva, altamente variable, que se forma por el crecimiento y colonización de microorganismos sobre la superficie de los dientes, de las restauraciones y de los aparatos protésicos. A medida que los microorganismos se organizan en colonias, crecen y producen sustancias destructivas en los tejidos subyacentes. Fig. (2)

Esta comunidad organizada de numerosas especies de microorganismos vivientes, agrupadas en una matriz extracelular, compuesta de productos del metabolismo bacteriano, de exudado crebicular, de la saliva y partículas de alimentos, se forma como consecuencia de la organización y proliferación de las colonias de bacterias.

La placa bacteriana por sí sola no es dañina, hasta que no sea colonizada por microorganismos productores de toxinas causantes de caries o de enfermedad periodontal.

5.2.2. Clasificación de la Placa Bacteriana.

5.2.2.1. Placa Supragingival.

Se encuentra especialmente en el tercio gingival del diente y se evidencia con tinciones especiales que se conocen con el nombre de soluciones reveladoras. Las soluciones reveladoras se aplican localmente, el paciente se enjuaga y el elemento teñido que presenta en la vecindad del margen gingival corresponde a la placa supragingival.

La placa bacteriana supragingival se adhiere aprovechando pequeñas rugosidades de la superficie dentaria, márgenes de obturaciones y de restauraciones protésicas, lo mismo que bandas de ortodoncia. Fig. (3)

5.2.2.2. Placa Subgingival.

La placa bacteriana subgingival se forma en un medio diferente a la placa bacteriana supragingival; la saliva que es importante en la formación de la supragingival, no es un elemento fundamental en la formación de la subgingival.

El medio en que se organiza la subgingival esta orquestado por elementos diferentes: fluido gingival, células epiteliales de descamación, ausencia de oxígeno y presencia de leucocitos. Fig. (4)

5.2.2.2.1. Índice de Placa Bacteriana.

“El índice simplificado de higiene oral consta de:

El índice de restos se valore en la escala de 0-3:

- ✓ 0= No hay restos.
- ✓ 1= Los restos baldos cubren más de 1/3 de las superficies dentarias o se aprecian manchas sobre las mismas.

- ✓ 2= Los restos blandos cubren más de 1/3 pero menos de 2/3 de la superficie expuesta.
- ✓ 3= Los restos blandos cubren más de 2/3 de la superficie dentaria expuesta.”¹

5.2.2.3. Sarro o Cálculo Dental.

El sarro, tártaro o cálculo dental, es una mezcla de restos alimenticios, desechos celulares, sales minerales y millones de bacterias, que se adhieren de manera gradual sobre los dientes, dañándolos y haciendo que su apariencia sea muy desagradable.

El sarro dental y las pigmentaciones que ocasiona la placa microbiana pueden cambiar notablemente la apariencia de los dientes generando no solo un problema cosmético, sino también incrementando los riesgos a la salud principalmente de dientes y encías.

5.2.2.3.1. Formación del Sarro.

“El sarro se forma cuando los minerales de la saliva facilitan el depósito gradual de las bacterias de la placa, por lo general a lo largo del margen de las encías, (principalmente en las zonas cercanas a la salida de las glándulas salivales). Fig. (5)

¹ BARRIOS, Gustavo M., Odontología, Placa Bacteriana y Cálculo, 2004, (pp.263 – 276). Editorial Ltda. Colombia.

Estos depósitos de sarro son duros y de color blanco amarillento, que al paso del tiempo se puede teñir de colores más oscuros con pigmentos del café, té, vino, tabaco.”²

Una vez que el sarro inició su formación, el cepillado dental no lo podrá remover, por lo que será necesaria una limpieza profesional para eliminarlo.

Los cálculos dentales o sarro son propiamente el lugar fortificado que usan las bacterias de la boca para vivir y resguardarse de los procedimientos convencionales de higiene oral y poder atacar con sus toxinas a los dientes y encías. Una vez iniciada la formación calcárea sobre el cuello de los dientes, las bacterias de manera silenciosa promueven una proliferación continua por debajo de los márgenes de la encía, formando nidos de alta contaminación por las toxinas microbianas.

5.2.2.3.2. Índice de Cálculo Dental.

“La mayoría de los cálculos también se hacen de 0-3. Solo se necesita un espejo oral y un explorador, no se necesita de soluciones reveladoras.

- ✓ 0= No hay presencia de cálculos.
- ✓ 1= Los cálculos supragingivales cubren no más de 1/3 de la superficie expuestas.
- ✓ 2= Los cálculos supragingivales cubren más de 1/3 pero menos de 2/3 de la superficie dentaria expuesta.
- ✓ 3= Los cálculos supragingivales cubren más de 2/3 de la superficie dentaria expuesta.”³

² BARRIOS, Gustavo M., Odontología, Placa Bacteriana y Cálculo, 2004, (pp.263 – 276). Editorial Ltda. Colombia.

³ BARRIOS, Gustavo M., Odontología, Placa Bacteriana y Cálculo, 2004, (pp.263 – 276). Editorial Ltda. Colombia.

5.2.3. Eliminación de la Placa Bacteriana

La eliminación diaria de la placa debe de hacerse siguiendo una serie de pasos:

5.2.3.1. Limpieza de la Lengua.

En la lengua se acumulan gran cantidad de bacterias por lo que su limpieza es necesaria para mantener la salud bucal. Para limpiarla podemos frotarla con suavidad hacia delante usando el cepillo de dientes o bien usar un limpiador lingual. Fig. (6)

5.2.3.2. Limpieza de los espacios entre los dientes.

Para eliminar los residuos de alimentos y la placa bacteriana de entre los dientes, los cepillos interdetales son una solución práctica, efectiva, y, sobre todo, versátil.

La limpieza de los espacios entre los dientes (espacios interdetales) es distinta según cada situación. Si no hay apenas espacio entre los dientes (es la situación ideal) se usa la seda dental. Si entre los dientes hay suficiente espacio (por pérdidas o por movimientos dentarios), debe usarse un cepillo especial llamado cepillo interproximal.

El cepillo interdental debe utilizarse al menos una vez al día, preferiblemente después de cenar. Sobre todo al principio, es mejor hacerlo al mismo tiempo. De esta manera, se convertirá rápidamente en un hábito diario saludable. Fig. (7)

5.2.3.3. Limpieza de los Dientes.

Se realiza mediante el uso del cepillo dental y el dentífrico. Con el cepillado eliminaremos no sólo los restos de alimentos sino también la invisible placa bacteriana.

“Hay que limpiarse los dientes inmediatamente después de cada una de las comidas, tres veces al día y además cuando se come algo dulce entre horas.”⁴

Existen varias técnicas de cepillado, que van dirigidas a limpiar las caras internas, externas y las de la masticación. Fig. (8)

5.2.3.3.1. Sistemática del Cepillado Dental.

- ✓ Las superficies masticatorias deben de realizarse de atrás hacia adelante con movimientos cortos pero enérgicos.
- ✓ Las superficies externas laterales, con los dientes cerrados, primero a la derecha luego a la izquierda de atrás hacia el canino, con movimientos de arriba hacia abajo.
- ✓ Las superficies externas frontales, como los incisivos de borde a borde, de derecha a izquierda primero los superiores y después los inferiores con pequeños movimientos de arriba hacia abajo.

⁴ HUBERTUS J.M. Van Wales, Atlas de odontología pediátrica, Higiene bucal, 2004, (pp.145 - 148). MANSSON SA. Barcelona – España.

- ✓ Para las superficies internas superiores e inferiores se realiza desde las superficies posteriores derecha del diente hacia delante hasta llegar al diente posterior izquierdo con pequeños movimientos de arriba hacia abajo. Fig. (9)

5.2.3.4. Control de la Placa Dentobacteriana.

La eliminación o el control de la placa bacteriana se han intervenido por dos vías. La primer es con métodos mecánicos y la segunda por medios químicos, requiriendo en todo caso la participación activa del niño y de los padres en el cuidado de su propia salud bucal.

CONTROL DE LA PLACA POR MEDIOS MECÁNICOS.	CONTROL DE LA PLACA POR MEDIOS QUÍMICOS.
Cepillos Seda Dental Aparatos de Irrigación Agentes Reveladores	Enjuagatorios, Geles y Barnices

La eliminación de la placa es nuestro principal objetivo, éste nos dará grandes ventajas:

- ✓ Reduce la cantidad de microorganismos sobre los dientes y encías.
- ✓ Favorece la circulación.
- ✓ Hace que los tejidos gingivales (encías) sean más fuertes y resistentes.

5.2.3.4.1. Control de la Placa por Medios Químicos.

5.2.3.4.1.1. Enjuague, Geles o Barnices.

“Las soluciones quimiopreventivas están indicada cuando la limpieza mecánica resulta muy difícil o imposible.

El mayor efecto inhibitor de la placa dental se considera a la Clorhexidina al 0.1-0.2%, que lo podemos encontrar en enjuagues, geles o barnices.

Desde este punto el número de fórmulas que aseguran efecto antiplaca, antisarro, anticaries han aumentado, hasta llegar a ocupar un segmento importante como adjunto al cepillo o como una alternativa de remplazo.

La principal desventaja es el sabor, la tinción de la lengua así como de los dientes, para evitar los efectos secundarios de la clorhexidina se utiliza una gran cantidad de productos quimiopreventivos suaves, que dan resultados similares y prácticamente no tienen efectos secundarios.

La combinación de triclosán y copolímeros o soluciones poco concentradas al 0.06% de clorhexidina tienen un efecto antiinflamatorio. Con enjuagues de braunol 10% de yodo se consigue una reducción muy efectiva de la placa.”⁵Fig. (10)

5.2.3.4.2. Control de la Placa por Medios Mecánicos.

5.2.3.4.2.1. Pastillas o Soluciones Reveladoras

Sirven para motivar a los niños en el cepillado, debido a que les demostrarán fácilmente el grado de acumulación de placa en los dientes.

⁵ HUBERTUS J.M. Van Wales, Atlas de odontología pediátrica, Higiene bucal, 2004, (pp.145 - 148). MANSSON SA. Barcelona – España.

“Aunque obviamente estos colorantes no representan medios mecánicos de higiene, resultan útiles para evaluar la efectividad de los ya descritos y cumplen el papel de educar, señalar e incentivar el progreso de la técnica cuyo objetivo es remoción de la placa.

Los más usados son a base de eritrosina, la cual tiene la desventaja de dificultar la visibilidad cerca de la encía por lo similar del color.

Como alternativa hay reveladores azules o fucsia en varios tonos, para aumentar el contraste.”⁶ Fig. (11)

Son unas soluciones o pastillas disponibles en el mercado que deben chuparse o masticarse pasándolas con la lengua por todas las superficies accesibles de los dientes, pigmentando la placa dentobacteriana en tonos cada vez más oscuros según crece la antigüedad de ésta; el niño al descubrir la placa tendrá mayor motivación para cepillarse, asimismo, nos muestran las zonas donde el cepillado es deficiente. Las soluciones reveladoras pueden prepararse fácilmente en casa con polvos colorantes de origen vegetal, de los que se usan para repostería, disolviendo un poco de polvo, de preferencia de color rojo, en un vaso de agua.

5.2.3.5. Elementos para la Higiene Bucal.

5.2.3.5.1. Cepillos.

“Los cepillos y los dentífricos son los objetos más usados, aunque los resultados de su utilización son de enorme variación. Para el niño, el instrumento más importante para la higiene bucal es el cepillo de dientes. Los surcos y pliegues a lo largo del margen encía-diente son más pequeños

⁶ FERNANDEZ Escobar M, Odontología Pediátrica, Medida sobre la Variable Placa Bacteriana, 2004, (pp.146 - 159), Editorial AMOLCA.

y accesibles en el niño que en el adulto. Para niños pequeños, lo mejor es que el cepillo tenga un mango redondeado, recto, y sobre todo largo, para que el niño pueda abarcar su perímetro con toda la mano. Si el mango es alargado y anguloso, el niño no lo puede fijar suficientemente.”⁷

Existe una variedad de cepillos, el profesional los selecciona para sus pacientes atendiendo el tamaño de la boca y arcos dentarios, a la edad motora del paciente y los requerimientos de higiene.

El cepillo dental ha sido utilizado por siglos con el propósito de retirar restos alimenticios depositados sobre las superficies dentarias.

5.2.3.5.2. Tipos de Cepillos

“Los cepillos dentales se pueden clasificar de siguiente manera:

- ✓ Según la dureza: baja – media – alta.
- ✓ Según el tamaño: infantil – adulto.
- ✓ Según la finalidad: convencional – especial.
- ✓ Según la utilización: manual – eléctrico.

No existe un cepillo de dientes ideal. No se aconseja la utilización de cerdas demasiado duras porque puede traumatizar la encía y producir retracción gingival, las cerdas deben ser sintéticas redondeadas en las puntas, los cepillos con cerdas naturales no son apropiadas por ser antihigiénico, ya que permiten la acumulación de bacterias en el interior de las cerdas.”⁸

Las características de un cepillo dental manual adecuando para la higiene oral deben incluir:

⁷ HUBERTUS J.M. Van Wales, Atlas de odontología pediátrica, Higiene bucal, 2004, (pp.145 - 148). MANSSON SA. Barcelona – España.

⁸ www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/.../Consejos.pps

- ✓ Tamaño de mango adecuando para la edad y destreza motora del paciente.
- ✓ Tamaño de la cabeza del cepillo adecuando al tamaño de boca del paciente.
- ✓ Uso de filamentos suaves.
- ✓ Filamentos que permitan mejorar la eliminación de la placa en los espacios interproximales y a lo largo del margen gingival.

Existe básicamente dos tipos de cepillos para prescribir al paciente: manual o eléctrico. Estudios indican que no hay diferencia en el resultado final en lo que se refiere al control de la placa bacteriana. Fig. (12)

“Sin embargo, el eléctrico está indicado en pacientes que presenten alguna limitación en los movimientos físicos o que tienen algún problema de comprensión. Parece que el factor novedad influye en un principio, ya que con la utilización del cepillo eléctrico el paciente se entusiasma, lográndose de esta forma mejor higiene, el paciente logra mejor acceso a zonas difíciles. Fig. (13)

“De acuerdo a la edad del paciente el cepillo manual deberá de cumplir con las siguientes normas:

- ✓ Niños de 0 a 1 año: cepillos con filamentos extrasuaves y de acceso fácil al dedo. Fig. (14)
- ✓ Niños menores de 2 años; cepillos con filamentos extrasuaves y mango antideslizante.
- ✓ Niños entre 2 y 8 años; cepillos con cabezal estrecho, mango de fácil agarre y filamentos suaves.
- ✓ Niños mayores de 8 años; cepillos con filamentos suaves.

- ✓ Pacientes con grandes apiñamientos y enfermedad periodontal; cepillos con cabezal pequeño, recto, plano y con filamentos suaves.”⁹

El manual se aconseja que sea de cerdas suaves, cada cerda a un diámetro aproximado de 2 mm y con puntas redondeadas.”¹⁰

5.2.3.5.3. Cuidado de los Cepillos.

Los cepillos deben ser adecuadamente mantenidos para prolongar su eficiencia y vida útil, debiéndose aconsejar a los padres que renueven los cepillos en forma periódica; una vez usados deben lavarse y sacudirse, para eliminar el máximo de agua de las cerdas y colocados como para permitir aireación.

“Los cepillos pueden tener microorganismo y virus viables por más de siete días en ambiente húmedo y al menos 48 horas en ambiente seco, por lo cual se recomienda cambiarlos cuando el niño ha estado enfermo.

Es preciso señalar que el deterioro de un cepillo se detecta por pérdida de flexibilidad, deformación y desprendimiento de cerdas, en un tiempo aproximado de 2 – 3 meses.”¹¹ Fig. (15)

5.2.3.5.4. La pasta de Dientes o Dentífrico.

Contribuye a dejarnos una mayor sensación de limpieza. Se presentan en forma de pasta o geles más o menos líquidos. Incorporan agentes detergentes, y casi todos llevan agentes saborizantes. Con esta composición

⁹ DE LA ROJAS Francisco E., FUENMAYOR Vicente F., Manual de Higiene Bucal, Control Mecánico de la Placa, 2009, (p. 78), Medicina Panamericana, Buenos Aires – Madrid.

¹⁰ BARRIOS, Gustavo M., Odontología, Placa Bacteriana y Cálculo, 2004, (pp.263 – 276). Editorial Ltda. Colombia.

¹¹FERNANDEZ Escobar M, Odontología Pediátrica, Medida sobre la Variable Placa Bacteriana, 2004, (pp.146 - 159), Editorial AMOLCA.

su uso nos facilita la limpieza dental y nos deja una agradable sensación a limpio.

“La pasta de dientes para niño son bastante similares a la de los adultos con la única diferencia que ellos contienen una menor cantidad de fluoruro, esto ayuda a limitar la cantidad de fluoruro que los niños pueden tragar cuando se lavan los dientes.”¹² Fig. (16)

Actualmente, y visto el papel tan claro que el flúor tiene en la prevención de la caries dental, es deseable que los dentífricos incorporen flúor en su fórmula ya que éste tiene una clara función en la protección frente a la caries. Existen en el mercado pastas especiales para tratar la sensibilidad dental que incorporan nitrato potásico.

5.2.3.5.5. La Seda Dental.

Es un hilo especial de seda formado por varios filamentos, las cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente.

Tiene diversas presentaciones, entre ellas hilo, cinta, con cera, sin cera, con flúor, con sabor a menta. Su indicación depende de las características de la persona; si existe un contacto muy estrecho entre los dientes es preferible usar el hilo, pero, si el espacio es mayor es conveniente utilizar la cinta o hilo de tipo "floss", una zona central distensible con varias fibrillas.

El hilo se introduce entre los dientes y se hace recorrer el borde de los dientes, en especial por la zona cercana a la encía, algo que combinado con el cepillado de dientes previene infecciones de las encías, halitosis y caries

¹² HUBERTUS J.M. Van Wales, Atlas de odontología pediátrica, Higiene bucal, 2004, (pp.145 - 148). MANSSON SA. Barcelona – España.

dentales. En ocasiones, el hilo dental puede encontrarse protegido con una capa de cera.

“El uso inadecuado puede ser dañino para tejidos duros y blandos; esto obliga al clínico a seleccionar al paciente, instruir al niño y a sus padres y verificar que son capaces de realizar la técnica correctamente. Hay muchas clases de hilo de seda, con o sin cera, con clorhexidina y fluorurados.”¹³ Fig. (17)

5.2.3.5.6. Los Cepillos Interproximales.

Se usan cuando existe espacio entre los dientes, bien porque se haya perdido alguna pieza o bien por pérdidas de la alineación o por rotaciones dentarias. En este caso, se usan en sustitución de la seda dental para asegurar la limpieza de las caras laterales de los dientes. Fig. (18)

5.2.3.5.7. Colutorios Bucales.

El enjuague bucal o colutorio es una solución que suele usarse después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias y microorganismos causantes de caries y eliminar el aliento desagradable.

Existen enjuagues con funciones específicas; según su composición, se pueden encontrar enjuagues que se especializan en la prevención de halitosis, es decir, el mal aliento; otros con flúor que previenen la caries y optimizan la calcificación de los dientes. Asimismo, se están diseñando enjuagues bucales con el objetivo de reducir o curar las neoplasias en la cavidad bucal. Es recomendable evitar diluir los enjuagues debido a que puede disminuir su eficacia. Fig. (19)

¹³ FERNANDEZ Escobar M, Odontología Pediátrica, Medida sobre la Variable Placa Bacteriana, 2004, (pp.146 - 159), Editorial AMOLCA.

5.2.3.6. Técnicas de Cepillado Dental.

5.2.3.6.1. Técnica de Fones (rotación): Es la técnica más conocida. Las cerdas del cepillo se colocan contra la superficie de los dientes, los dientes superiores deben cepillarse rotando el cepillo hacia abajo y los dientes inferiores deben cepillarse rotando el cepillo hacia arriba, de manera que los costados de las cerdas cepillen tanto la encía como los dientes en un movimiento arqueado. Los premolares y molares se cepillan por medio de un movimiento de frotación sobre sus superficies. Fig. (20)

5.2.3.6.2. Técnica de Bass: En esta técnica el cepillo se coloca en ángulo de 45 grados contra la unión del diente con la encía, luego se realiza un movimiento horizontal para remover la placa bacteriana. Para las caras internas de los incisivos superiores e inferiores, se cepilla verticalmente con el cepillo. La superficie de masticación de los molares y premolares se cepillan por medio de movimientos de frotamiento hacia adelante y atrás. Fig. (21)

5.2.3.6.3. Técnica de Stillman: Las cerdas del cepillo se inclinan en un ángulo de 45 grados dirigidos hacia el ápice del diente; al hacerlo debe cuidarse que una parte de ellas descansen en la encía y otra en el diente. De ese modo, se hace una presión ligera y se realizan movimientos vibratorios.

5.2.3.6.4. Técnica de Charters: El cepillado con esta técnica es de utilidad para limpiar las áreas interproximales. Las cerdas del cepillo se colocan en el borde gingival formando un ángulo de 45 grados y apuntando hacia la superficie oclusal. De ese modo se realizan movimientos vibratorios en los espacios Interproximales. Al cepillar las superficies oclusales se presionan las cerdas en surcos y fisuras y se activa el cepillo con movimientos de rotación sin cambiar la posición de la punta de las cerdas. El

cepillo se colocó de manera vertical durante el aseo de la cara lingual de los dientes anteriores. Esta técnica se utiliza también alrededor de aparatos ortodónticos y cuando está desapareciendo el tejido interproximal, pero no se recomienda cuando están presentes las papilas. Fig. (22)

5.2.3.7. Técnica de Cepillado para Niños Especiales.

El cepillado dental es la principal herramienta para evitar las enfermedades bucales en niños con necesidades especiales. “Sin embargo, cuando un niño ve imposibilitada su capacidad para poder realizar tareas básicas como alimentarse, vestirse o comunicarse, la higiene oral se convierte en una tarea difícil. Los padres se verán en el compromiso de realizarlas por ellos diariamente. Algunos casos en que la tarea se torna difícil ya que el niño no coopera se podrán utilizar palabras claves como: hablarle cariñosamente pero con autoridad y premiarlos con algo que les guste, pero nunca lo premien con golosinas.”¹⁴

Por otro lado, sin una adecuada higiene bucal, el niño es vulnerable a la caries y a la enfermedad de las encías (gingivitis), lo cual agrava su cuadro de salud general.

El cepillo de dientes no es sólo para eliminar la comida pegada en los dientes, sino que además elimina al enemigo oculto, la placa dentobacteriana. Eliminar la placa dentobacteriana significa despegarla de los dientes, por lo tanto es necesario que el cepillo penetre en todos los espacios para retirarla.

Si usamos técnicas que lleven de un lado a otro las cerdas del cepillo, el problema será que estas cerdas jamás entrarán en los huecos más pequeños de los dientes, por ello es aconsejable que el cepillo efectúe

¹⁴ <http://www.odontologiaparabebes.com/pacientesEspeciales.html>

movimientos cortos que apliquen una presión constante sobre de los tejidos y así empujen a las cerdas hacia los espacios más pequeños.

Al cepillar es necesario colocar el cepillo apoyando firmemente las cerdas contra los dientes y encías y una vez en esa posición se hace un movimiento de vibrado contra los dientes y encías.

5.2.3.7.1. Posiciones para el Cepillado Dental.

5.2.3.7.1.1. Silla de ruedas.

Colócate detrás de la silla, sujeta la cabeza del niño y presiónala suavemente contra tu cuerpo o contra la propia silla de ruedas. Asimismo, te puedes sentar tras la silla de ruedas, colocar el freno e inclinar la silla sobre tu regazo. Fig. (23)

5.2.3.7.1.2. Sentados en el suelo.

Con el niño en el suelo, colócate detrás de él e inclina la cabeza contra tus rodillas. Si no coopera, puedes sentarte con las piernas estiradas y colocar tus piernas alrededor de sus brazos para inmovilizarlos.

5.2.3.7.1.3. Acostados en el suelo.

Acuesta al niño en el suelo con su cabeza sobre una almohada, arrodíllate por detrás de su cabeza y sosténsela.

5.2.3.7.1.4. Sobre una cama.

Coloca al niño acostado con la cabeza sobre tu regazo, sujétasela. Si el niño no coopera, otra persona puede sujetar sus brazos y piernas.

5.2.3.7.1.5. En el baño.

“El lugar más adecuado donde se debe de realizar la higiene bucal es el sanitario, sin embargo debido a las diferentes discapacidades que presentan

los niños hoy en día, el lugar conveniente será en el que se le pueda realizar una óptima higiene oral a pesar de las dificultades que esta presentan por las malas posiciones que se adoptan.”¹⁵

5.2.3.7.2. Técnica para la Higiene Bucal.

Colocar las cerdas del cepillo en un ángulo de 45° con respecto a la encía. Hacer presión moderada y realizar pequeños movimientos circulares sobre la encía, como un masaje.

“Recolocar el cepillo verticalmente y cepillar los dientes superiores hacia abajo y los inferiores hacia arriba en un movimiento de barrido; por dentro y por fuera. Terminar por las superficies masticatorias, con diez pasadas por cada zona.”¹⁶

Por último, cepillar la lengua. Para niños que no cooperan para abrir la boca se puede colocar un abrebocas, que debe ser de un material flexible, preferentemente silicona.

A menudo, el niño puede participar en la adaptación creativa de las herramientas. Existen varias formas de adaptar un cepillo para mejorar la técnica y fomentar la participación del niño, en caso de que quiera colaborar:

- ✓ Sujetar el cepillo a la mano del niño mediante una banda elástica.
- ✓ Doblar el mango del cepillo (con agua caliente del grifo sobre el mango).

¹⁵ HUBERTUS J.M. Van Wales, Atlas de odontología pediátrica, Higiene bucal, 2004, (pp.145 - 148). MANSSON SA. Barcelona – España.

¹⁶ HUBERTUS J.M. Van Wales, Atlas de odontología pediátrica, Higiene bucal, 2004, (pp.145 - 148). MANSSON SA. Barcelona – España.

- ✓ Para niños incapaces de levantar manos o brazos, se puede alargar el mango del cepillo con una regla o una cuchara de madera.
- ✓ Para niños incapaces de levantar manos o brazos, se puede alargar el mango del cepillo con una regla o una cuchara de madera. Fig. (24)

5.2.3.7.3. Uso del Hilo Dental

“Como el cepillo dental no llega a limpiar las zonas entre diente y diente, es importante el uso del hilo dental, sobretodo en niños con déficits motores. Esta tarea se ve facilitada con el uso de sujetadores de hilo, arcos dentales o flossers. Los flossers se deben pasar suavemente entre los molares hasta llegar a la encía, apoyándose siempre sobre el diente. Idealmente, se deben pasar cada noche después de la cena y antes del cepillado dental, para que el niño duerma con la boca limpia.”¹⁷ Fig. (25)

Para usar el hilo dental, se extrae del rollo más o menos 60 cm se enrolla alrededor del dedo medio de una mano pero se deja suficiente hilo para sostenerlo firme con el dedo medio de la otra mano.

Conforme se va utilizando el hilo, éste se desenrolla de un dedo y se enrolla en el otro con el fin de usar un segmento nuevo en cada espacio interdental, también es necesario dejar entre ambas manos un tramo de 7 a 8 mm de hilo y mantenerlo tenso para controlar los movimientos.

El hilo se introduce con suavidad entre los dientes y se desliza hasta el surco gingival. En seguida se rodea el diente y se desliza hacia la cara oclusal con movimientos de cierra o de vaivén en sentido vestíbulo lingual a continuación se mueve encima de la papila interdental con mucho cuidado y luego se pasa al siguiente espacio con otra fracción del hilo. En los dientes superiores el

¹⁷ <http://www.odontologiaparabebes.com/pacientesEspeciales.html>

hilo se guía con los dos pulgares o con un pulgar y el índice en los dientes inferiores con los índices. Fig. (26)

5.3. PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS.

Los niños con enfermedades crónicas o con afecciones congénitas o adquiridas que interfieren en el desarrollo mental o físico son definidos a menudo como discapacitados. La discapacidad es una desventaja para el individuo, resultado de un deterioro o impedimento que limita o evita el cumplimiento de una actividad que sería normal para esa persona.

En el tratamiento de niños discapacitados y con salud comprometida, el equipo odontológico es uno de los muchos que están en contacto con el niño y su familia. Por ello, aparte de tener conocimiento de los problemas de salud dental y general, relacionada con una situación dada, es esencial comprender nuestras propias reacciones ante la discapacidad.

Los problemas comunes bucales, tales como caries o enfermedades de las encías, afectan a todos los niños. Pero los niños con discapacidades y otras necesidades especiales tienen más problemas de salud bucal que la población en general. Por ejemplo, los niños con discapacidades pueden tener problemas de habilidades cognitivas, comportamiento, movilidad, neuromusculares (babeo, atragantamiento y problemas para tragar), movimientos corporales no controlados, reflujo gastroesofágico, o convulsiones. Estas complicaciones pueden representar obstáculos para el cuidado adecuado de la boca y hacer que los niños tengan mayores riesgos de desarrollar problemas de salud bucal.

5.3.1. Discapacitado.

Los niños con necesidades especiales son aquellos que tienen mayores riesgos de sufrir una condición crónica a nivel físico, de desarrollo, comportamiento o emocional; y que también necesitan servicios de salud y

otros servicios que van más allá del tipo de servicios que generalmente reciben los niños.

5.3.1.1. Discapacidades Comunes.

5.3.1.1.1. Parálisis Cerebral.

Incluye a un grupo de trastornos no progresivos de los centros y vías motoras del cerebro. El paciente es débil y está impedido de realizar muchas funciones motrices. También puede haber retardo mental, ataques y otros trastornos emocionales.

Los pacientes con parálisis cerebral presentan muchas complicaciones en la atención odontológica, incrementados en casos de retardo mental por problemas de conducta. Además los posibles trastornos del habla pueden tornar difícil y hasta imposible la comunicación con el odontólogo.

“La mayoría de estos pacientes presentan dificultad comunicativa a causa de sus problemas motores y sensoriales. Será fundamental valorar su capacidad de comprensión y comunicación para crear vías de comunicación recíproca. En cuanto a la exploración oral, se valorará la existencia de malformaciones orofaciales y la presencia tanto de caries o inflamación gingival, como de algún tipo de malaoclusión o disfunción”¹⁸

5.3.1.1.1.1. Características Bucales.

- ✓ “Alteraciones de los dientes, ya sea en número, forma o estructura.
- ✓ Alteraciones estructurales de los huesos o los tejidos blandos.
- ✓ Problema de crecimiento o funciones.
- ✓ Cambios en la cantidad de saliva.
- ✓ Dificultad para deglución.”¹⁹ Fig. (27)

¹⁸ SILVESTRE Francisco J., PAZA Andrés, Odontología en Pacientes Especiales, Manejo Odontológico en diferentes tipos de Pacientes Discapacitados, 2007, (pp. 272, 276 – 279), Valencia.

5.3.1.1.2. Epilepsia

La epilepsia es un trastorno convulsivo caracterizado por ataques de inconsciencia o conciencia parcial, y a menudo, espasmos musculares. Las causas son variadas, desde una lesión cerebral o encefalitis, hasta defectos congénitos. Los pacientes epilépticos suelen mantenerse con drogas anticonvulsivas para reprimir los ataques.

El odontólogo debe conocer las drogas ingeridas por el paciente, y debe tener ciertas precauciones en caso de que un paciente experimente un ataque: no tratar de detenerlo o revivirlo, no restringir los movimientos del paciente, y no forzar las mandíbulas apretadas, pero controlando la respiración del paciente.

“Los mayores problemas que plantean los niños epilépticos son la hiperplasia gingival y la precipitación de crisis convulsivas durante la cirugía, el tratamiento de la hiperplasia gingival se basa en la higiene oral, en los casos más graves se puede recurrir a la gingivectomía.”²⁰ Fig. (28)

5.3.1.1.3. Retardo Mental.

Retardo mental es sinónimo de subnormalidad y deficiencia mental. Las causas incluyen traumatismos del sistema nervioso central, pautas culturales familiares, irradiaciones fetales, malnutrición, síndromes genéticos (síndrome de Down). El nivel de retardo va desde los educables y adiestrables, ambos pueden tener un dominio de su salud personal, y no adiestrables, quienes necesitarán una continua supervisión.

¹⁹ BARBERAN Elena L, Atlas de Odontología Infantil para Pediatras y Odontólogos, El Niño con Necesidades Especiales, 2005, (pp.170 – 175), Ripano S.A, Madrid – Barcelona.

²⁰ A. Cameron R. Widmer, Manual de Odontología Pediátrica, Trastornos Neurológicos, 2005, (pp. 259 – 263), Harcourt. S.A, Madrid – Barcelona.

5.3.1.1.3.1. Características Bucales.

- ✓ “Maxilar superior pequeño y mesial a base del cráneo
- ✓ Macroglosia
- ✓ Pobre control de la neuromusculatura orofacial
- ✓ Desarmonías oclusales clase II
- ✓ Alteraciones de tamaño dental, agenesias o defectos de los tejidos duros de los dientes.
- ✓ Deficiente higiene oral, tanto de forma autónoma como asistida
- ✓ Problemas periodontales.
- ✓ Retraso de la erupción de los dientes
- ✓ Alta incidencia de gingivitis
- ✓ Úvula bífida
- ✓ Fisuras labiales”²¹ Fig. (29)

5.3.1.1.4. Sordera.

La persona que padece sordera puede ser un buen paciente. Algunos necesitan especial preparación, pero su habilidad para descifrar las palabras a través de los labios del interlocutor, o palabras impresas, es generalmente muy buena, posibilitando la recepción de información. Generalmente los niños con esta patología se encuentran estrechamente vinculados con sus padres o con su maestro, y en esos casos es útil la presencia de ellos en el consultorio para actuar como interlocutor e intérprete entre el paciente y el odontólogo.

5.3.1.1.5. Ceguera.

Los niños ciegos requieren una especial preparación para superar su discapacidad. Generalmente el paciente ciego no plantea problemas para el

²¹ SILVESTRE Francisco J., PAZA Andrés, Odontología en Pacientes Especiales, Manejo Odontológico en diferentes tipos de Pacientes Discapacitados, 2007, (pp. 272, 276 – 279), Valencia.

odontólogo. Sin embargo deberá ser muy cuidadoso de explicar todo lo que se realizará y disminuir los ruidos alarmantes. Los distintos sonidos deben ser descriptos al niño con anterioridad a la utilización del instrumental que los producirá.

5.3.1.1.6. Autismo.

El autismo también es llamado síndrome de Kanner, psicosis infantil, o esquizofrenia de la niñez. Incluye retardo mental, escasa capacidad para el lenguaje y fragilidad emocional, muchos presentan además trastornos convulsivos. El niño autista plantea un problema en el manejo odontológico, sin embargo los niños con una extensa preparación terapéutica pueden ser aptos para la experiencia.

5.3.1.1.6.1. Características bucales

- ✓ “Lesiones dentales por bruxismo.
- ✓ Traumatismos dentales por caídas.
- ✓ Lesiones de tejidos blandos por autoagresiones.
- ✓ Cicatrices por accidentes en convulsiones.
- ✓ Hiposialia en aquellos niños que ingieren medicación anticonvulsiva.
- ✓ Mala higiene oral por la resistencia que a veces ponen a ser cepillados sus dientes.
- ✓ Caries de gran tamaño y enfermedades de las encías debido a la dieta altamente dulce, blanda y la falta o incorrecta higiene.”²² Fig. (30)

²² A. Cameron R. Widmer, Manual de Odontología Pediátrica, Trastornos Neurológicos, 2005, (pp. 259 – 263), Harcourt. S.A, Madrid – Barcelona.

5.3.1.1.7. Hiperactividad.

Significa actividad incrementada o excesiva. Un niño hiperactivo tiene una conducta exacerbada, ajuste dificultoso a las circunstancias sociales, y nerviosismo. Estas características causan dificultades en la atención odontológica por la difícil cooperación del paciente. Por lo general estos niños presentan con mayor frecuencia de fracturas dentarias, bruxismo y por ende de desgaste dentario por la fricción de los dientes ante el bruxismo.

5.3.1.1.8. Síndrome de Down

Existe en estos pacientes un menor desarrollo en tercio medio facial debido a una deficiente crecimiento, esto provoca una hipoplasia maxilar transversal y sagital. Debido a estas características estructurales, la lengua tiende a protruirse favoreciendo a una mordida cruzada posterior.

“La macroglosia para algunos autores es considerada pseudomacroglosia, debido a que su tamaño no procede ser mayor a lo normal, sino que la cavidad oral es pequeña por la hipoplasia de los maxilares, que junto a la hipotonía favorecen a la salida de la lengua por delante.”²³

La hipotonía muscular da una característica expresión facial y disfunción oral, la boca se encuentra abierta con eversión del labio inferior.

La lengua al igual que los labios puede aparecer agrietada debido a la sequedad oral producida por la respiración bucal, también puede ocasionarse queilitis angular.

²³ SILVESTRE Francisco J., PAZA Andrés, Odontología en Pacientes Especiales, Manejo Odontológico en diferentes tipos de Pacientes Discapacitados, 2007, (pp. 272, 276 – 279), Valencia.

Las manifestaciones bucales de pacientes con síndrome de Down, suelen acompañarse de una serie de alteraciones de los tejidos duros y blandos en el cráneo entre los que destacan:

- ✓ “Maxilar superior pequeño y mesial a base del cráneo
- ✓ La lengua puede parecer estar protegida (macroglosia), haciendo que la boca se mantenga abierta.
- ✓ Pobre control de la neuromusculatura orofacial
- ✓ Desarmonías oclusales clase II
- ✓ Microdoncia
- ✓ Problemas periodontales.
- ✓ Retraso de la erupción de los dientes
- ✓ Alta incidencia de gingivitis.”²⁴ Fig. (31)

5.3.2. Factores de Riesgo.

“Algunos de los factores que contribuyen a una salud bucal deficiente en los niños con discapacidades y otras necesidades especiales son:

5.3.2.1. Condiciones Bucales.

Algunos problemas genéticos en niños pequeños pueden causar condiciones tales como: defectos en el esmalte de los dientes, pérdida de dientes, y mala alineación de los dientes, ya que presentan maxilares pequeños por falta de desarrollo. Los niños con síndrome de Down a menudo sufren de enfermedades en las encías.

²⁴ A. Cameron R. Widmer, Manual de Odontología Pediátrica, Trastornos Genéticos, 2005, (pp. 259 – 263), Harcourt. S.A, Madrid – Barcelona.

5.3.2.2. Limitaciones Físicas.

Los niños que no pueden masticar o mover la lengua apropiadamente no se benefician de la acción de limpieza natural de la lengua, de los músculos de la mejilla, y de los labios.

5.3.2.3. Dificultad para Cepillarse y usar el Hilo Dental.

Los niños con mala coordinación motriz, como por ejemplo los niños con lesiones en la espina dorsal, distrofia muscular, o parálisis cerebral, tal vez no pueden lavarse los dientes o usar los métodos de limpieza usuales de cepillado y e hilo dental.

5.3.2.4. Flujo de Saliva Reducido.

Los niños que necesitan ayuda para beber, tal vez tomen menos líquidos que otros niños y tal vez no tengan la suficiente saliva en la boca como para ayudar a deshacerse de partículas de alimentos.

5.3.2.5. Medicamentos.

A los niños que usan medicinas endulzadas por un largo período de tiempo les pueden salir caries. Algunos medicamentos para prevenir los ataques pueden causar hinchazón o sangramiento de las encías.

5.3.2.6. Dietas Restringidas.

A los niños que tienen dificultad para masticar y tragar se les puede dar a menudo comida que se ha hecho puré, la cual se les puede pegar a los dientes.”²⁵

²⁵ A. Rahman Zamani, Salud Bucal para niños con discapacidades y necesidades especiales, 2007, (pp. 1 - 3), California.

5.3.2.6.1. Dieta.

“Se denomina dieta al total ingeridos en sólidos y líquidos, incluyendo los componentes no nutritivos.”²⁶

Los constituyentes de la dieta se ponen en contacto con los dientes, sus tejidos de soporte y la placa bacteriana, de este modo la dieta puede tener un efecto local en la cavidad bucal reaccionando con la superficie del esmalte y sirviendo de sustento a los microorganismos. La interrelación de la dieta con la salud bucal es muy compleja y hace tiempo que se desechó la asociación lineal azúcar-caries.

“Es necesaria la presencia de bacterias cariogénicas para que se metabolicen ácidos a partir de los azúcares que ingerimos, procedan de las golosinas, chocolate, etc. o de alimentos considerados buenos en la nutricional como son las frutas, leche, pastas, pan.”²⁷

Si la eliminación de bacterias no es rigurosa, la degradación se realizará tanto de la sucrosa como de la fructuosa, lactosa y otros carbohidratos complejos. El potencial destructivo dependerá de la rapidez con que se eliminen de la boca y se recupere el pH. Así, los elementos muy retentivos, si no se eliminan con el cepillo, se mantendrán mucho tiempo en la boca permitiendo que las enzimas salivares actúen desdoblándolos.

²⁶ FERNANDEZ Escobar M, Odontología Pediátrica, Prevención en Odontología Pediátrica, 2004, (pp.103, 125 – 137), Editorial AMOLCA.

²⁷ BARBERAN Elena L, Atlas de Odontología Infantil para Peditras y Odontólogos, Dieta, 2005, (p.156), Ripano S.A, Madrid – Barcelona.

5.3.3. Patologías Bucales Comunes.

Las alteraciones bucales más frecuentes en este grupo de pacientes son:

5.3.3.1. Caries Dental.

La caries dental es una enfermedad infecciosa caracterizada por una serie de reacciones complejas que resultan en primer lugar por la destrucción del esmalte dentario y posteriormente, si no se le detiene, en la de todos los tejidos del diente.

La característica principal de esta enfermedad es la formación de cavidades en los dientes. La enfermedad empieza por la superficie del esmalte y va penetrando paulatinamente a la dentina, afectando posteriormente a la pulpa y finalmente a los tejidos periodontales.

El progreso de la enfermedad es variable, puede desarrollarse en sólo unos meses o puede requerir de varios años para su formación.

La lesión cariosa se inicia a través de la placa dentobacteriana, que es una colección de colonias bacterianas que se adhieren firmemente a los dientes y encías, además, se forma de restos de alimentos, saliva, células muertas y otros elementos. Los microorganismos de la boca forman ácidos a partir de los restos alimenticios que no han sido removidos con el cepillado dental.

Fig. (32)

Los alimentos que más favorecen la caries dental son los que contienen carbohidratos (azúcares), siendo mucho menos dañinos los alimentos que contienen azúcares naturales tales como frutas y verduras y de gran poder destructor son los refrescos, caramelos y panecillos que contienen azúcares refinados, por lo que debe evitarse su ingestión en exceso y entre comidas.

La caries dental se inicia como una mancha blanquecina, o café en el esmalte, sintiéndose cierta aspereza o irregularidad. No hay dolor o síntoma alguno. Este es el mejor momento para su tratamiento curativo.

Al avanzar la enfermedad se presenta una cavidad, con poco dolor, que sólo se presenta ante un estímulo como el calor, el frío, al comer un dulce o alimento ácido. El dolor cesa inmediatamente y por lo general no hay necesidad de recurrir a medicamentos contra el dolor (analgésicos).

Aquí la caries ya afecta a la dentina y ante la sintomatología antes expuesta, el afectado ya debería acudir con urgencia al profesional, para su tratamiento. Se puede considerar que nuestros dientes nos avisan la urgencia de un tratamiento que debería haberse hecho con anterioridad para evitar molestias.

Si el afectado sigue descuidándose, la cavidad continúa agrandándose y se presenta un dolor más fuerte, y de gran intensidad, al grado de que es necesario tomar analgésicos para calmarlo; en esta etapa la pulpa ya está siendo afectada, se presenta el dolor espontáneamente y en oleadas de menor o mayor intensidad.

En su fase final, el dolor es constante y de gran intensidad, siendo imposible tocar el diente aún con la lengua u otros tejidos sin producir más dolor, la pulpa ya está severamente afectada hasta llegar a producirse abscesos e infecciones.

“La caries es una enfermedad muy frecuente en el paciente infantil, el enfoque terapéutico se encamina a controlar los factores de riesgo e instaurar un tratamiento mecánico y médicos antes de la aparición de lesiones irreversibles. Así, cuando se explora las coronas dentarias se puede

observar que éstas son pequeñas en comparación con el tamaño de los dientes permanentes. Los espesores de las estructuras, tanto esmalte como dentina, son menores y la calcificación es menor. Todo ello da lugar a un avance más rápido de las caries, una vez que esta se inicia, y a una afectación pulpar mas temprana que en el adulto.”²⁸

“Los dientes temporales y permanentes durante el periodo de erupción, y hasta que alcance su nivel oclusal, no son utilizados activamente en la masticación. Por ello la eliminación de la placa dental no son eliminados por el roce con los alimentos ni con los proceso de autolimpieza de la boca lo que aumenta el riesgo de presentar caries dental por la acción de los ácidos de la placa bacteriana.”²⁹

Los tratamientos restauradores en niños y jóvenes, se realizan en su mayoría en las edades comprendidas de los 6 a los 8 años de edad aproximadamente, viéndose estas dificultadas por el desarrollo emocional y cognitivo del paciente, ya que por el temor que experimentan imposibilitan en muchos casos la atención, y los tratamientos como obturaciones, extracciones dentarias, fluorizaciones, sellantes de fosas y fisuras hasta una profilaxis frenan una atención odontológica temprana.

Los niños con edad inferior a los 3 años son incapaces de cooperar en el tratamiento dental, y con frecuencia se los ha de sedar, mantenerlos quietos o incluso aplicarles anestesia general para lograr el tratamiento.

“Las extracciones o las avulsiones dentarias permanentes en pacientes infantiles jóvenes, sólo se ve indicada cuando están afectados por caires o

²⁸ BARBERÍN Elena L, Odontopediatría, Caries Dental Prevención. 2005, (pp. 175), Ripano S.A, Madrid – Barcelona.

²⁹ BARBERÍN Elena L, Odontopediatría, Caries Dental Prevención. 2005, (pp. 176), Ripano S.A, Madrid – Barcelona.

por alteraciones del esmalte o dentina, ya que con las extracciones prematuras se corre el riesgo de alterar la armonía oclusal.”³⁰

“Los índices de extracciones en niños, en especial con alguna limitación física o mental se restringe no solo a su imposibilidad ya que habrá que tomar decisiones conjuntas con el médico tratante para poder planificar la extracción.”³¹

Los primeros dientes que erupcionan, los dientes temporales, presentan algunas características que tienen repercusión sobre la presentación o el avance de la caries.

Los dientes que han recibido fluoruro ya sean en el agua o por medio de aplicaciones tópicas, son menos afectados por la caries dental ya que el flúor aumenta la resistencia del diente haciéndolo menos soluble al ataque de los ácidos de la placa dentobacteriana, por lo que se debe enfatizar en la necesidad de que el niño reciba la aplicación tópica de flúor mínimo dos veces al año, y entre más pequeño la reciba será mejor debido a que los dientes cuando erupcionan son más porosos y absorben más flúor.

Los niños con disminuciones físicas y/o psíquicas presentan un mayor riesgo de caries debido a una serie de factores, como:

- ✓ Falta de destreza manual para lograr una buena higiene bucal.

³⁰ BOJ Juan R. Odontopediatría, Patología Oral y Problemas Periodontales en niños, 2005, (pp.374 - 375), MASSON SA. Barcelona España.

³¹ SILVESTRE Francisco J., PAZA Andrés, Odontología en Pacientes Especiales, Manejo Odontológico en diferentes tipos de Pacientes Discapacitados, 2007, (pp. 272, 276 – 279), Valencia.

- ✓ Alteraciones del tono muscular que impiden una adecuada masticación y fomentan el estancamiento de la comida en la boca.
- ✓ Alteraciones psíquicas que dificultan la colaboración en el momento del cepillado dental.
- ✓ Dietas de consistencia blanda y ricas en carbohidratos.
- ✓ Medicación constante con alto contenido de azúcares o corticosteroides que reducen el flujo salival y la acción de autolimpieza de la boca.
- ✓ Malformaciones dentarias, malposiciones y malos hábitos que favorecen que la comida penetre los dientes y se forme placa bacteriana.
- ✓ Defectos en el esmalte dental que hacen al diente más susceptible a la caries.

5.3.3.1.1. Áreas Retentivas.

Las áreas retentivas pueden ser naturales o artificiales. Entre las naturales se encuentran los espacios interproximales, los hoyos y las fisuras profundas, las irregularidades de la posición y la alineación, las coronas dentarias de forma incorrecta o anormal y las cavidades de las caries.

Entre las áreas retentivas artificiales se describen las restauraciones de forma y contorno incorrectos y mal terminados, la ausencia de dientes, el desgaste la fractura y la filtración marginal de los materiales de restauración.

5.3.3.1.2. Factores Predisponentes y Atenuantes.

5.3.3.1.2.1. “Civilización y raza: en ciertos grupos humanos existe mayor predisposición a las caries que en otros, tal vez a causa de la influencia racial en la mineralización, la morfología del diente y la dieta.

5.3.3.1.2.2. Herencia: existe grupos inmunes y otros altamente susceptibles y estas características es transmisible.

5.3.3.1.2.3. Dieta: el régimen alimentario y la forma y la adhesividad de los alimentos ejercen una influencia preponderante sobre la aparición y el avance de la caries.

5.3.3.1.2.4. Morfología dentaria: las superficies oclusales con fosa y fisuras muy profundas favorecen a la iniciación de las caries.

5.3.3.1.2.5. Higiene bucal: el uso de cepillo dental, hilo dental, palillos, irrigación acuosa u otros elementos reducen significativamente la frecuencia de esta lesión.

5.3.3.1.2.6. Sistema inmunitario: existe un factor inmunológico que interviene en la saliva humana y de muchos animales. Este factor es la inmunoglobulina A, que protege al organismo de ciertos ataques y que al recubrir a las bacterias de la biopelícula dental, posibilita su fagocitosis por parte de los neutrófilos de la cavidad bucal.

5.3.3.1.2.7. Flujo salival: su cantidad, consistencia y composición tienen una influencia decisiva sobre la velocidad de ataque y la defensa del organismo ante las caries.

5.3.3.1.2.8. Glándulas de secreción interna: actúan en el metabolismo del calcio, el crecimiento y la conformación dentaria, el medio interno y otros aspectos.

5.3.3.1.2.9. Enfermedades sistemáticas y estados carenciales: favorecen la iniciación de la lesión al disminuir las defensas orgánicas, alterar el funcionamiento glandular o modificar el medio interno.”³²

5.3.3.1.3. Saliva.

“La saliva está presente durante la clásica interacción de tres factores primordiales de la etiología de las caries, y modifica el resultado de esa interacción al actuar sobre el esmalte, el diente y el microorganismo.”³³ Fig. (33)

La saliva es una mezcla compleja de fluidos, producto de secreción de las glándulas salivales principales, accesorias y de fluido crevicular. La secreción es regulada por el sistema simpático y para simpático, y con variables, con un máximo para la mayoría de las personas, a las cinco de la tarde y un mínimo durante el sueño. En los niños el volumen de secreción puede variar por su estado fisiológico y también emocional.

5.3.3.1.3.1. Funciones de la Saliva.

5.3.3.1.3.1.1. Limpieza Mecánica.

Hay que recordar que a pesar del gran nivel de secreción salival en el hombre (valores aproximados al litro cada 24 horas), ésta es producida mayormente en respuesta a la estimulación que acompaña a la masticación y a las comidas, y que durante el reposo la secreción es baja.

Durante el sueño la secreción es prácticamente nula. La autoclisis es dependiente, además del volumen absoluto, de la cantidad serosa de saliva.

³² BARRANCOS, Julio M. Patricio J., Operatoria dental, Cariología, 2006, (pp. 297, 306, 307, 316). Editorial medica panamericana. Buenos Aires, Bogotá, Caracas, Madrid, México, Sao Pablo.

³³ FERNANDEZ Escobar M, Odontología Pediátrica, Prevención en Odontología Pediátrica, 2004, (pp.103, 125 – 126), Editorial AMOLCA.

A pesar de evidencia no conclusiva, se estima que el lavado por saliva es necesario para remover o neutralizar los iones de hidrógeno generados cerca o en la interfase placa – esmalte.

5.3.3.1.3.1.2.Reducción de la Solubilidad del Esmalte.

Muchos factores están involucrados en el mantenimiento de la integridad de las estructuras dentarias. “La contribución de la saliva se estima derivada de la presencia de calcio y fosfato y en menor proporción de magnesio y flúor. Los niveles reales del total de estos elementos es difícil de determinar, al variar según se trate de saliva estimulada o de reposo y al ser diferente el nivel en la secreción de cada glándula.

La presencia de estos minerales en saliva mantiene la integridad del esmalte en pH adecuados, contribuyendo además a la maduración de estos tejidos. En el caso particular de los fosfatos se ha observado una reducción de solubilidad, además de cierto poder tampón, al flúor se atribuye un efecto protector al reducir notablemente la solubilidad del esmalte, y favorece la remineralización.”³⁴

5.3.3.1.3.1.3.Neutralización

Varios factores contribuyen a la capacidad de la saliva para contrarrestar el ácido, introducido directamente o producido en la boca. Éstos incluyen el pH de la saliva durante la secreción, la capacidad tampón y un posible factor de baja de pH.

³⁴ FERNANDEZ Escobar M, Odontología Pediátrica, Prevención en Odontología Pediátrica, 2004, (pp. 125 – 127), Editorial AMOLCA.

5.3.3.2. Gingivitis en el Niño.

La gingivitis en el niño es muy frecuente se la asocia a la acumulación de placa bacteriana y factores irritativos locales de tipo cálculos dentarios, erupción mixta, caries dental y apiñamiento dentario. La gingivitis infantil generalmente se limita a las zonas marginales y papilares de la encía.

Desde el punto de vista clínico, la gingivitis siempre se considera como un proceso crónico, de larga duración e indoloro. Es el tipo de gingivitis que se observa con mayor frecuencia esta puede ser localizada en un diente o generalizada, comprometiendo un segmento o toda la encía del paciente.

5.3.3.2.1. Características Clínicas de la Gingivitis.

Clínicamente se aprecia enrojecimiento de la encía localizada en el margen gingival y papila interdientaria que con frecuencia, se hiperplasia, hay hemorragia fácil y pérdida de la arquitectura normal.

Generalmente se detecta la presencia de materia alba y placa bacteriana. La causa principal de hemorragia principal es la inflamación crónica y se manifiesta cuando el paciente hace su cepillado dental, utiliza palillos, muerde ciertos alimentos duros, presiona o succiona con la lengua, y cuando hay empaquetamiento de alimentos. Fig. (34)

5.3.3.3. Enfermedad Periodontal.

Por enfermedad periodontal se conocen diversas condiciones patológicas caracterizadas por la inflamación y/o destrucción del periodonto, o sea de los tejidos que conectan y soportan los dientes en los huesos maxilares.

La enfermedad periodontal es causada por factores irritantes de tipo local o general. Los factores de tipo local son: la placa dentobacteriana el sarro o cálculo dental, la destrucción de las paredes dentarias causadas por caries o traumatismos, las obturaciones, coronas o prótesis mal ajustadas y las mal posiciones dentarias.

Los factores generales que pueden desencadenar una parodontopatía (enfermedad de las encías) son de tipo sistémico como la diabetes o avitaminosis.

El sarro es la placa dentobacteriana que no ha sido removida, calcificándose por las sales minerales de la saliva, tanto la placa como el sarro provocan irritación en las encías causando progresivamente la destrucción de los demás elementos del periodonto, continuando hasta su destrucción total, lo que causa movilidad en los dientes y su subsecuente pérdida.

Para poder detectar la enfermedad periodontal debemos establecer una diferenciación entre las encías sanas y enfermas.

Los pacientes especiales están expuestos a un mayor riesgo de aparición de enfermedad de las encías por los mismos factores de riesgo de caries y, además, por estos otros:

- ✓ Medicación anticonvulsiva (contra los movimientos involuntarios de los músculos utilizados en niños epilépticos), que ocasiona un agrandamiento gingival.
- ✓ Posturas de boca abierta (respiración oral) que favorecen que las encías se sequen y sangren fácilmente.

5.3.3.3.1. Encía Sana.

Por lo general es de color rosa pálido en la gente de piel blanca presentando ligeras manchas y pigmentaciones en las morenas. La consistencia es firme y no sangra al cepillado normal. Fig. (35)

5.3.3.3.2. Encía Enferma.

Se ve de un color rojo intenso o violáceo con una consistencia blanda e inflamada, sangra al cepillado normal. Conforme progresa la enfermedad las encías se inflaman más llegando a deformarse, se presenta mal aliento, hay grandes cantidades de sarro, también los dientes parecen "agrandarse" o "alargarse" debido al desplazamiento que han sufrido la encía y el hueso por la irritación; El sangrado es más profuso y fácil de provocar y puede haber movilidad, dolor y formación de abscesos periodontales, terminando con la pérdida de los dientes, por falta de soporte óseo. Fig. (36)

5.3.3.4. Malaoclusión

Frecuentes en niños con parálisis cerebral; niños con alteraciones de los movimientos musculares de la mandíbula, los labios y la lengua los cuales tienen dificultades para respirar y cerrar bien la boca, y en los niños con síndrome de Down.

La mayoría de los niños presenta apiñamiento, menos del 10% tienen un origen genético de discapacidad óseodental verdadero. Fig. (37)

Los signos tempranos de apiñamiento dental incluyen:

- ✓ Pérdida temprana de la integridad de la longitud del arco.
- ✓ Erupción ectópica de los incisivos laterales que producen exfoliación temprana de caninos.
- ✓ La presencia de la lingu-versión de los incisivos laterales.

5.3.3.4.1. Traumatismo y Fracturas Dentales.

El riesgo de padecer algún traumatismo aumenta en niños con parálisis cerebral, niños epilépticos y niños hiperactivos. La presencia de dientes anteriores protruidos (que sobresalen del labio superior) también predispone a la fractura. Fig. (38)

5.3.3.5. Bruxismo.

El bruxismo se caracteriza por la hiperfunción muscular masticatoria que lleva al apretamiento y rechinar de los dientes con el consiguiente desgaste y alteraciones oclusales.

“Es un hábito que desarrolla el paciente, especialmente durante la noche y se piensa que tiene un componente de estrés muy importante. Parece que se presenta con mayor frecuencia en el individuo hiperactivo que libera gran derroche de energía durante el día y en la noche, durante el sueño hace manifiesto su agresividad bruxando.”³⁵

En igual forma los pacientes hiperemotivos e inestables con diferentes problemas psicológicos, tienden a adquirir el hábito del bruxismo a veces durante el día.

5.3.3.5.1. Signos Clínicos del Bruxismo

- ✓ Zonas de desgaste en dientes anteriores y posteriores.
- ✓ Radiológicamente se observa ensanchamiento del ligamento periodontal.

³⁵ BARRIOS, Gustavo M., Odontología, Bruxismo, 2004, (pp.1023 - 1029). Editorial Ltda. Colombia.

- ✓ Fracturas de dientes y restauraciones, reabsorción y fracturas radiculares.
- ✓ La musculatura masticatoria en especial el masetero se encuentra hipertrófico.
- ✓ Síndrome doloroso del ATM. Fig. (39)

5.3.3.6. Candidiasis.

La candidiasis es una infección ocasionada por un hongo denominado *Candida Hominis Albicans*. El microorganismo es relativamente común de manera que se concluye que la sola presencia de la *Candida* no es suficiente para producir la infección, sino que requiere de condiciones ambientales especiales que favorecen la proliferación del hongo.

La candidiasis se ha descrito como la enfermedad oportunista más común y su prevalencia ha aumentado considerablemente con la utilización de antibióticos que rompen el equilibrio ecológico de la flora bacteriana oral, drogas inmunosupresoras, corticosteroides y citotóxicos.

5.3.3.6.1. Manifestaciones Orales de la Candidiasis.

La lesión se caracteriza por aparición de placas blancas ligeramente elevadas y blandas que comprometen mucosa oral y lengua se puede presentar tanto en encía como en paladar y piso de boca.

Las placas blanquecinas se han descrito como coágulos de leche, esta placa se puede retirar fácilmente con una base, observándose una apariencia de mucosa normal o un área eritematosa. En casos severos toda la mucosa oral está comprometida. Fig. (40)

5.3.3.7. Halitosis.

Por consecuencia de la acumulación de placa bacteriana y la consiguiente alteración de las estructuras periodontales se presenta la halitosis un olor fétido del aliento del paciente que es la sumatoria de la acumulación de materia alba, placa bacteriana, restos de alimentos, estancamiento salival.

Proviene de la descomposición de varios productos orgánicos de la saliva, a las tres horas de producirse el estancamiento de la saliva se produce la halitosis, especialmente durante el sueño ya que en estas condiciones el flujo salival se reduce a cero y hay tiempo suficiente para que se produzca la putrefacción.

“El mal aliento es relativamente poco frecuente en los niños, de en caso que existan deben de conocer su origen para ser tratados correctamente.

Entre las causas más frecuentes de la halitosis destacan:

- ✓ Lavado incorrecto de los dientes o mala higiene bucal.
- ✓ Caries dentales no tratadas.
- ✓ Succión de los dedos u otros objetos.

La halitosis naturalmente se controla con cepillado dental adecuado, incluyendo a veces el cepillado de la lengua, utilizando enjuagatorios, controlando ciertos hábitos o mediante el consuno de chicles saborizados puede ayudar a controlar el mal aliento, ya que en los niños pequeños es difícil realizar la higiene bucal es preciso de visitas periódicas al dentista.”³⁶

³⁶ S. García – Tornel., La Salud de nuestros Hijos, Halitosis (mal aliento), 2007, (p.5), Editorialceac, Barcelona – España.

5.3.3.8. Queilitis Comisural.

“También conocida como queilitis angular, es un proceso inflamatorio localizado en las comisuras bucales. Clínicamente observamos la presencia de eritema, agrietamientos o fisuras con bordes discretamente hiperplásicos en la comisura de los labios, suele ser bilateral.”³⁷ Fig. (41)

5.3.3.9. Estomatitis Aftosas Recurrentes.

Las estomatitis aftosas recurrentes es una enfermedad inflamatoria crónica muy frecuente de la mucosa oral. Su etiología es desconocida aunque se han implicado factores genéticos, infecciosos e inmunológicos, al igual que se afirma que existen factores predisponentes, como deficiencia vitamínica, estrés, respuesta hiperérgica alimentaria que puede influir.

“Las aftas menores son las más frecuentes en niños, se manifiesta con síntomas de hiperalgesia y sensación de quemazón en la mucosa, presenta un lado enrojecido alrededor, y están cubiertas por una membrana blanquecina.

Por lo general aparecen en las zonas no queratinizadas de la boca como: mucosa yugal, fondo del vestíbulo, punta y partes laterales de la lengua, mucosa labial y suelo de la boca.”³⁸ Fig. (42)

³⁷BOJ Juan R. Odontopediatría, Patología Oral y Problemas Periodontales en niños, 2005, (pp.374 - 375), MASSON SA. Barcelona España.

³⁸BOJ Juan R. Odontopediatría, Patología Oral y Problemas Periodontales en niños, 2005, (pp.374 - 375), MASSON SA. Barcelona España.

5.3.3.10. Lengua Saburral.

La lengua se mantiene limpia y con un color normal gracias a la acción de la limpieza de la saliva, la acción mecánica de la masticación la flora oral habitual, y una nutrición adecuada.

“Por consiguiente, cuando la secreción de saliva es insuficiente, el régimen dietético obvia la masticación, se altera la flora bacteriana o cuando existe un déficit de determinadas vitaminas para la conservación del epitelio normal, puede cambiar el aspecto normal de la lengua.”³⁹

Puede recubrirse de partículas de alimento, de células epiteliales que se desprenden y de exudados inflamatorios depositándose en su superficie y dando al crecimiento de los hongos.

La presencia de cierta cantidad de saburra en la parte posterior del dorso de la lengua es normal, su asiento y su exceso en los dos tercios anteriores cae en los límites de lo patológico. Fig. (43)

La saburra resulta de la acumulación, entre las papilas filiformes, de células epiteliales, moco, restos alimentarios, bacterias y hongo. Lengua saburral se observa de manera constante en personas que rehúyen de alimentos sólidos, como pasa con ciertos niños que presentan algún tipo de discapacidad como en la parálisis cerebral, por falta de la capacidad de deglución y mal posición de cuello llega a una dieta líquida o semisólida.

³⁹ FLOCH Martin H., Gastroenterología, Lengua Saburral, Halitosis y Aftas Bucles, 2006, (pp.145 – 147), MASSON, Barcelona – España.

5.3.3.11. Macroglosia.

“En la macroglosia hay un volumen excesivo de la lengua que puede ser fugas y no inflamatoria. Su aumento crónico se encuentra en la acromegalia, pacientes con síndrome de Down la lengua engrosada al no caber en la boca, asoma al exterior, dificultando la fonación y deglución su constante peso proyecta los incisivos hacia adelante sin que estos dejen de lesionarla lo que es motivo de glositis”⁴⁰ Fig. (44)

5.3.3.12. Sialorrea.

Cuando en un paciente se ve aumentado el flujo salival, se habla de hipersialia o ptialismo. Esta situación puede aparecer en circunstancias fisiológicas en determinados periodos de la vida, como los lactantes o niños pequeños, de forma especial durante la erupción dental.

Cuando el enfermo nota la acumulación exagerada de saliva en la boca, que lo obliga a escupirla o a deglutirla constantemente, hablamos de sialorrea.

Muchas son las causas que pueden producir sialorrea. En la mayoría de los casos no existe una alteración de las glándulas, sino un aumento en su estimulación, que provoca una mayor producción de saliva. En ciertos casos no se trata de un aumento de su secreción sino de una dificultad para deglución de la saliva, que es derramada al exterior provocando a la sialorrea.

⁴⁰ BATLLÓN Antonio S. Semiología Medica y Técnica Exploratoria, Patología Lingual, 2005, (pp. 246 – 249, 400), ELSEVIER MASSON, Barcelona - España.

Entre las causas más comunes que causan hipersialia están las de origen bucal, como las erosiones, las úlceras y las aftas, los problemas de dolor dental o problemas periodontales así como las alteraciones inflamatorias faríngeas y amígdalas.

Entre las causas de origen neurológico, procesos irritativos de origen central, retraso mental, ciertas psicosis, parálisis cerebral y ciertos ataques epilépticos.

Clínicamente la sialorrea produce incomodidad al paciente, que debe deglutir la saliva producida. Si es muy abundante y prolongada, es posible observar cierta exfoliación en las comisuras bucales, así como un grado de hipertrofia de las glándulas salivales.

CAPITULO VI

6. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.

6.1. Método.

Bibliográfica. Porque la investigación se apoyó en información procedente de páginas de internet y de libros, que contribuyeron a darle a la investigación su estadio científico.

De campo: La investigación se realizó mediante la utilización de encuestas direccionadas hacia los padres de familia y a la observación de las fichas odontológicas de los niños discapacitados.

6.2. Nivel o tipo de investigación.

Exploratoria. Porque se observó los hábitos de higiene bucal de estos niños así como las diferentes patologías que presentaban.

Descriptiva. Porque se describió el estado de salud bucal de los niños discapacitados de la Fundación San Jorge.

Analítica. Porque se analizó la repercusión de la higiene bucal en los problemas odontológicos de los niños con discapacidad de la Fundación San Jorge.

Sintética. Porque toda la investigación recopilada, midió el alcance de los objetivos, la cual se sintetizó mediante conclusiones al final de la investigación.

Propositiva. Porque al final de la investigación, se diseñó una propuesta.

6.3. Técnicas.

- Encuesta: realizadas a los padres de familia.
- Observación: fichas odontológicas de los niños.

6.4. Instrumentos.

- Encuesta: cuestionario de preguntas.
- Observación: fichas odontológicas.

6.5. Recursos.

6.5.1. Materiales.

- Textos.
- Fotocopias.
- Encuadernación
- Materiales de oficina.
- Suministros de impresión.
- Guantes y mascarillas
- Viáticos.

6.5.2. Talento humano.

- Tutor de tesis.
- Investigadora.
- Padres de familia de los niños de la fundación San Jorge.
- Pacientes con discapacidades.

6.5.3. Tecnológicos.

- Internet.
- Equipo de cómputo.
- Escáner
- Impresora.
- Flash memory
- Cámara fotográfica.

6.5.4. Económicos.

La investigación tuvo un costo de 127,40 dólares.

CAPITULO VII

7. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.

7.1. Análisis e interpretación de los resultados de la investigación.

7.1.1. Análisis e interpretación de las encuestas

GRAFICUADRO # 1

TIPO DE DISCAPACIDAD

1. ¿Qué discapacidad presenta su niño o niña?

ALTERNATIVAS	F	%
Atrofia cerebral	3	4,00
Autismo	3	4,00
Déficit Físico	4	5,33
Hidrocefalia	3	4,00
Hiperactividad	1	1,33
Síndrome de Down	13	17,33
Parálisis Cerebral	29	38,67
Retraso mental	14	18,67
otros	5	6,67
Total	75	100



FUENTE: Encuesta realizada a los padres de familia de los niños discapacitados de la Fundación "San Jorge".

ELABORADO POR: Karen Almendáriz Pin

Análisis e Interpretación:

A la pregunta sobre el tipo de discapacidad que tienen los niños, de 75 padres de familia encuestados 29 que corresponde al 38.67% respondieron parálisis cerebral; 14 que corresponde al 18.67% respondieron retardo mental; 13 que corresponde al 17.33% respondieron síndrome de Down; 4 que corresponde al 5.33% respondieron déficit físico; 3 que corresponde al 4% respondieron atrofia cerebral, autismo y déficit físico; 5 que corresponde al 6.67% respondieron otras discapacidades.

“La Parálisis Cerebral es una patología que afecta a 2 de cada 1000 niños nacidos vivos. En Latinoamérica, debido a la alta presencia de factores de riesgo como la prematuridad, bajo peso, desnutrición materno-infantil y escaso control del embarazo, las cifras se elevan hasta tres casos por cada 1000 nacidos vivos”

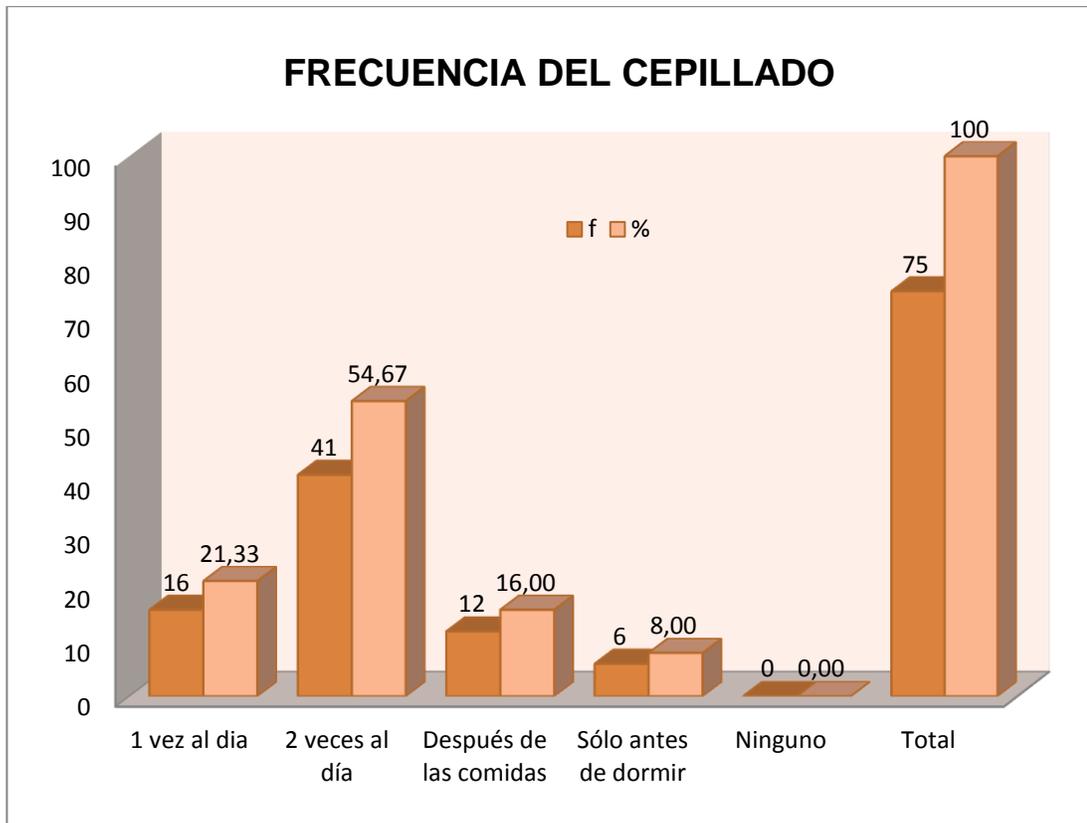
El Niño con Necesidades Especiales, BARBERAN Elena L, (p. 174)

Lo que corresponde a lo respondido por los padres de familia, ya que el mayor porcentaje de niños padece de Parálisis Cerebral Infantil, lo que conlleva a que estos niños presenten más dificultades para realizar una buena higiene bucal aumentando la presencia de la placa bacteriana en estos pacientes.

GRAFICUADRO # 2
FRECUENCIA DEL CEPILLADO

2. ¿Con qué frecuencia realiza el cepillado de su niña o niño?

ALTERNATIVAS	f	%
1 vez al día	16	21,33
2 veces al día	41	54,67
Después de las comidas	12	16,00
Sólo antes de dormir	6	8,00
Ninguno	0	0,00
Total	75	100



FUENTE: Encuesta realizada a los padres de familia de los niños discapacitados de la Fundación "San Jorge".

ELABORADO POR: Karen Almendáriz Pin.

Análisis e Interpretación:

En la pregunta con relación a la frecuencia de cepillado que se realiza en los niños los 75 padres de familia encuestados; 41 que corresponde al 54.67% respondieron 2 veces al día; 16 que corresponde al 21.33% respondieron una vez al día; 12 que corresponde al 16% respondieron después de las comidas; 6 que corresponden al 8% respondieron sólo antes de dormir.

“Hay que limpiarse los dientes inmediatamente después de cada una de las comidas, tres veces al día y además cuando se come algo dulce entre horas.”

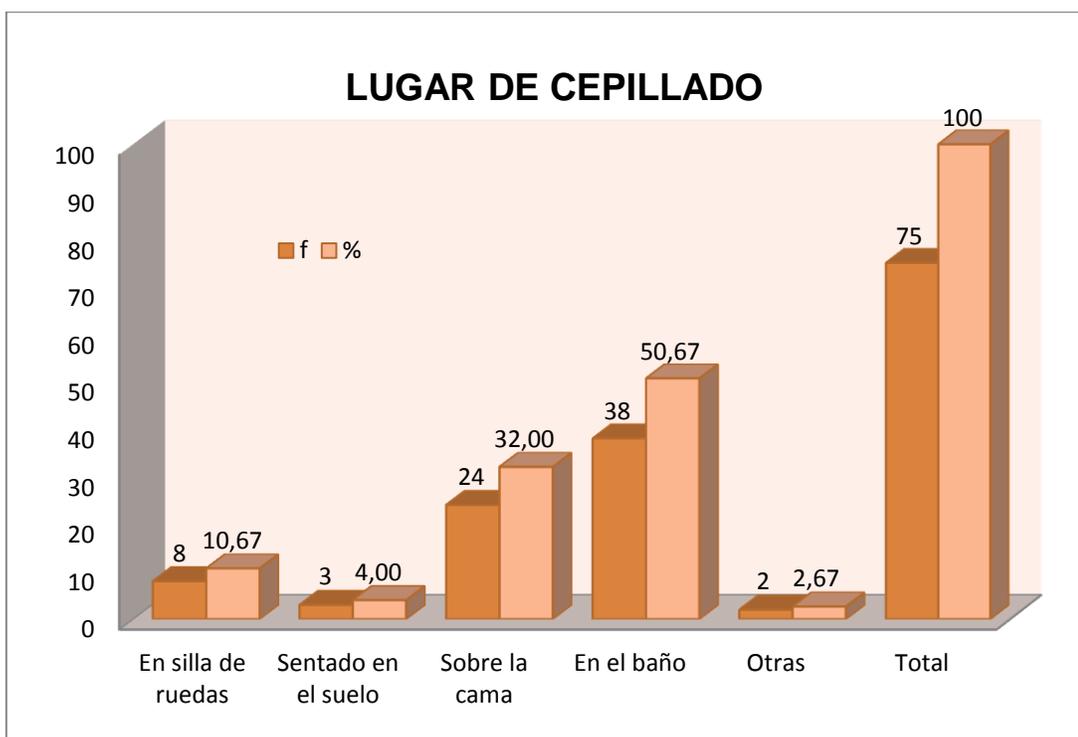
Atlas de odontología pediátrica, Higiene bucal, HUBERTUS J.M. Van Wales, (p. 147).

Lo que no corresponde a lo respondido por los padres de familia ya que el mayor porcentaje sólo se cepillan dos veces al día, lo que significa que tienen mayor riesgo de presentar acúmulo de placa bacteriana, halitosis, caries dental y gingivitis.

GAFICUADRO # 3
LUGAR DEL CEPILLADO

3. ¿Dónde realiza usted el cepillado bucal de su niña o niño?

ALTERNATIVAS	f	%
En silla de ruedas	8	10,67
Sentado en el suelo	3	4,00
Sobre la cama	24	32,00
En el baño	38	50,67
Otras	2	2,67
Total	75	100



FUENTE: Encuesta realizada a los padres de familia de los niños discapacitados de la Fundación "San Jorge".
ELABORADO POR: Karen Almendáriz Pin.

Análisis e Interpretación:

A la pregunta sobre el lugar donde se realiza el cepillado de los niños, de 75 padres encuestados, 38 que corresponde al 50.67% respondieron en el baño; 24 que corresponde al 32% respondieron sobre la cama; 8 que corresponden al 10.67% respondieron en la silla de ruedas; 3 que corresponde al 4% respondieron sentado en el suelo y 2 que corresponde al 2.67% respondieron que lo realizaban en otros lugares.

“El lugar más adecuado donde se debe de realizar la higiene bucal es el sanitario, sin embargo debido a las diferentes discapacidades que presentan los niños hoy en día, el lugar conveniente será en el que se le pueda realizar una óptima higiene oral a pesar de las dificultades que esta presentan por las malas posiciones que se adoptan.”

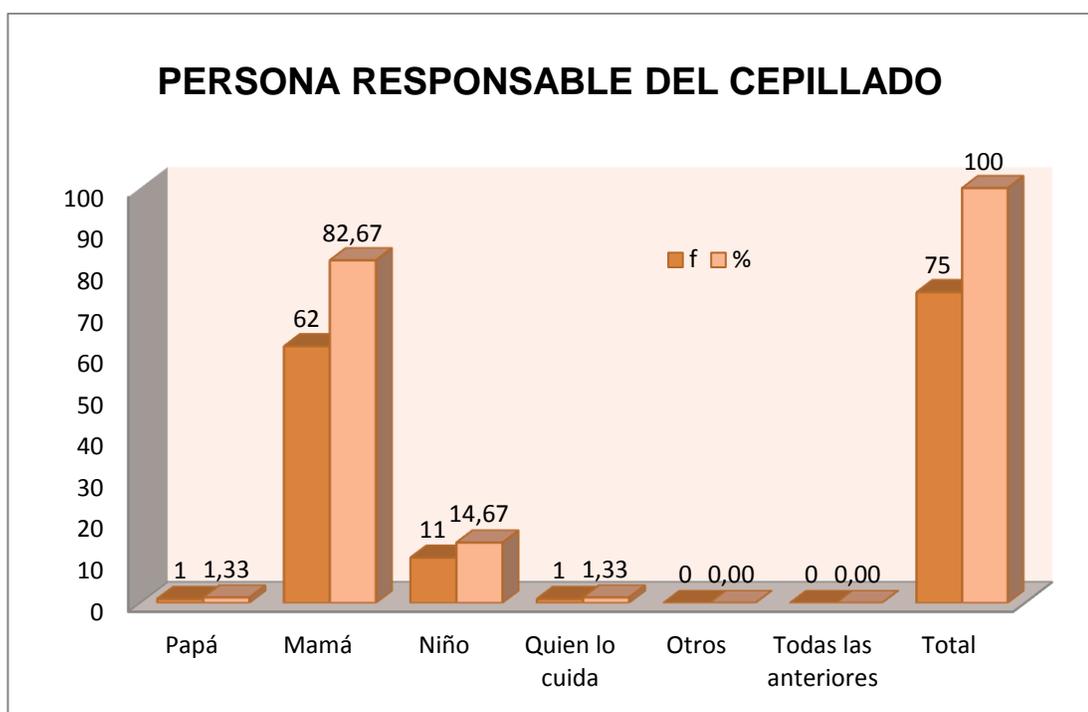
Atlas de odontología pediátrica, Higiene bucal, HUBERTUS J.M. Van Wales, (p. 147).

Lo que corresponde a lo respondido por los padres de familia, ya que el mayor porcentaje de niños realiza el cepillado bucal en el baño, lo que significa que a pesar de las dificultades que ésta presente por los diferentes impedimentos por las discapacidades se cumple con la norma.

GRAFICUADO # 4
PERSONA RESPONSABLE DEL CEPILLADO

4. ¿Quién realiza el cepillado de su niña o niño en casa?

ALTERNATIVAS	f	%
Papá	1	1,33
Mamá	62	82,67
Niño	11	14,67
Quien lo cuida	1	1,33
Otros	0	0,00
Todas las anteriores	0	0,00
Total	75	100



FUENTE: Encuesta realizada a los padres de familia de los niños discapacitados de la Fundación "San Jorge".

ELABORADO POR: Karen Almendáriz Pin.

Análisis e Interpretación:

En relación a la pregunta sobre la persona responsable para realizar el cepillado de los niños, de 75 padres encuestados, 62 que corresponde al 82.67% respondieron mamá; 11 que corresponden al 14.67% respondieron niño; 1 que corresponde al 1.33% quien lo cuida y así mismo 1 que corresponde al 1.33% respondió papá.

“Sin embargo, cuando un niño ve imposibilitada su capacidad para poder realizar tareas básicas como alimentarse, vestirse o comunicarse, la higiene oral se convierte en una tarea difícil. Los padres se verán en el compromiso de realizarlas por ellos diariamente.

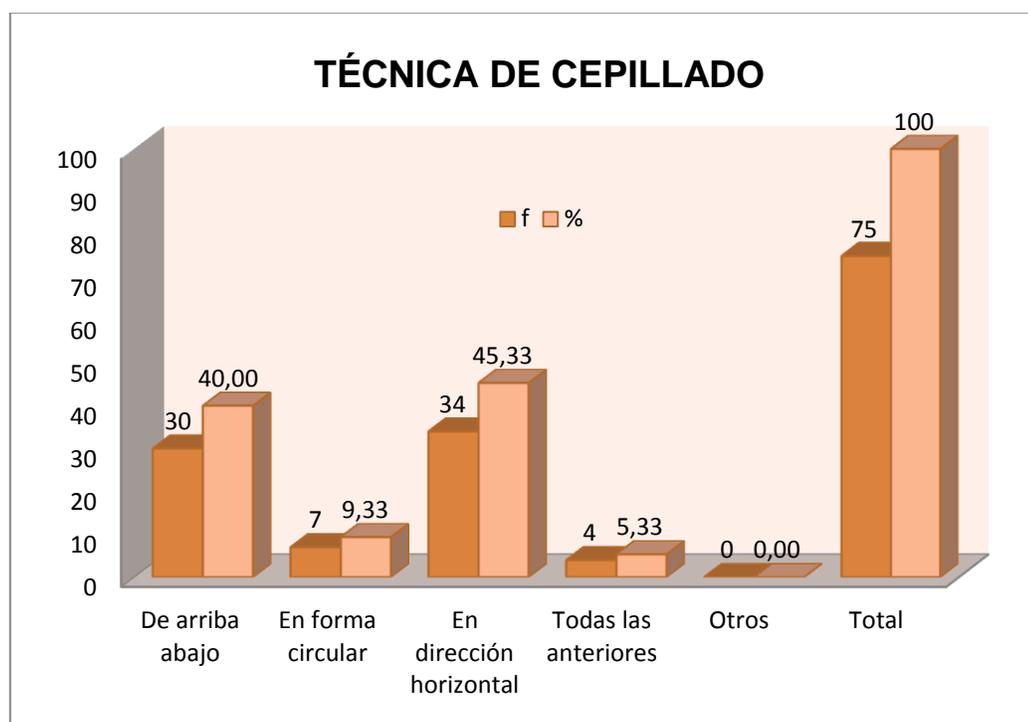
<http://www.odontologiaparabebes.com/pacientesEspeciales.html>

Lo que se relaciona a la respondido por los padres de familia, ya el mayor porcentaje de padres en este caso las madres son los responsables directos del cepillado diario de los niños, lo que significa que los niños no son autosuficiente para realizar el cepillado debido a la falta de motricidad y capacidad para realizarla.

GARAFICUADRO # 5 TÉCNICA DE CEPILLADO

5. ¿Cómo realiza usted o su niño el cepillado dental?

ALTERNATIVAS	f	%
De arriba abajo	30	40,00
En forma circular	7	9,33
En dirección horizontal	34	45,33
Todas las anteriores	4	5,33
Otros	0	0,00
Total	75	100



FUENTE: Encuesta realizada a los padres de familia de los niños discapacitados de la Fundación "San Jorge".

ELABORADO POR: Karen Almendárez Pin.

Análisis e Interpretación:

A la pregunta sobre la técnica de cepillado que se realiza en los niños, de 75 padres encuestados, 34 que corresponde al 45.33% respondieron en dirección horizontal; 30 que corresponde al 40% respondieron de arriba abajo; 7 que corresponde al 9.33% respondieron en forma circular; 4 que corresponde al 5.33% respondieron todas las anteriores y ninguna todas las anteriores.

“Recolocar el cepillo verticalmente y cepillar los dientes superiores hacia abajo y los inferiores hacia arriba en un movimiento de barrido; por dentro y por fuera. Terminar por las superficies masticatorias, con diez pasadas por cada zona.”

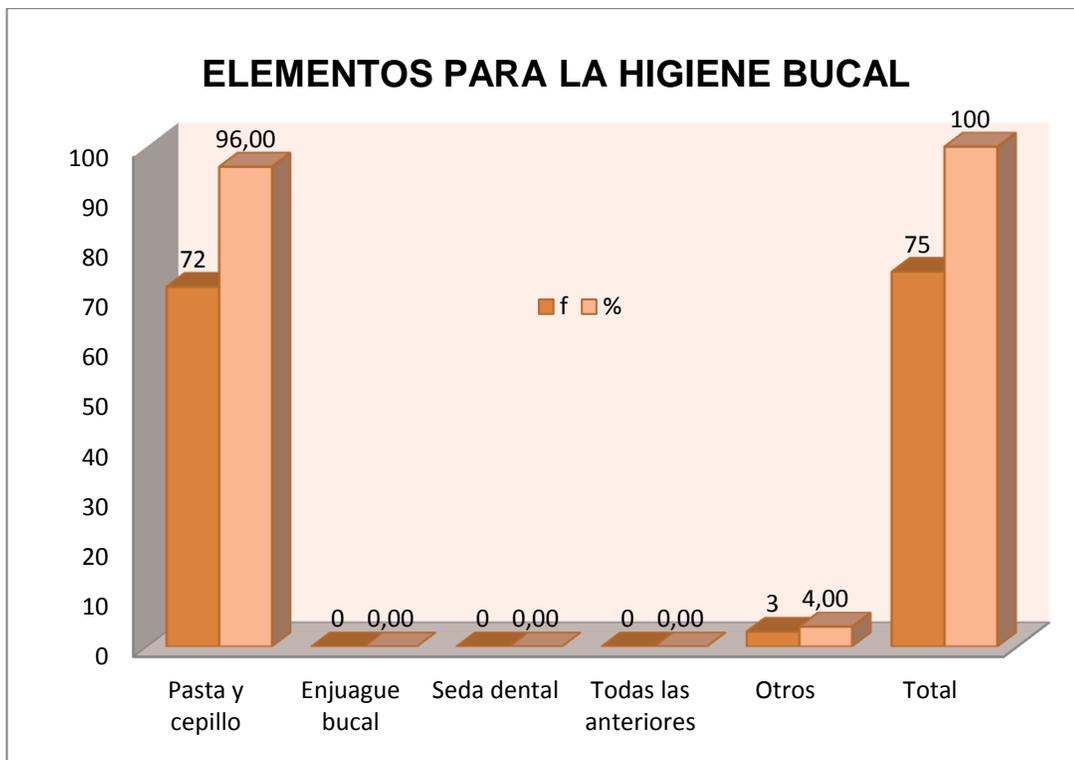
Atlas de odontología pediátrica, Higiene bucal, HUBERTUS J.M. Van Wales, (p. 148).

Lo que no concuerda con lo respondido por los padres de familia, ya que el mayor porcentaje en cuanto a la técnica que utilizan para el cepillado dental de los niños es en dirección horizontal, lo que significa que al estar mal empleada puede producir inflamación de las encías conllevando a la gingivitis.

GRAFICUADRO # 6
ELEMENTOS PARA LA HIGIENE BUCAL

6. ¿Qué elementos utiliza para realizar el cepillado bucal de su niña o niño?

ALTERNATIVAS	F	%
Pasta y cepillo	72	96,00
Enjuague bucal	0	0,00
Seda dental	0	0,00
Todas las anteriores	0	0,00
Otros	3	4,00
Total	75	100



FUENTE: Encuesta realizada a los padres de familia de los niños discapacitados de la Fundación "San Jorge".
ELABORADO POR: Karen Almendáriz Pin.

Análisis e Interpretación:

A la pregunta sobre los elementos que se utilizan para la higiene bucal de los niños, de 75 padres encuestados, 72 que corresponden al 96% respondieron pasta y cepillo; 3 que corresponde al 4% respondieron otros elementos; en cuanto al enjuague bucal y la seda dental éstas no fueron utilizadas para la higiene bucal.

“Los cepillos y los dentífricos son los objetos más usados, aunque los resultados de su utilización son de enorme variación. Para el niño, el instrumento más importante para la higiene bucal es el cepillo de dientes”

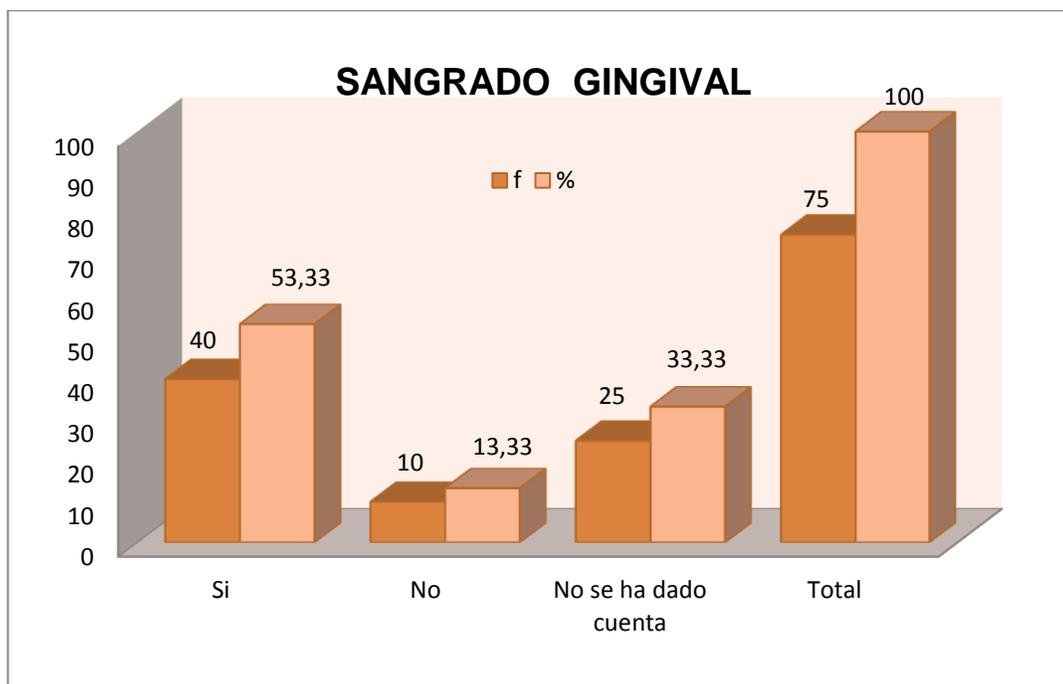
Atlas de odontología pediátrica, Higiene bucal, HUBERTUS J.M. Van Wales, (p. 146).

Lo que corresponde a lo respondido por los padres de familia, ya que el mayor porcentaje de padres y niños utiliza la pasta y cepillo para realizar la higiene bucal, lo que significa que no tienen conocimientos de la existencia de los demás elementos que hay para perfeccionar la higiene bucal en este grupo de pacientes.

GRAFICUADRO # 7
SANGRADO GINGIVAL

7. Cuando realiza el cepillado dental de su niño ¿hay presencia de sangrado en las encías?

ALTERNATIVAS	f	%
Si	40	53,33
No	10	13,33
No se ha dado cuenta	25	33,33
Total	75	100



FUENTE: Encuesta realizada a los padres de familia de los niños discapacitados de la Fundación "San Jorge".

ELABORADO POR: Karen Almendáriz Pin.

Análisis e Interpretación:

A la pregunta sobre la presencia de sangrado gingival que tienen los niños, de 75 padres encuestados, 40 que corresponde al 53,33% respondieron que Si; 25 que corresponde al 33.33% respondieron que no se han dado cuenta; 10 que corresponde al 13.33% respondieron que No.

“Se ve de un color rojo intenso o violáceo con una consistencia blanda e inflamada, sangra al cepillado normal.”

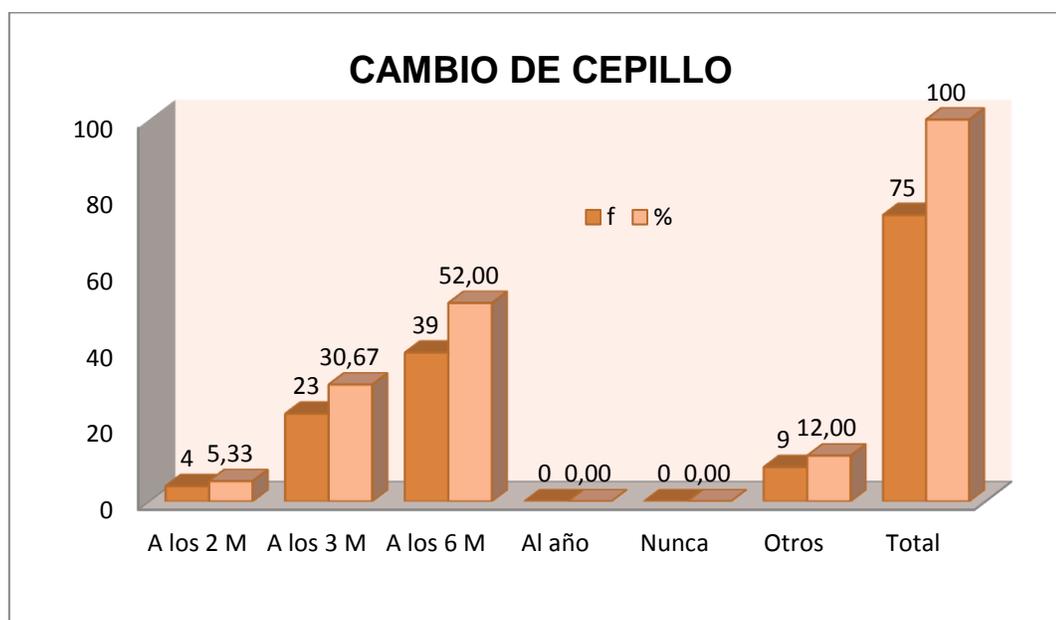
Atlas en color de odontología en periodoncia, Fase 1 de tratamiento. HERBERT WOLF (pp. 222 – 237).

Lo que conlleva a lo respondido por los padres de familia, ya que el mayor porcentaje de los niños presenta sangrado de las encías durante el cepillado, lo que significa que puede ser producto de la mala técnica de cepillado, medicamentos que promuevan la inflamación de las encías o por la gingivitis producto de la placa bacteriana.

GRAFICUADRO # 8
CAMBIO DEL CEPILLO

8. ¿Con qué frecuencia cambia el cepillo dental de su niña o niño?

ALTERNATIVAS	f	%
A los 2 meses	4	5,33
A los 3 meses	23	30,67
A los 6 meses	39	52,00
Al año	0	0,00
Nunca	0	0,00
Otros	9	12,00
Total	75	100



FUENTE: Encuesta realizada a los padres de familia de los niños discapacitados de la Fundación "San Jorge".
ELABORADO POR: Karen Almendáriz Pin.

Análisis e Interpretación:

A la pregunta sobre el cambio del cepillo dental que utilizan los niños, de 75 padres encuestados, 39 que corresponde al 52% respondieron a los 6 meses; 23 que corresponde al 30.67% respondieron a los 3 meses; 9 que corresponde al 12% respondieron otros; 4 que corresponde al 5.33% respondieron a los 2 meses, y las alternativas al año y nunca no obtuvieron puntuación.

“Es preciso señalar que el deterioro de un cepillo se detecta por pérdida de flexibilidad, deformación y desprendimiento de cerdas, en un tiempo aproximado de 2 – 3 meses.”

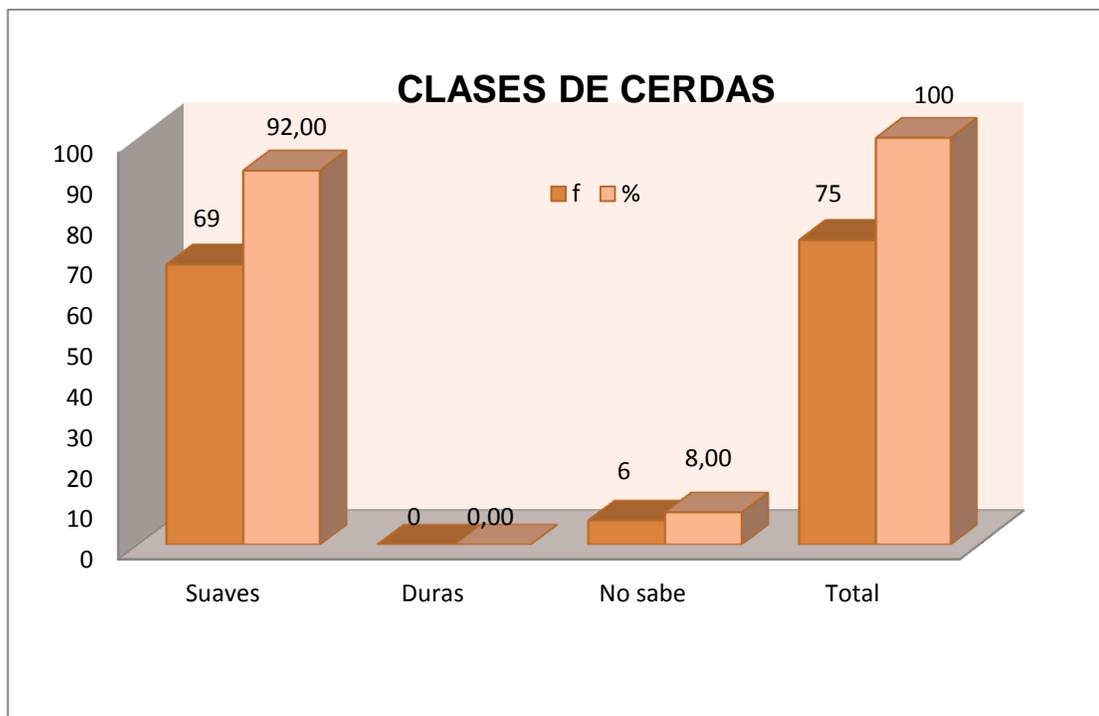
Odontología Pediátrica, Medida sobre la Variable Placa Bacteriana, FERNANDEZ Escobar M, (p.149)

Lo que no corresponde con lo respondido por los padres de familia, ya que el mayor porcentaje del tiempo en el que se debe cambiar el cepillo dental fue a los 6 meses, lo que significa el desconocimiento de los padres del tiempo de vida útil del cepillo lo que conlleva a la proliferación de microorganismos en el interior del cepillo predisponiendo al niño de diferentes infecciones producto de los mismos.

GRAFICUADRO # 9
CLASES DE CERDAS

9. ¿El cepillo dental que utiliza su niño es de cerdas?

ALTERNATIVAS	f	%
Suaves	69	92,00
Duras	0	0,00
No sabe	6	8,00
Total	75	100



FUENTE: Encuesta realizada a los padres de familia de los niños discapacitados de la Fundación "San Jorge".
ELABORADO POR: Karen Almendáriz Pin.

Análisis e Interpretación.

A la pregunta sobre el tipo de cerdas que tiene el cepillo dental que utiliza el niño, de 75 padres encuestados, 69 que corresponden al 92% respondieron suaves; 6 que corresponde al 8% respondieron que no saben, ninguno respondió duras.

“El manual se aconseja que sea de cerdas suaves, cada cerda a un diámetro aproximado de 2 mm y con puntas redondeadas.”

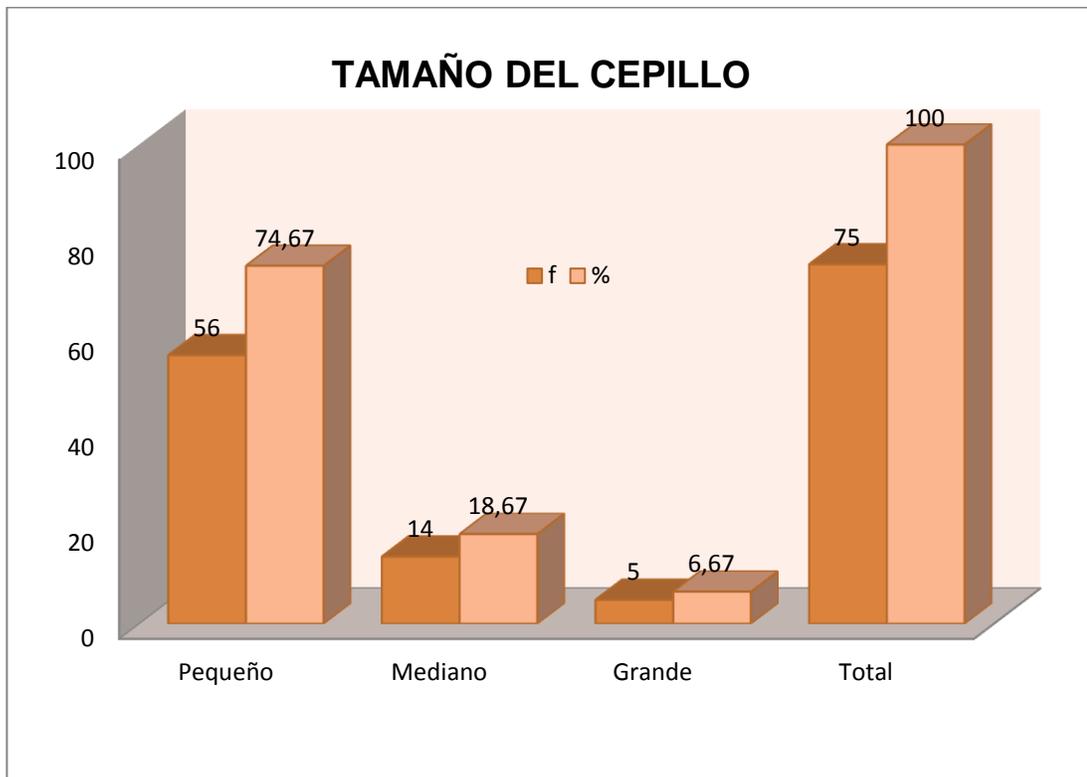
Odontología, Placa Bacteriana y Cálculo, BARRIOS, Gustavo M, (p 307).

Lo que corresponde con lo respondido por los padres de familia, ya que el mayor porcentaje en cuanto al tipo de cerdas que tiene el cepillo dental del niño es de tipo suave, lo que significa que ayudará a prevenir las laceraciones de los tejidos blandos bucales de los niños.

GRFICUADRO # 10
TAMAÑO DE CEPILLO

10. ¿De qué tamaño es el cepillo que utiliza para realizar el cepillado de su niña o niño?

ALTERNATIVAS	F	%
Pequeño	56	74,67
Mediano	14	18,67
Grande	5	6,67
Total	75	100



FUENTE: Encuesta realizada a los padres de familia de los niños discapacitados de la Fundación "San Jorge".
ELABORADO POR: Karen Almendáriz Pin.

Análisis e Interpretación:

A la pregunta sobre el tamaño del cepillo de dientes que utilizan los niños, de 75 padres encuestados, 56 que corresponde al 74.67% respondieron pequeño; 14 que corresponde al 18.67% respondieron medianos y 5 que corresponde al 6.67% respondieron grande.

“De acuerdo a la edad del paciente el cepillo manual deberá de cumplir con las siguientes normas: Niños menores de 2 años; cepillos con filamentos extrasuaves y mango antideslizante. Niños entre 2 y 8 años; cepillos con cabezal estrecho, mango de fácil agarre y filamentos suaves. Niños mayores de 8 años; cepillos con filamentos suaves. Pacientes con grandes apiñamientos y enfermedad periodontal; cepillos con cabezal pequeño, recto, plano y con filamentos suaves.”

Manual de Higiene Bucal, Control Mecánico de la Placa, DE LA ROJAS Francisco E., FUENMAYOR Vicente F, (p. 78).

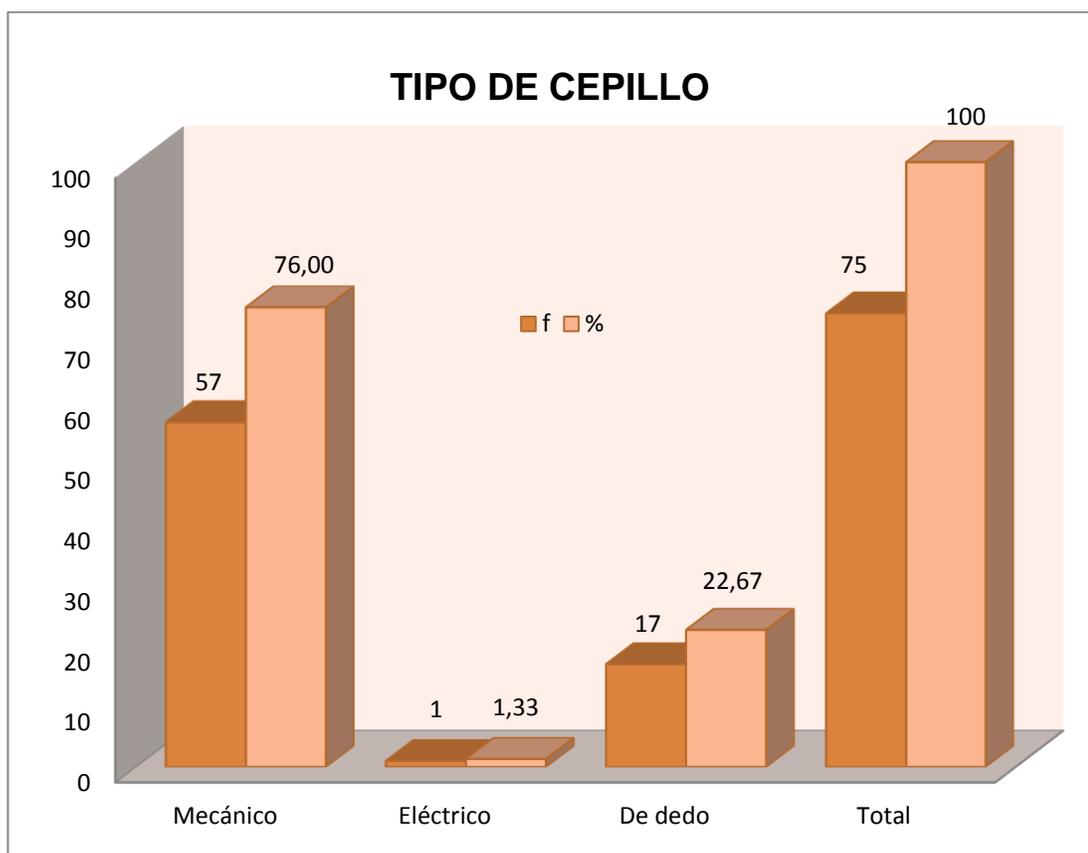
Lo que no corresponde con lo expuesto por los padres de familia, ya que el mayor porcentaje utiliza cepillos de tamaño pequeño, lo que significa que por sus dimensiones no va a facilitar la higiene dental así como no podrá llegar a las áreas de los dientes posteriores, ni a los dientes que estas en proceso de erupción.

GRAFICUADRO # 11

TIPO DE CEPILLO

11. ¿Qué tipo de cepillo utiliza normalmente para la higiene bucal de su niña o niño?

ALTERNATIVAS	f	%
Mecánico	57	76,00
Eléctrico	1	1,33
De dedo	17	22,67
Total	75	100



FUENTE: Encuesta realizada a los padres de familia de los niños discapacitados de la Fundación "San Jorge".
ELABORADO POR: Karen Almendáriz Pin.

Análisis e Interpretación:

A la pregunta sobre el tipo de cepillo que utiliza el niño para la higiene bucal, de 75 padres encuestados, 57 que corresponde al 76% respondieron mecánico; 17 que corresponde al 22.67% respondieron de dedo y 1 que corresponde al 1.33% respondió eléctrico.

“Sin embargo, el eléctrico está indicado en pacientes que presenten alguna limitación en los movimientos físicos o que tienen algún problema de comprensión. Parece que el factor novedad influye en un principio, ya que con la utilización del cepillo eléctrico el paciente se entusiasma, lográndose de esta forma mejorar la higiene, el paciente logra mejor acceso a zonas difíciles.”

Odontología, Placa Bacteriana y Cálculo, BARRIOS, Gustavo M, (p 307).

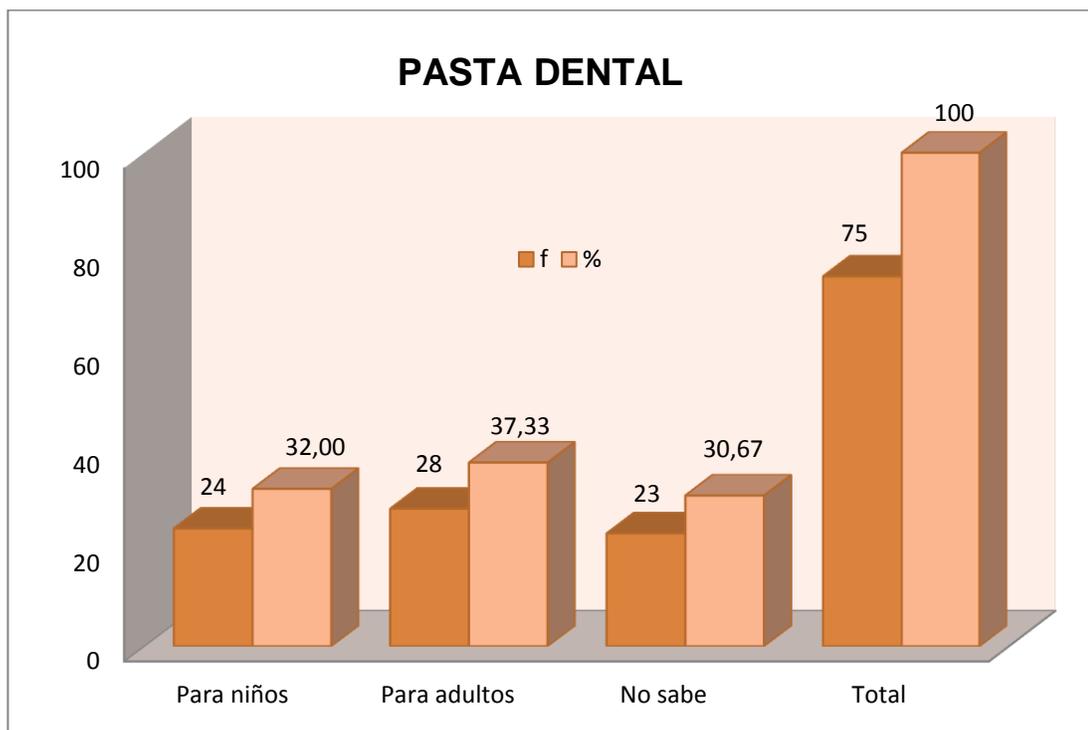
Lo que no corresponde con lo respondido por los padres de familia, ya que el mayor porcentaje del tipo de cepillo que utilizan para la higiene es el mecánico, lo que significa que no se obtendrá una higiene eficiente ya que no se podrá llegar a zonas de difícil acceso, ni tampoco estimular al niño a que realice el cepillado por él mismo y lograr autosuficiencia.

GRAFICUADRO # 12

PASTA DENTAL

12. ¿La pasta que utiliza su niño en la actualidad es de acuerdo a su edad?

ALTERNATIVAS	f	%
Para niños	24	32,00
Para adultos	28	37,33
No sabe	23	30,67
Total	75	100



FUENTE: Encuesta realizada a los padres de familia de los niños discapacitados de la Fundación "San Jorge".
ELABORADO POR: Karen Almendáriz Pin.

Análisis e Interpretación:

A la pregunta sobre el tipo de pasta dental que utiliza el niño, de 75 padres encuestados, 28 que corresponde al 37.33% respondieron para adulto; 24 que corresponde al 32% respondieron para niños y 23 que corresponden al 30.67% respondieron que no saben.

“La paste de dientes para niño son bastante similares a la de los adultos con la única diferencia que ellos contienen una menor cantidad de fluoruro, esto ayuda a limitar la cantidad de fluoruro que los niños pueden tragar cuando se lavan los dientes.”

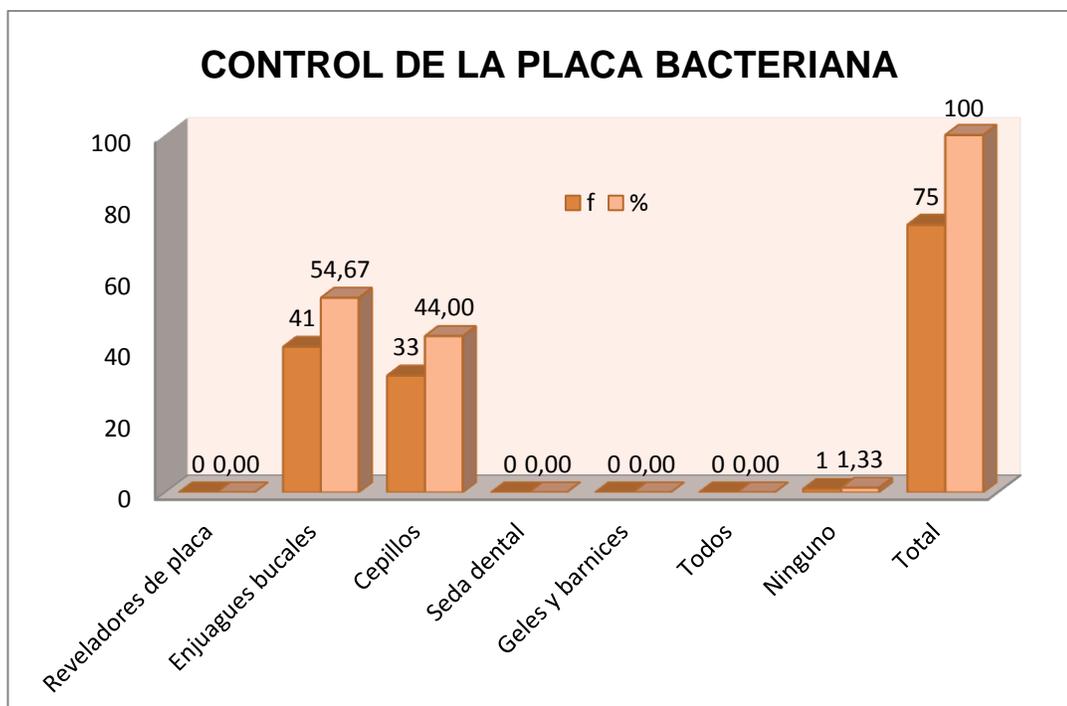
Atlas de odontología pediátrica, Higiene bucal, HUBERTUS J.M. Van Wales,, (pp.147).

Lo que no corresponde con los respondido por los padres de familia, ya que el mayor porcentaje de la clase de pasta dental que utilizan para los niños es de tipo adulto, lo que significa que no se está dando el aporte necesario de fluoruro para hacerlos resistentes ante los agentes patógenos de la caries.

GRAFICUADRO # 13
CONTROL DE LA PLACA BACTERIANA

13. ¿Conoce de elementos que ayuden al control de la placa bacteriana?

ALTERNATIVAS	f	%
Reveladores de placa	0	0,00
Enjuagues bucales	41	54,67
Cepillos	33	44,00
Seda dental	0	0,00
Geles y barnices	0	0,00
Todos	0	0,00
Ninguno	1	1,33
Total	75	100



FUENTE: Encuesta realizada a los padres de familia de los niños discapacitados de la Fundación "San Jorge".
ELABORADO POR: Karen Almendáriz Pin.

Análisis e Interpretación:

A la pregunta sobre los elementos para el control de la placa bacteriana, de 75 padres encuestados, 41 que corresponden al 54.67% respondieron enjuagues bucales; 33 que corresponde al 44% respondieron cepillos; 1 que corresponde al 1.33% respondió ninguno, y entre reveladores de placa, seda dental, geles y barnices no obtuvieron puntuación.

“El mayor efecto inhibitor de la placa dental se considera a la Clorhexidina al 0.1-0.2%, que lo podemos encontrar en enjuagues, geles o barnices.

Desde este punto el número de fórmulas que aseguran efecto antiplaca, antisarro, anticaries han aumentado, hasta llegar a ocupar un segmento importante como adjunto al cepillo o como una alternativa de remplazo.”

Atlas de odontología pediátrica, Higiene bucal, HUBERTUS J.M. Van Wales,, (pp.148).

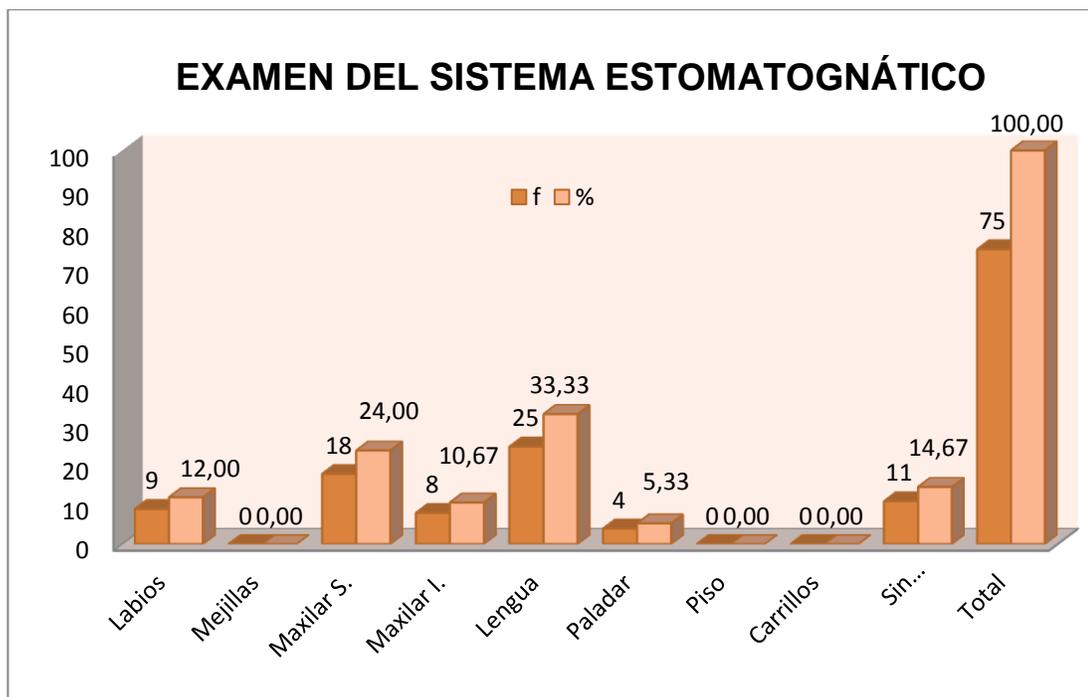
Lo que corresponde con lo respondido por los padres de familia, ya que el mayor porcentaje de padres conoce de los agentes que previenen la placa bacteriana, lo que significa que saber de su existencia no asegura su utilización, especialmente en estos niños.

7.1.2. Análisis e interpretación de las historias clínicas

GRAFICUADRO # 1

EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

ALTERNATIVAS	f	%
Labios	9	12,00
Mejillas	0	0,00
Maxilar S.	18	24,00
Maxilar I.	8	10,67
Lengua	25	33,33
Paladar	4	5,33
Piso	0	0,00
Carrillos	0	0,00
Sin Alteraciones	11	14,67
Total	75	100,00



FUENTE: Historia Clínica realizada a los niños discapacitados de la Fundación "San Jorge".
ELABORADO POR: Karen Almendáriz Pin.

Análisis e Interpretación:

En relación al examen estomatognático que se realizó a 75 niños, 25 niños que corresponden al 33.33% presenta alguna patología en la lengua; 18 que corresponde al 24% presenta alguna anomalía en el maxilar superior; 9 que corresponde al 12% presenta alguna anomalía en los labios; 8 que corresponde al 10.67% presentan alguna anomalía en el maxilar inferior; 4 que corresponden al 5.33% presenta alguna anomalía en el paladar; 11 que corresponde al 14.67% no presentan alguna anomalía en la cavidad bucal.

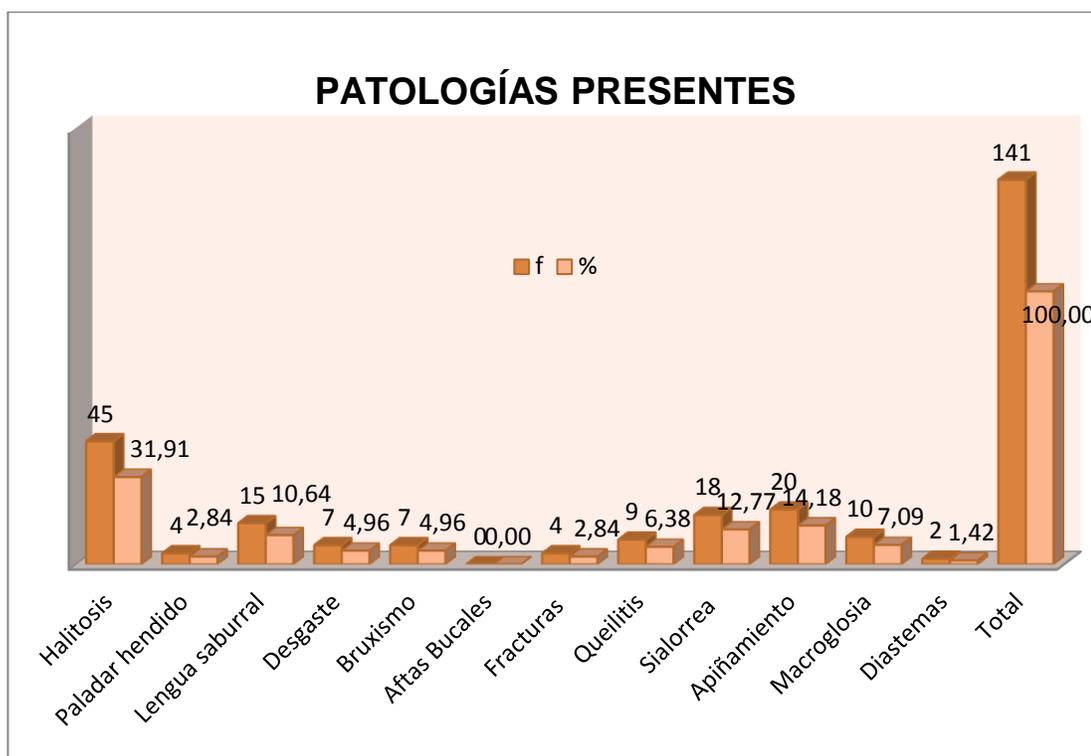
“Los niños que no pueden masticar o mover la lengua apropiadamente no se benefician de la acción de limpieza natural de la lengua, de los músculos de la mejilla, y de los labios.”

A. Rahman Zamani, Salud Bucal para niños con discapacidades y necesidades especiales, 2007, (pp. 1 - 3), California.

Lo que corresponde a los datos obtenidos de las fichas odontológicas de los niños, ya que el mayor porcentaje de los niños presentan algún tipo de lesión en la lengua, lo que significa que por las diferentes imposibilidades de los niños ya sea ésta física o mental la limpieza de la lengua se ve dificultada, lo que los hace más propenso a presentar algún tipo de patología o anomalía.

GRAFICUADRO # 2
PATOLOGÍAS PRESENTES

ALTERNATIVAS	f	%
Halitosis	45	31,91
Paladar hendido	4	2,84
Lengua saburral	15	10,64
Desgaste	7	4,96
Bruxismo	7	4,96
Aftas Bucales	0	0,00
Fracturas	4	2,84
Queilitis	9	6,38
Sialorrea	18	12,77
Apiñamiento	20	14,18
Macroglosia	10	7,09
Diastemas	2	1,42
Total	141	100,00



FUENTE: Historia Clínica realizada a los niños discapacitados de la Fundación "San Jorge".
ELABORADO POR: Karen Almendáriz Pin.

Análisis e Interpretación:

En relación a las otras patologías encontradas en la evaluación realizada a los 75 niños, 45 que corresponde al 31.91% presentaron halitosis; 20 que corresponden al 14.18% presentan apiñamiento; 18 que corresponde al 12.77% presentan sialorrea; 15 que corresponde al 10.64% presentan lengua saburral; 10 que corresponde al 7.09% presentan macroglosia; 9 que corresponde al 6.38% presentan queilitis; 7 que corresponde al 4.96% presenta desgaste; 7 que corresponde al 4.96% presentan bruxismo; 4 que corresponden al 2,84% presenta paladar hendido; 4 que corresponden al 2,84% presenta fracturas; 2 que corresponde al 1.42% presenta diastema y ningún niño presentó aftas bucales.

“El mal aliento es relativamente poco frecuente en los niños, de en caso que existan deben de conocer su origen para ser tratados correctamente.

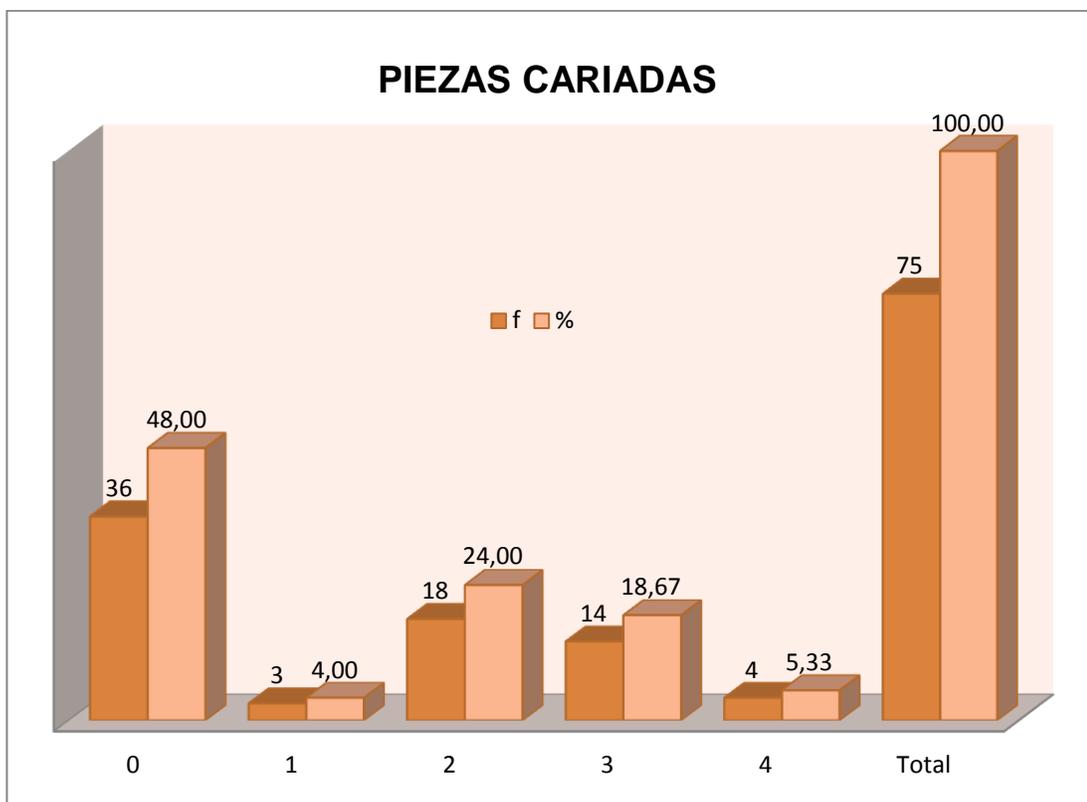
Entre las causas más frecuentes de la halitosis destacan: Lavado incorrecto de los dientes o mala higiene bucal, Caries dentales no tratadas, Succión de los dedos u otros objetos. La halitosis naturalmente se controla con el cepillado dental adecuado.”

La Salud de nuestros Hijos, Halitosis (mal aliento), S. García – Tornel, (p.5).

Lo que no corresponde con lo expuesto en la historia clínica de los niños, ya que el mayor porcentaje presenta halitosis, lo que significa que siendo la halitosis una enfermedad poco frecuente en niños se ve presente en esta población debido a la falta de hábitos de higiene adecuados para estos niños.

GRAFICUADRO # 3
INDICES DE CPO
PIEZAS CARIADAS

ALTERNATIVAS	f	%
0	36	48,00
1	3	4,00
2	18	24,00
3	14	18,67
4	4	5,33
Total	75	100,00



FUENTE: Historia Clínica realizada a los niños discapacitados de la Fundación "San Jorge".
ELABORADO POR: Karen Almendáriz Pin

Análisis e Interpretación:

En relación al índice de CPO realizado a los 75 niños mediante el odontograma se determinó que, 35 niños que corresponde al 46.67% no presentaron caries en los dientes permanentes; 18 niños que corresponden al 24% presentaron 2 caries en los dientes permanentes; 15 niños que corresponde al 20% presentaron 3 caries en los dientes permanentes; 4 niños que corresponden al 5.33% presentaron 4 caries en los dientes permanentes; 3 niños que corresponden al 4% presentaron una caries en los dientes permanentes.

“Los dientes temporales y permanentes durante el periodo de erupción, y hasta que alcance su nivel oclusal, no son utilizados activamente en la masticación. Por ello la eliminación de la placa dental no son eliminados por el roce con los alimentos ni con los proceso de autolimpieza de la boca lo que aumenta el riesgo de presentar caries dental por la acción de los ácidos de la placa bacteriana.”

Odontopediatría, Caries Dental Prevención. BARBERÍN Elena L, (pp. 175 - 176).

Lo que corresponde mediante los datos obtenidos en las historias clínicas realizadas a los niños, y que el mayor porcentaje de los pacientes presenta caries dental ya sea una, dos o tres caries en las piezas permanentes, lo que significa que hay escaso cuidados de atención odontológica preventiva así como una higiene bucal deficiente.

GRAFICUADRO # 4
INDICES DE CPO
PIEZAS PERDIDAS

ALTERNATIVAS	f	%
0	71	94,67
1	1	1,33
2	2	2,67
3	0	0,00
4	1	1,33
Total	75	100,00



FUENTE: Historia Clínica realizada a los niños discapacitados de la Fundación "San Jorge".
ELABORADO POR: Karen Almendáriz Pin

Análisis e Interpretación:

En relación al índice de CPO realizado a los 75 niños mediante el odontograma se determinó que, 71 niños que corresponde al 94.67% no presentaron pérdida de los dientes permanentes; 2 niños que representan el 2.67% presentaron 2 dientes permanentes perdidos; 1 niño que corresponden el 1.33% presentó 4 dientes permanentes perdidos; 1 niño que corresponde el 1.33% presentó un dientes permanente perdido.

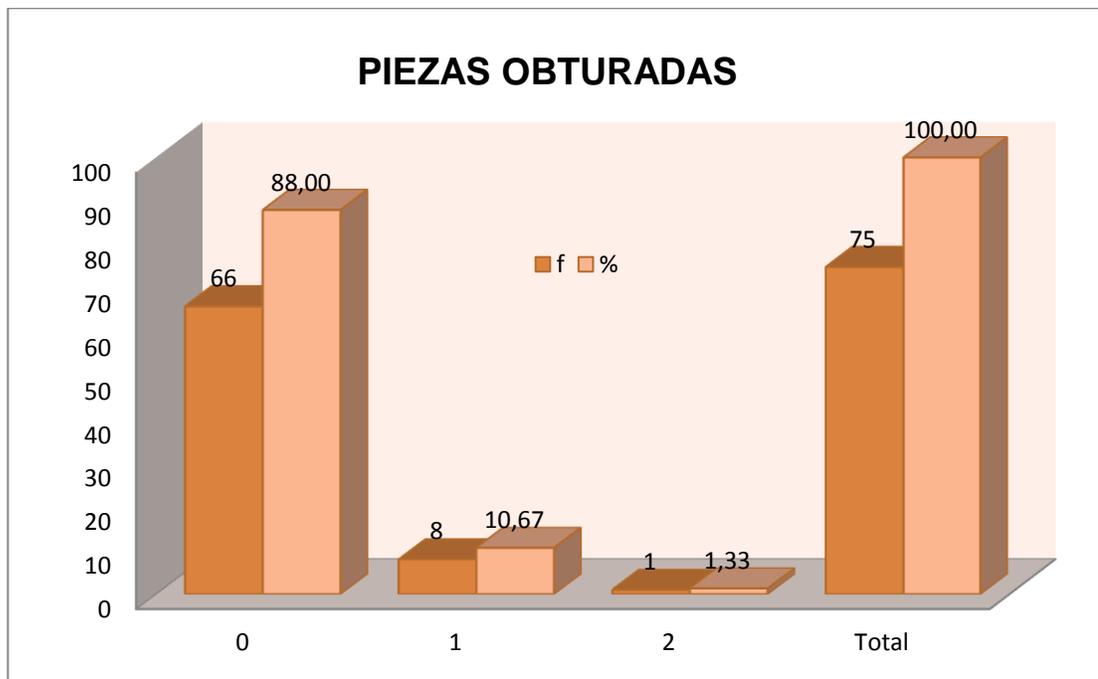
“Las extracciones o las avulsiones dentarias permanentes en pacientes infantiles jóvenes, sólo se ve indicada cuando están afectados por caires o por alteraciones del esmalte o dentina, ya que con las extracciones prematuras se corre el riesgo de alterar la armonía oclusal.”

Patología Oral y Problemas Periodontales en niños, BOJ Juan R. Odontopediatría, (pp.374 - 375).

Lo que corresponde con los datos obtenidos mediante la historia clínica del niño, ya que el mayor porcentaje no presenta extracciones dentarias permanentes, lo que significa que la extracción en este tipo de pacientes es muy difícil o poco probable ya sea por su condición o por la falta de atención odontológica, llevando a otras patologías que repercuten en el estado general de salud del niño.

GRAFICUADRO # 5
INDICES DE CPO
PIEZAS OBTURADAS

ALTERNATIVAS	f	%
0	66	88,00
1	8	10,67
2	1	1,33
Total	75	100,00



FUENTE: Historia Clínica realizada a los niños discapacitados de la Fundación "San Jorge".
ELABORADO POR: Karen Almendáriz Pin

Análisis e Interpretación:

En relación al índice de CPO realizado a los 75 niños mediante el odontograma se determinó que, 66 niños que corresponden al 88% no presentaron obturaciones de los dientes permanentes; 8 niños que corresponde al 10.67% presentaron 1 diente obturado permanente; 1 niño que corresponden el 1.33% presentó 2 dientes permanentes obturados.

“Los tratamientos restauradores en niños y jóvenes, se realizan en su mayoría en las edades comprendidas de los 6 a los 8 años de edad aproximadamente, viéndose estas dificultadas por el desarrollo emocional y cognitivo del paciente, ya que por el temor que experimentan imposibilitan en muchos casos la atención, y los tratamientos como obturaciones, extracciones dentarias, fluorizaciones, sellantes de fosas y fisuras hasta una profilaxis frenan una atención odontológica temprana.”

Odontopediatría, Caries Dental Prevención. BARBERÍN Elena L, (pp. 175 - 176).

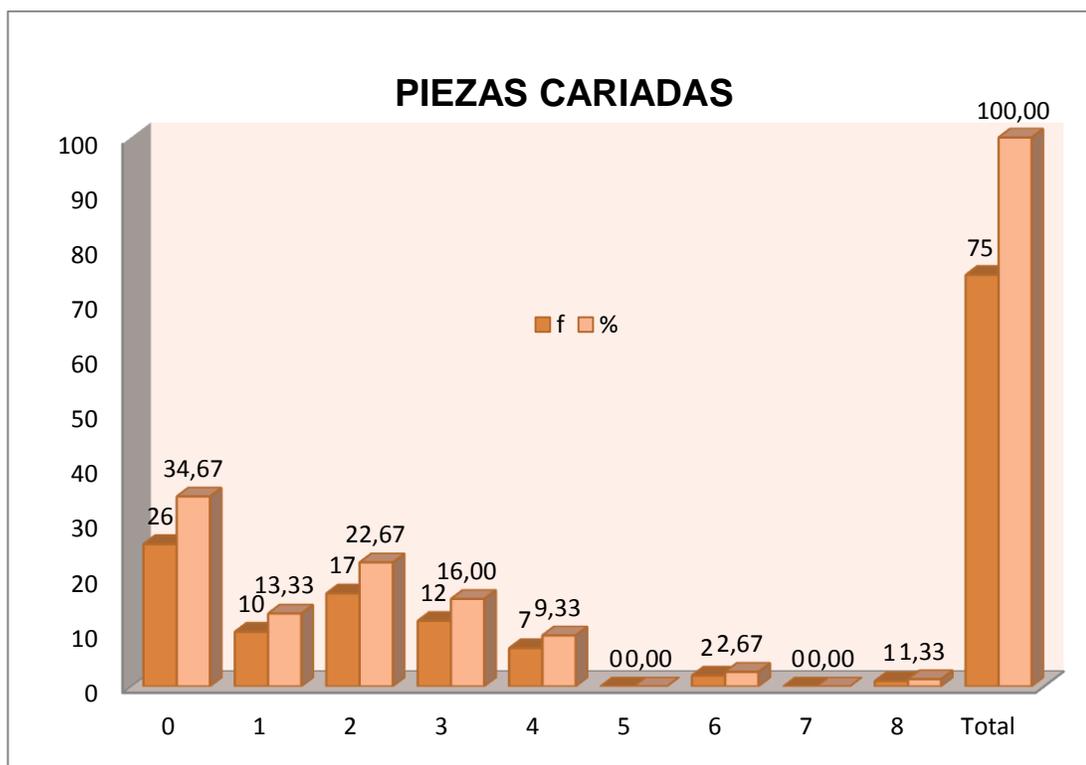
Lo que corresponde con los datos obtenidos mediante las historias clínicas de los niños, ya que el mayor porcentaje no presenta obturaciones dentarias realizadas en dientes permanentes, lo que significa que el tratamiento de prevención como de curación de las caries se ve imposibilitado por las conductas psíquicas de los pacientes.

GRAFICUADRO # 6

INDICES DE ceo

PIEZAS CARIADAS

ALTERNATIVAS	f	%
0	26	34,67
1	10	13,33
2	17	22,67
3	12	16,00
4	7	9,33
5	0	0,00
6	2	2,67
7	0	0,00
8	1	1,33
Total	75	100,00



FUENTE: Historia Clínica realizada a los niños discapacitados de la Fundación "San Jorge".
ELABORADO POR: Karen Almendáriz Pin

Análisis e Interpretación:

En relación al índice de ceo realizado a los 75 niños mediante el odontograma se determinó que, 26 niños que corresponden al 34.67% no presentaron caries en los dientes deciduos; 17 niños que corresponden al 22.67% presentaron 2 dientes cariados deciduos; 12 niños que corresponden al 16% presentó 3 dientes cariados deciduos; 10 niños que corresponden al 13.33% presentó un diente cariado deciduo; 7 niños que corresponden al 9.33% presentó 4 dientes cariados deciduos; 2 niños que corresponden al 2.67% presentó 6 dientes cariados deciduos; 1 niño que corresponde al 1.33% presentó 8 dientes cariados deciduos.

“Cuando se explora las coronas dentarias se puede observar que éstas son pequeñas en comparación con el tamaño de los dientes permanentes. Los espesores de las estructuras, tanto esmalte como dentina, son menores y la calcificación es menor.

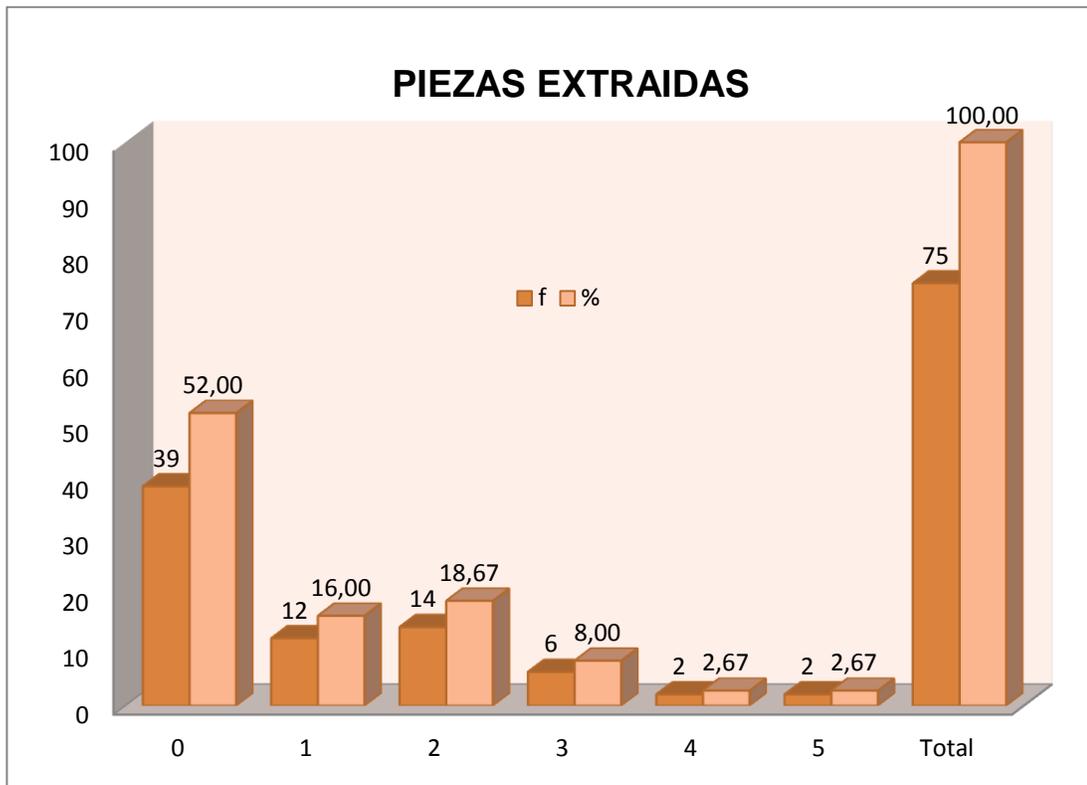
Todo ello da lugar a un avance más rápido de las caries, una vez que esta se inicia, y a una afectación pulpar más temprana que en el adulto.”

Odontopediatría, Caries Dental Prevención. BARBERÍN Elena L, (pp. 175 - 176).

Lo que corresponde con los datos obtenidos mediante la historia clínica de los niños, ya que el mayor porcentaje presentan lesiones cariosas en los dientes temporarios, lo que significa que los niños son más propensos a presentar caries dental ya sea por la morfología y espesor de sus estructuras, aumentado aún más su riesgo al no tener una buena higiene bucal.

GRAFICUADRO # 7
INDICES DE ceo
PIEZAS EXTRAIDAS

ALTERNATIVAS	f	%
0	39	52,00
1	12	16,00
2	14	18,67
3	6	8,00
4	2	2,67
5	2	2,67
Total	75	100,00



FUENTE: Historia Clínica realizada a los niños discapacitados de la Fundación "San Jorge".
ELABORADO POR: Karen Almendáriz Pin

Análisis e Interpretación:

En relación al índice de ceo realizado a los 75 niños mediante el odontograma se determinó que, 39 niños que corresponden al 52% no presentan extracciones dentarias deciduas; 14 niños que corresponden al 18.67% presentan 2 piezas dentarias deciduas extraídas; 12 niños que corresponden al 16% presentan una extracción de pieza dentaria decidua; 6 niños que corresponden a 8% presentan 3 piezas dentarias deciduas extraídas; 2 niños que corresponden al 2.67% presentan 5 piezas dentarias deciduas extraídas; 2 niños que corresponden al 2.67% presentan 4 piezas dentarias deciduas extraídas.

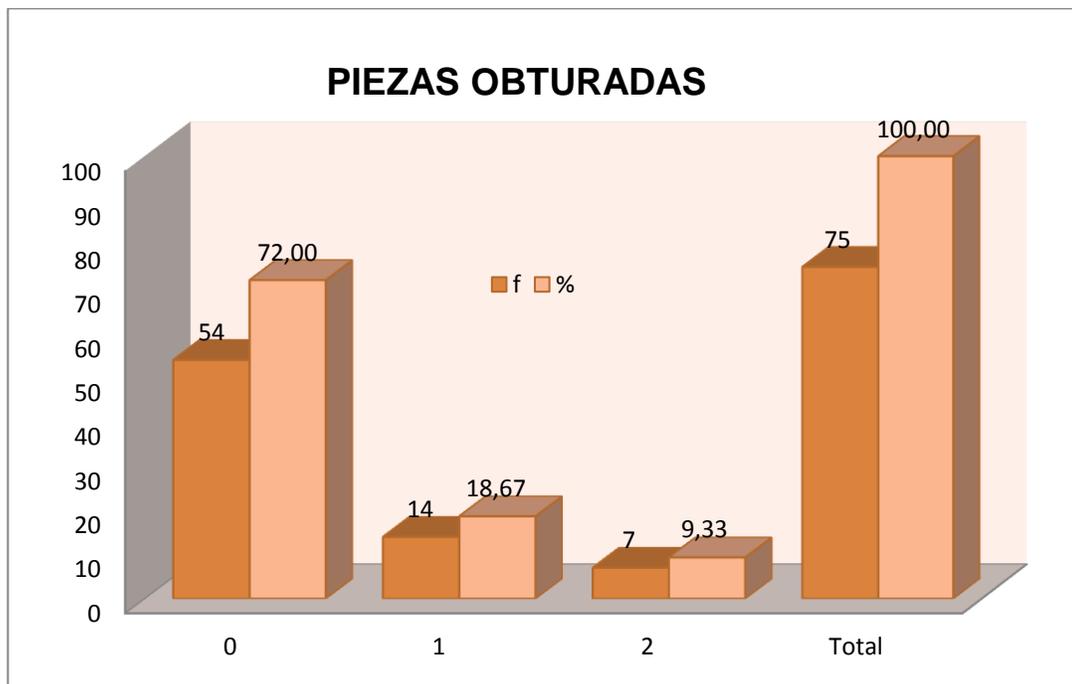
“Los índices de extracciones en niños, en especial con alguna limitación física o mental se restringe no solo a su imposibilidad ya que habrá que tomar decisiones conjuntas con el médico tratante para poder planificar la extracción.”

Odontología en Pacientes Especiales, Manejo Odontológico en diferentes tipos de Pacientes Discapacitados, SILVESTRE Francisco J., PAZA Andrés, (p. 279).

Lo que corresponde con los datos obtenidos de las historias clínicas de los niños, ya que el mayor porcentaje de niños no presenta extracciones de dientes deciduos, lo que significa que su atención se ve dificultada por sus limitaciones.

GRAFICUADRO # 8
INDICES DE ceo
PIEZAS OBTURADAS

ALTERNATIVAS	f	%
0	54	72,00
1	14	18,67
2	7	9,33
Total	75	100,00



FUENTE: Historia Clínica realizada a los niños discapacitados de la Fundación "San Jorge".
ELABORADO POR: Karen Almendáriz Pin

Análisis e Interpretación:

En relación al índice de ceo realizado a los 75 niños mediante el odontograma se determinó que, 54 niños que corresponde al 72% no presentan obturación de los dientes deciduos; 14 niños que corresponde al 18.67% presentan 1 pieza dentaria decidua obturada; 7 niños que corresponden al 9,33% presentan 2 piezas dentarias deciduas obturadas.

“Los tratamientos restauradores en niños y jóvenes, se realizan en su mayoría en las edades comprendidas de los 6 a los 8 años de edad aproximadamente, viéndose estas dificultadas por el desarrollo emocional y cognitivo del paciente, ya que por el temor que experimentan imposibilitan en muchos casos la atención, y los tratamientos como obturaciones, extracciones dentarias, fluorizaciones, sellantes de fosas y fisuras hasta una profilaxis frenan una atención odontológica temprana.”

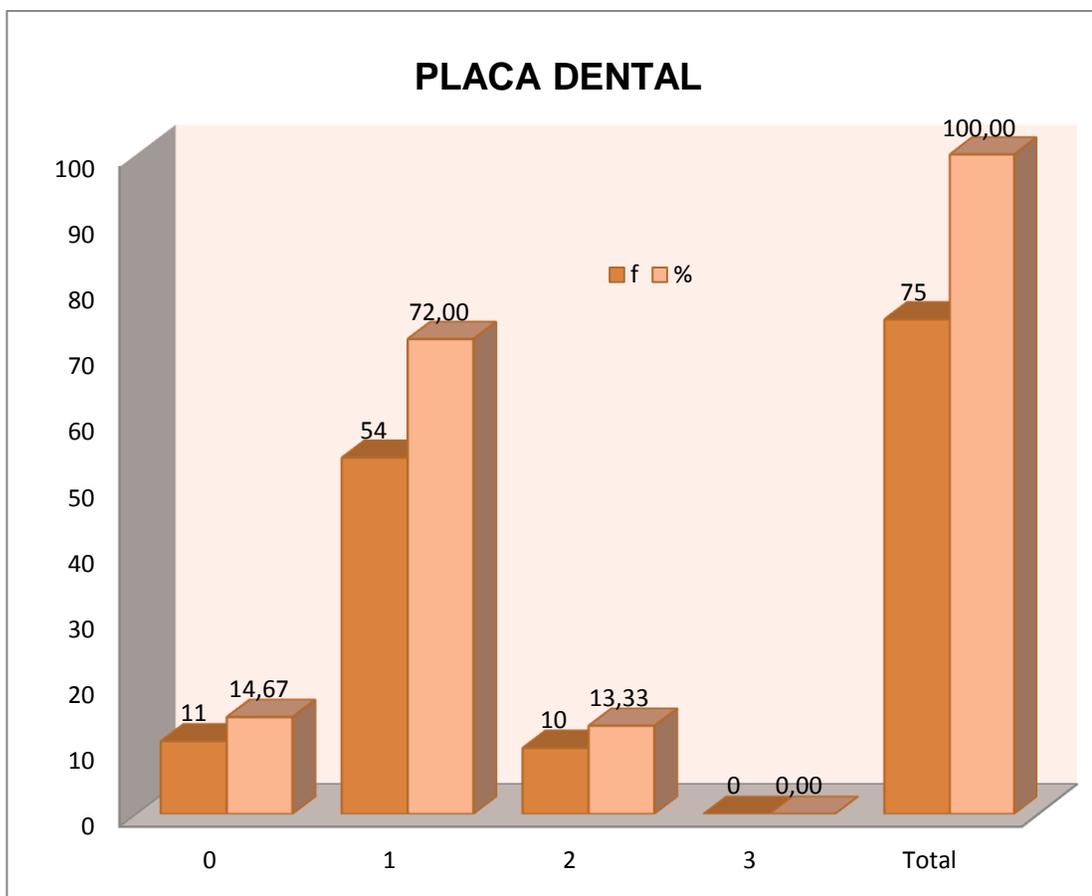
Odontopediatría, Caries Dental Prevención. BARBERÍN Elena L, (pp. 175 - 176).

Lo que corresponde con los datos obtenidos de las historias clínicas de los niños, ya que el mayor porcentaje no presenta obturaciones en las piezas dentales temporarias, lo que significa que la prevalencia de caries sigue siendo alta ya que no se brinda el tratamiento restaurados adecuando para cada caso, dificultado aún más en pacientes con condiciones especiales.

GRAFICUADRO # 9
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA

PLACA DENTAL

ALTERNATIVAS	f	%
0	11	14,67
1	54	72,00
2	10	13,33
3	0	0,00
Total	75	100,00



FUENTE: Historia Clínica realizada a los niños discapacitados de la Fundación "San Jorge".
ELABORADO POR: Karen Almendáriz Pin

Análisis e Interpretación:

En relación al índice de higiene oral realizado a los 75 niños en base a al grado de placa bacteriana, 11 niños que corresponden al 14.67% no presentaron índice de placa; 54 niños que corresponden al 72% presentan grado 1 de índice de placa; 10 niños que corresponden al 13.33% presentan grado 2 de índice de placa, y ningún niño presentó grado 3 de índice de placa.

“La placa dentobacteriana en niños constituye un factor causal importante de las dos enfermedades más frecuentes: caries y periodontopatías por eso es fundamental eliminarlo a través de métodos destinados a su eliminación así como de la utilización de elementos para realizarla.”

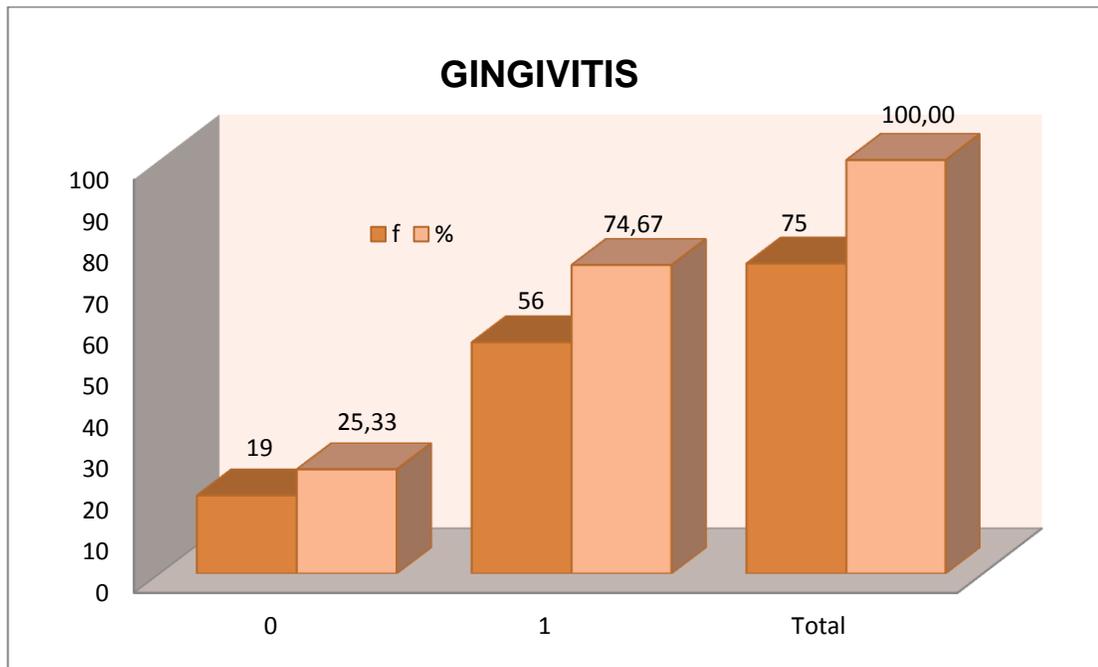
Alteraciones Gingivo-Periodontales en niños, BARRIOS, Gustavo M.,(p. 674).

Lo que concuerda con los datos obtenidos mediante la ficha odontológica, ya que el mayor porcentaje de los niños presenta acumulación de placa bacteriana, lo que significa que no hoy hábitos de higiene bucal adecuados para prevenir el depósito de la misma sobre las superficies dentarias de los niños.

GRAFICUADRO # 10
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA

GINGIVITIS

ALTERNATIVAS	f	%
0	19	25,33
1	56	74,67
Total	75	100,00



FUENTE: Historia Clínica realizada a los niños discapacitados de la Fundación "San Jorge".
ELABORADO POR: Karen Almendáriz Pin

Análisis e Interpretación:

En relación al índice de higiene oral realizado a los 75 niños en base a al grado de gingivitis, 19 niños que corresponden al 25.33% no presentaron índice de gingivitis; 56 niños que corresponden al 74.67% presentan grado 1 de gingivitis.

“La gingivitis en el niño es muy frecuente, se la asocia a la acumulación de placa bacteriana y factores irritativos locales de tipo cálculos dentarios, erupción mixta, caries dental y apiñamiento dentario. La gingivitis infantil generalmente se limita a las zonas marginales y papilares de la encía.”

Alteraciones Gingivo-Periodontales en niños, BARRIOS, Gustavo M., (p. 674).

Lo que concuerda con los datos obtenidos mediante la ficha odontológica, ya que el mayor porcentaje de los niños presenta gingivitis, lo que significa que no hay una técnica de cepillado acorde con la edad y necesidad de los niños provocando en la mayoría de los casos la gingivitis por lacerar los tejidos blandos bucales.

7.2. CONCLUSIONES

En base a la investigación realizada a los padres de familia de los niños con discapacidad atendidos en la Fundación San Jorge, se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

- ✓ La mayoría de los padres encuestados presentan desconocimiento, sobre cómo realizar una buena higiene bucal a sus hijos, ya que no lo realizan con la frecuencia debida el cepillado dental.
- ✓ La mayoría de los padres realizan incorrectamente la técnica de cepillado (dirección horizontal), lo que podría ser una de las causas de la alta incidencia de enfermedades gingivales que presentan los niños.
- ✓ De los padres encuestados, la mayoría de ellos no utilizan los elementos de complementación para realizar la higiene bucal de sus hijos, cómo el enjuague bucal y la seda dental.
- ✓ Por la observación realizada, mediante la historia clínica de determinó que la mayoría de los niños presenta placa bacteriana en grado 1 – 2, por lo que se concluye, que no tienen una buena higiene bucal, lo que conlleva a la existencia de alto porcentaje de piezas dentarias cariadas (temporales y permanentes), gingivitis y extracciones prematuras.

BIBLIOGRAFÍA.

- ✓ BARRIOS, Gustavo M., Odontología, Tomo I,II y III; 2004; Editorial Ltda. Colombia.
- ✓ BARRANCOS, Julio M. Patricio J., Operatoria Dental Integración Clínica; 2006, Editorial medica panamericana. Buenos Aires, Bogotá, Caracas, Madrid, México, Sao Pablo.
- ✓ HERBERT WOLF, Atlas en color de odontología en periodoncia, Fase 1 de tratamiento. Tratamiento causal, 2005, (pp. 222 – 237). MASSON SA. Barcelona – España.
- ✓ HUBERTUS J.M. Van Wales, Atlas de Odontología Pediátrica; 2004; MASSON SA. Barcelona – España.
- ✓ SEPA I, Manual de Higiene Bucal, 2009, (pp. 46 – 47), Editorial Medica Panamericana S.A.
- ✓ BOJ Juan R. Odontopediatría, Patología Oral y Problemas Periodontales en niños, 2005, (pp.374 - 375), MASSON SA. Barcelona España.
- ✓ BATLLÓN Antonio S. Semiología Medica y Técnica Exploratoria, Patología Lingual, 2005, (pp. 246 – 249, 400), ELSEVIER MASSON, Barcelona - España.
- ✓ FLOCH Martin H., Gastroenterología, Lengua Saburral, Halitosis y Aftas Bucles, 2006, (pp.145 – 147), MASSON, Barcelona – España.

- ✓ SILVESTRE Francisco J., PAZA Andrés, Odontología en Pacientes Especiales, Manejo Odontológico en diferentes tipos de Pacientes Discapacitados, 2007, (pp. 272, 276 – 279), Valencia.
- ✓ FERNANDEZ Escobar M, Odontología Pediátrica; 2004; Editorial AMOLCA.
- ✓ A. Cameron R. Widmer, Manual de Odontología Pediátrica; 2005; Harcourt. S.A, Madrid – Barcelona.
- ✓ BARBERÍAN Elena L, Atlas de Odontología Infantil para Peditras y Odontólogos; 2005; Ripano S.A, Madrid – Barcelona.
- ✓ DE LA ROJAS Francisco E., FUENMAYOR Vicente F., Manual de Higiene Bucal, Control Mecánico de la Placa, 2009, (p. 78), Medicina Panamericana, Buenos Aires – Madrid.
- ✓ S. García – Tornel., La Salud de nuestros Hijos, Halitosis (mal aliento), 2007, (p.5), Editorialceac, Barcelona – España.
- ✓ <http://discapacidadrosario.blogspot.com/2010/02/salud-bucal-en-ninos-con-discapacidad.html>
- ✓ http://www.guiainfantil.com/salud/dientes/buenos_habitos.htm
- ✓ <http://www.aula21.net/Nutriweb/caries.htm#LA%20HIGIENE%20DENTAL>
- ✓ www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/.../Consejos.pps

- ✓ <http://www.odonto-red.com.mx/higienedental.htm>
- ✓ www.fundacionhermanomiguel.org/programascaid_esp.htm
- ✓ www.ucsfchildcarehealth.org
- ✓ (<http://www.odontologiaparabebes.com/pacientesEspeciales.html>)
- ✓ (<http://www.sscalp.org/pages/88-cuidados-bucodentales-del-ninno>).
- ✓ (<http://discapacidadrosario.blogspot.com/2010/02/salud-bucal-en-ninos-con-discapacidad.html>)
- ✓ (http://www.taringa.net/posts/info/819298/Pacientes-Especiales_-_Atencion-Odontologica.html)
- ✓ (http://www.guiainfantil.com/salud/dientes/buenos_habitos.htm)
- ✓ <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1464/1/Salud-bucal-en-ni%F1os-discapitados>
- ✓ http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/cabellos_ad/pdf/cabellos_ad.pdf
- ✓ <http://www.dentistasperu.com.pe/administrar/FaRch/142.pdf>
- ✓ http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/09/09_1861.pdf
- ✓ http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/chambi_sf/pdf/chambi_sf.pdf

ANEXO # 1

ÁRBOL DEL PROBLEMA

EFFECTS

1. Problemas
odontológicos
en los niños.

2. Laceración
de las encías:
Gingivitis

3.- Acumulación
de Placa
Bacteriana.

La mala higiene bucal, causa problemas odontológicos en
niños discapacitados de la Fundación "San Jorge".

1.-
Conocimiento
de los padres
sobre higiene
bucal.

2.- Mala técnica de
cepillado.

3.-
Desconocimiento
de los elementos
para la Higiene
Bucal.

CAUSES

PRESUPUESTO

RUBROS	CANT.	UNIDAD DE M.	COSTO UNIT.	COSTO TOTAL	FUENTES DE FINANCIACION APORTE EXTRA
Fotocopiado	400	Unidad	0.03	12.00	12.00
Encuadernación	7	Unidad	1.20	8.40	8.40
Papel	4	Rema	4.00	16.00	16.00
Tinta	2	Tóner	40.00	80.00	80.00
Mascarilla	75	Caja	5.00	5.00	5.00
Guantes	75	Caja	6.00	6.00	6.00
Total	415		56.23	127.40	127.40

ANEXO # 2

FORMULARIO DE ENCUESTA

Dirigido a: Los padres de familia de niños/as con capacidades especiales de la "Fundación San Jorge"

Sobre: Higiene Bucal y Cuidado Odontológico.

Estimados Padres:

- ✓ Soy estudiantes de la facultad de Odontología de la Universidad San Gregorio y requiero de su colaboración para la elaboración de esta encuesta.
- ✓ La encuesta es anónima con la finalidad de que tenga más libertad para contestar las preguntas.
- ✓ Se requiere que conteste todas las preguntas con toda sinceridad.
- ✓ Contestar una sola alternativa por cada pregunta.

1. ¿Qué discapacidad presenta su niño o niña?
 - a) Parálisis cerebral ()
 - b) Epilepsia ()
 - c) Retardo mental ()
 - d) Ceguera ()
 - e) Sordera ()
 - f) Autismo ()
 - g) Hiperactividad ()
 - h) Síndrome de Down ()
 - i) Otras ()
2. ¿Con qué frecuencia realiza el cepillado de los dientes de su niña o niño?
 - a) 1 vez al día ()
 - b) 2 veces al día ()
 - c) Después de las comidas ()
 - d) Sólo antes de dormir ()
 - e) Ninguno ()
3. ¿Dónde realiza usted el cepillado bucal de su niña o niño?
 - a) En la silla de ruedas ()
 - b) Sentado en el suelo ()
 - c) Sobre la cama ()
 - d) En el baño ()
 - e) Otras ()
4. ¿Quién realiza el cepillado de su niña o niño en casa?
 - a) Papá ()
 - b) Mamá ()
 - c) Niño ()
 - d) Quien lo cuida ()
 - e) Otros ()
 - f) Todas las anteriores ()
5. ¿Cómo realiza usted o su niño el cepillado dental?
 - a) De arriba abajo ()
 - b) En forma circular ()
 - c) En dirección horizontal ()
 - d) Todas las anteriores ()
 - e) Otras ()
6. ¿Qué elementos utiliza para realizar la Higiene Bucal a su niña o niño?
 - a) Pasta y cepillo ()
 - b) Enjuague bucal ()
 - c) Seda dental ()
 - d) Todas las anteriores ()
 - e) Otros ()
7. Cuando realiza el cepillado dental se su niño ¿hay presencia de sangrado en las encías?
 - a) Sí ()
 - b) No ()
 - c) No se ha dado cuenta ()
8. ¿Con qué frecuencia cambia el cepillo dental de su niño o niña?
 - f) A los 2 meses ()
 - g) A los 3 meses ()
 - h) A los 6 meses ()
 - i) Al año ()
 - j) Nunca ()
 - k) Otros ()
9. El cepillo dental que utiliza su niño ¿Qué clase de cerdas tiene?
 - a) Suaves ()
 - b) Duras ()
 - c) No sabe ()
10. ¿De qué tamaño es el cepillo que utiliza para realizar la higiene bucal de su niña o niño?
 - a) Pequeño ()
 - b) Mediano ()
 - c) Grande ()
11. ¿Qué tipo de cepillo utiliza normalmente para la higiene bucal se su niña o niño?
 - a) Mecánico ()
 - b) Eléctrico ()
 - c) De dedo ()
12. ¿La pasta dental que utiliza el niño en la actualidad es de acuerdo a su edad?
 - a) Sí ()
 - b) No ()
 - c) No sabe ()
13. ¿Conoce de elementos que ayuden al control de la placa bacteriana?
 - a) Reveladores de placa ()
 - b) Enjuagues bucales ()
 - c) Cepillos ()
 - d) Seda dental ()
 - e) Geles y Barnices ()
 - f) Todos ()
 - g) Ninguno ()

HISTORIA CLÍNICA

Historias Clínicas realizadas a los niños y niñas con capacidades especiales de la fundación "San Jorge"

NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	N° HISTORIA CLÍNICA

1 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS

2 OTRAS PATOLOGIAS PRESENTES

1. HALITOSIS	2. PALADAR HENDIDO	3. LENGUA SABURRAL	4. DESGASTE	5. BRUXISMO	6. AFTAS BUCALES	7. FRACTURA	8. OUEILITIS	9. SIALORREA	10. APIÑAMIENTO
11. MACROGLOSI	12. DIASTEMA								

3 ODONTOGRAMA

<p>RECESIÓN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>MOVILIDAD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>VESTIBULAR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">55 54 53 52 51</p> <p>LINGUAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">85 84 83 83 81</p> <p>VESTIBULAR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>MOVILIDAD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>RECESIÓN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">81 82 83 84 85</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">31 32 33 34 35 36 37 38</p>
---	--

4 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA

PIEZAS DENTALES			PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS
16	17	55			
11	21	51			
26	27	65			
36	37	75			
31	41	71			
46	47	85			
TOTALES					

ÍNDICES CPO-ceo

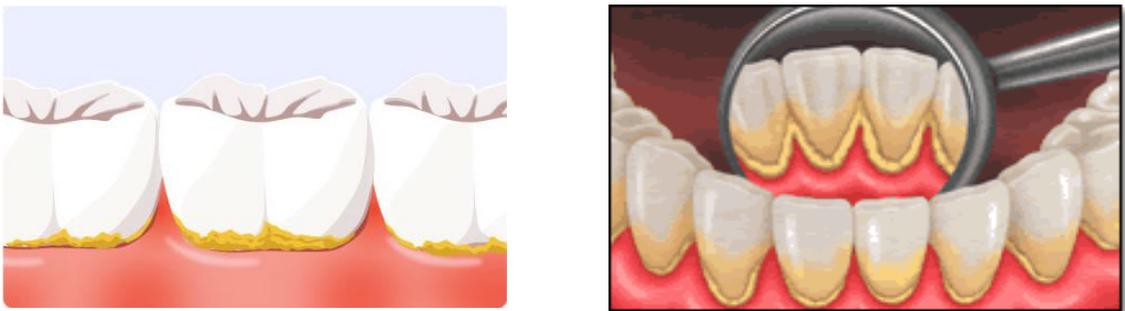
C	P	O	TOTAL
D			
c	e	o	TOTAL
d			

ANEXO # 3

GRAFICOS DEL MARCO TEORICO



Pág. 10 Fig. # 1



Pág. 10 Fig. # 2



Pág. 11 Fig. # 3



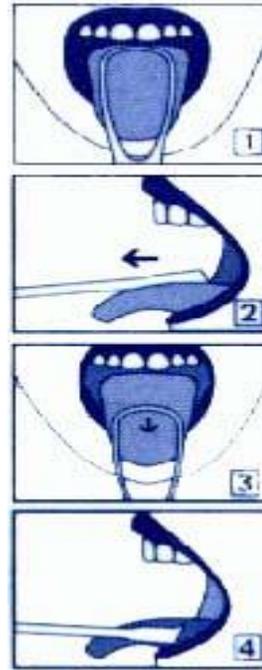
Pág. 11 Fig. # 4



Pág. 12 Fig. # 5



Pág. 14 Fig. # 6



Pág. 14 Fig. # 7



Pág. 15 Fig. # 8



Pág. 16 Fig. # 9



Pág. 17 Fig. # 10



Pág. 18 Fig. # 11



Pág. 20 Fig. # 12



© www.123rf.com

Pág. 20 Fig. # 13



Pág. 20 Fig. # 14



Pág. 21 Fig. # 15



Pág. 22 Fig. # 16



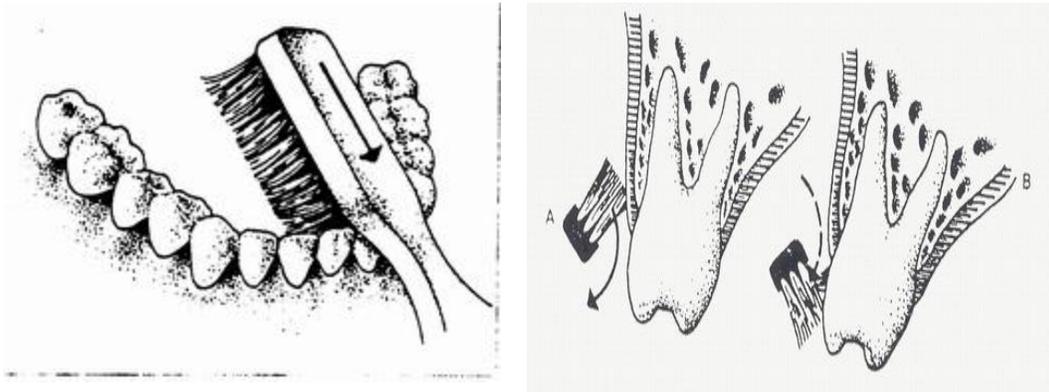
Pág. 23 Fig. # 17



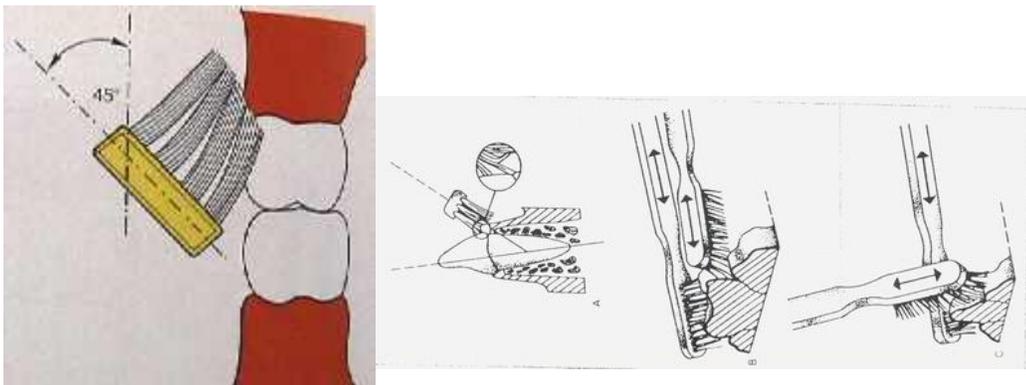
Pág. 23 Fig. # 18



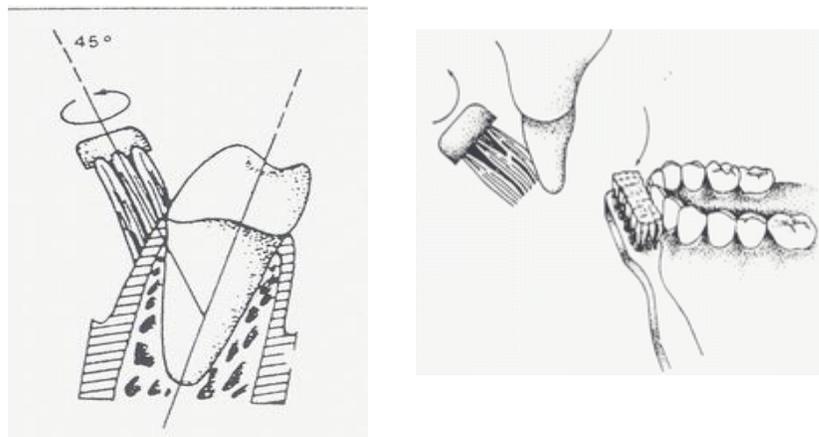
Pág. 23 Fig. # 19



Pág. 24 Fig. # 20



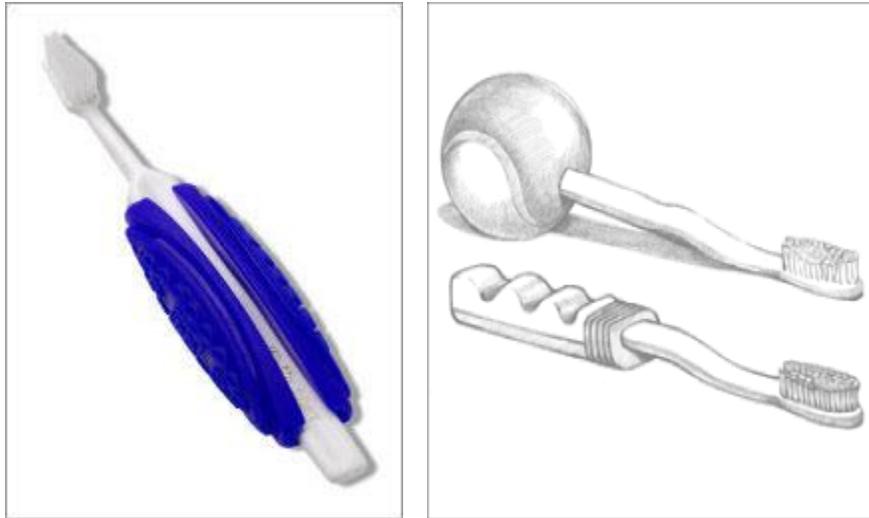
Pág. 24 Fig. # 21



Pág. 25 Fig. # 22



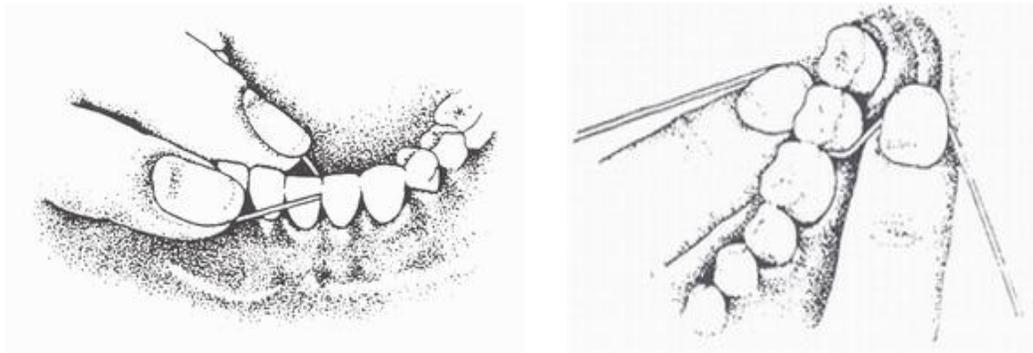
Pág. 26 Fig. # 23



Pág. 28 Fig. # 24



Pág. 28 Fig. # 25



Pág. 29 Fig. # 26



Hipoplasia del Esmalte



Pág. 30 Fig. # 27



Pág. 31 Fig. # 28



Pág. 32 Fig. # 29



Pág. 33 Fig. # 30



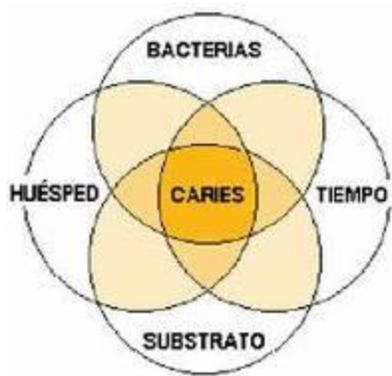
Figura 6. Caso 6. Fisió 8,2:supernumerario.



Pág. 35 Fig. # 31



Pág. 38 Fig. # 32



Pág. 44 Fig. # 33



Pág. 46 Fig. # 34



Pág. 48 Fig. # 35



Pág. 48 Fig. # 36



Pág. 48 Fig. # 37



Pág. 49 Fig. # 38



Pág. 50 Fig. # 39



Pág. 50 Fig. # 40



Pág. 52 Fig. # 41



Pág. 52 Fig. # 42



Pág. 53 Fig. # 43



Macroglosia (lengua más grande de lo normal)



ADAM

Pág. 54 Fig. # 44