



Unidad Académica de Salud

Carrera de Odontología

TESIS DE GRADO

TEMA:

“La colaboración en la atención odontológica de los niños con Necesidades Educativas Especiales y su Incidencia en la Salud oral de los Alumnos del Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga periodo Octubre 2009-Febrero 2010”

AUTOR:

Palma Pinargote Byron Daniel

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Ximena Guillén de Barreiro Esp.Gs.

PORTOVIEJO - MANABI - ECUADOR

2010



CERTIFICACION

Dra. Ximena Guillén Vivas, certifica que la tesis de investigación titulada:

“LA COLABORACIÓN EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LOS NIÑOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES Y SU INCIDENCIA EN LA SALUD ORAL DE LOS ALUMNOS DEL INSTITUTO FISCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL MARÍA BUITRÓN DE ZUMÁRRAGA” PERIODO OCTUBRE 2009-FEBRERO 2010.

Es original del Sr: BYRON DANIEL PALMA PINARGOTE la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

.....

Dra. Ximena Guillén Vivas Esp.Gs.

DIRECTORA DE TESIS

UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

CARRERA DE ODONTOLOGIA

TEMA:

“LA COLABORACIÓN EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LOS NIÑOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES Y SU INCIDENCIA EN LA SALUD ORAL DE LOS ALUMNOS DEL INSTITUTO FISCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL MARÍA BUITRÓN DE ZUMÁRRAGA” PERIODO OCTUBRE 2009-FEBRERO 2010.

PROPUESTA ALTERNATIVA

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

Dra. Ángela Murillo Almache Mg.Sp.
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

Dra. Ximena Guillén Vivas Esp.Gs.
DIRECTORA DE TESIS.

Dra. Nelly San Andrés Plúa Mg.Sc.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. Marco Flores Ordoñez Mg.Sp.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Abg. Ramiro Molina Cedeño
SECRETARIO ACADEMICO

DEDICATORIA

Agradezco a Dios por ser mi guía espiritual que iluminó mi camino durante toda mi carrera universitaria.

A mis queridos padres Wilmer Palma y Magdalena Pinargote que me han apoyado diariamente con mucho esfuerzo y trabajo y que desde muy pequeño me enseñaron la importancia del estudio llevándome por el sendero del progreso, porque caminaron junto a mí en los éxitos y los fracasos, fomentándome el valor moral que hacen que mi esfuerzo y sacrificio tengan los objetivos añorados, porque a ellos les debo cuanto soy y cuanto seré.

Por supuesto a mi hija, Ashley y mi esposa Lady, porque me han dado las fuerzas necesarias para seguir luchando día a día.

Y a mis queridos hermanos que con sus consejos lograron que no decayera y luche por mis objetivos a pesar de los obstáculos presentados.

Byron

AGRADECIMIENTO

A Dios nuestro padre, guía continua de nuestra existencia que con su infinito amor nos acompaña en cada paso de nuestra vida.

A mis padres, Wilmer Emir Palma Arteaga y Edith Magdalena Pinargote Casanova, por estar a mi lado, por su amor, por confiar en mí y su dedicación constante.

A mis hermanos, por su apoyo y su comprensión brindada durante mi carrera universitaria.

A mi esposa y mi hija, por estar conmigo y brindarme su cariño en los buenos y malos momentos de mi vida.

A toda mi familia, y en especial a mi tía la Lcda. Vilma Palma que de una u otra forma colaboraron para hacer posible esta realidad.

A la Dra. Ximena Guillén de Barreiro, quien con paciencia, dedicación y mucha responsabilidad, supo guiarme durante todo el desarrollo de la tesis.

A la Universidad San Gregorio de Portoviejo y especialmente a la Carrera de Odontología, a sus profesores y especialmente a la Directora de la Carrera la Dra. Ángela Murillo, que compartieron sus consejos, conocimientos y experiencias en nuestra formación profesional, con todos nuestros compañeros en los predios de nuestra bella universidad.

A la Lcda. Isabel Alcivar de Cedeño, directora del Instituto Fiscal de Educación especial María Buitrón de Zumárraga, que me abrió las puertas para realizar este trabajo investigativo.

Y a todos mis compañeros ya que gracias a ellos pasé los momentos más inolvidables durante mis estudios universitarios.

A todos mil gracias.....

Byron

INTRODUCCION

En odontología se considera paciente especial a todo aquel que padece algún tipo de discapacidad mental o física: Ya que esa capacidad diferente no lo hace un paciente discapacitado en nuestra especialidad. La diferencia en la atención está dirigida a las maniobras que debemos realizar para la atención de los mismos, sean estas de contención manual con la colaboración de los padres o asistentes o en casos más severos con narco sedación.

Desde el punto de vista odontológico, las maniobras son exactamente las mismas, con la única diferencia de que la motivación muchas veces se torna más difícil y las sesiones pueden requerir mayor tiempo en este grupo de pacientes. Algunas condiciones discapacitantes van acompañadas por problemas dentarios severos así mismo, la capacidad masticatoria de muchos de ellos esta tan comprometida que se los alimenta con una dieta blanda y en la mayoría de los casos es altamente cariogénica; lo que conlleva a la acumulación de placa bacteriana que unida a una mala higiene debido a que el niño no puede cepillarse solo y necesita ayuda y muchas veces existe descuido por parte de los padres y familiares lleva a la presencia de enfermedades gingivales, periodontales y las caries. Si a situaciones antes mencionadas le añadimos la falta de colaboración del “niño especial” y a las inadecuadas condiciones odontológicas en las que se los atiende puede entender el estado de salud bucodental en la que se encuentran la mayoría de este grupo poblacional.

El trabajo que se realizó no fue fácil ya que se efectuó un estudio complejo del estado de salud oral de los niños del Instituto Fiscal de Educación Especial “María Buitrón de Zumárraga” relacionado con la colaboración que estos prestan cuando son atendidos por el odontólogo profesional. Esta investigación fue bibliográfica porque se fundamentó en materiales literarios y de la web; y de campo porque se utilizaron encuestas y entrevistas que fueron fundamentadas con la teoría.

ANTECEDENTES

Este estudio se lo realizó en el Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga, debido a que en esta institución existe una marcada deficiencia en el tema de salud oral en los niños con necesidades educativas especiales que asisten a este prestigioso instituto. El mismo se fundamentó metodológicamente en un diagnóstico del estado de salud bucal de los niños del instituto, para luego, apoyado en los conocimientos adquiridos a lo largo de los estudios universitarios, proponer una alternativa de solución al problema focalizado.

El desconocimiento de los problemas bucodentales de los pacientes especiales asociados a sus propias reacciones emocionales, las de sus familiares, así como las del profesional crean e incrementan las barreras en el acceso a los servicios de atención. Estos planteamientos hacen explícita la gran necesidad de mayor participación a nivel individual y de las instituciones educativas encargadas de la atención de estos pacientes a fin de lograr la meta de que los niños con estos tipos de problemas puedan tener un mejor acceso a la atención odontológica.

Por todo lo anteriormente mencionado queda claro que esta investigación se justificó desde el punto de vista social y humano; sin diferenciaciones de ninguna clase, por cuanto nadie es más que otro, y ante las leyes naturales y humanas, la igualdad de derechos es una norma que todos deben aplicar, mereciendo el mismo respeto, análisis que se lo realizó como preámbulo para explicar que este grupo vulnerable de la sociedad merece mayor atención por sus mismos padecimientos, impedimentos y limitaciones, razones suficientes para que a través de esta investigación se trate de beneficiar directamente no solo a los niños del Instituto “María Buitrón de Zumárraga” sino también a todo niño en general con alguna necesidad educativa especial. Así mismo al involucrarse el investigador en este trabajo le permitió acrecentar los conocimientos tan necesarios en cuanto a la atención especial que hay que brindarles a estos niños.

INDICE GENERAL

	PAG.
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INTRODUCCIÓN	I
ANTECEDENTES	II
CAPITULO I	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema	1
CAPITULO II	2
2.1 Justificación	2
CAPITULO III	3
3.1 Objetivos generales	3
3.2 Objetivos específicos	3
CAPITULO IV	4
4.1 Hipótesis general	4
4.2 Hipótesis específicos	4
CAPITULO V	5
Marco teórico	5
5.1 Instituto Fiscal de educación especial “María Buitrón de Zumárraga”.	5
5.1.1 Introducción	5
5.1.2 Historia	6
5.1.3 Atención odontológica al niño especial	7
5.1.3.1 Manejo psicológico	8
5.1.3.2 Manejo con sedación	8
5.1.3.3 Manejo hospitalario.	9
5.2 Niños con necesidades educativas especiales.	9
5.2.1 Introducción	9
5.2.2 Generalidades sobre pacientes discapacitantes	11
5.2.3 Deficiencia, Discapacidad, Minusvalía	12
5.2.4 Discapacidades comunes	13
5.2.4.1 Parálisis cerebral	13
5.2.4.2 Epilepsia	14
5.2.4.3 Retardo mental	15
5.2.4.4 Sordera	15
5.2.4.5 Ceguera	16
5.2.4.6 Autismo	17
5.2.4.7 Hiperactividad	17

5.2.4.8 Síndrome de Down	18
5.2.4.9 Hidrocefalia	19
5.2.5 Razones por la que este grupo poblacional no recibe una adecuada atención bucodental	19
5.2.6 Evaluación odontológica del paciente especial	20
5.2.6.1 Examen físico de cabeza, cara y cuello de los niños con necesidades educativas especiales.	21
5.2.6.2 Examen clínico intraoral	21
5.2.6.3 Examen dentario	21
5.2.6.4 Examen o estudio radiográfico	21
5.2.6.5 Odontograma y plan de tratamiento	21
5.2.7 Procedimientos afectivos para establecer la relación odontólogo-paciente.	22
5.2.7.1 Actitud del odontólogo frente a un niño especial.	23
5.2.7.2 Conducta del niño disminuido	24
5.2.8 Importancia de la cita inicial	25
5.2.9 Condiciones físicas del consultorio odontológico para el manejo de niños especiales.	26
5.2.9.1 Diseño del consultorio	26
5.2.9.2 El ambiente de los niños	26
5.2.9.3 Acceso al consultorio	27
5.2.9.4 Superficie de los pisos	27
5.2.9.5 Equipo especializado	28
5.2.9.6 Sujetadores para los pacientes	28
5.2.9.7 Correas para las extremidades inferiores y tabla papoose.	29
5.2.9.8 Sillas de rueda con descansacabeza	29
5.2.9.9 Descansacabeza para los pacientes con parálisis cerebral.	30
5.3 La salud oral	30
5.3.1 Concepto de salud oral	30
5.3.1.1 Importancia de la salud dental para la salud y el bienestar general	30
5.3.1.2 Maneras de asegurar la salud dental	31
5.3.1.3 La salud dental en los niños	33
5.3.1.4 Cuándo suponer que el paciente especial tiene problemas de salud bucal.	36
5.3.2 Caries.- concepto	37
5.3.2.1 Etiología de las caries	37
5.3.2.2 Factores que afectan al desarrollo de las caries	38
5.3.2.2.1 Factores individuales	38
5.3.2.2.2 Higiene bucal	39
5.3.2.2.3 Factores de la dieta	40
5.3.2.2.4 Medida de prevención de caries dentales	41

5.3.3 Enfermedad periodontal.- Concepto	42
5.3.3.1 La enfermedad periodontal en los niños	42
5.3.3.2 Clases de enfermedades periodontales en los niños	44
5.3.3.2.1 Periodontitis agresiva	44
5.3.3.2.2 Periodontitis asociada a enfermedades sistémicas	44
5.3.3.2.3 Gingivitis crónica	44
5.3.4 Factores etiológicos de la enfermedad periodontal	45
5.3.4.1 Factores iniciadores	45
5.3.4.3 Factores modificadores sistémicos	45
5.3.5 Signos de la enfermedad periodontal	46
5.3.6 Patogénesis de la enfermedad periodontal	46
5.3.6.1 Colonización	47
5.3.6.2 Invasión	47
5.3.6.3 Destrucción	47
5.3.6.4 Cicatrización	47
CAPITULO VI	48
6. Diseño metodológico	48
6.1 Métodos	48
6.1.1 Modalidad básica	48
6.1.2 Tipos o niveles de investigación	48
6.2 Técnicas	49
6.3 Instrumentos	49
6.4 Recursos	49
6.4.1 Talento humano	49
6.4.2 Recursos materiales	50
6.4.3 Recursos económicos	50
6.4.4 Recursos tecnológicos	50
6.5 Población	50
6.6 Tamaño de la muestra	50
CAPITULO VII	51
7.1 Análisis e interpretación de resultados	51
7.1.2 Análisis e interpretación de las encuestas	51
7.1.3 Análisis e interpretación de la ficha de observación	77
7.1.4 Análisis e interpretación del índice de CPO	79
7.1.5 Análisis e interpretación de la ficha de observación a los alumnos	85
7.2 Conclusiones	88
7.3 Recomendaciones	89
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

INDICE DE LOS GRAFICUADROS

Graficuarios de las encuestas realizadas a los padres de los niños del Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga.

ENCUESTAS

Graficuario No 1	51
¿De qué manera usted asegura una buena salud oral de su hijo?	51
Graficuario No 2	53
¿Por qué cree que es importante que su hijo tenga una buena higiene oral?	53
Graficuario No 3	55
¿Ha recibido información sobre el cuidado oral de su hijo por parte de?	55
Graficuario No 4	57
¿Su niño se queja de dolor dental?	57
Graficuario No 5	59
¿Su niño(a)?	59
Graficuario No 6	61
¿La alimentación de su hijo(a) se basa en?	61
Graficuario No 7	63
¿Cree usted que la deficiencia en higiene bucal se deba a?	63
Graficuario No 8	65
¿El cepillado de los dientes de su hijo se realiza?	65
Graficuario No 9	67
¿Su hijo recibe atención odontológica en el Instituto Fiscal María Buitrón de Zumárraga?	67
Graficuario No 10	69
¿Su niño(a) recibe atención odontológica particular?	69
Graficuario No 11	71
¿Usted acompaña a su hijo(a) a la consulta odontológica?	71
Graficuario No 12	72
¿Cómo es el comportamiento de su niño cuando visita al odontólogo?	73
Graficuario No 13	75
¿Cuándo lleva su hijo a la consulta odontológica qué función cumple usted?	75

Graficuario de la Ficha de Observación realizada al Departamento Odontológico del Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga.

Graficuario No 1 77

INDICE DE CPO

Graficuario No 1 79

Piezas cariadas 79

Graficuario No 2 81

Piezas perdidas 81

Graficuario No 3 83

Piezas obturadas 83

Graficuario de la Ficha de Observación a los Alumnos Especiales del Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga, agrupados de acuerdo a su patología para caracterizar su grado de colaboración.

Graficuario No 1 85

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El deficiente estado de salud oral en los niños del Instituto Fiscal de Educación Especial “María Buitrón de Zumárraga” permitió que se realizara una investigación, la cual se inició identificando sus principales causas.

Inicialmente se estudió la higiene bucal que tienen estos niños, ya que a veces por descuido o falta de un buen cepillado se desencadenan varios problemas dentarios como presencia de caries, enfermedad periodontal, exodoncias, odontopatías, entre otras.

Otra causa relacionada con el problema es la ausencia de colaboración por parte del niño ya que muchas veces son vacilantes o semicoperativos y el tratamiento odontológico se torna más difícil, a esto se une la poca importancia que da el niño y sus padres a la salud bucal, la misma que en un alto porcentaje se debe a la falta de conocimientos sobre salud oral o el temor que tienen los padres de la reacción de su niño frente al odontólogo ya que en ocasiones se muestra ansioso, tímido, aprehensivo, razones por las cuales no son llevados al odontólogo, propiciando la existencia de las deficiencias en su salud oral.

Como última causa, se puede mencionar que el niño no coopera y es muy complicado poder atenderlo, es decir que este tipo de niños son tercos, desafiantes, hiperemotivos, y emocionalmente inmaduros.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cómo incide la falta de colaboración en la atención odontológica en la salud oral de los alumnos del Instituto Fiscal de Educación Especial “María Buitrón de Zumárraga”?

CAPITULO II

JUSTIFICACION

Uno de los requisitos establecidos en los estatutos de la Universidad San Gregorio de Portoviejo y de los reglamentos de la carrera de odontología, es la realización de un trabajo investigativo para culminar los estudios en esta institución y poder obtener el título de odontólogo, trabajo que se baso en la investigación de “La colaboración en la atención odontológica de los niños con necesidades educativas especiales y su Incidencia en la salud oral de los alumnos del Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga” pues actualmente tener una salud bucal es importante, la sociedad cada vez es más exigente y en muchos casos el tener una bonita dentadura y una linda sonrisa abre oportunidades. Con el desarrollo de esta investigación se pretende preparar y ayudar en este aspecto a los niños especiales de la institución.

No se puede ser ajeno a esta problemática que compete a los profesionales de odontología, por ser un sector vulnerable, privado de muchos derechos, pero importante dentro de la sociedad.

El futuro profesional puede trabajar con los niños especiales del Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga” de forma muy directa a través de charlas preventivas, capacitándolos y dándole un conocimiento de cómo se debe realizar una higiene bucal eficiente, a través de técnicas y procedimientos, y así poder mantener una buena salud oral aplicada en su vida cotidiana, este puede ser un aporte, significativo de un futuro profesional de odontología hacia la comunidad.

CAPITULO III

OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar la incidencia de la colaboración para la atención odontológica que presentan los niños con capacidades educativas especiales en la salud oral de los alumnos que asisten al Instituto Fiscal de educación especial “María Buitrón de Zumárraga”.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Caracterizar las capacidades educativas especiales de los alumnos del Instituto Fiscal de educación especial “María Buitrón de Zumárraga” para establecer el grado de colaboración que prestan a la atención odontológica.
- Investigar el índice de CPO para determinar el estado de salud oral de los niños del Instituto Fiscal de educación especial “María Buitrón de Zumárraga”.
- Verificar las condiciones que presenta el departamento de odontología del Instituto Fiscal de educación especial “María Buitrón de Zumárraga” para relacionarlo con el grado de colaboración de los niños que acuden a la cita odontológica.
- Elaborar una propuesta alternativa de solución al problema encontrado.

CAPITULO IV

HIPOTESIS.

4.1 HIPOTESIS GENERAL.

La falta de colaboración en la atención odontológica de Niños con capacidades Educativas Especiales del Instituto Fiscal de Educación Especial “María Buitrón de Zumárraga” incide en la marcada deficiencia de su estado de salud oral.

4.2 HIPOTESIS ESPECIFICOS.

- Los Niños que presentan síndrome de Down son los que mayor problema de colaboración presentan en la atención odontológica.
- Los Niños que tienen el índice de CPO elevados poseen una deficiente salud bucal.
- Las condiciones que presenta el departamento de odontología del Instituto Fiscal de Educación Especial “María Buitrón de Zumárraga” no son favorables para la atención de los niños con necesidades educativas especiales.

CAPITULO V

LINEAMIENTO DEL MARCO TEORICO

5.1 Instituto Fiscal de educación especial “María Buitrón de Zumárraga”.

5.1.1 Introducción.

El Instituto Fiscal de educación especial “María Buitrón de Zumárraga” pertenece a la provincia de Manabí; cantón Portoviejo; parroquia 12 de marzo, está ubicado en la avenida Manabí y Amazonas junto al INFA, y dirigido por la Lcda. Isabel Alcívar de Cedeño acompañada de la Lcda. Ana Lía Montesdeoca, Coordinadora Técnica Pedagógica.

Recibe a 211 niños especiales cuyas edades varían entre 1 a los 23 años, con diferentes discapacidades como síndrome de Down, discapacidad física, auditiva, visual y mental.

Cuenta con un equipo multidisciplinario formado por: Medico, Odontólogo, Psicólogo educativo, Trabajador social, Terapista ocupacional, Terapista físico, y Terapista de lenguaje, en fin, un personal docente profesional que trabaja en conjunto con la misión de brindarles amor, cariño, afecto, y educación, con el objetivo de que su educación sea de la misma calidad de la que recibe cualquier niño en general.

A esto se suma que esta Institución consta con varias áreas especializadas para facilitar la educación de los niños como: Sala de terapias, área de estimulación temprana, área de fonoaudiología, sala de deficientes visuales, taller de mujeres, taller de hombres, área de expresión plástica, sala de educación musical, sala de terapias de lenguaje, y el área de espacios deportivos y de recreación.

5.1.2 Historia.

Hace 10 años nació la Escuela de Educación Especial “María Buitrón de Zumárraga” Una gran idea de un grupo de Damas y Autoridades del cantón de Portoviejo. Que con gran sacrificio y dedicación hicieron realidad y que se cristalizó llenando un justo anhelo de muchos padres de familia ya que sus seres queridos estaban olvidados por la sociedad, no tenían acceso a la educación regular y por lo tanto quedaban en sus hogares sin aspiración y sin futuro.

Lleva su nombre en honor a la Señora Doña María Buitrón de Zumárraga, quien sintetizó en su personalidad el don del servicio y la entrega en beneficio de estos seres excepcionales del Ecuador, habiendo sido Portoviejo una de las ciudades que recibió de su corazón e inspiración la creación de esta Escuela que es orgullo de la Educación Especial a nivel nacional.

De acuerdo con las exigencias de la educación especial propone:

- Propender al desarrollo integral de la personalidad del excepcional, considerando sus potencialidades y limitaciones.
- Facilitar una amplia y positiva participación en actividades compatibles con la sociedad.
- Ofrecer al excepcional un adecuado proceso de formación y rehabilitación.
- Lograr que el excepcional disminuido llegue a ser autosuficiente y que el excepcional superior alcance su mayor grado de desarrollo para que contribuya al progreso de la ciencia y la tecnología.

5.1.3 Atención odontológica al niño especial.

“Gran parte de los profesionales cree que la atención odontológica a discapacitados requiere entrenamiento especial y equipo adicional. Además muchos odontólogos piensan que esos pacientes deben ser hospitalizados para recibir el tratamiento adecuado. Ciertamente un sector de esa población requerirá hospitalización, sin embargo la mayoría puede ser tratada en consultorio privado por el odontólogo general. Los odontólogos como profesionales deben considerar a las personas impedidas como individuos con problemas dentales, que tienen además una condición médica particular.

Los factores importantes para la atención odontológica del niño especial son comprensión, compasión y paciencia. El manejo eficaz de estas personas implica más un cambio de actitud que de técnica. El odontólogo debe brindar la mejor atención posible a cada paciente de acuerdo con sus necesidades. Debe armonizar psicológicamente con las necesidades del individuo en particular si desea lograr el objetivo de la atención odontológica. Hay dos razones básicas para ello: mejorar la comunicación con el paciente y los padres, y brindar un modelo de actitudes y conductas para el resto del personal.

El objetivo de la atención odontológica está dirigido a elevar el nivel de su salud bucal, promoviendo y previniendo las enfermedades bucodentales, así como garantizando su curación y total recuperación. Para ello es necesario que los odontólogos formen parte activa del equipo multidisciplinario que brinda atención a estas personas en cada área de salud, institución educativa o de salud pública, o en los servicios creados para su atención en hospitales. Se hace necesaria también la vinculación de la comunidad con las diferentes organizaciones sociales que agrupan a las personas discapacitadas, para garantizar su atención y satisfacción,

aprovechando sus espacios y actividades para las acciones educativas y preventivas y concretar la atención curativa y rehabilitadora".¹

5.1.3.1 Manejo psicológico.

“El odontólogo debe tener un conocimiento activo de la psicología y mucha experiencia práctica, las cuales permitan tratar las ansiedades del individuo normal en las consultas. En la consulta de un paciente impedido, esta ansiedades suelen ser mayores. Debido a una incapacidad para comunicarse o a un impedimento físico, las reacciones del discapacitado ante la situación odontológica suelen ser distintas a las de un paciente normal.

Si el odontólogo no está preparado para éstas reacciones, pueden aparecer sentimientos de tensión e incomodidad, pudiendo aumentar el estado de ansiedad del paciente y hasta provocar temores, lo que resulta un círculo vicioso. Para disminuir la posibilidad de este cuadro, el profesional debe estar familiarizado con las características comunes del incapacitado y poseer información específica de cada paciente en particular”.²

5.1.3.2 Manejo con sedación.

“En la práctica odontológica del paciente especial vemos la importancia de tener una técnica alternativa para el manejo del niño aprensivo y poco colaborador. Por medio de la sedación Interactuada podremos disminuir los niveles de ansiedad y proporcionar cierto grado de tranquilidad que nos ayudará en el proceso de adaptación del niño ante la consulta odontológica. La técnica de Sedación Interactuada puede proporcionar para el paciente pediátrico un mejor manejo puesto que él va a llegar a un estado de relajación que nos permitirá realizar un tratamiento en mejores condiciones.

¹ <http://www.odontologiaonline>

² **Claudia Zoraida López Ramírez.** Odontóloga Pediatra New York University

La sedación es básicamente un factor coadyuvante que permite al paciente aceptar el procedimiento odontológico reduciendo su ansiedad y excitación".³

5.1.3.3 Manejo hospitalario.

“Para poder contemplar una atención odontológica integral en este colectivo de niños discapacitados y/o médicamente comprometidos, se ha de contar con mayor frecuencia de la habitual con medios auxiliares (la anestesia general, entre otros) para poder llevar a cabo los tratamientos dentales programados, generalmente por falta de colaboración. Atención que debe llevarse a cabo en Centros Hospitalarios, fuera del gabinete dental al que ya están familiarizados pacientes, Odontólogos y padres. Sin embargo, esta situación, sin duda muy beneficiosa para el paciente, puesto que permite realizar tratamientos de calidad en niños no colaboradores o que presentan riesgo, no está exenta de inconvenientes y problemas derivados de la necesaria coordinación que debe haber entre todos los profesionales implicados”.⁴

5.2 Paciente con necesidades educativas especiales.

5.2.1 Introducción.

“Se define **“Paciente con Necesidades Educativas Especiales”** a aquel que tiene limitaciones físicas, mentales, sensoriales, de comportamiento o condiciones que requieran actuaciones médicas y/o servicios especiales. El tratamiento odontológico del paciente con necesidades especiales está íntimamente relacionado con su conducta y su patología.

Cabe esperar que un paciente con retraso mental severo, sea incapaz de colaborar en la consulta dental debido a su condición médica.

³ Claudia Zoraida López Ramírez. Odontóloga Pediatra New York University

⁴ Claudia Zoraida López Ramírez. Odontóloga Pediatra New York University

La mayoría de pacientes especiales pueden tratarse de manera ambulatoria en la consulta odontológica. Sin embargo, en algunas ocasiones las técnicas de manejo de conducta son insuficientes y la única alternativa es el tratamiento bajo anestesia general para proveer un tratamiento de calidad, ofreciendo los menores inconvenientes para el paciente.

Cabe mencionar que estos tratamientos de sedación y anestesia sólo pueden ser llevados a cabo por profesionales capacitados en los campos de anestesia y odontopediatría, así como en un medio hospitalario equipado para tal fin.

Los pacientes con necesidades especiales tienen una alta incidencia de patología bucal debido a una serie de factores como: alteraciones motoras que impiden una correcta masticación y deglución; alimentación de textura blanda y con alto contenido de azúcares fermentables que propician la aparición de caries; alteraciones neurológicas que dificultan la cooperación al momento del cepillado dental, etc. Por ello, los pacientes con necesidades especiales son un grupo de riesgo con una gran necesidad de cuidados dentales.

Es por esta razón que consideramos que la atención odontológica no debe estar desligada de las otras especialidades que se encuentran en relación directa con los cuidados del paciente con discapacidad y que debe estar integrada dentro del equipo multidisciplinario que busca brindar al paciente especial las atenciones adecuadas a sus necesidades”.⁵

⁵ **Dra. Cristina García, Dra. Camila Palma** *Especialistas en odontopediatría y pacientes especiales*

5.2.2 Generalidades sobre pacientes discapacitados

“Recordemos que el paciente discapacitado, deficiente ó como más modernamente se llaman pacientes especiales. Son aquellos que por largos periodos de tiempo, por condiciones físicas o mentales están limitados de una participación completa en las actividades normales de su grupo de edad, incluyendo aquellas de naturaleza social, recreativa, educacional y vocacional.

Estos pacientes constituyen un serio problema para todos los países, pues si bien el desarrollo económico, político y social, reduce el número de casos que produce el subdesarrollo, por motivos no bien definidos las enfermedades discapacitantes tienden a aumentar, incluso en países muy desarrollados muchas de estas afecciones se atribuyen a factores genéticos, trastornos pro, peri y pos natales, además del uso y consumo de drogas.

En nuestra práctica general hemos evidenciado una gran prevalencia de patología oral en estos pacientes, lo que demuestra la falta de conocimiento general sobre los problemas bucales y sus consecuencias. A pesar de la mayor necesidad de prevención y cuidados odontológicos, consideramos que estos pacientes pertenecen a un grupo poblacional desatendido en el campo odontológico. Las causas de esta desatención incluyen: enfermedades de base del paciente que relegan el cuidado odontológico a un segundo plano, falta de odontólogos especialistas en la atención de pacientes especiales, alta necesidad de tratamientos operatorios que no pueden ser realizados en consultorios privados y/o una dificultad del acceso al tratamiento dental (por falta de centros que ofrezcan el servicio, por falta de infraestructura, por limitaciones del odontólogo general o por desinformación de la población)”.⁶

⁶ WEINTRAUB.J, Douglas C, Gillins D. Bioestadística en Salud Buco Dental. Organización Panamericana de la Salud. 2000.

5.2.3 Deficiencia, Discapacidad, Minusvalía.

“Deficiencia: Cuando un órgano no funciona al 100% pero aún cumple la función para la cual está preparado.

“Dentro de la experiencia de la salud una deficiencia es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica”.

Discapacidad: El órgano es incapaz de realizar la función para la que está preparado y su rendimiento está por debajo de los valores aceptados como normales.

“Dentro de la experiencia de la salud una discapacidad es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano”.

Minusvalía: La discapacidad ha llevado al paciente a la disminución de su autoestima y socialmente se siente marginado.

“Dentro de la experiencia de la salud, minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales)”. Con estos conceptos establecidos podemos ser capaces de adaptar los diferentes procedimientos odontológicos existentes y adoptar acciones para satisfacer las necesidades que se crean aledañas a las deficiencias, discapacidades y minusvalía.

Estos individuos tienen un problema de base sistémica y eso hace necesario el concurso de múltiples especialistas para la solución de los múltiples aspectos de la enfermedad en este tipo de pacientes. La consulta con el odontólogo puede ser breve, si se realiza una intervención temprana o lo que es lo mismo desde que el niño tiene dientes y se

cumplen reglas de higiene permanentes, recordemos que la caries y las periodontopatías son enfermedades posterupcionales.

Sin embargo aún con estos cuidados estrictos se hace necesaria la atención odontológica de estos pacientes en las diferentes etapas de su desarrollo, atendiendo a sus individualidades según la afectación sensorial, motora, afectiva o psiconeurológica. De hecho se incluyen en estos grupos de atención, individuos con trastornos genéticos que pueden afectar el funcionamiento hematológico, cardiovascular, neurológico, psiquiátrico, auditivo, visual y endócrino”⁷.

5.2.4 Discapacidades comunes.

5.2.4.1 Parálisis cerebral.

“Término que engloba a todos los trastornos no progresivos de la función motora debidos a una lesión cerebral permanente producida antes, durante o después del nacimiento.”

La parálisis cerebral se ha dividido en cuatro categorías principales: espástica, atetósica, atáxica y las formas mixtas. En la parálisis cerebral espástica, los músculos están paralizados y rígidos. La hemiplejía, que afecta a ambas extremidades de un lado, y la diplejía, que afecta a las cuatro extremidades pero en mayores medidas a las piernas.

La parálisis atetósica representa el 20% del total de los pacientes con parálisis cerebral. Se caracteriza por movimientos lentos involuntarios de las extremidades o del tronco y la raíz de los miembros. La parálisis cerebral atáxica es poco frecuente, se caracteriza por debilidad y alteraciones del equilibrio y de la coordinación. Las formas mixtas son

⁷ **González C.** Déficit, diferencia y discapacidad. Topia, Clínica. (2001)

frecuentes y combinan aspectos de las anteriores. También son posibles alteraciones de la visión, crisis convulsivas y retraso mental.

“La parálisis cerebral espástica es la más común, tiene baja incidencia en caries se puede presentar convulsiones y el manejo dental es sin restricciones normalmente se les atiende bajo anestesia general”.⁸

5.2.4.2 Epilepsia.

“Trastorno crónico del cerebro caracterizado por convulsiones o ataques repetidos. El Origen de los ataques puede estar en una lesión cerebral subyacente, en una lesión estructural del cerebro, o formar parte de una enfermedad sistémica, o bien ser idiopática (sin causa orgánica). Los ataques epilépticos varían según el tipo de lesión, y pueden consistir en pérdida de consciencia, espasmos convulsivos de partes del cuerpo, explosiones emocionales, o periodos de confusión mental.

Los estudios demuestran que aunque la epilepsia no es hereditaria, existe un rasgo hereditario de predisposición a padecerla que puede ser el responsable de algunos de los casos idiopáticos.

En los individuos que padecen epilepsia, las ondas cerebrales, que son una manifestación de la actividad eléctrica de la corteza cerebral, tienen un ritmo característico anómalo producido por una descarga excesiva y sincronizada de las células nerviosas.

No existe un tratamiento curativo específico para la epilepsia, pero se puede prevenir o reducir la frecuencia de las crisis hasta en el 90% de los pacientes mediante la administración de fármacos”.⁹

⁸ Microsoft Encarta 2006.

⁹ Microsoft Encarta 2006.

5.2.4.3 Retardo mental.

“El retardo mental comprende una amplia serie de trastornos que pueden estar determinados por muchos factores de naturaleza biológica, psicológica o social. Este concepto del retardo mental como consecuencia de una amplia serie de causas tiene particular importancia al considerar de qué servicios debe disponerse.”

Retardo mental es sinónimo de subnormalidad y deficiencia mental. La causa incluye traumatismos del sistema nervioso central, pautas culturales familiares, irradiaciones fetales, malnutrición, síndromes genéticos (síndrome de Down), etc.

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. Se consideran retrasados mentales aquellas personas que presentan desarrollo anormal de los problemas psíquicos fundamentales, los cognoscitivos superiores, o sea los que tienen defectos estables de su actividad cognoscitiva (la percepción, los procesos voluntarios de la memoria, el pensamiento lógico-verbal, el lenguaje y otros), a consecuencia de una lesión orgánica cerebral”.¹⁰

5.2.4.4 Sordera.

“Sordera, también conocida como hipoacusia, incapacidad para oír; esta alteración afecta de forma especial a las personas que la padecen ya que su integración en la sociedad es muy difícil. Afecta a todas las edades y sus consecuencias son leves o graves. Un 1% de la población es sordo profundo, es decir, tiene una pérdida de audición tan importante que no se beneficia de aparatos de amplificación.

¹⁰ Tesini, D.A.; Fenton, S.J.; Cuidados dentales en personas con incapacidades físicas o mentales

Los duros de oído o sordos leves y moderados pueden beneficiarse, en grado variable, de los audífonos”. Se distinguen 4 tipos de sordera: de conducción, neurosensorial, mixta y central.

La sordera de conducción se produce por enfermedades u obstrucciones del oído externo o medio y no suele ser grave; puede mejorar con audífonos y puede corregirse con tratamiento médico o quirúrgico.

La sordera neurosensorial se produce por lesión de las células sensitivas o de las terminaciones nerviosas del oído interno; puede ser desde leve hasta grave. La pérdida auditiva es mayor en unas frecuencias que en otras y queda distorsionada la percepción sonora aunque el sonido se amplifique. En este caso, los audífonos no son útiles.

La sordera mixta se produce por problemas tanto en el oído externo o medio como en el interno. La sordera central se debe a la lesión del nervio auditivo (octavo par craneal) o de la corteza cerebral auditiva.

La sordera puede ser debida a una enfermedad, a un accidente, o congénita”.¹¹

5.2.4.5 Ceguera.

“Ceguera o amaurosis, ausencia completa o casi completa del sentido de la vista. Puede estar causada por un obstáculo que impide la llegada de los rayos de luz hasta las terminaciones del nervio óptico, por enfermedad del nervio óptico o del tracto óptico, o por enfermedad o alteración en las áreas cerebrales de la visión. Puede ser permanente o transitoria, completa o parcial, o aparecer sólo en situaciones ambientales de poca luz (ceguera nocturna).

La ceguera congénita es rara, pero muchos individuos pierden la vista durante la infancia por causas evitables. Muchas cegueras se deben a diversas enfermedades del ojo, destacando, en el mundo desarrollado, la catarata y el glaucoma. En los países en vías de desarrollo las

¹¹ <http://html.rincondelvago.com/atencion-pacientes-especiales.html>

enfermedades oculares más frecuentes son las infecciosas y parasitarias, en especial en los niños. Otra causa de ceguera en los niños es la malnutrición (carencias de vitamina A). Las madres que hayan padecido rubéola durante la gestación pueden ocasionar ceguera congénita a sus hijos”.¹²

5.2.4.6 Autismo.

“El autismo también es llamado síndrome de Kanner, psicosis infantil, o esquizofrenia de la niñez, trastorno grave de comunicación y conducta de la infancia que se desarrolla antes de los tres años de edad. El término ha sido utilizado para describir muchos tipos de trastorno mentales. El tratamiento dental es muy complicado, ya que estos pacientes no permiten el contacto corporal y por eso normalmente se los seda y si no existe colaboración máxima se les coloca anestesia general”.

Según dice Bruno Bettelheim: “Estos pacientes presentan trastornos de comportamiento, el niño se encierra en su mundo. Esta enfermedad se diagnostica al año de edad, se desconoce su etiología. Los síntomas más comunes son: el niño se aísla y puede estar haciendo movimientos repetitivos como balancearse por horas y horas”.¹³

5.2.4.7 Hiperactividad.

“Hiperactividad, alteración hiperactiva por déficit de atención. Afecta a niños de corta edad y se manifiesta porque presentan niveles de actividad exacerbados, dificultad de concentración, incapacidad para controlar los impulsos, intolerancia para la frustración y, en muchos casos, problemas de comportamiento”.

Ciertos estudios sugieren que hasta dos tercios de los niños que padecen este cuadro continuarán manifestándolo en la edad adulta, aunque la

¹² <http://www.odontologiaonline>

¹³ Microsoft Encarta 2007

mayoría de estos adultos no son diagnosticados de forma adecuada. La hiperactividad fue denominada durante un tiempo disfunción mínima cerebral, pero estudios ulteriores han demostrado que los niños afectados por la enfermedad no tienen alteraciones orgánicas cerebrales ni padecen un trastorno mental. No se conoce su causa y, debido a que este cuadro clínico presenta un conjunto de síntomas, el diagnóstico no siempre es sencillo.

El tratamiento es controvertido. Los fármacos estimulantes como el metilfenidato (Ritalin) se han mostrado efectivos para frenar la hiperactividad, aunque no siempre permiten mejorar el aprendizaje, y pueden interferir con el apetito y el sueño.

El odontólogo no debe cometer el error de tener expectativas demasiado altas, que luego no sean alcanzables por el paciente, ni por el contrario, que éstas sean muy bajas, las necesidades y expectativas deben ser determinadas con exactitud, evaluando su capacidad para prestar atención”.¹⁴

5.2.4.8 Síndrome de Down.

“Se lo conoce como Trisomía 21 afecta a todas las razas por igual, está relacionada con la edad materna avanzada. Los enfermos con síndrome de Down presentan estatura baja, frente alta y aplanada, lengua y labios secos y figurados”.

La atención dental es sin restricciones, son pacientes amigables y cooperadores pero estos niños son muy hiperactivos por lo que es necesario colocarles sujetadores en las extremidades en algunos casos. Se debe tener precaución con la anestesia general, el 60% de estos

¹⁴ <http://www.odontologiaonline>

pacientes presentan enfermedad periodontal, presentan baja incidencia de caries y poseen hipoplasia maxilar”.¹⁵

5.2.4.9 Hidrocefalia.

“Incremento potencialmente grave del volumen del líquido cefalorraquídeo en el interior de los ventrículos del cerebro. En la infancia, como las suturas del cráneo aun no se han soldado, provoca un aumento del tamaño de la cabeza, y hay riesgos de que la presión del líquido cefalorraquídeo sobre el cerebro en desarrollo cause daños en el mismo”. Estos niños responden muy bien al tratamiento odontológico”.¹⁶

5.2.5 Razones por la que este grupo poblacional no recibe una adecuada atención bucodental.

“La falta de atención odontológica continúa siendo una realidad de nuestra población discapacitada, ya que sus necesidades de atención en salud bucodental son las más olvidadas y las menos atendidas. La caries dental, la enfermedad periodontal y trastornos bucales de otra naturaleza constituyen problemas singulares en la asistencia odontológica de pacientes discapacitados.

La falta de atención temprana, unida a la naturaleza crónica de estos padecimientos vienen a complicar otros problemas mentales o físicos discapacitantes durante toda la vida. Algunas razones que contribuyen a explicar esta falta de atención radican en carencias formativas y falta de experiencias educativas en el manejo de estos pacientes.

El desconocimiento de los problemas bucodentales de los pacientes especiales, asociados a sus propias reacciones emocionales, las de sus familiares, las del profesional; Así como también las condiciones no

¹⁵ Microsoft Encarta 2007

¹⁶ Microsoft Encarta 2007

apropiadas del área física y de los equipos odontológicos, crean e incrementan las barreras en el acceso a los servicios de atención.

Estos planteamientos hacen explícita la gran necesidad de mayor participación a nivel individual, de asociaciones profesionales, instituciones gubernamentales, y demás instituciones representativas interesadas en la problemática de los pacientes especiales, a fin de lograr la meta de que las personas con discapacidad puedan tener acceso adecuado a la atención odontológica”.¹⁷

5.2.6 Evaluación odontológica del paciente especial.

“El odontólogo que sea capaz de evaluar las necesidades y manejar clínicamente al discapacitado tendrá éxito en el tratamiento. Son necesarios ciertos requisitos a cumplir por el profesional:

- Conocimiento de la situación discapacitante del paciente en cuanto a salud general, así como también bucal.
- Comprensión de las implicaciones de la citación discapacitante sobre el futuro estilo de vida y expectativas del paciente.
- Comprensión del pronóstico futuro de la dentición del niño evaluando la dieta, higiene e historial odontológico.
- Capacidad de evaluación de la necesidad del paciente de poseer una dentición funcional y estética.

La atención odontológica al paciente discapacitado va cobrando cada día más interés en los profesionales de la salud, principalmente en aquellos que tienen una concepción integral de la misma.

¹⁷ Dra. Cristina García, Dra. Camila Palma *Especialistas en odontopediatría y pacientes especiales*

En odontología existen profesionales interesados de manera individual, pero aún a nivel institucional dista mucho de lo deseado pues no se ha captado el problema que representa la atención a personas con discapacidad”.¹⁸

5.2.6.1 Examen físico de cabeza, cara y cuello de los niños con necesidades educativas especiales.

“Este es un examen que debe ser completo empezando desde el cráneo, cara, boca, ganglios maxilares, submaxilares, y cervicales”.

5.2.6.2 Examen clínico intraoral.

“El examen clínico intraoral comprende un estudio complejo de labios, mucosa, carrillos, paladar, conductos salivales, frenillos, hueso alveolar, región bucofaríngea, y arcos dentales”.

5.2.6.3 Examen dentario.

“En este examen se debe observar defectos de forma, número y color; examen periodontal, placa y cálculos dentales; Bolsas periodontales, movilidad, posible presencia de fístulas y examen de oclusión”.

5.2.6.4 Examen o estudio radiográfico.

“Este es un examen complejo en el cual se debe valorar y realizar un excelente diagnóstico de las radiografías ya sean estas seriadas, oclusales, periapicales o panorámicas para lograr que el diagnóstico obtenido facilite cualquier tratamiento futuro”.¹⁹

5.2.6.5 Odontograma y plan de tratamiento.

“El Odontograma debe indicar el índice de caries dentales, índice de placa bacteriana, índice de piezas obturadas, índice de piezas perdidas, para luego elaborar el plan de tratamiento para que este cumpla a

¹⁸ <http://www.odontologiaonline>

¹⁹ BARRANCOS JULIO. “Operatoria Dental”. Editorial Panamericana. Argentina. 2004.

cabalidad el requerimiento que se indica en el Odontograma y así lograr que el tratamiento a realizar sea todo un éxito”.²⁰

5.2.7 Procedimientos afectivos para establecer la relación odontólogo-paciente.

“Los procedimientos siguientes han sido afectivos para establecer la relación odontólogo-paciente y reducir la ansiedad de este respecto a la atención odontológica:

- Dar breve paseo por el consultorio antes de iniciar el tratamiento para que el paciente se familiarice con el diseño y mobiliario, así reducir el temor a lo desconocido.
- Hablar lentamente y con términos sencillos. Asegurarse de que las explicaciones sean entendidas por el paciente.
- Dar solo una instrucción a la vez. Felicitar al paciente luego de haber finalizado exitosamente una acción.
- Escuchar cuidadosamente al paciente. Los individuos retardados suelen tener problemas de comunicación.
- Mantener sesiones cortas. Progresar gradualmente a procedimientos más difíciles, luego que el paciente se haya familiarizado con el ambiente odontológico.
- Citar a los pacientes discapacitados a primeras horas del día, cuando tanto odontólogo como paciente se encuentran menos fatigados, tanto física como mentalmente.

²⁰ BARRANCOS JULIO. "Operatoria Dental". Editorial Panamericana. Argentina. 2004

- En caso de impedimento físico en que el paciente se encuentre en silla de ruedas es conveniente atenderlo en ella. Si es necesario trasladarlo al sillón odontológico, el odontólogo debe preguntar como prefiere que se lo traslade. El odontólogo debe hacer un esfuerzo para mantener la cabeza del paciente estabilizada durante todo el tratamiento. En algunos casos es necesario utilizar sujetadores para evitar los movimientos de sacudidas de las extremidades.
- El odontólogo debe evitar los movimientos bruscos, ruidos y luces sin advertir antes al paciente, así minimizar las reacciones reflejas por sorpresa”.²¹

5.2.7.1 Actitud del odontólogo frente a un niño especial.

“Hablar de discapacidad, en su sentido más amplio, es referirse a limitaciones en el desarrollo humano. Esta deficiencia física, psíquica o social, no está dada exclusivamente en función del déficit del sujeto que la padece, sino también por el entorno social de pertenencia.

Un cambio de actitud en el odontólogo con relación al niño o adolescente discapacitado, reconociendo sus posibilidades de tratamiento, contribuirá a que se les considere en los planes y programas de los servicios de salud y disminuya progresivamente el aislamiento en el que se les ha tenido.

El cambio de actitud es una variación en el signo de una actitud existente, de positiva a negativa o viceversa, o a una disminución en la intensidad inicial de positividad o negatividad, pueden presentarse tres tipos de actitud:

²¹ <http://www.odontologiaonline>

Neutra.- Es susceptible a transformarse en positiva a negativa, mas no muestra respuesta favorable o desfavorable.

Negativa.- Representaría la respuesta desfavorable hacia una situación personal u objeto actitudinal.

Positiva.- Implica un grado de acuerdo con respecto a la evaluación o predisposición determinada por el objeto actitudinal.

Ravaglia dice: “que la atención del paciente con discapacidad difiere según la incidencia que esta tenga en el niño o adolescente y su familia. Esto exige, en lo relacionado con la asistencia odontológica, que el odontólogo tenga que especializarse no solo en lo que respecta a su trabajo clínico sino también cooperará afectivamente con el paciente”.²²

5.2.7.2 Conducta del niño disminuido.

“El niño minusválido tiene un defecto mental, físico o emocional que interfiere con su habilidad en todas las actividades de la vida. Esto le puede impedir funcionar normalmente a pesar de que experimenta las mismas necesidades biológicas y físicas que cualquier niño.

Cada niño normal o disminuido es un individuo y tiene una conducta única que debe ser comprendida por el dentista para lograr un cuidado dental apropiado.

El niño deficiente mental está por debajo de lo normal, tanto en el funcionamiento intelectual general como en la conducta adaptiva.

El individuo con grave retraso mental necesitará siempre de alguna ayuda en las actividades de la vida diaria.

²² www.deltanet.com

La conducta de los niños disminuidos generalmente toma más tiempo para el cuidado dental que la de los normales. Por eso se ha de dejar suficiente tiempo en cada cita para afrontar la conducta del niño y atender a sus necesidades dentales”.²³

5.2.8 Importancia de la cita inicial.

“Se recomienda que durante la primera visita se realice una evaluación de la capacidad del paciente para cooperar, un examen bucal, historia clínica y recomendaciones de los padres. Se debe evaluar también el grado de cooperación de los padres y es muy importante tratar los planes para el tratamiento futuro.

A menudo es imposible cumplir con todas las expectativas en la primera visita, entonces es prioridad establecer una buena relación con el paciente y sus padres de una forma más positiva, cuando la consulta no es por urgencia. Si fuese una consulta por urgencia se debe dar prioridad a la solución del problema odontológico, pero con precauciones para no impedir una futura relación y comunicación en consultas posteriores.

La primera visita odontológica debe ser agradable, positiva y simple como sea posible, ya que el comportamiento futuro del niño va a depender en gran parte de ella.

Es necesario realizar las operaciones más sencillas e ir avanzando a las más complejas, a menos que sea necesario tratamientos de urgencia. Se realizarán procedimientos simples como: examen clínico, toma de radiografías, profilaxis, fluoruros, etc.; todas estas constituyen formas de adaptación del niño al tratamiento dental”.²⁴

²³ www.deltanet.com

²⁴ <http://www.odontologiaonline>

5.2.9 Condiciones físicas del consultorio odontológico para el manejo de niños especiales.

5.2.9.1 Diseño del consultorio.

“La instalación de un consultorio odontológico requiere el análisis previo de una serie de factores que influyen sobre el futuro desenvolvimiento de la actividad profesional, esta es una pequeña empresa la cual presta un servicio a la comunidad.

Para los individuos inválidos que diariamente deben superar barreras arquitectónicas infinitas, la batalla para que el público tome conciencia de sus problemas ha sido larga, de hecho numerosas cuestiones críticas concernientes a la disponibilidad de facilidades para el inválido comenzaron a recibir atención seria en nuestra sociedad solo en años recientes. Dado a que el odontólogo también debe ser sensible a las necesidades del inválido, deberá ser preparado para ayudar en el diseño o modificación en las áreas de tratamiento con el objeto de acomodar a los pacientes inválidos que desean terapéutica dental”.²⁵

5.2.9.2 El ambiente de los niños.

“El ambiente total creado para el niño en el consultorio del dentista es una consideración extremadamente importante y debe dársele suficiente reflexión para lograr la atmósfera más placentera posible.

La apariencia general del consultorio y la personalidad del equipo auxiliar deberán adaptarse a las necesidades del paciente pediátrico y al mismo cuidar de los gustos y confort del paciente adulto. Un consultorio pediátrico deberá contar con el siguiente ambiente:

²⁵ BARRANCOS Mooney, operatoria dental, Editorial Médica panamericana tercera edición 2002

- Los colores sólidos brillantes establecen para el niño una sensación agradable de pertenencia.
- Alfombrar el consultorio tiene la ventaja de crear un aspecto de suavidad.
- Los cuadros, el tapiz o el aspecto de las paredes, los muebles y otras decoraciones proporcionan cordialidad y personalidad.
- La música suave en todo el consultorio, agrega una atmósfera sedante.
- Deberá disponerse de material de lectura bastante amplio para el niño.
- Deberá contar con juguetes y otros objetos de interés para los pacientes más pequeños.
- Un sistema audiovisual utilizado para el entrenamiento de los niños, así como para la educación dental. Las caricaturas y otros programas de entretenimiento también puede ser útil para aliviar la aprensión”.²⁶

5.2.9.3 Acceso al consultorio.

“El acceso al consultorio debe cumplir ciertas normas: Las puertas deberán tener una abertura mínima de 80 cm. Con umbrales que no excedan de 3 m. de altura, además las áreas adyacentes a uno y otro lado de la puerta deberán proporcionar suficiente espacio para dar vuelta a la silla de ruedas. Y la ubicación del consultorio se lo recomienda en planta baja para facilitar el tratamiento de individuos impedidos.

5.2.9.4 Superficie de los pisos.

Los pisos del interior del consultorio también deben estar cubiertos con materiales antiderrapantes, que permitan una circulación más segura para

²⁶ **Thomas K barber**, Larry s Luke, Odontología Pediátrica, University of California, Los Ángeles, Editor Alvin f gardener, editorial manual moderno s.a. Mexico.2001

todas las personas en el consultorio. Deberán evitar el uso de tapetes y alfombras gruesas.

5.2.9.5 Equipo especializado.

Muchos odontólogos que desean tratar a las personas inválidas o con impedimentos están interesados en el costo del equipo especializado para proporcionar cuidado dental. Esto puede representar el empleo de una buena suma para equipar el consultorio con aparatos elaborados capaces de mejorar el tratamiento”.²⁷

5.2.9.6 Sujetadores para los pacientes.

“El propósito de un sujetador no es eliminar totalmente el movimiento, sino más bien restringirlo, de modo que no interfiera con el tratamiento o que no cause una posible lesión a algún miembro del equipo o al mismo paciente.

Cualquier consultorio que trate personas inválidas, deberá tener diversas ataduras suaves para ayudar a controlar esos movimientos. Deben fabricarse de algún material suave, como algodón y estar disponible en diferentes longitudes y anchuras.

Los sujetadores no deben interferir en las funciones normales del organismo. Por lo general, es mejor seleccionar un tamaño suficientemente ancho para distribuir la fuerza normal, en un área grande minimizada, por lo tanto la incomodidad del paciente, los sujetadores pueden ser asegurados como un simple nudo o equipados con tiras de Velcro para una sujeción y liberación rápida”.²⁸

²⁷ **Thomas K barber**, Larry s Luke, Odontología Pediátrica, University of California, Los Ángeles, Editor Alvin f gardener, editorial manual moderno s.a. Mexico.2001.

²⁸ **Thomas K barber**, Larry s Luke, Odontología Pediátrica, University of California, Los Ángeles, Editor Alvin f gardener, editorial manual moderno s.a. Mexico.2001.

5.2.9.7 Correas para las extremidades inferiores y tabla papoose.

“En ocasiones es necesario sujetar todo el cuerpo para ayudar al control del movimiento muscular indeseable.

En estos casos es mejor utilizar correas para las piernas y una tabla papoose “Artefactos de restricción para limitar los movimientos de los niños disociadores” Impiden que los niños se hagan daño físico y permitan al dentista completar el tratamiento necesario. Se envuelve como un guanime al niño en el artefacto y se coloca en la silla reclinable, se encuentra disponible para niños y adultos.

El sujetador se adapta al sillón dental reclinado, el paciente se coloca en el centro del sujetador y las extensiones son aseguradas alrededor de los brazos o de las piernas del paciente”.²⁹

5.2.9.8 Sillas de rueda con descansacabeza.

“El descansacabeza de la silla de ruedas es ajustable y se coloca en los manubrios del respaldo de la silla de ruedas. Se acomoda a la mayoría de las sillas de ruedas y proporcionan un apoyo seguro y cómodo para la cabeza de los pacientes que no pueden ser transferidos al sillón dental.

Cuando el trabajo se va a realizar en los dientes inferiores, es más sencillo acercarse al paciente desde el frente, Para procedimientos sobre los dientes superiores, el banquillo deberá elevarse y el cirujano dentista se aproximará al paciente desde la posición de las 11 o de la 1 del reloj.

La ausencia de un descansacabeza en la silla de ruedas no excluye necesariamente al paciente confinado a una silla de ruedas de recibir tratamiento. Puede utilizarse un sillón dental de modelo antiguo con un

²⁹ <http://www.dentistas pediátricos.com>.

descansacabeza ajustable en forma semejante colocando la silla de ruedas y al sillón dental, respaldo con respaldo e invirtiendo el descansacabeza del sillón dental”.³⁰

5.2.9.9 Descansacabeza para los pacientes con parálisis cerebral.

“El descansacabeza para la parálisis cerebral es un dispositivo especial que se adapta a la porción superior del sillón dental. El diseño proporciona un apoyo lateral a los pacientes con problemas de los músculos del cuello. Además ayuda a reducir los movimientos de la cabeza en los pacientes que tienen trastornos musculares espásticos o atetoides, también pueden utilizarse con éxito en personas que tienen un trastorno neuromuscular que conduce a debilidad muscular extrema”.³¹

5.3 La salud oral

5.3.1 Concepto de salud oral.

“La expresión salud oral hace referencia a todos los aspectos de la salud y al funcionamiento de nuestra boca, especialmente de los dientes y de las encías. Además de permitirnos comer, hablar y reír (tener buen aspecto), los dientes y las encías deben carecer de infecciones que puedan causar caries, inflamación de la encía, pérdida de los dientes y mal aliento”.³²

5.3.1.1 Importancia de la salud dental para la salud y el bienestar general.

“La salud de nuestros dientes y boca está relacionada de muchas maneras con la salud y el bienestar general. La capacidad de masticar y

³⁰ <http://www.dentistas pediátricos.com>.

³¹ Microsoft Encarta 2006

³² STAMPFER, M.J., Ascherio, A., Spiegelman, D., Willet, W.C. Prospective study of major dietary patterns and risk of coronary heart disease in man. American Journal of Clinical Nutrition, (2000).

tragar la comida es esencial para obtener los nutrientes necesarios que permiten disfrutar de un buen estado de salud.

Aparte de las consecuencias sobre el estado nutricional, una mala salud dental también puede afectar de manera negativa a la capacidad de comunicación y a la autoestima. Las enfermedades dentales provocan problemas económicos y sociales debido a que los tratamientos son costosos y que el dolor de dientes causa bajas en la escuela (niños) como en el trabajo (adultos)".³³

“La salud bucal de los discapacitados es significativamente más deficiente que la de la población normal, pues existe una prevalencia universal de la enfermedad periodontal y una higiene bucal más pobre. La alta incidencia de dientes cariados y la mayor incidencia de dientes ausentes se observa con frecuencia. Esto puede interpretarse como que a la persona impedida, que busca tratamiento odontológico, se le extrae dientes más a menudo, ya sea porque los dientes no son restaurables o porque el estomatólogo elige la extracción en lugar del tratamiento conservador, debido a la dificultad en el manejo del paciente. Por tanto se impone, como deber inminente del presente y del futuro, romper las barreras que hasta hoy han limitado el mejoramiento de la salud bucal del paciente discapacitado, para de esta forma contribuir a elevar la calidad de vida del mismo”.³⁴

5.3.1.2 Maneras de asegurar la salud dental.

“Una buena higiene bucal y el uso de flúor se consideran ahora los principales factores responsables de la prevención de caries y el fomento

³³ STAMPFER, M.J., Ascherio, A., Spiegelman, D., Willet, W.C. Prospective study of major dietary patterns and risk of coronary heart disease in man. American Journal of Clinical Nutrition, (2000).

³⁴ RAVAGLIA, C. Aspectos psico clínicos para la atención odontológica de los pacientes con discapacidad. (2000)

de una buena salud bucal. Los siguientes consejos son también importantes para mantener los dientes sin caries:

- **Iniciar pronto el cuidado de los dientes, cepillar los dientes de los niños con una pasta de dientes con flúor en cuanto aparezcan.**

No permitir que los niños se duerman mientras beben de un biberón de leche, leche de fórmula, zumo o bebidas azucaradas. Estos líquidos dulces se mantienen alrededor de los dientes del bebé durante largos períodos de tiempo y pueden producir la “caries del biberón”.

- **Cepillarse los dientes dos veces al día con pasta de dientes fluorada.** Y si fuera posible, limpiar entre los dientes con hilo dental o mondadientes una vez al día. No comer después de limpiarse los dientes al acostarse, pues el flujo de saliva disminuye mientras dormimos. Cabe recalcar que los niños, particularmente los que tienen discapacidades y necesidades especiales necesitan que un adulto les ayude a cepillarse los dientes bien. Ya que a veces el niño tiene problemas para agarrar el cepillo de dientes, en este caso se puede colocar cinta adhesiva alrededor del mango del cepillo para que sea más grueso y sea más fácil de agarrar, aunque también existen cepillos dentales con formas especiales.
- **No comer ni beber continuamente.** Dejar pasar tiempo entre comidas para que la saliva neutralice los ácidos y repare los dientes.
- **La gente con alto riesgo de desgaste dental y erosión debería tomar precauciones especiales, como:**
 - Disminuir la frecuencia y el contacto con comidas y bebidas acídicas.
 - Evitar cepillarse los dientes inmediatamente después de consumir alimentos acídicos, bebidas, cítricos y zumos. Esto da tiempo para que se produzca la remineralización.

- Los elixires bucales fluorados y los chicles sin azúcar pueden ser útiles después de tomar comidas y bebidas ácidas ya que fomentan la remineralización.
- **Los chicles sin azúcar son “amigos” de los dientes** ya que ayudan a aumentar el flujo de saliva y limpian la boca de restos de comida”.³⁵
- **“En pacientes discapacitados se pueden** confeccionar mangos especiales para facilitar el cepillado, por ejemplo fijar el cepillo a la mano con una banda elástica; doblar el mango del cepillo, alargar el mango con un trozo de madera o plástico y agrandarlo con la empuñadura de un mango de bicicleta o usar un cepillo eléctrico. Aunque la mayoría de las veces es recomendable llevar a estos pacientes a clínicas dentales donde exista personal especializado en pacientes disminuidos, donde se les realiza técnicas de higiene oral que son necesarias en este tipo de pacientes”.³⁶

5.3.1.3 La salud dental en los niños.

“La incidencia de caries en la mayoría de niños y adolescentes se ha ido reduciendo durante algunos años. Esto se ha atribuido en gran medida al uso del flúor, principalmente en las pastas de dientes, y a la mejora de la higiene bucal.

En el mismo período la dieta, incluyendo el consumo de azúcares y otros carbohidratos, se ha mantenido constante. Cuando las caries están controladas mediante flúor y un cuidado dental regular el consumo moderado de azúcares no es un factor de riesgo principal, excepto en individuos con una alta predisposición a las caries o que no usan pasta de dientes con flúor.

³⁵ STAMPFER, M.J., Ascherio, A., Spiegelman, D., Willet, W.C. Prospective study of major dietary patterns and risk of coronary heart disease in man. American Journal of Clinical Nutrition, (2000).

³⁶ <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1464/1/saludbucal-en-niños-discapacitados.html>

Más de la mitad de los niños de entre 5 y 7 años no tienen caries en sus primeros dientes (de leche). En general, los que tienen caries sólo les afecta a un diente. El “índice CPO” que se refiere al número de dientes cariados, perdidos y obturados, se usa para medir la frecuencia de la caries dental. En algunos países la prevalencia de la caries se está polarizando, con el 80% de las caries que se encuentra en sólo el 20% de la población. Para estos grupos de alto riesgo se recomiendan estrategias de intervención específicas”.³⁷

“Los pacientes 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 éstos tengan mayores riesgos de desarrollar problemas de salud bucal.”

Los hábitos dañinos pueden resultar problemáticos para los niños con discapacidades y necesidades especiales; Algunos de los hábitos más comunes son: hacer rechinar o apretar los dientes, acumular alimentos en la boca, respirar por la boca, sacar la lengua, tocarse las encías o morderse los labios.

Las anomalías de los dientes afectan a muchos niños discapacitados. Estas anomalías pueden variar en la cantidad, tamaño y forma de los dientes.

A esto le sumamos algunos de los factores que contribuyen a una salud bucal deficiente en los niños con discapacidades y otras necesidades especiales:

³⁷ STAMPFER, M.J., Ascherio, A., Spiegelman, D., Willet, W.C. Prospective study of major dietary patterns and risk of coronary heart disease in man. American Journal of Clinical Nutrition, (2000).

Condiciones bucales: Algunos problemas genéticos en niños en niños pequeños pueden causar condiciones tales como: defectos en el esmalte de los dientes, pérdida de dientes, y mala alineación de los dientes. Los niños con síndrome de Down a menudo sufren de enfermedades en las encías.

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

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 puedan lavarse los dientes o usar los métodos de limpieza usuales de cepillado e hilo dental.

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.

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

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.

El grupo que tal vez presente mayores dificultades es el de aquellos pacientes con retardo mental, cuyo coeficiente intelectual es subnormal y que en general presentan una patología debido a: consumo exagerado de dulces, malformación congénita y mala higiene.

“Habitualmente podemos observar en el grupo de pacientes especiales una deficiente higiene bucodentaria con elevado índice de placa o gingivitis, presencia de cálculo o sarro en edades muy precoces, halitosis

y restos alimenticios adheridos a mucosas y dientes, predominio de dietas blandas cariogénicas, ricas en hidratos de carbono y con un alto contenido de sacarosa, alta prevalencia de caries y enfermedad periodontal, hipertrofias gingivales producidas por hidantoínas, infecciones e inflamaciones crónicas o agudas recidivantes (granulomas periapicales, celulitis, entre otras).

Odontalgias periódicas, exodoncias sistémicas en vez de tratamientos conservadores, pacientes muy jóvenes desdentados parcial o totalmente, restricciones o imposibilidad en el uso de prótesis por suponer un riesgo potencial (deficientes mentales severos, paralíticos cerebrales, epilépticos mal controlados, entre otros), mayor incidencia de maloclusiones que la población general, oclusión traumática y bruxismo frecuente, con abrasiones e hipersensibilidades dentarias.

Los tratamientos medicamentosos a que están sometidos muchos de estos pacientes pueden aumentar el riesgo de patología bucodentaria (hipertrofias gingivales por hidantoínas psicofármacos y otras).”³⁸

5.3.1.4. Cuándo suponer que el paciente especial tiene problemas de salud bucal.

“Cuando el paciente especial tiene un problema de salud bucal, puede mostrar alguno de los siguientes síntomas:

- Rechina los dientes
- Se rehúsa a comer o prefiere alimentos blandos
- Cambia de comportamiento
- Se toca dentro o alrededor de la boca (dientes, mandíbulas, mejillas)
- Tiene mal aliento o dientes manchados”³⁹

³⁸ <http://www.ucsfchilcarehealth.org/pdfs/healthandsafety/oralhlthspneedssp071807adr.pdf>

³⁹ <http://www.Uib.es/cátedraiberoamericana/investigaciones/documents/28.pdf>.

5.3.2 Caries.- Conceptualización

“La caries es una enfermedad infecto-contagiosa que se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros del diente ocasionando desmineralización y descalcificación del esmalte dental, provocada por los ácidos producidos por el metabolismo bacteriano a partir de los azúcares contenidos en una dieta rica en carbohidratos.

Si la patología no es tratada, después de ser desmineralizado el esmalte se aprecia una mancha blanquecina o una mancha pardusca, la caries continúa avanzando y ataca a la dentina, alcanza la pulpa dental produciendo inflamación y posterior necrosis. El resultado final es la inflamación del área que rodea el ápice, pudiendo llegar a ocasionar un proceso infeccioso periapical”.⁴⁰

5.3.2.1 Etiología de las caries.

“La etiología de la caries depende de factores ya conocidos: el diente (en este caso la raíz), la flora bacteriana, la dieta y el factor tiempo. Una vez expuesta la superficie radicular al medio oral, es el cemento quien entra directamente en contacto con la saliva y todos sus contenidos.

Este cemento tiene una superficie muy rugosa y su alto contenido en fibras de colágeno que se deterioran al quedar al descubierto, deja abiertas múltiples puertas de entrada para el anidamiento de bacterias. Si a todo ello añadimos la cada vez más deficiente higiene oral con el paso de los años, estamos facilitando la presentación de lesiones de caries en la superficie radicular tampoco hay que olvidar que tanto, el cemento como la dentina, al estar menos mineralizados que el esmalte, tienen un pH crítico más elevado (6,0-6,5) y su desmineralización se inicia más precozmente y con componentes de la dieta no tan refinados como los mono y disacáridos.

⁴⁰ <http://www.caries.imfo./cariologia.htm>.

La caries se inicia en la superficie del diente, en la corona o en la raíz, con la destrucción del esmalte y posteriormente progresa hacia el interior de la pieza dental. La inflamación del centro dentario llamado pulpa, motiva el dolor en el diente y puede dar lugar a periodontitis y flemones”.⁴¹

5.3.2.2 Factores que afectan al desarrollo de las caries.

5.3.2.2.1 Factores individuales.

“La predisposición a las caries varía entre los individuos y entre los diferentes dientes dentro de una misma boca. La forma de la mandíbula y de la cavidad bucal, la estructura de los dientes y la cantidad y calidad de la saliva son importantes para determinar por qué algunos dientes tienen una mayor predisposición que otros. Por ejemplo, algunos dientes pueden tener agujeros, pequeñas grietas o fisuras que permiten la infiltración de ácidos y bacterias más fácilmente.

En algunos casos, la estructura de la mandíbula o de la dentición hace que la limpieza de los dientes o el uso de hilo dental sean más difíciles. La cantidad y la calidad de la saliva determinan los índices de remineralización de los dientes. Por ejemplo, se suelen encontrar relativamente pocas caries en la parte delantera inferior de la boca, donde los dientes están más expuestos a la saliva.

El tipo y la cantidad de las bacterias que generan caries presentes en la boca son también relevantes. Todas las bacterias pueden convertir los carbohidratos en ácidos, pero algunas familias de bacterias como las Estreptococos y Lactobacillus producen ácidos en mayor cantidad. La presencia de este tipo de bacterias en la placa aumenta el riesgo de caries. Algunas personas tienen niveles más altos de bacterias que

⁴¹http://www.image.encarta.sn.com/Caries_dental.htm.

causan caries que otras debido a una higiene bucal inadecuada o insuficiente”⁴².

5.3.2.2.2 Higiene bucal y el uso de flúor.

“Un aumento de la higiene bucal, incluyendo un cepillado diario y el uso del hilo dental para quitar la placa, así como el uso de pasta de dientes con flúor, combinado con revisiones dentales periódicas, parece ser los responsables de la mejora.

El flúor inhibe la desmineralización, fomenta la remineralización y aumenta la dureza del esmalte de los dientes, haciéndolos menos solubles a los ácidos. Una cantidad apropiada de flúor ayuda a prevenir y controlar las caries. El flúor se puede suministrar en manera sistemática mediante el agua de consumo público fluorada, otras bebidas con flúor o suplementos. Asimismo, se puede aportar de manera tópica, directamente en la superficie de los dientes mediante pasta de dientes, enjuagues bucales, geles y esmaltes. El cepillado utilizando una pasta de dientes con flúor parece ser el factor más importante en el descenso de caries observado en muchos países.

El cepillado y el uso de hilo dental ayudan de forma concomitante a la aplicación de flúor para eliminar bacterias de la boca y reducir el riesgo de caries y de enfermedades periodontales.

Las revisiones dentales regulares pueden ayudar a detectar y controlar problemas potenciales. Controlar y eliminar regularmente la placa puede ayudar a disminuir la incidencia de caries. Si hay poca placa, la cantidad de ácidos formados será insignificante y no se producirá la caries”.⁴³

⁴² http://www.image.encarta.sn.com/Caries_dental.htm

⁴³ STAMPFER, M.J., Ascherio, A., Spiegelman, D., Willet, W.C. Prospective study of major dietary patterns and risk of coronary heart disease in man. American Journal of Clinical Nutrition, (2000).

5.3.2.2.3 Factores de la dieta.

“A pesar de que la reducción de las caries en muchos países ha estado relacionada en gran medida con el uso del flúor y la mejora de la higiene dental, los hábitos alimentarios juegan también un papel en el desarrollo de la caries.

Carbohidratos fermentables: durante muchos años el mensaje para evitar caries era “no comer demasiada azúcar ni alimentos azucarados”. En las últimas décadas el consumo de azúcar en muchos países se ha mantenido constante mientras que los niveles de caries han disminuido. Esto sugiere que cuando se practica una higiene bucal adecuada (p. ej. cepillado regular usando pasta de dientes con flúor) se manifiesta menos el papel del azúcar en la formación de caries.

Características de los alimentos: las características físicas de un alimento, especialmente cuánto se pega a los dientes, también afectan al proceso de formación de caries.

Los alimentos que se pegan a los dientes aumentan el riesgo de caries, en comparación con los alimentos que desaparecen de la boca rápidamente. Por ejemplo las patatas fritas y las galletas se pegan a los dientes durante más tiempo que otros alimentos, como los caramelos y las golosinas. Esto se puede deber a que los caramelos y las golosinas contienen azúcares solubles que desaparecen más rápidamente gracias a la saliva. Cuanto más tiempo se queden los alimentos que contienen carbohidratos alrededor de los dientes, más tiempo tienen las bacterias para producir ácido y mayor es la posibilidad de desmineralización.

Frecuencia de consumo: existen debates acerca de la importancia relativa de la frecuencia del consumo de carbohidratos y su relación con las caries. Como en el caso de la relación entre dieta y caries, este

vínculo parece debilitarse con la adopción de una buena higiene bucal y flúor.

Cada vez que se muerde un alimento o se sorbe una bebida que contiene carbohidratos, cualquier bacteria causante de caries que se halle presente en los dientes comienza a producir ácidos, iniciando la desmineralización. Este proceso continúa durante 20 o 30 minutos después de comer o beber, o más tiempo si hay restos de comida atrapados localmente o que permanecen en la boca. En los períodos entre las distintas ingestas (de comida y/o bebida) la saliva actúa para neutralizar los ácidos y ayudar en el proceso de remineralización.

Alimentos protectores: algunos alimentos ayudan a protegerse contra las caries. Por ejemplo, los quesos curados aumentan el flujo de saliva. El queso también contiene calcio, fosfatos y caseína, una proteína láctea que protege contra la desmineralización”.⁴⁴

5.3.2.3 Medida de prevención de caries dentales.

“Ingestión de flúor: La ingestión de cantidades adecuadas de flúor durante el periodo de formación de los dientes previene eficazmente la caries. El mejor método de administración -practicada en muchas ciudades de todo el mundo- es la fluorización del agua potable de suministro público. Cuando el agua para beber no contiene la cantidad óptima de flúor, la OMS recomienda el consumo suplementario en la dieta alimentaria.

Este debe efectuarse sin embargo bajo el control del odontólogo, ya que el exceso de flúor produce moteado de los dientes. La aplicación de compuestos de flúor a los dientes, incorporados a la crema dental o mediante enjuagues con colutorios, es así mismo eficaz tanto en niños como en adultos.

⁴⁴ STAMPFER, M.J., Ascherio, A., Spiegelman, D., Willet, W.C. Prospective study of major dietary patterns and risk of coronary heart disease in man. American Journal of Clinical Nutrition, (2000).

Higiene dental: Lo ideal es cepillar los dientes después de cada comida para eliminar todos los residuos de alimentos ya que en pocos minutos luego de comer se inicia la fermentación.

Alimentación: Se deben eliminar o disminuir los alimentos que contengan azúcar, como dulces o pasteles. También se deben reducir la ingestión de alimentos entre las comidas principales -bocadillos, pasabocas- ya que cada vez que se comen tiene lugar el subsiguiente proceso de fermentación de sus residuos.

Visita al odontólogo: Una visita al odontólogo mínimo cada año ayuda a prevenir y a corregir las caries de manera temprana”.⁴⁵

5.3.3 Enfermedad periodontal.- Concepto.

“Comprenden un conjunto de circunstancias que afectan a cualquier órgano del periodonto, es decir, es un proceso inflamatorio de las encías que ocasiona daños en los tejidos de los dientes. Son tratadas por medio de la cirugía periodontal, cuyo objetivo primordial no es la curación, sino la exéresis de las lesiones producidas por la enfermedad periodontal, por la cual se garantizará un buen mantenimiento posterior del periodonto ante los factores etiológicos de ésta”.⁴⁶

5.3.3.1 La enfermedad periodontal en los niños.

“Muchas personas piensan que la enfermedad periodontal es un problema de los adultos. Sin embargo, los estudios indican que la gingivitis (la primera etapa de la enfermedad periodontal) se encuentra casi universalmente en los niños y en los adolescentes. Las formas avanzadas de la enfermedad periodontal son más raras en los niños que

⁴⁵ [http:// www.caries.imfo./cariologia.html](http://www.caries.imfo./cariologia.html).

⁴⁶ http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_periodontal"

en los adultos, pero pueden ocurrir. Para asegurar los dientes saludables como adulto, se deben establecer buenos hábitos orales cuando niño.

Los padres pueden fomentar los buenos hábitos de salud oral en el hogar. Por ejemplo, los padres podrían premiar a los niños con visitas del ratoncito o del hada de los dientes no sólo cuando se les cae un diente, sino cuando el niño pasa el examen dental”.⁴⁷

“Cada persona tiene un riesgo, de obtener enfermedad periodontal, en especial los niños y sobre todo si es paciente especial, de acuerdo a características sistémicas y locales particulares. Es por ello que consideramos esencial realizar programas preventivos individualizados. Sin embargo, sin caer en generalizaciones, existe un grupo de especial riesgo, como es el caso de personas con parálisis cerebral y alteraciones motoras severas.

En este grupo de pacientes, las alteraciones bucales más prevalentes suelen ser:

- Higiene oral insuficiente; abundante placa bacteriana.
- Sarro dental: concreción dura de naturaleza calcárea y coloración amarillenta o marrón que se forma y deposita sobre la placa dental y que se adhiere firmemente al esmalte de los dientes. Para extraer el sarro, el odontólogo debe proceder a una limpieza profunda (tartrectomía).
- Enfermedad periodontal o periodontitis: trastorno inflamatorio crónico de los tejidos que rodean las piezas dentales y las fijan en el hueso maxilar.
- Gingivitis: inflamación aguda o crónica de las encías.

Dentro de la gran variedad de patologías bucodentarias que existen en este colectivo, la enfermedad periodontal es el problema más importante

⁴⁷ <http://www.The American Academy of Periodontology>

a nivel estomatológico. La enfermedad periodontal, además de la placa bacteriana, se ve influenciada por otros muchos factores, tanto sistémicos como locales”.⁴⁸

5.3.3.2 Clases de enfermedades periodontales en los niños.

5.3.3.2.1 Periodontitis agresiva

“La periodontitis agresiva localizada se encuentra en los adolescentes y en los adultos jóvenes y afecta principalmente los primeros molares y los dientes incisivos. Se caracteriza por la pérdida severa de hueso alveolar, e irónicamente, los pacientes forman muy poca placa dental o sarro”.⁴⁹

5.3.3.2.2 Periodontitis asociada a enfermedades sistémicas.

“Ocurre en los niños y en los adolescentes como en los adultos. Entre las condiciones que hacen que los niños sean más susceptibles a la enfermedad periodontal están las siguientes:

- Diabetes Tipo 1
- Síndrome de Down
- Síndrome de Papillon-Lefevre”⁵⁰

5.3.3.2.3 Gingivitis crónica.

“Es común en los niños. Por lo general causa que las encías se inflamen, se enrojezcan y sangren fácilmente. La gingivitis se puede prevenir y además tratar siguiendo una rutina habitual del cepillado, uso del hilo dental y cuidado dental profesional. Sin embargo, si no se le da

⁴⁸ <http://www.Uib.es/cátedraiberoamericana/investigaciones/documents/28.pdf>.

⁴⁹ <http://www.The American Academy of Periodontology>

⁵⁰ <http://www.The American Academy of Periodontology>

tratamiento, puede progresar con el tiempo hacia unas formas más serias de enfermedad periodontal”.⁵¹

5.3.4 Factores etiológicos de la enfermedad periodontal.

“El agente etiológico primordial de la enfermedad periodontal sin el cual no se desarrolla la enfermedad periodontal es la acumulación de bacterias patológicas y de sus productos en la encía marginal lo que origina una inflamación inespecífica; sin embargo, hay cierto número de personas cuyos tejidos periodontales resisten al ataque de estos agentes. En estos individuos la placa bacteriana no induce gingivitis, resorción ósea, ni formación de bolsas.

Tales personas presentan resistencia extraordinaria a las enfermedades periodontales e incluso en los casos en que la enfermedad periodontal es evidente, sus progresos son lentos y pueden corregirse fácilmente”.⁵²

5.3.4.1 Factores iniciadores.

- Placa bacteriana
- Cálculos dentales
- Materia alba
- Respiración bucal”.⁵³

5.3.4.2 Factores modificadores locales.

- Maloclusiones
- Respiración bucal
- Impacto alimenticio
- Morfología dentaria.
- Iatrogenia

⁵¹ <http://www.The American Academy of Periodontology>

⁵² <http://www.The American Academy of Periodontology>

⁵³ WAITE, LAN M y col. Atlas en color de PERIODONTOLOGIA, Labor, Barcelona 1992.

- Oclusión traumática”.⁵⁴

5.3.4.3 Factores modificadores sistémicos.

- Estado hormonal
- Estado nutricional
- Farmacoterapia
- Tensión y emoción (estrés)
- Envejecimiento
- Enfermedades sistémicas
- Anomalías genéticas”.⁵⁵

5.3.5 Signos de la enfermedad periodontal.

“Hay cuatro signos básicos que indican la presencia de enfermedad periodontal:

- Sangramiento: Encías que sangran al cepillarse, al usar el hilo dental o en cualquier otro momento.
- Inflamación: Encías inflamadas y enrojecidas.
- Recesión: Encías que han retrocedido de los dientes, exponiendo a veces las raíces.
- Mal aliento constante que no desaparece al cepillarse ni al usar el hilo dental”.⁵⁶

5.3.6 Patogénesis de la enfermedad periodontal.

“Entendemos por patogenia la sucesión de fenómenos que se producen durante el desarrollo de una enfermedad desde su inicio, incluyendo entre ellos los factores que influyen sobre su evolución.

⁵⁴ WAITE, LAN M y col. Atlas en color de PERIODONTOLOGIA, Labor, Barcelona 1992.

⁵⁵ LINDHE, JAN Periodontología Clínica, Editorial Panamericana, Buenos Aires, 1991

⁵⁶ LINDHE, JAN Periodontología Clínica, Editorial Panamericana, Buenos Aires, 1991

La enfermedad del periodonto puede afectar solamente a las encías o puede invadir las formaciones más profundas, dando origen a las bolsas entre los dientes y la encía. Cuando solo se halla afectada la encía recibe el nombre de Gingivitis; Cuando se hallan afectados tejidos más profundos incluso el hueso, se denomina Periodontitis; El termino periodontitis y gingivitis indican inflamación y nos referimos a ellos como enfermedades inflamatorias”.⁵⁷

5.3.6.1 Colonización.

“Los microorganismos periododonto-patogénicos son fundamentalmente gran-, hacen parte de una placa dental sublingual y son proteolíticos por excelencia; se adhieren y proliferan en el surco gingival con dirección apical”.

5.3.6.2 Invasión.

“Como se dijo anteriormente las bacterias producen enzimas proteolíticas que les permiten irrumpir en el corion de la encía y en el hueso alveolar”.

5.3.6.3 Destrucción.

“Una vez los microorganismos han llegado a estos tejidos, continúa la producción de endotoxinas y enzimas histolíticas lo que conduce a una destrucción tisular continua”.

5.3.6.4 Cicatrización.

“Este estado puede darse si el huésped con su sistema inmunológico no claudica ante la arremetida de los factores etiológicos de la enfermedad, de esta forma habrá periodos de remisión y exacerbación”.⁵⁸

⁵⁷ LINDHE, JAN Periodontología Clínica, Editorial Panamericana, Buenos Aires, 1991.

⁵⁸ WAITE, LAN M y col. Atlas en color de PERIODONTOLOGIA, Labor, Barcelona 1992.

CAPITULO VI

6. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.

6.1 METODOS.

6.1.1 MODALIDAD BASICA.

- **Bibliográfica.** Se fundamentó en bibliografías de materiales literarios y de la web y se logró un conocimiento científico.
- **De Campo.** Se utilizaron encuestas y entrevistas para luego con la teoría fundamentar la práctica.

6.1.2 TIPOS O NIVELES DE INVESTIGACION.

- **Exploratoria.** En el Instituto Fiscal de Educación Especial “María Buitrón de Zumárraga”. Se identificaron a los niños con mala salud oral.
- **Descriptiva.** Se utilizó este método al describir el problema mediante el árbol de problemas.
- **Analítico.** Se analizaron las principales causas y efectos que producen la mala salud oral en los Niños del Instituto Fiscal de Educación Especial “María Buitrón de Zumárraga”.
- **Sintética.** Al finalizar esta investigación se llegó a varias conclusiones, producto del alcance de los objetivos.
- **Propositiva.** Al realizar esta investigación se diseñó una propuesta alternativa de solución al problema.

6.2 TECNICAS.

- Encuestas y entrevistas aplicadas a los Padres o tutores de los Niños del Instituto Fiscal de Educación Especial “María Buitrón de Zumárraga”.
- Entrevista al Odontólogo del Instituto Fiscal de Educación Especial “María Buitrón de Zumárraga”.
- Observación clínica del consultorio odontológico del Instituto Fiscal de Educación Especial “María Buitrón de Zumárraga”.

6.3 INSTRUMENTOS.

- Formularios de encuestas.
- Historias clínicas estomatológicas.
- Fichas de observación.
- Entrevista al odontólogo.

6.4 RECURSOS.

6.4.1 TALENTO HUMANO.

- Investigador.
- Padres o los tutores de los Niños Instituto Fiscal de educación Especial “María Buitrón de Zumárraga”.
- Estudiantes del Instituto Fiscal de educación Especial “María Buitrón de Zumárraga”.
- Odontólogo del Instituto Fiscal de educación Especial “María Buitrón de Zumárraga”.
- Tutora de la investigación.

6.4.2 RECURSOS MATERIALES.

- Materiales de oficina.
- Textos.
- Fotocopias.
- Encuadernación.
- Material de diagnóstico.
- Suministros de impresión.
- Viáticos.
- Digitación.
- Imprevistos.

6.4.3 RECURSOS ECONOMICOS.

La investigación tuvo un costo de \$ 767.25

6.4.4 RECURSOS TECNOLOGICOS.

- Internet.
- Flash memory.
- Cámara fotográfica.
- Computadora.
- Equipo de impresión.

6.5 POBLACION.

La población la constituyen 211 Niños matriculados que asisten al Instituto Fiscal de Educación especial “María Buitrón de Zumárraga”.

6.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El tamaño de la muestra la constituyeron 63 alumnos matriculados en el Instituto Fiscal de Educación especial “María Buitrón de Zumárraga”.

CAPITULO VII

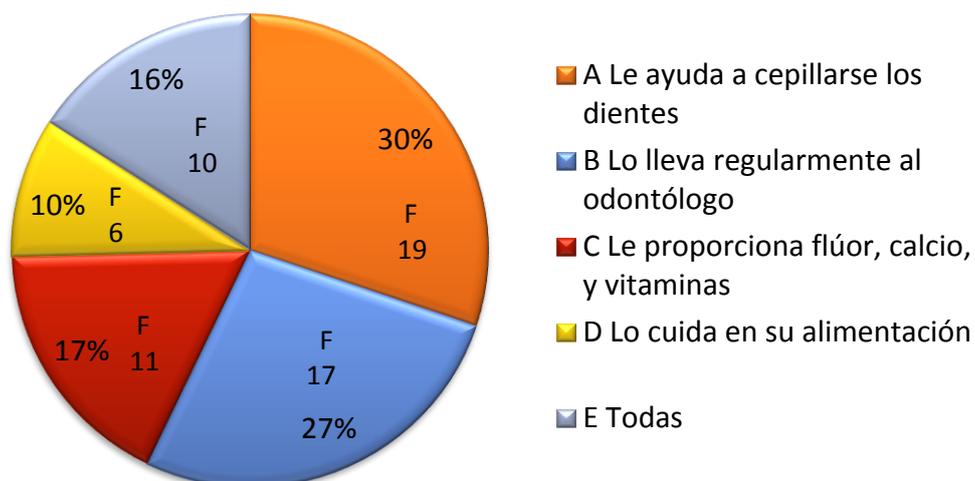
ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Resultados de las encuestas realizadas a los padres de los niños del Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga para determinar el estado de salud oral y la colaboración en la atención odontológica de los alumnos que asisten al Instituto.

GRAFICUADRO 1

¿De qué manera usted asegura una buena salud oral de su hijo?

ORDEN	ALTERNATIVAS	F	%
A	Le ayuda a cepillarse los dientes	19	30
B	Lo lleva regularmente al odontólogo	17	27
C	Le proporciona flúor, calcio, y vitaminas	11	17
D	Lo cuida en su alimentación	6	10
E	Todas	10	16
TOTAL		63	100



FUENTE: Encuestas realizadas a los padres de los alumnos del Instituto Fiscal de educación Especial María Buitrón de Zumárraga.

ELABORACION: Byron Palma.

ANALISIS E INTERPRETACION

Se aplicó como instrumento en esta investigación un formulario de encuestas a 63 Padres de familia que llevan a sus hijos al Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga para identificar de qué manera ellos aseguran una buena salud oral de sus hijos.

19 de los encuestados que corresponden al 30% respondieron que le ayudan a cepillarse sus dientes; 17 que corresponden al 27% lo llevan al odontólogo; 11 que corresponden al 17% le proporcionan flúor, calcio y vitaminas; 6 que corresponden al 10% los cuidan en su alimentación y 10 que corresponden al 16% respondieron que todas.

Frente a esta información se obtuvo que el 30% de los encuestados le ayudan a cepillarse sus dientes, el 27% lo llevan al odontólogo; el 17% le proporcionan flúor; calcio y vitaminas y el 10% lo cuidan en su alimentación y el 16% realizan todas.

Esto se relaciona con lo que dice:

STAMPFER, M.J, “una buena higiene bucal y el uso de flúor se consideran ahora los principales factores responsables de la prevención de caries y el fomento de una buena salud bucal”.

GRAFICUADRO 2

¿Por qué cree que es importante que su hijo tenga una buena higiene oral?

ORDEN	ALTERNATIVAS	F	%
A	Para tener dientes sanos	22	35
B	Para evitar las caries dentales	14	22
C	Para evitar infecciones en la boca	9	14
D	Para tener un buen aliento	8	13
E	Todas las anteriores	10	16
TOTAL		63	100



FUENTE: Encuestas realizadas a los padres de los alumnos del Instituto Fiscal de educación Especial María Buitrón de Zumárraga.

ELABORACION: Byron Palma.

ANALISIS E INTERPRETACION

Se aplicó como instrumento en esta investigación un formulario de encuestas a 63 Padres de familia que llevan a sus hijos al Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga para identificar por qué es importante que sus hijos tengan una buena higiene oral.

22 de los encuestados que corresponden al 35% respondieron para tener dientes sanos; 14 que corresponden al 22% para evitar las caries dentales; 9 que corresponden al 14% para evitar infecciones en la boca; 8 que corresponden al 13% para tener buen aliento y 10 que corresponden al 16% creen que todas son importantes.

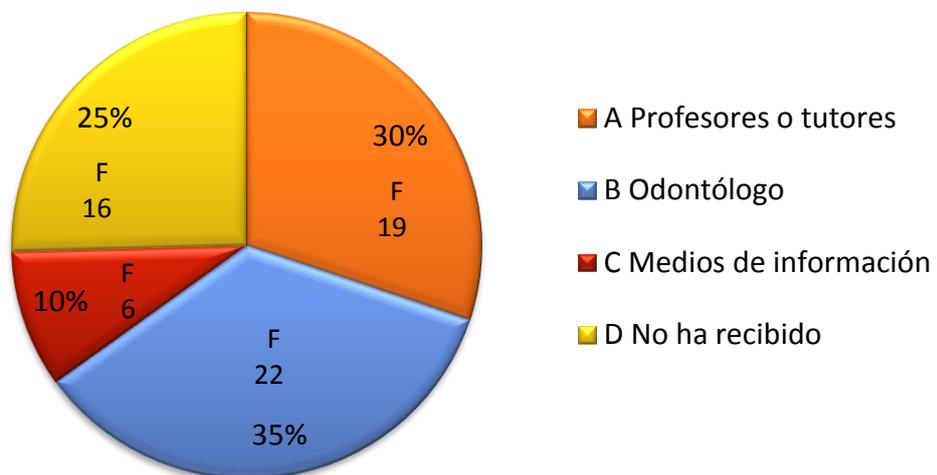
Frente a esta información se obtuvo que el 35% de los encuestados creen que es importante tener dientes sanos, el 22% para evitar las caries dentales; el 14% para evitar infecciones en la boca; el 13% tener buen aliento; el 16% todas ellas. Esto se relaciona con lo que dice:

STAMPFER “la salud de nuestros dientes y boca está relacionada de muchas maneras con la salud y el bienestar general, Aparte de las consecuencias sobre el estado nutricional, una mala salud dental también puede afectar de manera negativa a la capacidad de comunicación y a la autoestima”.

GRAFICUADRO 3

¿Ha recibido información sobre el cuidado oral de su hijo por parte de?

ORDEN	ALTERNATIVAS	F	%
A	Profesores o tutores	19	30
B	Odontólogo	22	35
C	Medios de información	6	10
D	No ha recibido	16	25
TOTAL		63	100



FUENTE: Encuestas realizadas a los padres de los alumnos del Instituto Fiscal de educación Especial María Buitrón de Zumárraga.

ELABORACION: Byron Palma.

ANALISIS E INTERPRETACION

Se aplicó como instrumento en esta investigación un formulario de encuestas a 63 Padres de familia que llevan a sus hijos al Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga para identificar si ha recibido información sobre el cuidado oral de su hijo.

19 de los encuestados que corresponden al 30% respondieron que han recibido información por parte de: profesores o tutores; 22 que corresponden al 35% el odontólogo; 6 que corresponden al 10% medios de información y 16 que corresponden al 25% dicen que no han recibido.

Frente a esta información se obtuvo que el 30% de los encuestados han recibido información por parte de profesores, el 35% por parte del odontólogo; el 10% por medios de información y el 25% no ha recibido.

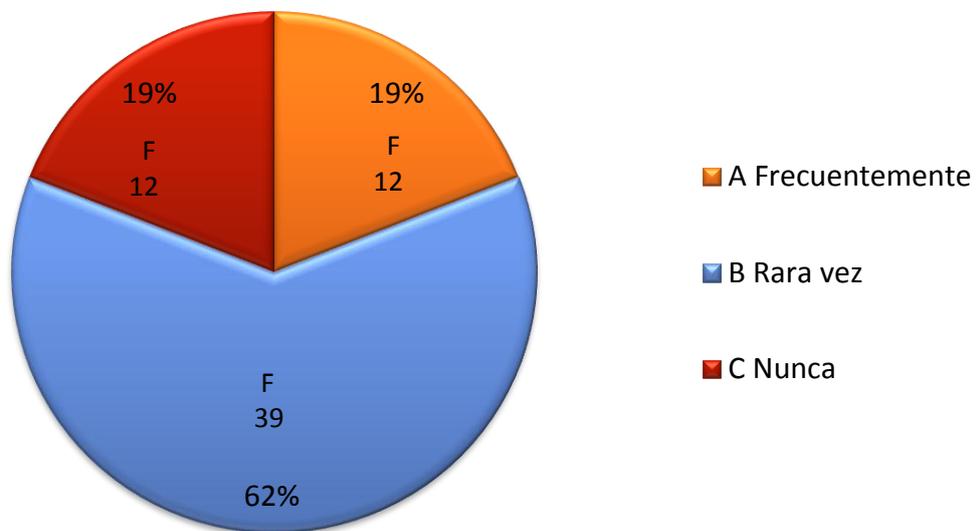
Esto no concuerda con un artículo publicado en una página de internet:

<http://www.contusalud.com/cnt.main,shtml>. Que dice: “toda persona debe saber qué significa salud oral para aplicarlo sobre nuestra higiene personal diariamente y así asegurar una buena salud bucal nuestra y la de nuestros hijos”.

GRAFICUADRO 4

¿Su niño se queja de dolor dental?

ORDEN	ALTERNATIVAS	F	%
A	Frecuentemente	12	19
B	Rara vez	39	62
C	Nunca	12	19
TOTAL		63	100



FUENTE: Encuestas realizadas a los padres de los alumnos del Instituto Fiscal de educación Especial María Buitrón de Zumárraga.

ELABORACION: Byron Palma.

ANALISIS E INTERPRETACION

Se aplicó como instrumento en esta investigación un formulario de encuestas a 63 Padres de familia que llevan a sus hijos al Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga para identificar si su hijo se queja de dolor dental.

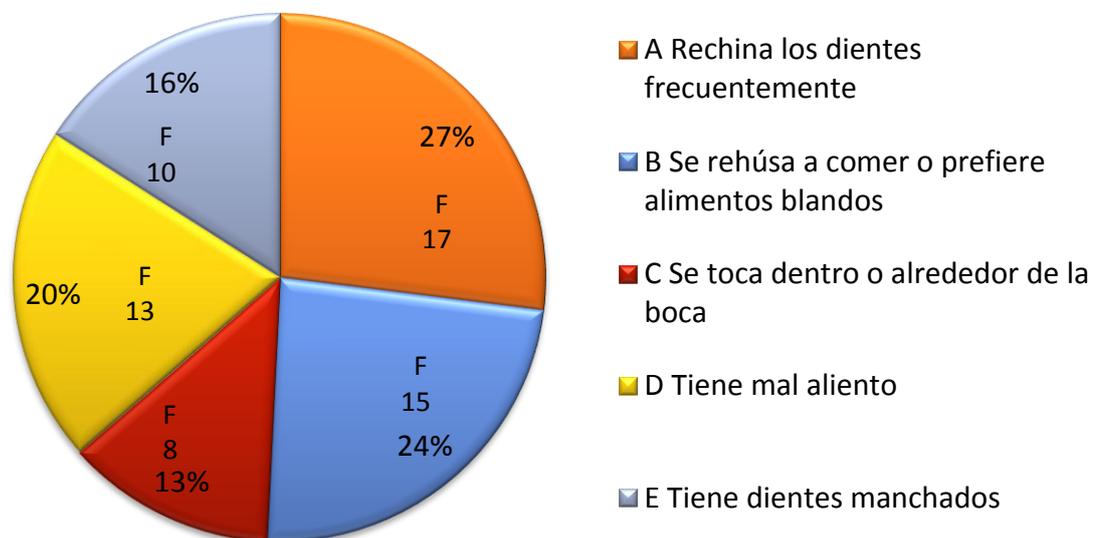
12 de los encuestados que corresponden al 19% respondieron que su hijos se quejan de dolor dental frecuentemente; 39 que corresponden al 62% rara vez y 12 que corresponden al 19% dicen que nunca.

Frente a esta información se obtuvo que el 19% de los encuestados dicen que sus hijos se quejan de dolor dental frecuentemente, el 62% rara vez y el otro 19% dicen que sus hijos no se quejan nunca. Esto se relaciona con un artículo publicado en la página de internet: <http://www.caries.imfo./cariologia.com> **“Si las caries no son tratadas, después de ser desmineralizado el esmalte, continúa avanzando y ataca a la dentina, alcanza la pulpa dental produciendo inflamación y posterior necrosis, acompañado de dolor”.**

GRAFICUADRO 5

¿Su niño(a)?

ORDEN	ALTERNATIVAS	F	%
A	Rechina los dientes frecuentemente	17	27
B	Se rehúsa a comer o prefiere alimentos blandos	15	24
C	Se toca dentro o alrededor de la boca	8	13
D	Tiene mal aliento	13	20
E	Tiene dientes manchados	10	16
TOTAL		63	100



FUENTE: Encuestas realizadas a los padres de los alumnos del Instituto Fiscal de educación Especial María Buitrón de Zumárraga.

ELABORACION: Byron Palma.

ANALISIS E INTERPRETACION

Se aplicó como instrumento en esta investigación un formulario de encuestas a 63 Padres de familia que llevan a sus hijos al Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga para identificar si su hijo rechina los dientes frecuentemente, se rehúsa a comer, se toca dentro o alrededor de la boca, tiene mal aliento, tiene dientes manchados. 17 de los encuestados que corresponden al 27% respondieron que su hijo rechinan los dientes frecuentemente; 15 que corresponden al 24% se rehúsan a comer y prefieren alimentos blandos, 8 que corresponden al 13% se tocan dentro o alrededor de la boca, 13 que corresponden al 20% tienen mal aliento y 10 que corresponden al 16% dicen que sus hijos tienen mal aliento.

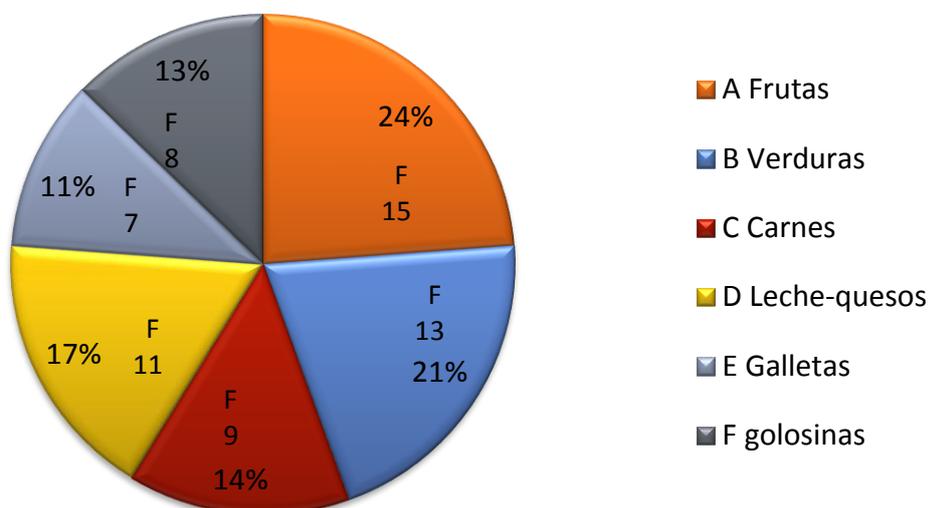
Frente a esta información se obtuvo que el 27% de los encuestados respondieron que sus hijos rechinan los dientes frecuentemente, el 24% que se rehúsan a comer y prefieren alimentos blandos, el 13% que se tocan dentro o alrededor de la boca, el 20% dicen que tienen mal aliento y el 10 % dicen que sus hijos tienen dientes manchados.

Esto concuerda con un documento publicado en la página de internet: www.uib.es/cátedra/iberoamericana.com **“Se debe suponer que un niño especial tiene problemas de salud bucal cuando: rechina los dientes, se rehúsa a comer o prefiere alimentos blandos, cambia de comportamiento (se toca dentro o alrededor de la boca, los dientes, las mandíbulas, y mejillas), tiene mal aliento o dientes manchados”.**

GRAFICUADRO 6

¿La alimentación de su hijo(a) se basa en?

ORDEN	ALTERNATIVA	F	%
A	Frutas	15	24
B	Verduras	13	21
C	Carnes	9	14
D	Leche-quesos	11	17
E	Galletas	7	11
F	Golosinas	8	13
TOTAL		63	100



FUENTE: Encuestas realizadas a los padres de los alumnos del Instituto Fiscal de educación Especial María Buitrón de Zumárraga.

ELABORACION: Byron Palma.

ANALISIS E INTERPRETACION

Se aplicó como instrumento en esta investigación un formulario de encuestas a 63 Padres de familia que llevan a sus hijos al Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga para identificar en que se basa la alimentación de su hijo.

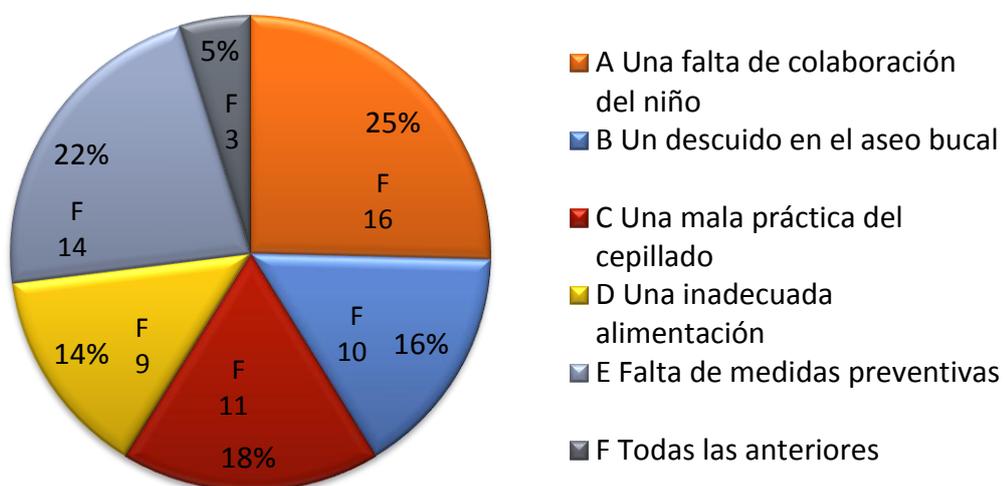
15 de los encuestados que corresponden al 24% respondieron que su hijos llevan una alimentación con frutas; 13 que corresponden al 21% verduras, 9 que corresponden al 14% carnes, 11 que corresponden al 17% leche y quesos, 7 que corresponden al 11% galletas y 8 que corresponden al 13% golosinas.

Frente a esta información se obtuvo que el 24% de los encuestados dicen que sus hijos comen frutas, el 21% verduras, el 14% carnes, el 17% leches y quesos, el 11 % galletas y el 13 % ingieren golosinas. Esto concuerda con lo que dice: **Spiegelman y Willet “algunos alimentos ayudan a protegerse contra las caries. Por ejemplo, los quesos curados aumentan el flujo de saliva. El queso también contiene calcio, fosfatos y caseína, una proteína láctea que protege contra la desmineralización; así como las frutas y las verduras y en menor proporción carnes rojas y blancas”**.

GRAFICUADRO 7

¿Cree usted que la deficiencia en higiene bucal se deba a?

ORDEN	ALTERNATIVA	F	%
A	Una falta de colaboración del niño	16	25
B	Un descuido en el aseo bucal	10	16
C	Una mala práctica del cepillado	11	18
D	Una inadecuada alimentación	9	14
E	Falta de medidas preventivas	14	22
F	Todas las anteriores	3	5
TOTAL		63	100



FUENTE: Encuestas realizadas a los padres de los alumnos del Instituto Fiscal de educación Especial María Buitrón de Zumárraga.

ELABORACION: Byron Palma.

ANALISIS E INTERPRETACION

Se aplicó como instrumento en esta investigación un formulario de encuestas a 63 Padres de familia que llevan a sus hijos al Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga para identificar a que se debe la deficiencia de una mala higiene bucal de sus hijos.

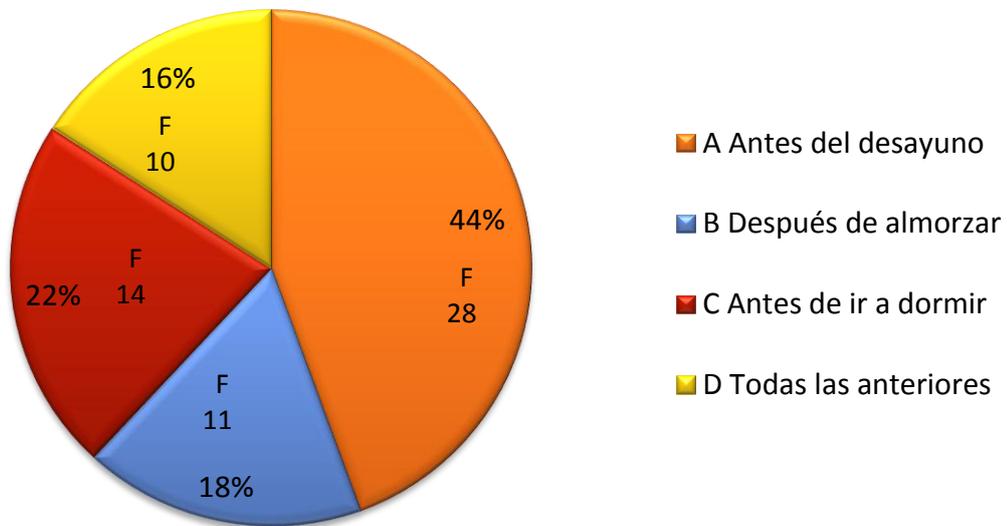
16 de los encuestados que corresponden al 25% respondieron que se debe a una falta de colaboración del niño; 10 que corresponden al 16% a un descuido en el aseo bucal, 11 que corresponden al 18% a una mala práctica del cepillado, 9 que corresponden al 14% una inadecuada alimentación, 14 que corresponden al 22% falta de medidas preventivas y 3 que corresponden al 5% dicen que todas son promotoras de una mala higiene bucal de sus hijos.

Frente a esta información se obtuvo que el 25% de los encuestados dicen que sus hijos tienen mala salud oral por una falta de colaboración, el 16% por un descuido en su aseo bucal, el 18% por una mala práctica de su cepillado, el 14% por una inadecuada alimentación, el 22% por falta de medidas preventivas y el 5% dicen que todas en conjunto conllevan a una salud oral. Esto concuerda con un artículo publicado por la página de internet: <http://www.ucsfchilcarehealth.com>. **“la deficiencia en higiene bucal o problemas de salud bucal en niños con discapacidades se debe: a una falta de colaboración, condiciones bucales, limitaciones físicas, dificultad para cepillarse, una inadecuada alimentación o dietas restringidas”**.

GRAFICUADRO 8

¿El cepillado de los dientes de su hijo se realiza?

ORDEN	ALTERNATIVA	F	%
A	Antes del desayuno	28	44
B	Después de almorzar	11	18
C	Antes de ir a dormir	14	22
D	Todas las anteriores	10	16
TOTAL		63	100



FUENTE: Encuestas realizadas a los padres de los alumnos del Instituto Fiscal de educación Especial María Buitrón de Zumárraga.

ELABORACION: Byron Palma.

ANALISIS E INTERPRETACION

Se aplicó como instrumento en esta investigación un formulario de encuestas a 63 Padres de familia que llevan a sus hijos al Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga para identificar como se realiza el cepillado de sus hijos.

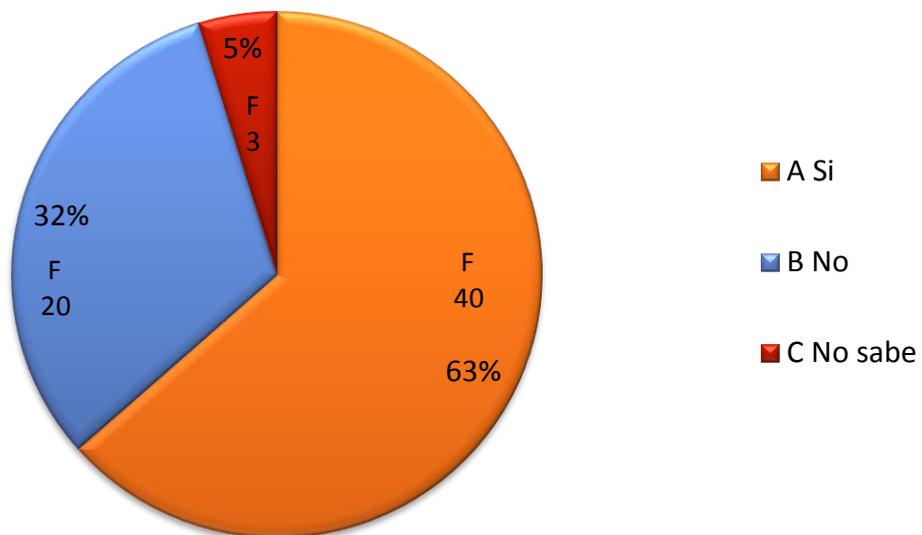
28 de los encuestados que corresponden al 44% respondieron que sus hijos se cepillan antes de desayunar; 11 que corresponden al 18% después de almorzar, 14 que corresponden al 22% antes de ir a dormir, y 10 que corresponden al 16% dicen que se realiza tres veces al día.

Frente a esta información se obtuvo que el 44% de los encuestados respondieron que se realiza antes de desayunar, el 18% después de almorzar, el 22% antes de ir a dormir, y el 16% que se realiza tres veces al día. Esto concuerda con lo que manifiesta: **STAMPFER, “Cepillarse los dientes dos veces al día con pasta de dientes fluoradas; Y si fuera posible, limpiar entre los dientes con hilo dental o mondadientes una vez al día. Cabe recalcar que los niños, particularmente los que tienen discapacidades y necesidades especiales necesitan que un adulto les ayude a cepillarse los dientes bien”.**

GRAFICUADRO 9

¿Su hijo recibe atención odontológica en el Instituto Fiscal María Buitrón de Zumárraga?

ORDEN	ALTERNATIVA	F	%
A	Si	40	63
B	No	20	32
C	No sabe	3	5
TOTAL		63	100



FUENTE: Encuestas realizadas a los padres de los alumnos del Instituto Fiscal de educación Especial María Buitrón de Zumárraga.

ELABORACION: Byron Palma.

ANALISIS E INTERPRETACION

Se aplicó como instrumento en esta investigación un formulario de encuestas a 63 Padres de familia que llevan a sus hijos al Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga para identificar si sus hijos reciben atención odontológica en este Instituto.

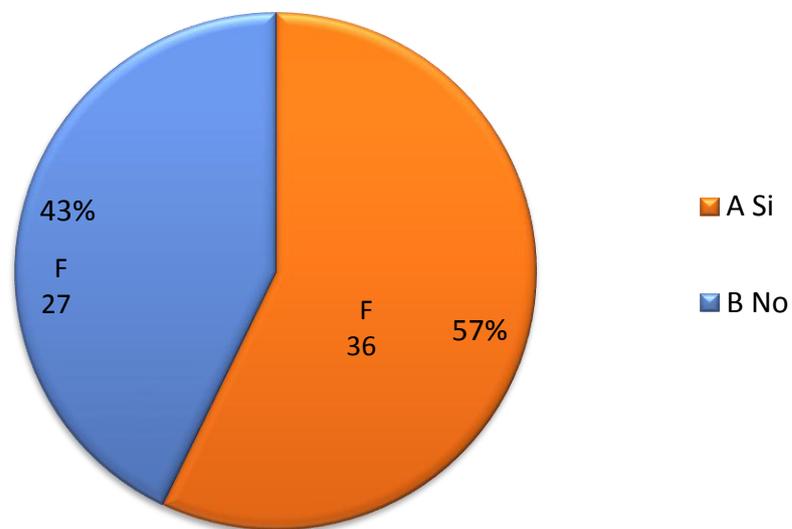
40 de los encuestados que corresponden al 63% respondieron que sus hijos si reciben atención odontológica en el Instituto; 20 que corresponden al 32% dijeron que sus hijos no recibían atención odontológica, y 3 que corresponden al 5% dijeron que no sabían.

Esto se contrapone con lo que cita un artículo publicado en la página de internet: <http://www.odontologiaonline.com>. **“El objetivo de la atención odontológica está dirigido a elevar el nivel de su salud bucal, promoviendo y previniendo las enfermedades bucodentales. Para ello es necesario que los odontólogos formen parte activa del equipo multidisciplinario que brinda atención a estas personas en cada área de salud, institución educativa o de salud pública”.**

GRAFICUADRO 10

¿Su niño(a) recibe atención odontológica particular?

ORDEN	ALTERNATIVA	F	%
A	Si	36	57
B	No	27	43
TOTAL		63	100



FUENTE: Encuestas realizadas a los padres de los alumnos del Instituto Fiscal de educación Especial María Buitrón de Zumárraga.

ELABORACION: Byron Palma.

ANALISIS E INTERPRETACION

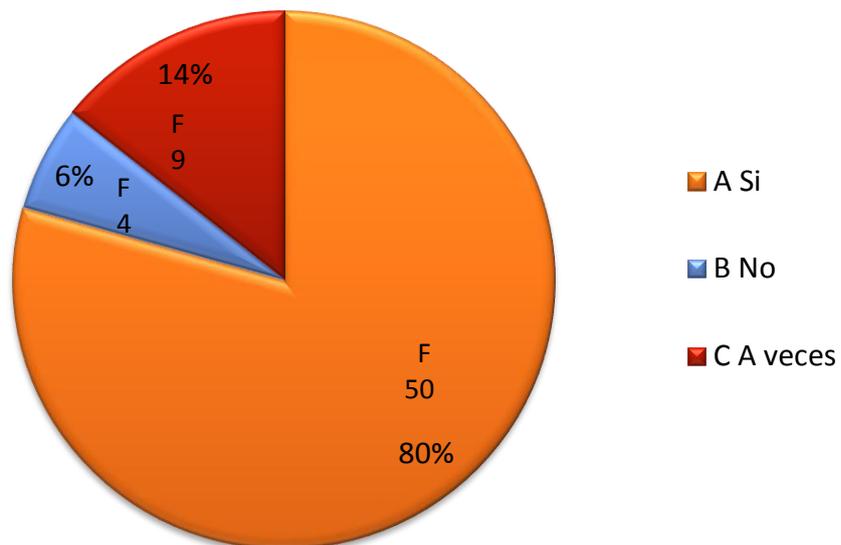
Se aplicó como instrumento en esta investigación un formulario de encuestas a 63 Padres de familia que llevan a sus hijos al Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga para identificar si sus hijos reciben atención odontológica particular.

36 de los encuestados que corresponden al 57% respondieron que sus hijos si reciben atención odontológica particular; 27 que corresponden al 43% dijeron que sus hijos no recibían atención odontológica particular. Esto se relaciona con lo que manifiesta: **Thomas K barber: “El desconocimiento de los problemas bucodentales de los pacientes especiales, asociados a sus propias reacciones emocionales, las de sus familiares, las del profesional; Así como también las condiciones no apropiadas del área física y de los equipos odontológicos, crean e incrementan las barreras en el acceso a los servicios de atención”.**

GRAFICUADRO 11

¿Usted acompaña a su hijo(a) a la consulta odontológica?

ORDEN	ALTERNATIVA	F	%
A	Si	50	80
B	No	4	6
C	A veces	9	14
TOTAL		63	100



FUENTE: Encuestas realizadas a los padres de los alumnos del Instituto Fiscal de educación Especial María Buitrón de Zumárraga.

ELABORACION: Byron Palma.

ANALISIS E INTERPRETACION

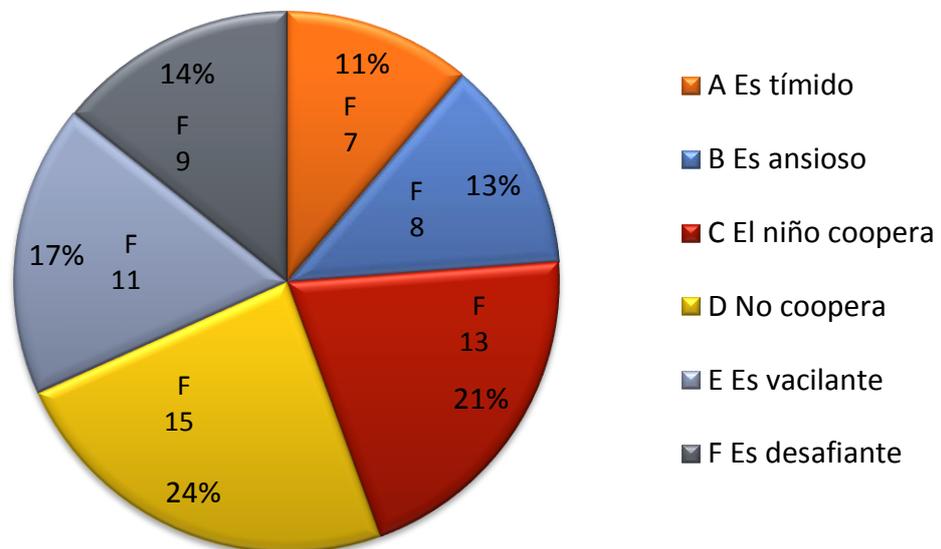
Se aplicó como instrumento en esta investigación un formulario de encuestas a 63 Padres de familia que llevan a sus hijos al Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga para identificar si ellos acompañaban a sus hijos a la cita odontológica.

50 de los encuestados que corresponden al 80% respondieron que si los acompañan a su cita odontológica; 4 que corresponden al 6% dijeron que ellos no iban con sus hijos a la consulta odontológica y 9 que corresponden 14% solo lo acompañaban a veces. Esto se relaciona con lo que cita un artículo en la página de internet: <http://www.odontologiaonline.com>. **“Se recomienda que durante la consulta odontológica se realice una evaluación de la capacidad del paciente para cooperar, un examen bucal, historia clínica y recomendaciones a los padres. Se debe evaluar también el grado de cooperación de los padres y es muy importante tratar los planes para el tratamiento futuro”.**

GRAFICUADRO 12

¿Cómo es el comportamiento de su niño cuando visita al odontólogo?

ORDEN	ALTERNATIVA	F	%
A	Es tímido	7	11
B	Es ansioso	8	13
C	El niño coopera	13	21
D	No coopera	15	24
E	Es aprehensivo	0	0
F	Es vacilante	11	17
G	Es desafiante	9	14
TOTAL		63	100



FUENTE: Encuestas realizadas a los padres de los alumnos del Instituto Fiscal de educación Especial María Buitrón de Zumárraga.

ELABORACION: Byron Palma.

ANALISIS E INTERPRETACION

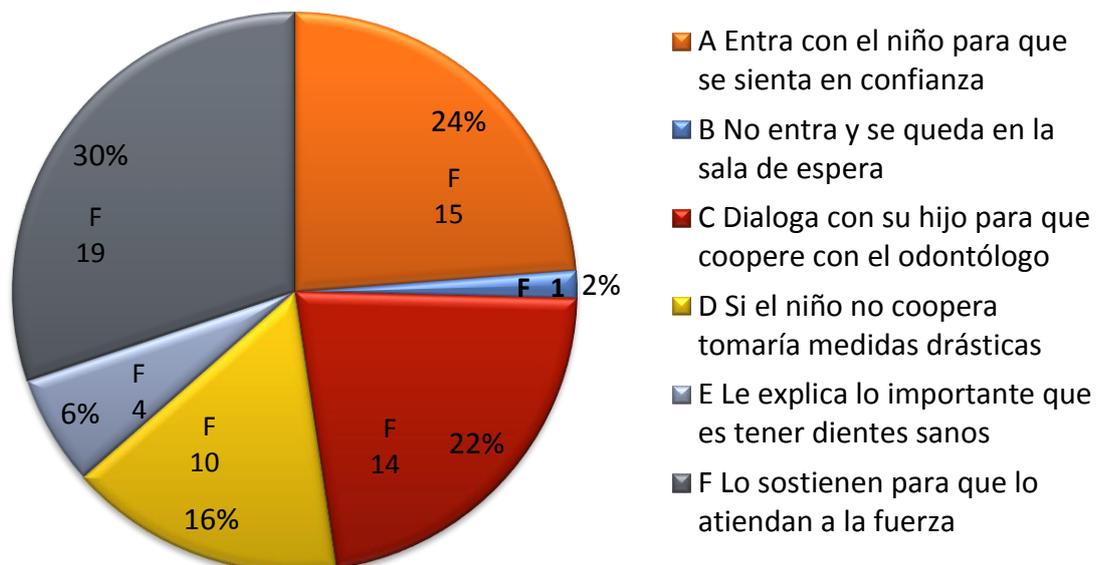
Se aplicó como instrumento en esta investigación un formulario de encuestas a 63 Padres de familia que llevan a sus hijos al Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga para identificar como es el comportamiento de sus hijos cuando visitan al odontólogo.

7 de los encuestados que corresponden al 11% respondieron que el comportamiento de sus hijos son tímidos; 8 que corresponden al 13% dijeron que son ansiosos, 13 que corresponden al 21% dicen que sus hijos si cooperan, 15 que corresponden al 24% no cooperan, ninguno respondió si eran aprehensivos, 11 que corresponden 17% son vacilantes y 9 que corresponden al 14% manifestaron que sus hijos eran desafiantes. Esto se relaciona con lo que cita un artículo publicado en la página de internet: <http://www.dentistaspediátricos.com>. **“Cada niño normal o disminuido es un individuo y tiene una conducta única que debe ser comprendida por el dentista para lograr un cuidado dental apropiado”.**

GRAFICUADRO 13

¿Cuándo lleva su hijo a la consulta odontológica qué función cumple usted?

ORDEN	ALTERNATIVA	F	%
A	Entra con el niño para que se sienta en confianza	15	24
B	No entra y se queda en la sala de espera	1	2
C	Dialoga con su hijo para que coopere con el odontólogo	14	22
D	Si el niño no coopera tomaría medidas drásticas	10	16
E	Le explica lo importante que es tener dientes sanos	4	6
F	Lo sostienen para que lo atiendan a la fuerza	19	30
TOTAL		63	100



FUENTE: Encuestas realizadas a los padres de los alumnos del Instituto Fiscal de educación Especial María Buitrón de Zumárraga.

ELABORACION: Byron Palma.

ANALISIS E INTERPRETACION

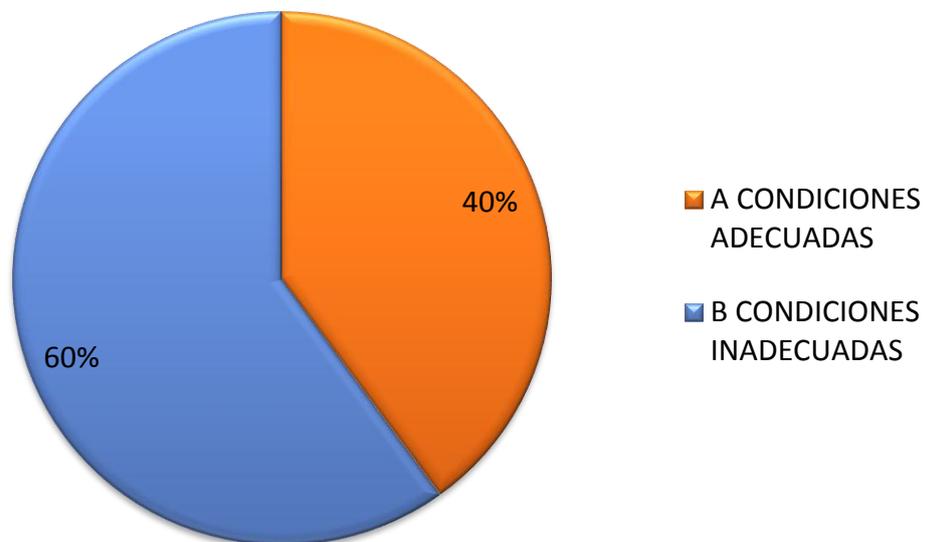
Se aplicó como instrumento en esta investigación un formulario de encuestas a 63 Padres de familia que llevan a sus hijos al Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga para identificar qué función cumplen cuando llevan a sus hijos al odontólogo.

15 de los encuestados que corresponden al 24% respondieron que ellos entran con su hijo para que él se sienta en confianza; solo 1 que corresponden al 2% no entra y se queda en la sala de espera, 14 que corresponden al 22% dialogan con sus hijos para que este coopere con el odontólogo, 10 que corresponden al 16% dicen que si su hijo no coopera tomarían medidas drásticas, 4 que equivale al 6% le explican lo importante que es tener dientes sanos, ninguno respondió si eran aprehensivos, 11 que corresponden 17% son vacilantes y 19 que corresponden al 30% lo sostienen para que lo atiendan a la fuerza. Esto se contrapone con un artículo publicado en la página de internet: <http://html.rincondelvago.com>. **“Es prioridad establecer una buena relación con el paciente y sus padres de una forma más positiva ya que es aconsejable que los padres acompañen a sus hijos cuando son las visitas al dentista y así prevenir cualquier alteración de la conducta del niño y asegurar que la salud bucal sea la más óptima”**.

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Resultados de la Ficha de Observación realizada al Departamento Odontológico del Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga para determinar si se encuentra en adecuadas o inadecuadas condiciones para brindar la atención odontológica que se requiere para atender a un paciente especial.

ORDEN	ALTERNATIVA	%
A	CONDICIONES ADECUADAS	40
B	CONDICIONES INADECUADAS	60
TOTAL		100



FUENTE: Ficha de Observación realizada al departamento odontológico del Instituto Fiscal de educación Especial María Buitrón de Zumárraga.

ELABORACION: Byron Palma.

ANALISIS E INTERPRETACION

Se aplicó como instrumento en esta investigación una ficha de observación al departamento odontológico del Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga para identificar si esta en adecuadas o inadecuadas condiciones para brindar la atención odontológica que se requiere para atender a un paciente especial.

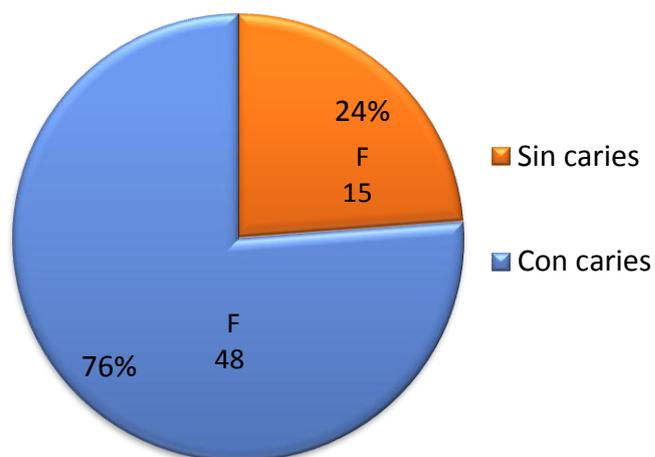
El 40% indica que está en adecuadas condiciones ya que el consultorio cuenta con música suave, las puertas de acceso al consultorio cumplen la abertura reglamentaria que es de 80cm x 3m de alto, las paredes del consultorio tienen colores brillantes y alegres, y su piso es de cerámica aunque lo recomendable es que sea alfombrado; Y un 60% indica que esta en inadecuadas condiciones ya que no consta con las características específicas que debe tener un consultorio para la atención de pacientes especiales; al no contar con juguetes, material de lectura, Sistema audiovisual (tv) con programas infantiles, el sillón dental no tiene un descansacabeza ajustable, no tiene sujetadores en caso de que vaya a la consulta un paciente especial, terco o desafiante, no consta con un descansacabeza para pacientes con parálisis cerebral, no tiene correas que se adaptan al sillón para las extremidades inferiores. Esto se contrapone con lo que dice: **Thomas K barber, en su texto de Odontología Pediátrica. “La instalación de un consultorio odontológico requiere el análisis previo de una serie de factores que influyen sobre el futuro desenvolvimiento de la actividad profesional, esta es una pequeña empresa la cual presta un servicio a la comunidad. La apariencia general del consultorio y la personalidad del equipo auxiliar deberán adaptarse a las necesidades del paciente pediátrico y al mismo cuidar de los gustos y confort del paciente adulto”.**

INDICE DE CPO

GRAFICUADRO 1

PIEZAS CARIADAS

# de Caries	Frecuencia
0	15
1	5
2	2
3	6
4	8
5	1
6	5
7	2
8	7
9	2
10	5
11	1
12	2
13	0
14	0
15	0
16	1
17	0
18	0
19	0
20	0
21	0
22	1
Total	63



FUENTE: Historias clínica realizadas a los alumnos del Instituto Fiscal de educación Especial María Buitrón de Zumárraga.

ELABORACION: Byron Palma.

ANALISIS E INTERPRETACION

Se les realizó el Odontograma a 63 alumnos o pacientes especiales del Instituto Fiscal de educación Especial María Buitrón de Zumárraga para conocer si tenían piezas cariadas y se encontraron los siguientes datos: 15 pacientes no presentaron caries, 5 presentaron sola una caries, 2 con 2 caries, seis con 3, ocho 4 caries, uno 5 caries, cinco con 6, dos con 7, dos con 9 caries, cinco con 10, uno con 11, dos con 12, uno con 16 y uno solo presento 22 caries.

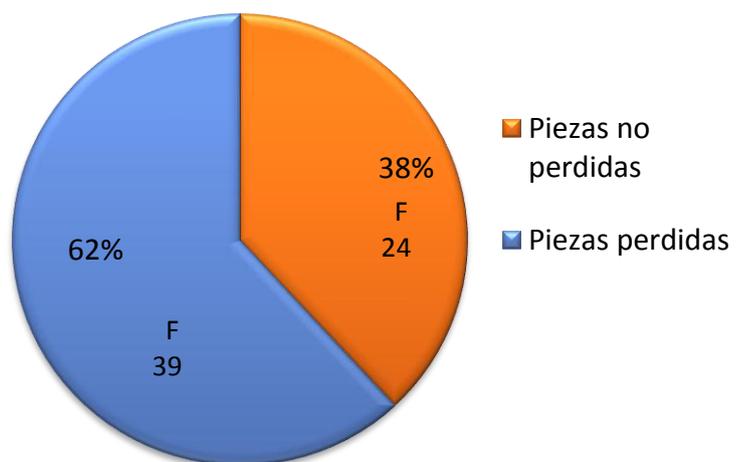
Frente a esta información se obtuvo que el 24% de la muestra de 63 alumnos matriculados en el Instituto Fiscal de educación Especial María Buitrón de Zumárraga no presentaron caries; y el 76% presentó el mayor porcentaje de caries; con la novedad que un niño especial presentó 22 caries. **El Dr. Pedro Barrera en su publicación en la página de internet: [http:// www.caries.imfo/cariologia.com](http://www.caries.imfo/cariologia.com) Cita lo siguiente: “La caries es una enfermedad infecto-contagiosa que se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros del diente ocasionando desmineralización y descalcificación del esmalte dental, provocada por los ácidos producidos por el metabolismo bacteriano a partir de los azúcares contenidos en una dieta rica en carbohidratos”.**

INDICE DE CPO

GRAFICUADRO 2

PIEZAS PERDIDAS

# de Piezas perdidas	Frecuencia
0	24
1	5
2	6
3	3
4	5
5	0
6	7
7	2
8	2
9	4
10	1
11	0
12	1
13	0
14	0
15	2
16	0
17	0
18	0
19	0
20	1
Total	63



FUENTE: Historias clínica realizadas a los alumnos del Instituto Fiscal de educación Especial María Buitrón de Zumárraga.

ELABORACION: Byron Palma.

ANALISIS E INTERPRETACION

Se les realizó el Odontograma a 63 alumnos o pacientes especiales del Instituto Fiscal de educación Especial María Buitrón de Zumárraga para conocer si tenían piezas perdidas y se encontraron los siguientes datos.

24 pacientes no presentaron piezas perdidas, 5 presentaron solo una pieza perdida, 6 con 2 perdidas, tres con 3, cinco con 4 piezas perdidas , siete con 6 perdidas, dos con 7, dos con 8, cuatro con 9 piezas perdidas, uno con 10, uno con 12, dos con 15, y uno con 20 piezas perdidas.

Frente a esta información se obtuvo que el 38% de la muestra de 63 alumnos matriculados en el Instituto Fiscal de educación Especial María Buitrón de Zumárraga no presentaron piezas perdidas; y el 62% presentó el mayor porcentaje de piezas perdidas. Con la novedad que un niño presentó 20 piezas perdidas. Un artículo en [http:// www.odontocat.com](http://www.odontocat.com).

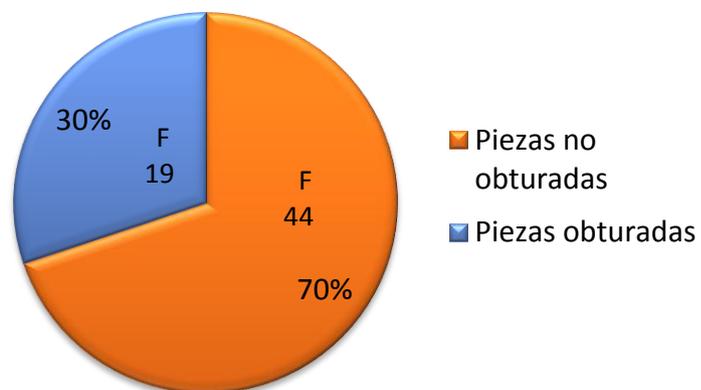
Publicado por el Dr. Wilfredo Armesto Coll, cita lo siguiente: “La pérdida de piezas dentarias es debida a diversas causas, las más frecuentes son enfermedades con gran prevalencia, las caries y la enfermedad periodontal. Otras causas son los traumatismos y las tumoraciones. Pueden faltar piezas dentarias por falta de formación (agenesia) o falta de erupción (inclusión dentaria)”.

INDICE DE CPO

GRAFICUADRO 3

PIEZAS OBTURADAS

# de Piezas obturadas	Frecuencia
0	44
1	3
2	3
3	3
4	2
5	1
6	2
7	1
8	2
9	1
10	0
11	0
12	0
13	0
14	0
15	0
16	0
17	0
18	0
19	0
20	0
21	0
22	0
23	0
24	1
Total	63



FUENTE: Historias clínica realizadas a los alumnos del Instituto Fiscal de educación Especial María Buitrón de Zumárraga.

ELABORACION: Byron Palma.

ANALISIS E INTERPRETACION

Se les realizó el Odontograma a 63 alumnos o pacientes especiales del Instituto Fiscal de educación Especial María Buitrón de Zumárraga para conocer si tenían piezas obturadas y se encontraron los siguientes datos.

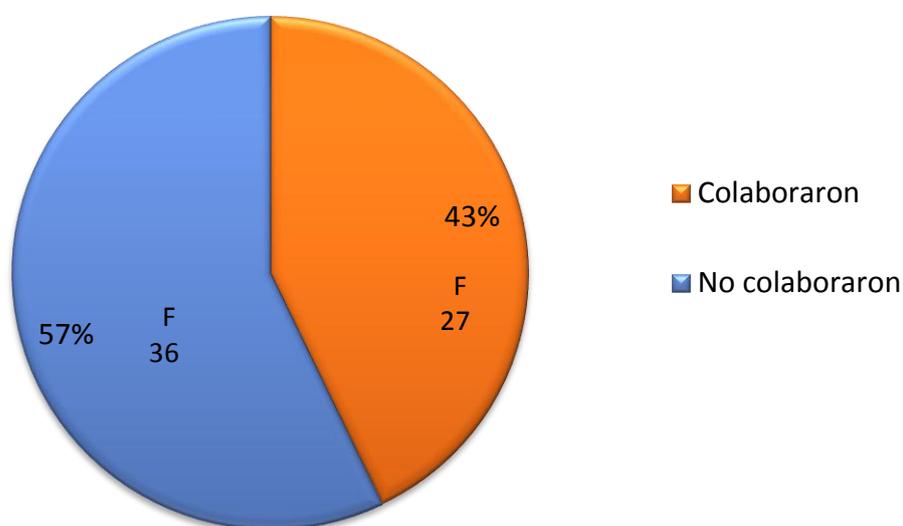
44 pacientes no presentaron piezas obturadas, 3 presentaron solo una pieza obturada, tres con 2 obturadas, tres con 3 obturadas, dos con 4 piezas obturadas, uno con 5 obturadas, dos con 6, uno con 7, dos con 8 piezas obturadas, uno con 9, y uno con 24 piezas obturadas.

Frente a esta información se obtuvo que el 70% de la muestra de 63 alumnos matriculados en el Instituto Fiscal de educación Especial María Buitrón de Zumárraga no presentaron piezas obturadas; y el 30% presentó el menor porcentaje de piezas obturadas.

Un artículo publicado en, www.medicosecuador.com. **publicado por la Dra. Silvia Rodríguez cita lo siguiente: “La obturación es aquel procedimiento por el que se coloca un material provisional o definitivo para obturar una cavidad dentaria producida por caries.”**

Ficha de Observación a los Alumnos Especiales del Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga, agrupados de acuerdo a su patología para caracterizar su grado de colaboración.

PATOLOGIAS	FRECUENCIA	COLABORÓ	NO COLABORÓ
Síndrome de Down	13	3	10
Retardo mental	19	11	8
Epilepsia	2	2	0
Deficiencia visual	2	2	0
Deficiencia auditiva	4	0	4
Autismo	3	1	2
Discapacidad física	5	2	3
Parálisis cerebral	2	1	1
Hidrocefalia	4	1	3
Reto múltiples	9	4	5
TOTAL	63	63	



FUENTE: Observación realizada durante la atención odontológica a los alumnos del Instituto Fiscal de educación Especial María Buitrón de Zumárraga.

ELABORACION: Byron Palma.

ANALISIS E INTERPRETACION

Se les realizó la observación a los 63 alumnos o pacientes especiales del Instituto Fiscal de educación Especial María Buitrón de Zumárraga; durante la atención odontológica, para agrupar a los alumnos de acuerdo a sus patologías y caracterizar el grado de colaboración que estos prestan a la atención odontológica.

De 13 alumnos con síndrome de Down, 3 colaboraron, y 10 no colaboraron, de 19 alumnos con retardo mental, 11 colaboraron, 8 no colaboraron, de 2 que tenían epilepsia y 2 que tenían deficiencia visual ellos sí respondieron al tratamiento odontológico; 4 presentaron deficiencia auditiva y ellos no colaboraron, de 3 que presentaron autismo, uno colaboró y 2 no colaboraron, de 5 con discapacidad física, 2 colaboraron y 3 no colaboraron, 2 presentaron parálisis cerebral, uno colaboró y el otro no, 4 presentaron hidrocefalia, uno colaboró, y tres no, y de 9 reto múltiples (con 2 patologías asociadas), 4 colaboraron y 5 no colaboraron.

Esto se relaciona con lo que dice **Ravaglia: “Que el grado de colaboración de un niño especial durante la consulta odontológica dependerá mucho de la patología que presente ya que esto influye en el déficit de su salud bucal”.**

CONCLUSIONES

Una vez obtenidos y analizados los resultados de la investigación se concluye lo siguiente:

- Los datos recabados nos permiten llegar al criterio de que no todos los alumnos reciben atención odontológica en el Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga, y que la gran mayoría de los padres no llevan a sus hijos al odontólogo particular, a esto se suma que de todos los alumnos que corresponden al 100% el 79% no colaboran con el odontólogo, determinando que la atención odontológica que reciben estos niños es muy baja y el grado de colaboración que estos prestan a la atención odontológica es aún más disminuida.
- Solo el 16% de los padres asegura una buena higiene oral de sus hijos, un 60% ha recibido información sobre cómo cuidar la salud oral de sus hijos, el 62% dicen que sus niños se quejan de dolor dental rara vez, el 99% aseguran que sus hijos tienen problemas de salud oral, un 50% alimentan adecuadamente a sus hijos y un 50% no, solo el 16% aseguran que sus hijos realizan un correcto cepillado de sus dientes. Esto demuestra que además de la falta de preocupación por la salud oral de sus hijos desconocen técnicas básicas de higiene que conllevan a una salud oral deficiente.
- Los hallazgos referentes a problemas bucodentales presentados por los alumnos fueron: el 62% presentaron piezas perdidas, el 30% piezas obturadas, y el resultado más relevante fue que el 76% presentaron caries convirtiéndose este en el principal problema bucodental de los alumnos del Instituto.

- Las condiciones que presenta el Departamento Odontológico del Instituto no cumple en un 60% con las condiciones adecuadas que debe tener para la atención de pacientes especiales como son sillón apropiado con descansacabezas y sujetadores, juguetes, material de lectura, sistema audiovisual con programas infantiles, etc. Así mismo se pudo verificar que al no contar con el equipo necesario el odontólogo no puede dar un servicio completo a estos pacientes, como es el caso de la falta de turbina lo que da como consecuencia que a los niños solo se les realice restauraciones provisorias y no permanentes en sus piezas dentales cariadas.
- En conclusión la poca colaboración que prestan los pacientes a la atención odontológica incide en la precaria o deficiente salud oral, y los que padecen síndrome de Down son los que presentan mayores problemas de colaboración.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al personal odontológico del Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga implementar una estrategia para mejorar la relación odontólogo-paciente y así lograr que el grado de colaboración del paciente aumente. Esta estrategia debe estar apoyada en la ejecución de medios educativos referentes a la salud bucodental de niños especiales, indicándoles los implementos de higiene bucal, y cuál es el correcto uso de cada uno de ellos.
- Los factores importantes para la atención odontológica del niño especial son comprensión, compasión y paciencia. El manejo eficaz de estas personas implica más un cambio de actitud que de técnica. El odontólogo debe brindar la mejor atención posible a cada paciente de acuerdo con sus necesidades. Debe armonizar psicológicamente con las necesidades del individuo en particular si desea lograr el objetivo de la atención odontológica. Hay dos razones básicas para ello: mejorar la comunicación con el paciente y los padres, y brindar un modelo de actitudes y conductas para el resto del personal. Para dar una mejor calidad de atención a estos pacientes se sugiere también incorporar al departamento odontológico un (a) auxiliar.
- Sería importante elevar la autoestima de los padres y culturizarlos para que ayuden a sus hijos en la práctica de hábitos correctos de higiene oral, en una adecuada alimentación y que sean conscientes de lo necesario que es para estos pacientes la visita periódica y frecuente al odontólogo para complementar los cuidados dentales y los tratamientos oportunos.

- Es necesario ir implementando el departamento de Odontología del Instituto para que junto al trato especializado conseguir una mejor colaboración de estos pacientes especiales y poder ofrecerles una atención con calidad, equidad, eficiencia, eficacia y sobre todo con calidez.

1. PROPUESTA

1.1 TITULO

Charlas educativas a los padres de los alumnos que asisten al Instituto Fiscal de Educación especial María Buitrón de Zumárraga para fomentar la importancia de la salud oral y así lograr mejorar el grado de colaboración de sus hijos.

1.2 ENTIDAD EJECUTORA

Instituto Fiscal de Educación especial María Buitrón de Zumárraga.

1.3 CLASIFICACION DEL PROYECTO

Tipo social de orden educativo.

1.4 LOCALIZACION

Provincia de Manabí; cantón Portoviejo; parroquia 12 de marzo, avenida Manabí y Amazonas junto al INFA

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

En lo referente a la salud oral y a la colaboración en la atención odontológica de niños especiales y cómo influye en los alumnos del Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga, se realizó un estudio a los padres de familia de los niños que asisten al Instituto de los cuales los datos obtenidos de una muestra de población que la componen 63 alumnos matriculados en el Instituto que fue el grupo estudiado evidenció lo siguiente:

Solo el 16% asegura una buena higiene oral de sus hijos, solo un 60% ha recibido información sobre cómo cuidar la salud oral de sus hijos, el 99% asegura que sus hijos tienen problemas de salud oral, un 50% alimentan adecuadamente a sus hijos y un 50% no, solo el 16% aseguran que sus hijos realizan un correcto cepillado de sus dientes. Esto demuestra que además de la falta de preocupación por la salud oral de sus hijos desconocen técnicas básicas de higiene que lo conllevan a una salud oral deficiente.

Al investigar la frecuencia sobre atención odontológica y el grado de colaboración se encontró que el 38% no recibe atención odontológica en el Instituto al que llevan sus hijos, el 80% acompaña a su hijo a la consulta odontológica, el 21% dicen que sus hijos colaboran con el odontólogo.

Estos datos permiten llegar al criterio que no todos los alumnos reciben atención odontológica en el Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga, a esto se suma que de todos los alumnos que corresponden al 100% el 79% no colaboran con el odontólogo, concluyendo que el grado de colaboración que los niños prestan a la atención odontológica es muy baja.

Los hallazgos referentes a problemas bucodentales presentados por los alumnos fueron: el 62% presentó piezas perdidas, el 30% piezas obturadas, y el resultado más relevante fue que el 76% presentó caries convirtiéndose este en el principal problema bucodental de los alumnos del Instituto.

Esto justifica el hecho de que solo se realizan tratamientos provisionales ya que el área odontológica de la institución no consta con la instrumentación completa para terminar un tratamiento.

3. MARCO INSTITUCIONAL

3.1 HISTORIA DEL INSTITUTO FISCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL MARÍA BUITRÓN DE ZUMÁRRAGA

Hace 10 años nació la Escuela de Educación Especial “María Buitrón de Zumárraga” Una gran idea de un grupo de Damas y Autoridades del cantón de Portoviejo. Que con gran sacrificio y dedicación hicieron realidad y que se cristalizó llenando un justo anhelo de muchos padres de familia ya que sus seres queridos estaban olvidados por la sociedad, no tenían acceso a la educación regular y por lo tanto quedaban en sus hogares sin aspiración y sin futuro.

Lleva su nombre en honor a la Señora Doña María Buitrón de Zumárraga, quien sintetizó en su personalidad el don del servicio y la entrega en beneficio de estos seres excepcionales del Ecuador, habiendo sido Portoviejo una de las ciudades que recibió de su corazón e inspiración la creación de esta Escuela que es orgullo de la Educación Especial a nivel nacional.

De acuerdo con las exigencias de la educación especial propone:

- Propender al desarrollo integral de la personalidad del excepcional, considerando sus potencialidades y limitaciones.
- Facilitar una amplia y positiva participación en actividades compatibles con la sociedad.
- Ofrecer al excepcional un adecuado proceso de formación y rehabilitación.
- Lograr que el excepcional disminuido llegue a ser autosuficiente y que el excepcional superior alcance su mayor grado de desarrollo para que contribuya al progreso de la ciencia y la tecnología.

3.1.1 SERVICIOS QUE BRINDA

Cuenta con un equipo multidisciplinario formado por:

- Medico
- Odontólogo
- Psicólogo educativo
- Trabajador social
- Terapista ocupacional
- Terapista físico
- Terapista de lenguaje.

A esto se suma que esta Institución consta con varias áreas especializadas para facilitar la educación de los niños como: Sala de terapias, área de estimulación temprana, área de fonoaudiología, sala de deficientes visuales, taller de mujeres, taller de hombres, área de expresión plástica, sala de educación musical, sala de terapias de lenguaje, y el área de espacios deportivos y de recreación.

3.1.2 IMPLEMENTACION DEL AREA ODONTOLOGICA

El área odontológica del Instituto Fiscal de Educación especial María Buitrón de Zumárraga se encuentra conformada de la siguiente manera:

3.1.2.1 TALENTO HUMANO

Un odontólogo

Una auxiliar de enfermería

3.1.2.2 EQUIPAMIENTO

Un sillón odontológico con su respectivo compresor

Un esterilizador

Un micromotor

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Las charlas educativas que se brindara a los padres de los alumnos que asisten al Instituto Fiscal de Educación especial María Buitrón de Zumárraga ayudaran a mejorar el grado de colaboración de los alumnos del Instituto.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Educar a los padres de familia de los alumnos del Instituto Fiscal de Educación especial María Buitrón de Zumárraga para fortalecer la colaboración de sus hijos.
- Implementar el equipamiento odontológico del instituto para ofrecer mejor calidad de atención a los pacientes.
- Mejorar las condiciones físicas del departamento odontológico para obtener mayor colaboración de los pacientes especiales.

5. DESCRIPCION DEL PROYECTO

La presente propuesta de tipo social y de orden educativo dirigido a los padres de los alumnos que asisten al Instituto Fiscal de Educación especial María Buitrón de Zumárraga tiene como finalidad mejorar la salud bucal de sus hijos, mediante la implementación del equipamiento odontológico beneficiando a los niños de la institución y se realizará una capacitación sobre salud oral a los padres de familia, brindando motivación constante para fomentar una cultura preventiva desde la niñez y así lograr hacer cambios de hábitos de higiene y de su conducta con una mejor información respecto a la misma.

Ofertando servicios de salud oral en los niveles de promoción y prevención a la población vulnerable como son los niños especiales con el fin de brindar un bienestar oral y de este modo mejorar su calidad de vida.

6. BENEFICIARIOS

Los beneficiarios directos serán los alumnos que acuden al Instituto Fiscal de Educación especial María Buitrón de Zumárraga, ya que estos problemas dentales pueden desencadenar problemas bucodentales más graves como periodontitis, enfermedades pulpares, odontalgias, entre otros; así mismo serán beneficiarios indirectos sus familiares y la comunidad.

7. DISEÑO METODOLOGICO

La propuesta de alternativa de solución consta de 2 etapas:

La primera etapa consiste en:

- Socialización de la propuesta
- Entrega de una turbina al departamento odontológico del Instituto Fiscal de Educación especial María Buitrón de Zumárraga, para que el odontólogo de la Institución brinde tratamientos satisfactorios a los alumnos de la institución.
- Entrega de juguetes, cuadros infantiles y material de lectura para implementar el área odontológica de la Institución y lograr que el niño se familiarice con el entorno del consultorio.
- Elaboración del cronograma de charlas educativas por parte del autor de tesis.
- Firma del acta de compromiso por parte del Odontólogo de Planta en la que acepta continuar dando las charlas educativas a los padres de los pacientes especiales del Instituto.

- Entrega de una gigantografía sobre higiene bucal como material de apoyo para las charlas a los padres de familia de los alumnos del Instituto Fiscal de Educación especial María Buitrón de Zumárraga.
- Charlas educativas a los padres de familia de los alumnos del Instituto Fiscal de Educación especial María Buitrón de Zumárraga con la ayuda del gigantografía. El encargado de dar la primera charla el 13 de Enero del 2010 es el autor de la tesis bajo la supervisión del odontólogo de planta.

La segunda etapa consiste en:

- Otorgar las otras charlas programadas que serán realizadas la segunda semana laborable del mes de Mayo y Julio del 2010, el responsable de brindarlas será el Odontólogo del Departamento.

8. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE PROPUESTA

PRIMERA ETAPA

ACTIVIDADES DEL MES DE ENERO DEL 2010.	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
Socialización de la propuesta.	X						
Entrega de una turbina al área odontológica del Instituto María Buitrón de Zumárraga.	X						
Entrega de juguetes, cuadros infantiles y material de lectura a el área odontológica de la Institución.	X						
Elaboración del cronograma de charlas educativas.(autor de tesis)	X						
Firma del acta de compromiso por parte del Odontólogo de Planta en la que acepta continuar dando las charlas educativas a los padres de los pacientes especiales del Instituto.	X						
Entrega de una gigantografía al área odontológica del Instituto Fiscal de Educación especial María Buitrón de Zumárraga.	X						
Charlas educativas a los padres de los alumnos del Instituto María Buitrón de Zumárraga. (autor de tesis)	X						

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE PROPUESTA

SEGUNDA ETAPA

ACTIVIDADES DEL MES DE MAYO Y JULIO DEL 2010.	ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL			MAYO			JUNIO			JULIO								
Charlas educativas a los padres de los alumnos del Instituto fiscal de educación especial María Buitrón de Zumárraga; charlas que serán impartidas por el odontólogo de planta de la institución.															X									X			

9. PRESUPUESTO

PRIMERA ETAPA

Actividad	Recursos	Cantidad	P. unitario	P. total	Existe	A financiar	Fuente
Socialización de la propuesta	Impresión	14	0.10	1.40	no	Si	autor
	computadora	1	.....	.....	si	no	autor
Entrega de una turbina	Turbina	1	80.00	80.00	no	si	autor
Entrega de juguetes y material de lectura	Juguetes	7	6.00	42.00	no	Si	autor
	Material de lectura	4	3.00	12.00	no	Si	autor
	Cuadros infantiles	2	8.00	16.00	no	si	autor
Elaboración del cronograma de charlas	Hojas bond	1	0.05	0.05	no	si	autor
	Bolígrafo	1	0.25	0.25	no	si	autor
Firma del acta de compromiso	impresión	3	0.10	0.30	no	si	autor
Entrega de una gigantografía	Gigantografía	1	28.50	28.50	no	si	autor
	Gasolina	1	5.00	5.00	no	si	autor
Charlas educativas	gigantografía	1	28.50	28.50	no	si	Autor
TOTAL: 185.50//							

SEGUNDA ETAPA

Actividad	Recursos	Cantidad	P. unitario	P. total	Existe	A financiar	Fuente
Charlas educativas	gigantografía	1	28.50	28.50	no	si	autor

10. SOSTENIBILIDAD

La propuesta es sostenible porque existe el talento humano como es el odontólogo de la Institución con predisposición para su ejecución así como existe el material de apoyo para la realización de las charlas.

11. FUENTES DE FINANCIAMIENTO

La propuesta tendrá el aporte del autor de este proyecto.

BIBLIOGRAFIA

- **ALBUM M.** Tratamiento dental para niños con necesidades especiales. Revista Educación Especial. Año III N° 10. (1986).
- **BARRANCOS JULIO.** "Operatoria Dental". Editorial Panamericana. Argentina. 2004.
- **BULLOM P,** Machuca G. La atención odontológica en pacientes médicamente comprometidos. Laboratorios Normon, S.A. Departamento de publicaciones científicas, 1996.
- **GARCÍA CRISTINA DRA, DRA. CAMILA PALMA** Especialistas en odontopediatría y pacientes especiales DEN Clínica Dental.
- **GONZÁLEZ C.** Déficit, diferencia y discapacidad. Topia, Clínica. (2001)
- **LINDHE, JAN** Periodontología Clínica, Editorial Panamericana, Argentina, 1999.
- **LÓPEZ RAMÍREZ CLAUDIA ZORAIDA.** Odontóloga Pediatra Universidad de New York.
- **Microsoft® Encarta® 2006. © 1993-2009** Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.
- **Microsoft® Encarta® 2007. © 1993-2009** Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.
- **RAMFJORD, S. P. and ASH, M.** Periodontology and periodontics, W. B. Saunders Co. 1999.
- **RAVAGLIA, C.** "Odontología en Niños Discapacitados: Metodología para su Atención", 1999.
- **RAVAGLIA, C.** Aspectos psico clínicos para la atención odontológica de los pacientes con discapacidad. (2000).
- **STAMPFER, M.J., Ascherio, A., Spiegelman, D., Willet, W.C.** Prospective study of major dietary patterns and risk of coronary heart disease in man. American Journal of Clinical Nutrition, (2000).
- **STEFANELLO ADAIR.** "Odontología restauradora y Estética" Editorial Amolca. Venezuela. 2008.
- **Tesini, D.A.; Fenton, S.J.;** Cuidados dentales en personas con incapacidades físicas o mentales

- **Thomas K barber**, Larry s Luke, Odontología Pediátrica, Universidad de California, editorial manual moderno s.a. Mexico.2001.
- **URRACO A**, Díaz MT. Complicaciones médicas en la consulta dental, 1998.
- **WAITE**, LAN M y col. Atlas en color de PERIODONTOLOGIA, Labor, España. 1992.
- **WEINTRAUB.J**, Douglas C, Gillins D. Bioestadística en Salud Buco Dental. Organización Panamericana de la Salud. 2000.
- <http://www.caries.imfo./cariologia.htm>.
- <http://www.contusalud.com/cnt.main,shtml>.
- www.deltanet.com
- <http://www.dentistaspediátricos.com>.
- http://www.image.encarta.sn.com/Caries_dental.htm.
- <http://www.medicosecuador.com>
- <http://www.odontocat.com>
- <http://www.odontologiaonline.com/verarticulo/Paciente-Discapacitado.-Normas para su atención en odontología>.
- <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1464/1/saludbucal-en-niños-discapacitados.html>.
- <http://html.rincondelvago.com/atencion-pacientes-especiales.html>
- <http://www.taringa.net/posts/info/819298/Pacientes Especiales,-Atenci%C3%B3n-odontol%C3%B3gica.html>.
- <http://The American Academy of Periodontology>
- <http://www.Uib.es/cátedraiberoamericana/investigaciones/documents/28.pdf>.
- <http://www.ucsfchilcarehealth.org/pdfs/healthandsafety/oralhlthspneedssp071807adr.pdf>.
- http://www.webodontologica.com/odon_arti_asp_rav.asp (Fc2002).
- http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_periodontal

ANEXOS

ANEXO 1

PRESUPUESTO

Rubros	Cantidad	Unidad de medida	Costo unitario	Costo total	Fuentes de financiamientos	
					Autogestión	Aporte institucional
Fotocopias.	500	UNIDAD	0.03	15.00	15.00	
Tinta para impresión	6	TONER	20.00	120.00	120.00	
Encuadernación.	5	UNIDAD	7.00	35.00	35.00	
Internet.	50	HORA	1.00	50.00	50.00	
Libros.	2	UNIDAD	40.00	80.00	80.00	
Viáticos.	15	DIA	5.00	75.00	75.00	
Materiales de oficina: CD Resaltador	5	UNIDAD	1.50	7.50	7.50	
Cámara fotográfica	1	UNIDAD	300.00	300.00	300.00	
Revelador de fotos	30	UNIDAD	0.50	15.00	15.00	
Total				697.50		
10 % del monto para Imprevistos.				69.75		
Total				767.25		

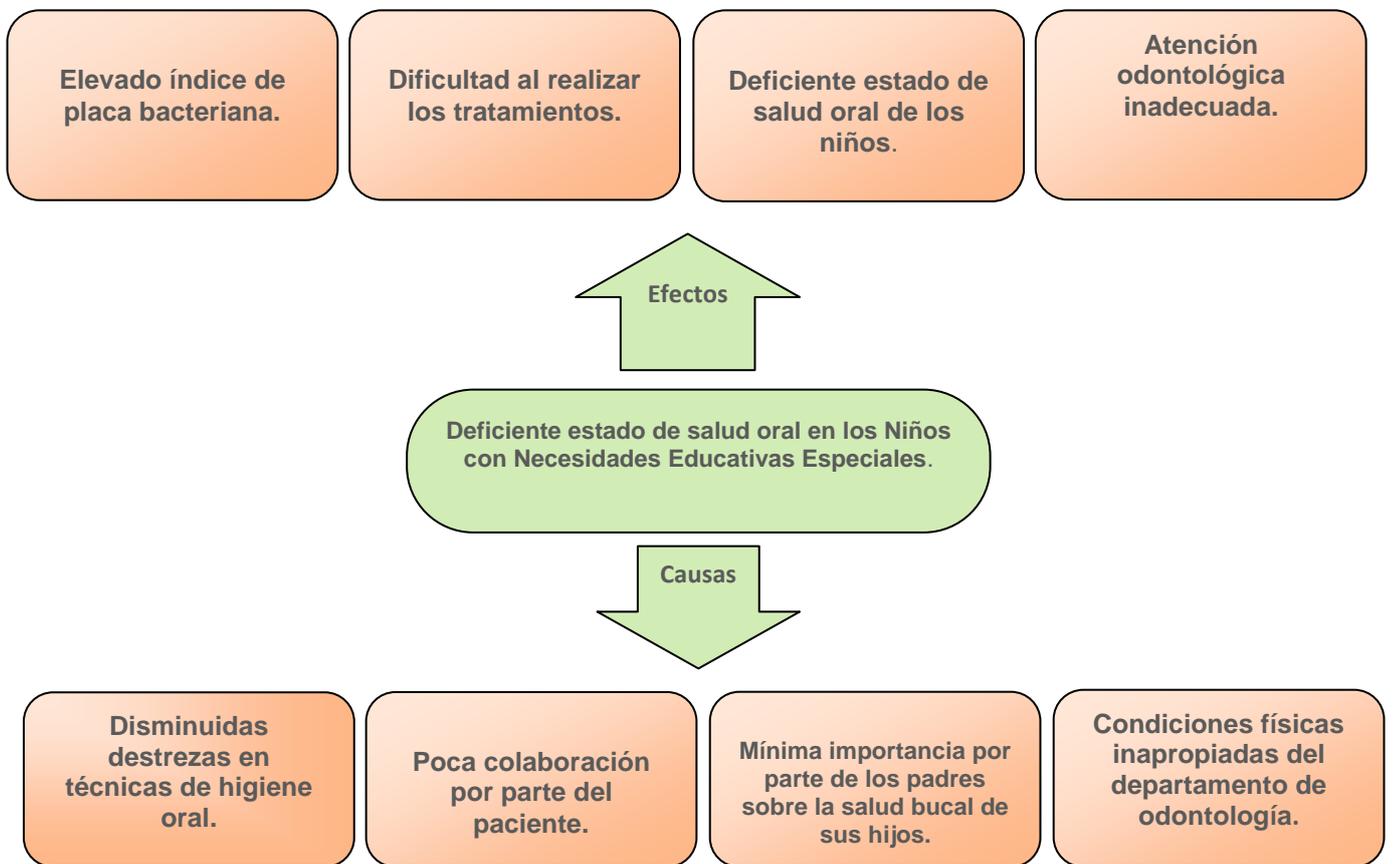
ANEXO 2

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	TIEMPO																
	Sept.2009				Oct.2009			Nov.2009		Dic.2009		Ene.2010			Feb.2010		
Diseño de proyecto de tesis.	x	x	x	x													
Aprobación del proyecto.					x												
Desarrollo del marco teórico.						x	x	x									
Aplicación del Instrumento.									x	x							
Tabulación de los resultados.										x	x						
Elaboración de las conclusiones.											x						
Diseño de la propuesta.											x	x					
Redacción del borrador del informe.												x	x				
Corrección del borrador del informe.													x	x	x		
Presentación del informe final.																x	
Defensa del informe final.																x	x

ANEXO 3

ARBOL DEL PROBLEMA



ANEXOS 4.

Universidad San Gregorio de Portoviejo

CARRERA DE ODONTOLOGIA

FORMULARIO DE ENCUESTAS

(Dirigidos a los padres de los niños del Instituto Fiscal de Educación especial María Buitrón de Zumárraga)

SOBRE:

“La salud oral y la atención odontológica a Niños con Necesidades Educativas Especiales”

AUTOR: PALMA PINARGOTE BYRON

EGRESADO DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA

INDICACIONES:

- La presente investigación es una tesis de grado de odontólogo, por lo cual se trata de un trabajo serio que requiere respuestas acertadas.
- Marque con una x dentro del cuadro en la alternativa que corresponda según su criterio. Le pedimos de favor que responda todas las preguntas.
- Desde ya le agradecemos por su colaboración.

CONTENIDO.

1. ¿De qué manera usted asegura una buena salud oral de su hijo?

- a. Le ayuda a cepillarse sus dientes
- b. Lo lleva regularmente al odontólogo
- c. Le proporciona flúor, calcio y vitaminas
- d. Lo cuida en su alimentación

2. ¿Por qué cree que es importante que su hijo tenga una buena higiene oral?

- a. Para tener dientes sanos
- b. Para evitar las caries dentales
- c. Para evitar infecciones en la boca
- d. Para tener un buen aliento
- e. Todas las anteriores

3. ¿Ha recibido información sobre el cuidado oral de su hijo por parte de?

- a. Profesores o tutores
- b. Odontólogo

c. Medios de información

d. No ha recibido

4. ¿Su niño se queja de dolor dental?

a. Frecuentemente

b. Rara vez

c. Nunca

5. ¿Su niño (a)?

a. Rechina los dientes frecuentemente

b. Se rehúsa a comer o prefiere alimentos blandos

c. Se toca dentro o alrededor de la boca frecuentemente

d. Tiene mal aliento

e. Tiene dientes manchados

6. ¿La alimentación de su hijo (a) se basa en?

a. Frutas

b. Verduras

c. Carnes

d. Lácteos (leche-quesos)

e. Snacks-Galletas

f. Golosinas-caramelos

7. ¿Cree usted que la deficiencia de una mala higiene bucal se deba a?

a. Una falta de colaboración del niño

b. Un descuido en el aseo bucal

c. Una mala práctica del cepillado

d. Una inadecuada alimentación

e. Falta de medidas preventivas

f. Todas las anteriores

8. ¿El cepillado de los dientes de su hijo (a) se realiza?

a. En la mañana antes de desayunar

b. Después de almorzar

c. En la noche antes de ir a dormir

d. Todas las anteriores

9. ¿Su hijo recibe atención odontológica en el Instituto Fiscal de Educación especial María Buitrón de Zumárraga?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe

10. ¿Su niño recibe atención Odontológica particular?

- a. Si
- b. No

11. ¿Usted acompaña a su hijo (a) a la cita odontológica?

- a. Si
- b. No
- c. A veces

12. ¿Cómo es el comportamiento de su niño cuando visita al odontólogo?

- a. Es tímido
- b. Es ansioso
- c. El niño coopera
- d. El niño no coopera
- e. Es aprehensivo
- f. Es vacilante
- g. Es desafiante

13. ¿Cuándo lleva a su hijo a la consulta odontológica qué función cumple usted?

- a. Entra con el niño para que él se sienta en confianza
- b. No entra y se queda en la sala de espera
- c. Dialoga con su hijo para que coopere con el odontólogo
- d. Si el niño no coopera tomaría medidas drásticas
- e. Le explica lo importante que es tener dientes sanos
- f. Lo sostiene para que lo atiendan a la fuerza

Universidad San Gregorio de Portoviejo

CARRERA DE ODONTOLOGIA

Ficha de Observación

(Dirigido al departamento odontológico del Instituto Fiscal de Educación especial María Buitrón de Zumárraga)

SOBRE:

“Las condiciones físicas que presenta el departamento odontológico del Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga”

AUTOR: PALMA PINARGOTE BYRON

EGRESADO DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA

CONTENIDO:

1. ¿El piso del consultorio odontológico es?

a. Alfombrado

b. Con cerámica

2. ¿Las paredes del consultorio tienen?

a. Colores brillantes y alegres

b. Colores opacos u oscuros

c. Cuadros infantiles

3. ¿En el consultorio hay música suave?

a. Si

b. No

4. ¿En el consultorio hay?

a. Juguetes

b. Material de lectura (cuentos-caricaturas)

c. Sistema audiovisual (tv) con programas infantiles

5. ¿Las puertas de acceso al consultorio tienen la abertura reglamentaria que es de 80 cm x 3 m. de alto?

a. Si

c. No

6. ¿El equipo dental tiene sujetadores suaves con nudo o velcro?

a. Si

b. No

7. ¿El sillón dental tiene un Descansacabeza ajustable?

a. Si

b. No

8. ¿El equipo dental consta con un Descansacabeza para los pacientes con parálisis cerebral?

a. Si

b. No

9. ¿El equipo dental tiene correas para las extremidades inferiores y tabla papoose?

a. Si

b. No

10. ¿El departamento odontológico del Instituto Fiscal de Educación especial María Buitrón de Zumárraga consta con un sillón dental con características específicas para la atención de niños especiales?

a. Si

b. No

Universidad San Gregorio de Portoviejo

CARRERA DE ODONTOLOGIA

Formulario de entrevista

(Dirigido al odontólogo del Instituto Fiscal de Educación especial María Buitrón de Zumárraga)

SOBRE:

“La atención odontológica brindada a los alumnos del Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga”

AUTOR: PALMA PINARGOTE BYRON

EGRESADO DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA

INDICACIONES:

- La presente investigación es una tesis de grado de odontólogo, por lo cual se trata de un trabajo serio que requiere respuestas acertadas.
- Marque con una x dentro del cuadro en la alternativa que corresponda según su criterio. Le pedimos de favor que responda todas las preguntas.
- Desde ya le agradecemos por su colaboración.

CONTENIDO:

1. ¿Para la atención odontológica de un paciente especial se requiere?

- a. Entrenamiento especial
- b. Equipo especializado (sillón)
- c. Equipo adicional

2. ¿Qué tipos de estos manejos utiliza usted para la atención de sus pacientes?

- a. Manejo psicológico
- b. Manejo con sedación
- c. Manejo hospitalario

3. ¿Cree usted que las causas por las que estos niños no reciben una atención odontológica adecuada sean?

- a. Falta de carencias formativas de los padres
- b. Falta de experiencias educativas de tutores o profesores
- c. falta de odontólogos especialistas en la atención de pacientes especiales
- d. una dificultad del acceso al tratamiento dental

4. ¿Qué procedimientos afectivos usted realiza para establecer la relación odontólogo-paciente?

- a. Escucha cuidadosamente al paciente
- b. Habla lentamente con el niño y con términos sencillos
- c. Mantiene sesiones cortas

- d. Los cita a las primeras horas del día
- e. Evita movimientos bruscos, ruidos y luces sin advertir antes al niño
- f. Da breve paseo por el consultorio con el niño antes de iniciar el tratamiento para que se familiarice con el diseño y mobiliario

5. ¿Qué tipo de estos exámenes realiza a sus pacientes en su primera cita?

- a. Examen físico de cabeza, cara y cuello
- b. Examen clínico intraoral
- c. Examen dentario
- d. Examen o estudio radiográfico
- e. Todos

6. ¿Cómo es su actitud frente a un niño especial?

- a. Es paciente
- b. Es comprensivo
- c. Es amable
- d. Es respetuoso
- e. Es amigable
- f. Es cariñoso
- g. Todas las anteriores

7. ¿Qué tipos de pacientes especiales son más complicados en la consulta odontológica?

- a. Pacientes con síndrome de Down
- b. Pacientes con parálisis cerebral
- c. Pacientes con deficiencia visual
- d. Pacientes con deficiencia auditiva
- e. Pacientes con hidrocefalia
- f. Pacientes con autismo
- g. Pacientes epilépticos
- h. Pacientes con retardo mental
- i. Todos los anteriores

8. ¿Cuál cree usted que sea la solución para una mejor atención odontológica a estos pacientes?

- a. Que se formen más profesionales para la atención de pacientes especiales
- b. Que en los centros educativos tengan equipos multidisciplinarios
- c. Que se den charlas educativas a los padres para que se obtenga una mejor salud bucal
- d. Que los padres se preocupen mas por la salud bucal de sus hijos
- e. Todas las anteriores

CITACION

Se cita a los padres de familia de carácter urgente para mañana a las 9 de la mañana en los predios del Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga para que den su opinión acerca de la salud oral y atención odontológica mediante encuestas dirigidas por, Palma Pinargote Byron, estudiante egresado de la Facultad de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo las mismas que servirán para la obtención de mi título de odontólogo, Ya que cuento con el apoyo de la Sra. Directora de la Institución, Lcda. María Isabel Alcivar de Cedeño por la asistencia a la presente se les queda cordialmente agradecido.

Atentamente

Palma Pinargote Byron
Egresado

Lcda. María Isabel Alcivar
Directora

CITACION

Se cita a los padres de familia de carácter urgente mañana 13 de Enero del 2010 a las 9 de la mañana en los predios del Instituto Fiscal de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga para que reciban charlas educativas sobre la salud oral.

Atentamente

Lcda. María Isabel Alcivar
Directora

ANEXOS 5



**INSTITUTO FISCAL DE EDUCACION ESPECIAL
"MARIA BUITRON DE ZUMARRAGA"**

FICHA ODONTOLOGICA

HISTORIA CLINICA.....

Fecha.....
 Nombre.....
 Lugar y fecha de nacimiento.....
 Dirección o procedencia.....
 Grado de instrucción..... Telef.....
 Profesión.....

INTERROGATORIO

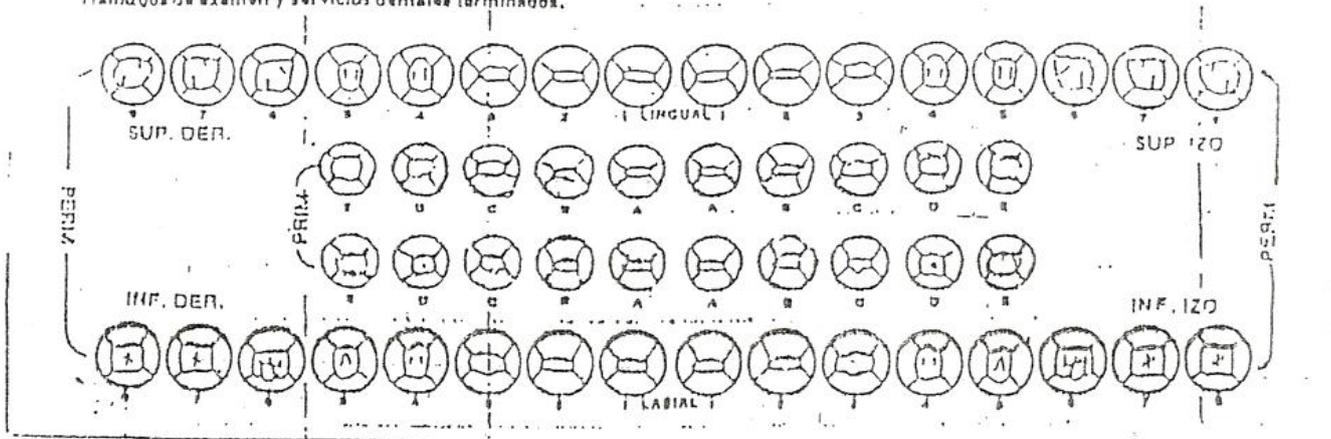
¿Esta bajo tratamiento médico?.....
 ¿Diagnóstico o principales síntomas?.....
 ¿Es propenso a hemorragias?.....
 ¿A tenido complicaciones por anestesia en la boca o general?.....
 ¿Tiempo de sangría o coagulación?.....
 ¿Su presión arterial?.....
 ¿Temperatura actual?.....

EXAMEN BUCO-DENTAL

Higiene.....	Encías.....	Alineación.....
.....	.....	Mordida.....
Hábitos.....	Frenillos.....	Respiración.....
.....	.....	Arcos y curvas dentales.....
Anomalías en tejidos....	Anomalías en erupción ...	.....
Blandos.....	dentaria.....	Línea media.....
.....	.....	Otros.....

HALLAZGOS EXÁMEN Y SERVICIOS DENTARIOS TERMINADOS.

Hallazgos de examen y servicios dentales terminados.



Dr. Florencio Murillo E.
 ODOLOTOLOGO

ANEXO 6

ENCUESTAS REALIZADAS A LOS PADRES DE LOS ALUMNOS DEL INSTITUTO FISCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL MARÍA BUITRÓN DE ZUMÁRRAGA





HISTORIAS CLÍNICAS REALIZADAS A LOS ALUMNOS DEL INSTITUTO FISCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL MARÍA BUITRÓN DE ZUMÁRRAGA



SOCIALIZACION DE LA PROPUESTA.



ENTREGA DE CUADROS INFANTILES, JUGUETES, MATERIAL DE ENTREGA DE MATERIAL DE LECTURA Y UNA TURBINA A LA DIRECTORA, EL ODONTOLOGO Y LA COORDINADORA DEL EQUIPO MULTIDIPLICINARIO DEL INSTITUTO MARIA BUITRON DE ZUMARRAGA.



ENTREGA DE UNA GIGANTOGRAFIA, RECIBIDA POR LA DIRECTORA Y EL ODONTOLOGO DE LA INSTITUCION



MOMENTO EN QUE SE IMPARTIO LA CHARLA EDUCATIVA



MOMENTO EN QUE SE IMPARTIO LA CHARLA EDUCATIVA



Portoviejo, Octubre 01 del 2009

Lcda.

Isabel Alcivar de Cedeño

DIRECTORA DEL INSTITUTO FISCAL DE EDUCACION ESPECIAL MARIA BUITRON DE ZUMARRAGA

Presente:

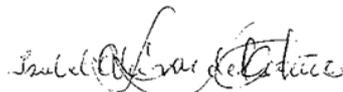
BYRON DANIEL PALMA PINARGOTE, egresado de la facultad de odontología de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, me dirijo a usted muy comedidamente para solicitarle me permitan realizar la investigación del tema de mi tesis: "LA COLABORACION EN LA ATENCION ODONTOLOGICA DE LOS NIÑOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES Y SU INCIDENCIA EN LA SALUD ORAL DE LOS ALUMNOS DEL INSTITUTO FISCAL DE EDUCACION ESPECIAL MARIA BUITRON DE SUMARRAGA PERIODO OCTUBRE 2009 FEBRERO 2010", El mismo que me servirá para obtener mi título de Doctor en Odontología.

Por la atención que se digne a la presente, le anticipo mis agradecimientos.

Atentamente,

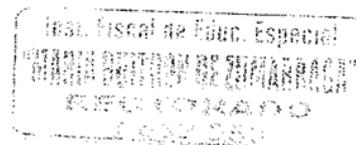

Byron Daniel Palma Pinargote

EGRESADO


Lcda. Isabel Alcivar de Cedeño

DIRECTORA

Recibido el 01 de Octubre 2009



ACTA DE ENTREGA DE RECEPCION

Portoviejo, Enero 15 del 2010

Directora: Lcda. Isabel Alcivar de Cedeño.

Institución: Instituto Fiscal de educación especial María Buitrón de Zumárraga.

Presente:

Recibo de implementos para equipar el área odontológica del instituto Fiscal de educación especial María Buitrón de Zumárraga; y de una gigantografía como material de apoyo para impartir las charlas educativas a los padres de los alumnos del instituto.

No	Rubro	Unidad	Cantidad	P. Unitario	Total
1	Juguetes	Unidad	7	6.00	42.00
2	Material de lectura	Unidad	4	3.00	12.00
3	Cuadros infantiles	Unidad	2	8.00	16.00
4	Pieza de mano (turbina)	Unidad	1	80.00	80.00
5	Gigantografía	Unidad	1	28.50	28.50
6	Totales				178.50

Nota: La entrega debe ser en el instituto María Buitrón de Zumárraga.

Atentamente.



Entrega

Byron Palma.

Egresado de la carrera de odontología.



Recibe

Lcda. Isabel Alcivar.

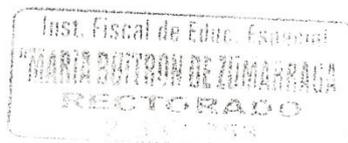
Directora.



Recibe

Dr. Florencio Murillo.

Odontólogo



ACTA DE COMPROMISO

Portoviejo, Enero 20 del 2010

Directora: Lcda. Isabel Alcivar de Cedeño.

Institución: Instituto Fiscal de educación especial María Buitrón de Zumárraga.

Presente:

La siguiente acta de compromiso, está diseñada para que el Dr. Florencio Murillo, odontólogo del área odontológica del instituto Fiscal de educación especial María Buitrón de Zumárraga, se comprometa a impartir 2 charlas educativas a los padres de los alumnos que asisten al Instituto, durante el próximo periodo trimestral en el mes de mayo la primera, y la segunda el mes de junio del 2010 y así fomentar la importancia de la salud oral.

Atentamente.



Entrega

Byron Palma.

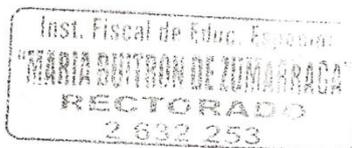
Egresado de la carrera de odontología.



Recibe

Lcda. Isabel Alcivar de Cedeño.

Directora.



Recibe

Dr. Florencio Murillo.

Odontólogo