



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TÍTULO

“FACTORES DE RIESGO SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN LA SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPECIALES QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO "EL ÁNGEL". PERIODO MARZO – JULIO 2015”

TESIS DE GRADO PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ODONTÓLOGO

AUTORA:

Gabriela Stefania Gallegos Suquilanda

DIRECTORA:

Odt. Esp. Tannya Lucila Valarezo Bravo

LOJA-ECUADOR

2015

CERTIFICACIÓN

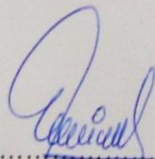
Loja, 05 Noviembre del 2015

Odt. Esp. Tannya Lucila Valarezo Bravo

Docente de la Carrera de Odontología del Área de la Salud Humana

Certifica:

Que la presente tesis titulada **"FACTORES DE RIESGO SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN LA SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPECIALES QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO "EL ÁNGEL". PERIODO MARZO – JULIO 2015"**, elaborado por la **Srta. Gabriela Stefanía Gallegos Suquilanda**, ha sido planificada y ejecutada bajo mi dirección y supervisión, por tanto y al haber cumplido con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja por lo que autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

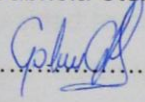

.....
Odt. Esp. Tannya Lucila Valarezo Bravo
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Gabriela Stefania Gallegos Suquilanda, declaro el autor de las ideas, criterios, conceptos, conclusiones y recomendaciones, expuestos en este trabajo de tesis titulado, "FACTORES DE RIESGO SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN LA SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPECIALES QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO "EL ÁNGEL". PERIODO MARZO – JULIO 2015" y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y sus representantes jurídicos de posibles o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi Tesis en el Repositorio institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Gabriela Stefania Gallegos Suquilanda

Firma: 

Cédula: 1105048571

Fecha: 05 de Noviembre del 2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO

Yo, Gabriela Stefanía Gallegos Suquilanda, declaro ser autora de la tesis titulada: "FACTORES DE RIESGO SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN LA SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPECIALES QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO "EL ÁNGEL". PERIODO MARZO – JULIO 2015", como requisito para optar el grado de Odontólogo General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de Información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los cinco días del mes de noviembre del dos mil quince.

Firma:

Autor: Gabriela Stefanía Gallegos Suquilanda

Cédula: 1105048571

Dirección: Lauro Guerrero y Colón

Correo Electrónico: gabyta05hotmail.es

Teléfono: 0980140349

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de Tesis: Odt. Esp. Tannya Lucila Valarezo Bravo

Tribunal de grado:

Dr. Richard Orlando Jiménez, Mg. Sc. (Presidente)

Odt. Esp. José Cristóbal Hidrobo Gómez (Vocal)

Psic. Nelson Ramiro Gutiérrez Celi, Mg. Sc. (Vocal)

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico a Dios, a mis Padres y hermanos. A Dios porque ha estado conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis Padres y hermanos puesto que a lo largo de mi vida son quienes han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Y hoy gracias a ellos tengo la dicha de dedicarles el fruto de mi esfuerzo.

Por eso y muchas cosas más me queda corto dedicarles este pequeño detalle que espero muestre en algo todo el cariño que les tengo.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer en primer lugar a Dios ya que todo lo que hoy y siempre he sido ha sido gracias a él, gracias por darme la fe, la fortaleza necesaria para salir siempre adelante pese a las dificultades y por colocarme en el mejor camino, iluminando cada pasó de mi vida.

En segundo lugar a mi familia (Vicente, Mirella, Santiago y César) por creer en mí y por todo lo que han hecho para que se me haga realidad mi sueño que es graduarme. A todos mis docentes, en especial a mi directora de tesis ya que ella está en esto conmigo y supo guiarme de la mejor manera para la realización de la misma, su confianza, su entrega, por la información y consejos para guiar de la mejor manera esta investigación; trabajo que no se hubiese realizado de esta manera sin la colaboración de ella.

Finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa universidad la cual abrió abre sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

Gabriela Stefanía Gallegos Suquilanda

1. TÍTULO

“FACTORES DE RIESGO SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN LA SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPECIALES QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO "EL ÁNGEL". PERIODO MARZO – JULIO 2015”

2. RESUMEN

La salud oral en pacientes con discapacidad ha representado un reto para el profesional de la salud oral a través de la historia, pues las diferentes discapacidades físicas y cognitivas limitan la adecuada remoción de la placa dentobacteriana, llevando consigo el desarrollo de enfermedades orales de alta prevalencia en esta población, como la caries dental, enfermedad periodontal y Maloclusiones dentales. Es por esto que se desarrolló la presente investigación en la que se propuso determinar la relación entre los factores de riesgo socioeconómicos y culturales con el nivel de salud bucal en los niños y adolescentes especiales que acuden al Centro de Atención y Desarrollo “El Ángel”. Se realizó un estudio de tipo descriptivo-transversal, con la aplicación de tres instrumentos: una encuesta para conocer los factores de riesgo culturales, una ficha de recolección de datos para determinar el nivel socioeconómico de los padres de familia y una historia clínica para conocer el estado oral de los niños con discapacidad. La muestra fue conformada por 50 personas con discapacidad cuya edad fluctuó entre 2 y 23 años con clase social media y baja o pobreza. El 94% de la población total de estudio presentaron caries dental. El I-HOS (Índice de Higiene Oral Simplificado) fue bueno en la mayor parte de la población de estudio (76%), y se encontró una Clase I de Angle con apiñamiento predominando en estas personas. El estudio determinó que no hay una significativa relación entre las variables de estudio puesto que la muestra no fue homogénea en cuanto al tipo de discapacidad y en general; además se determinó que el grupo de estudio tiene una salud oral regular, con alto índice de caries debido a la falta de atención odontológica especializada.

Palabras clave: Discapacidad, Caries dental, Índice CPOD (Índice de dientes cariados, perdidos y obturados), Índice ceod (Índice de dientes cariados, extraídos y obturados), I-HOS (Índice de Higiene Oral Simplificado), Maloclusiones dentales

SUMMARY

The oral health in patients that suffer certain disability has been a challenge for the oral health professionals throughout the history, for the different physical and cognitive disabilities that limits the proper removal of plaque, bringing the development of oral diseases highly prevalent in this population, such as dental caries, periodontal disease and dental malocclusion. That's why the investigation in which it was planted to determine the relationship between the socioeconomic factors and cultural risks to the levels of oral health in children and adolescents from the "Special Care Center- The Angel" that carry out a special need. A cross type descriptive study was conducted, with the implementation of three instruments: a survey on cultural risk factors, a form of data collection in order to determine the socioeconomic status of parents and also a medical history in order to determine the oral health status of children with disabilities. The sample was composed of 50 people with disabilities whose age ranged from 2 to 23 years with medium and low poverty or social class.

Around 94% of the population that was studies presented dental caries. A 76% of the population earned a good IHOS (Oral Hygiene Index Simplified) and an Angle I Class was found, with a crowding dominate for these people. The study found not significant relationship between the study of variables since the sample was not homogeneous as the type of disability and in general; also it was determined that the study group has a regular oral health, with high rates of decay due to lack of specialized dental care.

Key words: Disability, dental caries, DMFT (Index of decayed, missing and filled), dmft index (Index of decayed, extracted or filled), OHI (Oral Hygiene Index Simplified), dental malocclusions.

3. INTRODUCCIÓN

La discapacidad, según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad, y de la Salud, es un término que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación. Se estima que un 15% de la población mundial vive con algún tipo de discapacidad, entre ellas la intelectual, definida como la presencia de limitaciones sustantivas en el funcionamiento del sujeto, con un desempeño intelectual significativamente por debajo de la media. (Garcés, Barrera, & Rosas, 2013).

El estado oral de la población de personas discapacitadas se caracteriza por presentar un bajo nivel de higiene oral que ocasiona la retención prolongada de partículas de comida en la boca que ocasiona inflamación gingival, caries y enfermedad periodontal. (Marulanda et al. 2011).

Investigadores han reportado que las personas de clase social baja con discapacidad, presentan mayor prevalencia de caries dental a diferencia de las pertenecientes a la clase social alta. Las enfermedades bucodentales son muy frecuentes entre la población en general, pero las personas con discapacidad son especialmente sensibles a este tipo de problemas. En el caso de que se trate de una discapacidad física que impida la movilidad, la higiene bucal diaria tendrá que ser realizada por otra persona, pero no debe descuidarse en ningún momento.

Las personas en condición de discapacidad requieren de cuidados especiales para realizar su higiene de acuerdo a su edad, cooperación, nivel de inhabilidad y compromiso sistémico, de lo contrario pueden desarrollar fácilmente enfermedades las cuales producen dolor, disfunción, incomodidad y la necesidad de tratamiento de largos, costosos y de dudable pronóstico.

Es importante resaltar también las dificultades en el manejo del comportamiento de las personas con necesidades especiales durante la atención odontológica y la falta de cooperación durante el tratamiento. Un estudio realizado en Ámsterdam por De Jongh demostró que sólo el 10% de los

niños se comportaron en forma cooperativa o se mantuvieron pasivo durante el examen clínico.

Con todo lo expuesto anteriormente, la presente investigación planteó como objeto de estudio determinar la relación entre los factores de riesgo socioeconómicos y culturales con el nivel de salud bucal en los niños y adolescentes especiales que acuden al Centro de Atención y Desarrollo “El Ángel”. De la misma forma por medio de los objetivos específicos, se programó conocer el índice de caries y su relación con el nivel socio-económico y tipo de discapacidad; identificar el I-HOS (Índice de Higiene Oral Simplificado) y su relación con el nivel socio-económico y tipo de discapacidad y conocer los tipos de oclusiones según las clases de Angle y su relación con el nivel socioeconómico y tipo de discapacidad.

El estudio fue de tipo descriptivo y transversal, llevándose a cabo en una muestra de 50 personas con discapacidad que acuden al Centro mencionado anteriormente. Entre los métodos e instrumentos para llevar a cabo la presente investigación fueron: una encuesta para conocer los factores de riesgo culturales, una ficha de recolección de datos para determinar el nivel socioeconómico de los padres de familia y una historia clínica para conocer el estado oral de los niños con discapacidad.

Fue necesario además, la revisión de la literatura, la misma que permitió fundamentar el análisis de los resultados obtenidos en la investigación de campo. A la vez los resultados obtenidos demostraron que no existió ninguna relación entre las variables: tipo de discapacidad y nivel socioeconómico con el índice de caries, I-HOS (Índice de Higiene Oral Simplificado) y tipo de oclusión. Debido a que se encontró un grupo mayoritario de personas con discapacidad intelectual.

Con estos resultados se concluyó que el estado de salud oral de los niños y adolescentes que acuden al Centro de Atención y Desarrollo “El Ángel” fue regular porque a pesar de que los padres de familia manifiestan tener buen cuidado de la salud oral de sus hijos, y se hacen profilaxis periódicas por parte del centro; se encontró un alto Índice de caries. Evidenciando que la atención

odontológica para ellos debe ser especializada lo cual por su difícil comportamiento ha dificultado al profesional odontológico realizar la respectiva atención odontológica rehabilitadora.

La realización de esta investigación pretende transmitir conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de la salud bucal en esta población; efectuando un proceso de aprendizaje acorde a las capacidades de los mismos y con ello poder reducir la prevalencia de las enfermedades bucodentales.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPÍTULO I

1. DISCAPACIDAD

1.1. Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) y la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), definen a la discapacidad como toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. (Barrios, Vila, Martínez, & Encina, 2014)

La CIF define a la discapacidad como déficits, limitaciones y restricciones en la participación y además denota los aspectos negativos de la interacción del individuo y su contexto. (Barrios, Vila, Martínez, & Encina, 2014). Las personas discapacitadas son aquellos individuos, diferentes al sujeto normal, afectados por una deficiencia, incapacidad o minusvalía.

1.1.1. Deficiencia

Es la pérdida o anormalidad, permanente o temporal, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. (García & Sánchez, 2009)

1.1.2. Incapacidad

Restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. (García & Sánchez, 2009)

1.1.3. Minusvalía

Es la situación desventajosa en que se encuentra una persona determinada, como consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita, o impide, el cumplimiento de una función que es normal para esa persona, según la edad, sexo y los factores sociales y culturales. (García & Sánchez, 2009)

1.2. Clasificación

1.2.1. En función de la etiología de la discapacidad

La aparición de una discapacidad congénita se debe a daños que ocurren durante la etapa de desarrollo secundarios a: Infecciones intrauterinas, defectos metabólicos, síndrome alcohol-fetal, anomalías cromosómicas, hipoxia, autismo, parálisis cerebral e infecciones postnatales como meningitis o encefalitis. Las discapacidades adquiridas están ocasionadas por daños producidos después de finalizar el desarrollo como traumatismo craneo-encefálicos, daño medular, esclerosis múltiple o enfermedad de Alzheimer. (Pérez, Limeres, & Javier, 2012)

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

En el siguiente cuadro se explica la clasificación de la discapacidad según su etiología

DISCAPACIDAD	DAÑO
FÍSICA	Movilidad Respiratorio
PSÍQUICA	Emocional Social
SENSORIAL	Auditiva Visual
COGNITIVA	Aprendizaje Atención

Tabla 1: Clasificación etiológica de la discapacidad

Fuente: Pérez et al, 2012, Manual de Higiene Oral en Personas con discapacidad

1.3. En función del grado de dependencia

La dependencia es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que por razones derivadas de la edad la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental de otros apoyos para su autonomía personal. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

Grado I. Dependencia moderada

“La persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día, o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal”. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

Grado II. Dependencia grave

“La persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal”. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

Grado III. Gran dependencia

La persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

1.4. Discapacidades más comunes

1.4.1. Retraso Mental

1.4.1.1. Definición:

“Esta es una condición en la que hay un retraso o deficiencia en todos los aspectos del desarrollo, hay deficiencia global y notable en el desarrollo de funciones motoras, cognitivas, sociales, y de lenguaje”. (Ganem, 2011)

1.4.1.2. Características:

Las personas con capacidades diferentes se caracterizan por presentar un nivel de inteligencia por debajo del promedio (CI 70 o inferior), deterioro de la capacidad adaptativa y comienza en la infancia.

1.4.1.3. Aspectos Generales

- a) Dificultades en el aprendizaje
- b) Alteraciones físicas
- c) Deformidades craneofaciales
- d) Defectos cardiacos (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

1.4.1.4. Aspectos Bucales

Entre las manifestaciones presentes en este grupo poblacional tenemos: enfermedad periodontal, caries dental, alteraciones en la erupción de piezas dentales, mala oclusión, anormalidades dentales, paladar profundo o alto, micrognatismo del maxilar superior, bruxismo, macroglosia, sialorrea y anomalía de la forma dentaria. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

1.4.1.5. Medidas de higiene oral

- a) Implicar a familiares y cuidadores
- b) Cepillo eléctrico
- c) Clorhexidina (colutorio, spray o gel)
- d) Pasta dentífrica fluorada. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

1.4.2. Síndrome de Down

1.4.2.1. Definición:

“Es un trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21 (o una parte del mismo), en vez de los dos habituales, por ello se denomina también trisomía del par 21”. (Barrios, Vila, Martínez, & Encina, 2014)

1.4.2.2. Características:

Se caracteriza por la presencia de un grado variable de discapacidad cognitiva y ciertos rasgos físicos peculiares que le dan un aspecto reconocible; se presentan manifestaciones fenotípicas características, a las cuales se asocian retraso psicomotor variable y frecuentemente, malformaciones esqueléticas y cardiovasculares, alteraciones hematopoyéticas con susceptibilidad a leucemia aguda, hipotiroidismo, epilepsia, ciertas alteraciones visuales, y alteraciones orofaciales. (Barrios, Vila, Martínez, & Encina, 2014)

1.4.2.3. Aspectos Generales

- a) Retraso mental
- b) Facies mongoloide
- c) Estatura corta
- d) Hipotonía muscular (disminución del tono muscular)
- e) Displasia pélvica
- f) Pliegues palmares de simio
- g) Manchas de Brushfield (decoloraciones blanquecinas en la periferia del iris)
- h) Cabellos finos y dispersos. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

1.4.2.4. Aspectos Bucales

- a) Micrognatismo del maxilar superior
- b) Paladar profundo o alto
- c) Maloclusión dental
- d) Protrusión lingual

- e) Lengua escrotal (numerosas fisuras sobre la superficie dorsal de la lengua)
- f) Retraso y desorden en la erupción dentaria
- g) Sialorrea (excesiva producción de saliva)
- h) Agenesias dentarias
- i) Baja prevalencia de caries
- j) Mordida cruzada posterior
- k) Presencia de placa bacteriana y cálculo (Odontología, 2010)

1.4.2.5. Medidas de Higiene Oral

- a) Implicar a familiares y cuidadores
- b) Clorhexidina (colutorio, spray o gel)
- c) Pasta de dientes fluorada
- d) Educación en higiene oral
- e) Revisiones periódicas
- f) Tartrectomías periódicas
- g) Consejo dietético. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

1.4.3. Parálisis Cerebral

1.4.3.1. Definición:

Parálisis Cerebral (PC) es causada por daño cerebral o lesión cerebral. La lesión cerebral puede ocurrir de muchas maneras, la privación de oxígeno al nacer, el abuso del alcohol, el abuso de drogas, infección, ictericia y desnutrición, entre otras. La parálisis cerebral es considerada un trastorno no progresivo que es resultado del mal funcionamiento del centro motor del cerebro. (Ganem, 2011)

1.4.3.2. Aspectos Generales

- a) Alteraciones del movimiento y posturales
- b) Otros hallazgos patológicos (50%):
- c) Epilepsia
- d) Defectos de la audición
- e) Defectos de la visión

- f) Trastornos del lenguaje
- g) Problemas emocionales (depresión)
- h) Alteraciones en el aprendizaje (aunque algunos pacientes tienen un coeficiente intelectual normal). (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

1.4.3.3. Aspectos Orales

- a) Retraso en la erupción de la dentición primaria
- a) Hipoplasia del esmalte
- b) Bruxismo y atricción severa
- c) Dislocación espontánea o subluxación de la ATM
- d) Enfermedad periodontal (por déficit de higiene y respiración oral)
- e) Maloclusión (paladar ojival, mordida abierta)
- f) Babeo. (Lopez, 2009)

1.4.3.4. Medidas de higiene oral

- a) Implicar a familiares y cuidadores
- b) Cepillo eléctrico o manual adaptado
- c) Pasta dentífrica fluorada
- d) Tartrectomías periódicas
- e) Consejo dietético. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

1.4.4. Autismo

1.4.4.1. Definición:

Se trata de un deterioro del crecimiento y el desarrollo del cerebro o del sistema nervioso central. Caracterizado por la interacción social y deterioro de la comunicación, y por un comportamiento restringido y repetitivo. Estos signos comienzan antes que un niño tenga tres años de edad. (Ganem, 2011)

1.4.4.2. Aspectos Generales

- a) Aislamiento en su propio mundo
- b) Coeficiente intelectual por debajo de 70

- c) Evitan el contacto visual
- d) Alteraciones del lenguaje
- e) Comportamiento antisocial
- f) Acciones repetitivas
- g) Insensibilidad al dolor. (Lopez, 2009)

1.4.4.3. Aspectos Orales

- a) Caries y enfermedad periodontal prevalencia es similar a la de la población general)
- b) Bruxismo
- c) Traumatismos orales (autolesiones). (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

1.4.4.4. Medidas de higiene oral

- a) Implicar a familiares y cuidadores
- b) Si hay intolerancia a ruidos y vibraciones, no se recomienda el cepillo eléctrico
- c) Clorhexidina (colutorio, spray o gel)
- d) Educación en higiene oral (pictogramas)
- e) Consejo dietético. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

1.4.5. Epilepsia

1.4.5.1. Definición:

La epilepsia es una condición caracterizada por dos o más crisis epilépticas recurrentes no provocadas por una causa identificada de manera inmediata o aguda. Las crisis que ocurren en el transcurso de 24 horas y el estado epiléptico se consideran como un solo evento epiléptico. (Carrizosa, 2009).

1.4.5.2. Aspectos Generales

- a) Cambios del nivel de conciencia
- b) Alteración o pérdida del control muscular
- c) Convulsiones y contracciones musculares violentas. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

1.4.5.3. Aspectos Orales

Consecuencia de las convulsiones:

- a) Hematomas subcutáneos periorbitales
- b) Laceraciones, hematomas o fracturas de huesos faciales
- c) Fracturas, desvitalización, subluxación o pérdida de dientes
- d) Subluxación de la ATM (salida del cóndilo mandibular de la cavidad glenoidea)
- e) Laceraciones en la lengua o en la mucosa bucal

Efectos secundarios del tratamiento farmacológico:

- a) Hipertrofia gingival
- b) Úlceras (carbamazepina)
- c) Petequias en el paladar (valproato). (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

1.4.5.4. Medidas de higiene oral

- a) Implicar a familiares y cuidadores
- b) Clorhexidina (colutorio, spray o gel)
- c) Tartrectomías periódicas (reducen la hiperplasia gingival)
- d) Consejo dietético. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

1.4.6. Distrofias Musculares

1.4.6.1. Definición

La distrofia muscular se refiere a un grupo de más de 30 enfermedades genéticas que causa debilidad y degeneración progresivas de los músculos esqueléticos usados durante el movimiento voluntario. La palabra distrofia deriva del griego dis, que significa "difícil" o "defectuoso," y trof, o "nutrición." Estos trastornos varían en la edad al inicio, gravedad, y patrón de músculos afectados. (NINDS, 2009)

1.4.6.2. Aspecto Generales

- a) Aparición más frecuente en la infancia
- b) Marcha de pato y severa lordosis lumbar

- c) Debilidad muscular generalizada
- d) Pseudohipertrofia muscular
- e) Precisan silla de ruedas antes de la pubertad
- f) Cardiomiopatía, afectación respiratoria y deterioro intelectual. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

1.4.6.3. Aspectos orales

- a) Miopatía facial (hipotonía, patrón dolico, boca abierta)/
- b) Retraso en la erupción dentaria
- c) Maloclusión
- d) Medidas cefalométricas alteradas
- e) Reflejos protectores disminuidos
- f) Estado oral deteriorado. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

1.4.6.4. Medidas de higiene oral

- a) Implicar a familiares y cuidadores
- b) Cepillo eléctrico
- c) Clorhexidina (colutorio, spray o gel)
- d) Educación en higiene oral
- e) Consejo dietético. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

1.4.7. Ceguera y deficiencia visual

1.4.7.1. Definición.-

Ceguera.- Bajo este concepto se encuadra a aquellas personas que no tienen resto visual o que no le es funcional. Se trata de personas que no perciben luz o si la perciben no pueden localizar su procedencia. (Gil, Gonzales, Gomez, Polo, & Castro, 2009)

Deficiencia visual.- Pueden distinguir algunos objetos a una distancia muy corta, aunque con gran dificultad

1.4.7.2. Aspectos Generales

- a) Condicionados por su patología de base (ej. diabetes)

1.4.7.3. Aspectos Orales

- a) Higiene oral deficiente (adultos)
- b) Incapacidad para detectar enfermedades orales precozmente.

1.4.7.4. Medidas de higiene oral

- a) Cepillo eléctrico
- b) Programas educacionales sobre salud oral específicos para este colectivo.
(Perez, Limeres, & Javier, 2012)

1.4.8. Sordera y deficiencia auditiva

1.4.8.1. Definición

Es la pérdida o anormalidad de una función anatómica y/o fisiológica del sistema auditivo, y tiene su consecuencia inmediata en una discapacidad para oír, lo que implica un déficit en el acceso al lenguaje oral. (FIAPAS, 2009)

1.4.8.2. Aspectos Generales

- a) Condicionado por la enfermedad de base

1.4.8.3. Aspectos Orales

- a) No hay manifestaciones orales específicas que se puedan atribuir a la sordera, pero existen diferencias significativas en base a la coexistencia de enfermedades sistémicas y al grado de desarrollo intelectual.

1.4.8.4. Medidas de higiene oral

- a) Cepillo manual o eléctrico
- b) Programas educacionales sobre salud oral específicos para este colectivo.
(Perez, Limeres, & Javier, 2012)

CAPÍTULO II

2. Factores de riesgo

El concepto epidemiológico de riesgo implica la probabilidad que tiene un individuo (riesgo individual) de desarrollar una enfermedad determinada, un accidente o un cambio en su estado de salud en un período específico y en una comunidad dada, con la condición de que no enferme o muera de otra causa en ese período. (Rodríguez, 2009)

Los factores de riesgo (o criterios de riesgo) son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado; ellos no son necesariamente las causas (o la etiología necesaria), solo sucede que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en los grupos y en la comunidad total. (Rodríguez, 2009)

Los pacientes discapacitados constituyen un grupo poblacional con factores de riesgo que los predisponen a las enfermedades buco-dentales y que podrían ser evitables con la aplicación de medidas preventivas. (Marulanda, Bentacur, Espinoza, Gomez, & Tapias, 2011)

2.1. Nivel Socioeconómico

2.1.1. Definición

“El nivel socioeconómico es el lugar que se le da a una persona en la sociedad según sus ingresos, egresos y costumbres”. (Cano, y otros, 2009)

El estado socio-económico y la escolaridad de los padres influyen directamente en la salud oral del paciente discapacitado, lo cual se demuestra en un estudio realizado entre niños con síndrome Down en Riad, donde el mayor porcentaje de hijos de madres analfabetas usaban solo agua como

método de limpieza de sus dientes, lo que evidencia que el estado de higiene oral se deteriora cuando los ingresos disminuyen. (Marulanda, Bentacur, Espinoza, Gomez, & Tapias, 2011)

2.1.2. Tipos de nivel socioeconómico

Metodología de Graffar

Es un método utilizado para clasificar socio-económicamente a la sociedad. Para resolver los problemas de la constitución familiar y su sustento, es decir, de quienes se hacen responsables del núcleo familiar (padre y la madre). Creado por el Belga Marcel Graffar, un especialista de la estratificación y modernizado por el Dr. Hernán Méndez Castellano. (Alfonzo, 2012)

Se utiliza para:

- a) Conocer los problemas básicos de la sociedad respecto a la educación, alimentación y condiciones de vivienda.
- b) Clasificar a la sociedad según sus problemas y necesidades socio-económicas
- c) Transformar una realidad de acuerdo a las posibles soluciones que preste el profesional a quien necesite el estudio socio-económico

En la fase de evaluación, se le atribuye a cada familia observada una puntuación para cada uno de los cuatro criterios que son: la profesión del padre, nivel instrucción, fuentes de ingreso y condiciones de alojamiento y en una segunda fase de evaluación se obtiene la escala que la familia ocupa en la sociedad basado en la suma de estas puntuaciones. Las familias con los estratos más altos (I y II) pertenecen al más alto nivel de bienestar, mientras que las familias en pobreza relativa y pobreza extrema o crítica pertenecen a los estratos más bajos (IV y V). (Alfonzo, 2012)

TOTAL	ESTRATO SOCIAL	RESULTADO
4-6	I: <i>ALTO</i>	
7-9	II: <i>MEDIO ALTO</i>	
10-12	III: <i>MEDIO</i>	
13-16	IV: <i>POBREZA RELATIVA</i>	
17-20	V: <i>POBREZA CRÍTICA</i>	

2.2. Nivel Cultural

La cultura odontológica es el conjunto de conocimientos básicos de salud bucal, que posee una persona o sociedad como resultado de haber asistido a pláticas, estudiado, leído o haberse relacionado con personas dentro del área de odontología, abarcando también sus costumbres, tradiciones y hábitos bucales. (Cano, y otros, 2009)

La discapacidad es un problema de salud pública que afecta no solo al individuo que la padece sino también a su entorno familiar, en efecto, se calcula que por cada persona con discapacidad, al menos 4 individuos más se verán directamente implicados en el problema. (Morales, 2012)

Tan y Rodríguez en el año 2001 concluyeron que para realizar mejores tratamientos bucales en pacientes discapacitados se requiere el apoyo de la familia de tal manera que el padre o madre de familia se comprometa y se responsabilice de la higiene bucal de su niño con discapacidad, para obtener una mejor salud bucal. (Garces & Di Nasso, 2012)

Dentro de las Causas de los problemas de Salud Bucal en niños Discapacitados podemos citar:

- a) **Déficit en la calidad y frecuencia de higiene:** la limitación física o la deficiencia intelectual hacen de este aspecto una situación muy difícil de abordar en estos pacientes. Miedo de los padres para realizar el cepillado.

b) **Falta de asesoramiento dietético:** Hábitos alimentarios inadecuados, consumo excesivo de carbohidratos, alimentos de consistencia blanda y poca ingestión de líquidos.

c) **Ingesta de ciertos medicamentos aumentan el riesgo de enfermedades dentales:** el consumo prolongado de jarabes azucarados, hidantoínas (asociado a hiperplasias gingivales), sedantes, barbitúricos y antihistamínicos hacen disminuir la secreción salival, con lo que disminuye la acción protectora de la saliva. Es importante la higiene posterior a su uso.

d) **Malformaciones orofaciales:** hiperplasias, apiñamientos o alteraciones funcionales (respirador oral, bruxismo) dificultan el adecuado control de la placa bacteriana. (Garces & Di Nasso, 2012)

2.2.1. Frecuencia de cepillado

Según (Lindhe & Lang, 2009) es la cantidad de veces que el paciente realiza su cepillado diario. Por lo general se recomienda al paciente cepillar los dientes dos veces al día, no solo para eliminar la placa sino también para aplicar flúor mediante el uso del dentífrico con el propósito de prevenir las caries.

Desde el punto de vista teórico el nivel apropiado de higiene bucal es el grado de eliminación de la placa que previene la gingivitis/ enfermedad periodontal y la caries en cada paciente. La prevención de la inflamación gingival es importante porque el estado inflamatorio de los tejidos blandos también favorece la acumulación de placa. (Lindhe & Lang, 2009).

2.2.2. Visitas al Odontólogo

Se recomienda visitar al dentista con regularidad, con ello se evitar en el futuro numerosos problemas desagradables.

Durante un chequeo dental se examina la boca, dientes, encía y se puede diagnosticar. Generalmente una visita dental incluye limpieza profesional de los dientes y reparación de cualquier caries que se haya desarrollado. En la cita

odontológica se buscaran signos de otros problemas de salud como el cáncer de la boca. (Martinez, 2010)

Es importante adquirir el hábito de visitar al dentista al menos una vez al año, y mejor desde una edad temprana. (Martinez, 2010)

CAPÍTULO III

3. Problemas orales más frecuentes

Las personas con al algún tipo de discapacidad suelen tener complicaciones orales. Los problemas que experimentan para comer, especialmente para masticar, y la dificultad que presentan para mantener una higiene oral adecuada, hacen que sus dientes sean extremadamente susceptibles a la caries y que sus encías tengan tendencia a inflamarse. En consecuencia, el cuidado dental rutinario cobra una especial relevancia. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

- a) No existen enfermedades orales que sean exclusivas de los pacientes con discapacidad.

3.1. Caries Dental

La caries es una enfermedad crónica, multifactorial, casi siempre de progreso lento. No es una enfermedad autolimitante, ocasionalmente se detiene (inactiva) y de no intervenir oportunamente, destruye por completo los dientes. (Bordoni, Escobar, & Castillo, 2010)

Las personas con discapacidad severa suelen presentar un elevado número de caries, que en este colectivo puede estar particularmente relacionado con las dificultades de provisión del cuidado de salud oral y de acceso al tratamiento odontológico, y en ocasiones con el contexto socio-económico. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

Debido a la falta de higiene, al tipo de dieta que suelen tener estos pacientes y a la falta de visitas control al odontólogo, la caries dental suele ser la patología más prevalente en las poblaciones de pacientes con discapacidad, principalmente en los grupos de pacientes ciegos, sordomudos y con parálisis cerebral. (Morales M. , Atencion Odontologica en pacientes especiales: una realidad creciente, 2012)

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

- a) La xerostomía secundaria al consumo de ansiolíticos y fármacos anticolinérgicos.
- b) El consumo de fármacos que incorporan vehículos azucarados
- c) Dietas especiales, incluyendo aquellas que requieren ingestas frecuentes.
- d) Hipotonía de las mejillas, labio o lengua.
- e) Disfunción motora de manos y brazos.
- f) Desmotivación debido a la percepción continúa de enfermedad.

El control y la prevención de la caries, entendidos como la toma de decisiones y estrategias de tratamiento preventivo y restaurador, exigen iniciativas tanto individuales como colectivas, a fin de controlar la aparición y el desarrollo de la enfermedad. El control de la caries debe consistir básicamente en informar y motivar al paciente/cuidadores, consejo dietético, instrucciones sobre el cepillado y recomendaciones individualizadas. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

3.1.1. Índice de Caries dental

3.1.1.1. *INDICE CPO-D*

El índice CPOD fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Maryland, EUA, en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados.

Índice CPOD, significa el promedio de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados. Se utiliza para obtener una visión global de cuánto ha sido afectada la dentición por enfermedades dentales. Se calcula con base en 28 dientes permanentes, excluyendo los terceros molares. Dicho índice se

obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, incluidas las extracciones indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo cual es un promedio. (Aguilar, Navarrete, Robles, Aguilar, & Rojas, 2009).

Se consideran sólo 28 dientes y es el más utilizado y difundido de los indicadores de caries dental que refleja la presencia de caries en la dentición permanente.

Su valor constituye un promedio que se calcula de la siguiente manera:

$$CPOD = \frac{N^{\circ} \text{ de dientes cariados + perdidos + obturados}}{N^{\circ} \text{ de niños examinados}}$$

3.1.1.2. INDICE ceo-d

Es el Índice CPO adoptado por Gruebbel para dentición temporal en 1944. Es la sumatoria de dientes temporales Cariados con indicaciones de extracción y obturados. Aquí no se consideran los dientes ausentes y la obturación por medio de una corona se considera diente obturado.

La OMS establece niveles de severidad de prevalencia de caries, según los siguientes valores: CPOD – ceod:

- 0 - 1.1 Muy Bajo
- 1.2 - 2.6 Bajo
- 2.7 - 4.4 Moderado
- 4.5 - 6.5 Alto
- 6.6 y + Muy Alto. (Ojeda, Acosta, Duarte, Mendoza, & Meana, 2009)

3.2. Enfermedad Periodontal

Según (Morales, M 2012) la enfermedad periodontal es una patología infecciosa crónica y multifactorial donde ocurre una progresiva destrucción de los tejidos de soporte de las estructuras dentales.

El desarrollo de la enfermedad periodontal está dado inicialmente por la presencia de placa dental, pero existen factores de riesgo de tipo inmunológico, hormonal y celular que pueden conducir a una evolución más rápida o agresiva. Los pacientes que presentan algún tipo de discapacidad, tienen una predisposición mayor a desarrollar enfermedad periodontal, principalmente en algunas como la neutropenia severa congénita, la agranulomatosis infantil genética, el síndrome de Chediak-Higashi, el Síndrome de Down y el Síndrome de Papillon-Lefevre. En el resto de las discapacidades la predisposición esta aumentada igualmente por la falta de higiene en el paciente. (Nualart, Morales, & Silvestre, 2009).

La gingivitis es un proceso inflamatorio de las encías de carácter reversible, sin migración apical del epitelio de inserción y que por lo tanto no altera sustancialmente el tejido de soporte del diente. La periodontitis por su parte es un proceso inflamatorio que afecta a los tejidos de soporte del diente, y se caracteriza por la migración apical de la inserción epitelial, y la destrucción progresiva del ligamento periodontal y del hueso alveolar. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

Las medidas necesarias para un buen control de la salud gingival incluyen una adecuada higiene oral domiciliaria, valorar la administración rutinaria de antisépticos bucales y las visitas regulares al dentista. Hay que tener presente las limitaciones de cada paciente, especialmente la habilidad manual, adaptando si es preciso el cepillo de forma individualizada y aplicando técnicas de cepillado específicas. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

3.2.1. Índice de higiene oral simplificado

Es necesario determinar el grado de higiene bucal por medio del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) de GREENE Y VERMILLION.

Procedimiento:

a. Dientes a examinar.- Se divide la boca en seis partes (sextante) y se revisan seis dientes específicos, uno por cada sextante. Para la revisión de los

dientes se requiere que se encuentren completamente erupcionados para calcular adecuadamente la presencia de detrito o cálculo, en caso contrario, si los dientes no están completamente erupcionados, no se revisarán esos dientes. (Mera, 2011)

b. Número de superficies.- Se evalúan únicamente seis superficies, una de cada diente seleccionado para el IHOS.

c. Puntuación.- El IHOS tiene un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 6, contabilizando detritos y cálculo.

Selección de los dientes y las superficies

a. Secuencia.- Se revisa siguiendo la secuencia 16, 11, 26, 36, 31 y 46, para valorar detritos y cálculo. Las superficies dentales se examinan del borde incisal a cervical con el explorador procurando revisar toda la superficie. La puntuación debe reflejar la estimación de toda la superficie, incluida el área proximal de las zonas de contacto. En la dentición temporal se examinan las caras vestibulares de las piezas 55, 51, 65, y las linguales de las piezas 75, 85 y la 81. (Mera, 2011)

b. Identificación de los dientes y superficies específicos

1. Segmentos superiores.- Revise las superficies vestibulares de los primeros molares y el central derecho. Si no estuviesen presentes los primeros molares o se encuentre restaurado con una corona total sustitúyalos por el segundo o el tercer molar. En el caso del central se podrá sustituir por el otro central. OJO si no se encuentran los dientes temporales seleccionados no hay sustitutos. (Mera, 2011)

2. Segmentos inferiores.- Se explora la superficie bucal del central izquierdo, en el caso de los primero molares se revisarán las superficies linguales. De no encontrarse alguno de los dientes, se realiza la sustitución de la misma forma mencionada anteriormente. (Mera, 2011)

c. Exclusión

Segmentos posteriores. Si no se encuentra ningún molar (ya sea por ausencia o por restauración con coronas) se deberá excluir ese segmento en la revisión.

Segmentos anteriores. Si no se encuentra ningún central (ya sea por ausencia o por restauración con coronas) también se deberá excluir.

En caso de los dientes temporales no tienen sustitutos.

Registro de detritos: Los detritos se definen como la materia suave adherida al diente, formada por mucina, bacterias así como los restos alimenticios. En el cuadro se describen los criterios clínicos establecidos para obtener el índice de detritos. (Mera, 2011)





<i>Criterios para establecer el grado de detritos</i>		
Valor	Criterio	Signo clínico
o Código		
0	Ausencia de detritos o mancha extrínseca en la superficie examinada	
1	Presencia de detritos cubriendo no más de 1/3 de la superficie del diente, o ausencia de detritos, más presencia de mancha extrínseca	
2	Presencia de detritos cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie examinada; podrá haber o no presencia de mancha extrínseca	
3	Presencia de detritos cubriendo más de 2/3 de la superficie examinada; podrá haber o no la presencia de mancha extrínseca	

Tabla 2: Criterios para establecer el grado de detritos

Fuente: Mera Luis, 2011, Índice de higiene oral simplificado comparativo entre niños y niñas de 6 a 12 años de edad, de la escuela fiscal "HIMMELMAN" y la unidad educativa particular "Héroes del Cenepa" del cantón Cayambe de la provincia de pichincha

Registro de cálculo dentario. Utilice un explorador para estimar el área cubierta por depósitos de cálculo supragingival e identifique los depósitos subgingivales con el explorador o la sonda periodontal. En el cuadro se

describen los criterios establecidos para obtener el índice de cálculo dentario. (Mera, 2011)

Criterios para establecer el grado de cálculo

Criterios para establecer el grado de cálculo





Valor	Criterio	Signo clínico
0	Ausencia de cálculo supragingival	
1	Presencia de cálculo supragingival cubriendo no más de 1/3 de la superficie examinada	
2	Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie examinada o bien presencia de pequeñas porciones de cálculo subgingival	
3	Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 2/3 de la superficie examinada o bien una faja continua de cálculo subgingival a lo largo de la región cervical del diente	

Tabla 3: Criterios para establecer el grado de cálculo

Fuente: Mera Luis, 2011, Índice de higiene oral simplificado comparativo entre niños y niñas de 6 a 12 años de edad, de la escuela fiscal "HIMMELMAN" y la unidad educativa particular "Héroes del Cenepa" del cantón Cayambe de la provincia de pichincha

Obtención del índice. Para calcular este índice debe registrarse por lo menos dos sextantes. El promedio de detritos bucales se obtiene sumando los valores encontrados y dividiendo entre las superficies examinadas. El mismo método se utiliza para obtener el promedio del cálculo dentario. El IHO-S se los obtiene de la sumatoria del índice de restos o placa bacteriana simplificado (IR-S) y el índice de cálculo simplificado (IC-S), dividido para 2

$$IHO - S = \frac{IR - S + IC - S}{2}$$

Los resultados obtenidos se valorarán bajo los siguientes rangos:

a) *Bueno*:1.2

- b) *Regular*: 1.3 – 3.0
- c) *Malo*: 3.1- 6. (Mera, 2011)

3.3. Halitosis (mal aliento, mal olor bucal)

Halitosis es el término empleado para describir el aliento desagradable producto de factores fisiológicos o patológicos, de origen bucal o sistémico. (Velasquez & Blanco, 2009).

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

- a) Gingivitis
- b) Periodontitis
- c) Abscesos dentales
- d) Alveolitis secas (después de una exodoncia)
- e) Sinusitis
- f) Amigdalitis

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

- a) Diabetes
- b) Problemas pulmonares
- c) Insuficiencia renal severa
- d) Enfermedad hepática
- e) Alteraciones psiquiátricas.

El abordaje de la halitosis incluye el tratamiento de la causa, el consejo dietético y una higiene oral adecuada, incorporando la limpieza de la lengua y

las mucosas, y valorando la conveniencia del uso rutinario de antisépticos. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

3.4. Traumatismos

El traumatismo dental es quizás uno de los accidentes más dramáticos que le suceden a un individuo, y su frecuencia en la clínica odontológica es cada día mayor, y en odontopediatría es aún más evidente, puesto que la incidencia de lesiones dentarias precisamente es mayor en la niñez y en la adolescencia. (Crespo, Pelaez, Coro, & Afre, 2009).

Los traumatismos dentales son habituales en las personas con alteraciones de la coordinación motora, con epilepsia y entre los discapacitados psíquicos severos como la oligofrenia el delirio (común en diversos cuadros psicóticos y la demencia (detectable en el 50% de las personas mayores institucionalizadas). (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

La complicación más frecuente del traumatismo dental es la fractura de la corona especialmente en la dentición permanente. Si la fractura es pequeña (menos de un cuarto del total) o el fragmento dentario no está desplazado el paciente debe visitar al dentista en el plazo de 24 horas desde el momento del traumatismo. Si por el contrario el fragmento fracturado es grande debe sumergirse en leche suero fisiológico o agua y se tiene que acudir al dentista a la mayor brevedad posible, ya que en algunas circunstancias (si está íntegro, es adaptable, incluye esmalte y dentina, y no tiene caries) puede restituirse a su posición original. Es conveniente que el paciente muerda una gasa estéril para proteger la zona de fractura y evite las comidas. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

Otra consecuencia común de los traumatismos es la avulsión dentaria, que consiste en la salida de un diente íntegro de su alojamiento en el hueso alveolar y que interesa sobre todo a los incisivos centrales superiores. (Crespo, Pelaez, Coro, & Afre, 2009)

3.5. Atricción, erosión y bruxismo

3.5.1. Atricción:

La atricción es el desgaste fisiológico de los tejidos duros dentarios por el contacto diente-diente, sin interposición de sustancias, elementos extraños, juntos o por separado.

Es más intensa en la dentición temporal y durante la etapa de crecimiento para facilitar la libertad de movimientos de los maxilares y el ajuste oclusal, aunque en menor grado continúa durante toda la vida. La atricción puede ser patológica cuando se expone la dentina y en consecuencia se acelera la pérdida de tejido dentario (más común en personas de edad avanzada). Sigue un patrón característico que afecta especialmente a las superficies coronarias incisales oclusales e interproximales. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

Se han descrito algunos factores que condicionan el ritmo de atricción como la dureza de la dieta, determinadas características de la saliva, la mineralización irregular de los dientes (como ocurre en la dentinogénesis imperfecta o en el síndrome de Ehlers-Danlos) y la tensión emocional (especialmente en personas con discapacidad psíquica). (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

3.5.2. Erosión:

Es el proceso de destrucción gradual de una superficie por procesos electrolíticos o químicos. Se entiende por erosión dental la pérdida de tejidos mineralizados dentarios por procesos químicos que no incluye la acción de microorganismos.

La erosión dental es causada por factores extrínsecos e intrínsecos.

Factores extrínsecos:

- a) **Ácidos exógenos:** son de procedencia ocupacional por ejemplo los que afectan a los trabajadores de fábricas de baterías (ácido sulfúrico), fertilizantes, industrias químicas (ácido clorhídrico)
- b) **Medicamentos:** hay evidencia que demuestran que se generan erosiones en el consumo de vitamina C, pastillas de nitroglicerina, ácido acetilsalicílico, antidepresivos, diurético, hipotensores, medicamento que utilizan las personas asmáticas puesto estos disminuyen la cantidad de saliva, por lo que se ve afectada la posibilidad de remineralización y neutralización ante la presencia de un elemento ácido. (Cuniberti & Nélide, 2009)
- c) **Dietéticos:** Es un factor muy importante en la formación de estas lesiones; una dieta ácida colabora en la disolución del esmalte

Factores intrínsecos:

Pueden ser somáticos o involuntarios o psicósomáticos o voluntarios.

- a) Factores somáticos o involuntarios: figura la presencia del jugo gástrico en boca, que puede ser por regurgitación o por vómito. Las condiciones que permiten el reflujo son: la relajación incompleta del esfínter esofágico inferior, las alteraciones anatómicas de la unión gastroesofágica, como por ejemplo la hernia hiatal o la presencia de un esfínter hipotenso. Además se presenta en el embarazo, el alcoholismo y úlceras.
- b) Factores psicósomáticos o voluntarios: aparecen los disturbios alimentarios, como la anorexia y la bulimia. (Cuniberti & Nélide, 2009)

3.5.3. Bruxismo

El bruxismo es definido como una actividad parafuncional que consiste en el apretamiento y frotamiento excesivo de los dientes entre sí en forma rítmica y que conduce al desgaste de una o más piezas dentarias.

En su presentación nocturna predomina el frotamiento, por lo que el ruido es la principal característica, mientras que en el bruxismo diurno el apretamiento

es el hallazgo más destacado. Aunque puede persistir a lo largo de toda la vida, suele tener carácter intermitente, generalmente asociado a factores emocionales o psicológicos. Se ha sugerido que el bruxismo refleja una interacción multifactorial de variables anatómicas, fisiológicas y psicológicas. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

Entre los factores etiológicos que pueden condicionar la aparición del bruxismo, destacan los de origen genético (como ocurre en el síndrome de Rett) y los de carácter local (como los factores oclusales). El bruxismo es común en discapacitados psíquicos (por ejemplo en el síndrome de Down) y en diversos desórdenes psiquiátricos. (Perez, Limeres, & Javier, 2012).

3.6. Xerostomía

“La xerostomía, es la disminución o pérdida de saliva en la cavidad bucal, debido a una disminución en su producción o a un aumento de su consumo” (Troya, Martínez, Padilla, & Rodríguez, 2014).

“La escasez de saliva puede condicionar la nutrición y la deglución, prolongando la retención de los alimentos en la boca, y favoreciendo la aparición de caries, enfermedad periodontal e infecciones orales”. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

El tratamiento consiste básicamente en estimular la salivación y o en recurrir a los sustitutos salivales. Los principales estimulantes salivales son:

- a) Chicles sin azúcar.
- b) Caramelos sin azúcar
- c) Fármacos colinérgicos (sialagogos), como la pilocarpina.

Los sustitutivos de la saliva suelen tener una eficacia limitada. Los naturales, como pequeños sorbos de agua o cubitos de hielo, son a menudo más efectivos que los sustitutos sintéticos, que presentan variaciones importantes en cuanto al contenido en flúor, al pH y al grado de aceptación por parte del paciente. Los principales representantes de los sustitutos salivales sintéticos son:

- a) Mucina, que puede combinarse con xilitol y o flúor
- b) Glicerina combinada con xilitol, glucosa oxidada y/o lactoperoxidasa
- c) Carboximetilcelulosa. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

3.7. Babeo

El babeo o incontinencia salival normalmente se asocia a una disfunción de la actividad motora oral, a una incapacidad para tragar, a un déficit del esfínter oral y con menor frecuencia a un incremento de la producción de saliva (hipersalivación). Es un problema bastante frecuente en personas discapacitadas entre ellas: parálisis cerebral, retraso mental, epilepsia, enfermedad de Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica, etc.) (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

En los niños con parálisis cerebral y/o retraso mental las principales causas del babeo son una disfunción de la deglución y un sellado labial pobre. La falta de coordinación muscular al iniciarse el reflejo de la deglución y la ineficacia de los movimiento linguales, dificultan el paso de la saliva desde la boca a la orofaringe, provocando el babeo. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

Muchos niños con parálisis cerebral tienen dificultad para controlar la saliva. El babeo varía en cuanto a la gravedad y puede ser angustiante para los niños, las familias y los cuidadores. El babeo excesivo puede causar que la ropa esté constantemente húmeda y sucia, olor desagradable, piel irritada, agrietada o dolorida alrededor de la boca y el mentón, infecciones en la piel y la boca, deshidratación, dificultades para masticar e interferencia en el habla. También existe el riesgo de rechazo y aislamiento social de estos niños. (Waishe, Smith, & Pennington, 2014)

En los casos severos puede incluso precipitar situaciones de deshidratación y facilitar la aparición de infecciones. El babeo exige también un incremento de cuidados en estos pacientes, que deben cambiar su ropa y los baberos protectores varias veces al día, y en ocasiones llevar de forma permanente una toalla alrededor del cuello. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

Se han propuesto diversos tratamientos encaminados a paliar el problema de la hipersecreción salival y/o el babeo, que van desde técnicas de reeducación motora y fisioterapia, hasta procedimientos quirúrgicos radicales o radioterapia. Entre los posibles recursos farmacológicos destacan los anticolinérgicos (bromuro de propantelina, escopolamina o glicopirrolato) y las inyecciones intraglandulares de toxina botulínica. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

3.8. Maloclusión

Dentición Permanente

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

a) La clase I o normoclusión, en la que la cúspide mesiovestibular del primer molar superior contacta con el surco vestibular del primer molar inferior. En estas personas la relación intermaxilar es normal, pero pueden existir malposiciones dentarias que generalmente afectan a los dientes del sector anterior, como apiñamiento, diastemas, mordida abierta, mordida cruzada o caninos elevados. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

b) La clase II o distoclusión, en la que el primer molar inferior se sitúa por distal del superior. A su vez se divide en división primera, en la que destaca el resalte del grupo incisivo superior -como ocurre típicamente en los pacientes con parálisis cerebral- y en división segunda, en la que el hallazgo predominante es la sobremordida -como ocurre en los síndromes que cursan con hipoplasia mandibular. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

c) La clase III o mesioclusión en la que el primer molar inferior se sitúa por mesial del superior. Estos pacientes suelen tener mandíbulas grandes y maxilares superiores pequeños; esta alteración se denomina prognatismo

mandibular y en la población general tiene un cierto componente genético. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

Existen diversas determinaciones genéticas que favorecen el desarrollo de maloclusiones en la mayoría de los pacientes con discapacidades físicas y psíquicas. Debido a la falta de masticación, los pacientes autistas suelen presentar apiñamiento dentario, los pacientes con Parálisis Cerebral Infantil desarrollan mordidas abiertas anteriores severas. Por otro lado, los niños con síndrome de Down presentan maxilares hipoplásicos, con la consecuente disminución en el desarrollo del paladar, el cual suele ser profundo. El maxilar superior por lo general es más pequeño que el inferior, dando origen a ciertas maloclusiones, siendo la más común la Clase III de Angle, donde la mandíbula se ubica por delante del maxilar superior. En segunda posición se hallan las mordidas clase I de Angle, con apiñamiento, mordida abierta anterior o cruzada lateral asociada; siendo la oclusión clase II la menos común en ellos. (Morales, 2012).

Algunas malposiciones dentarias como el apiñamiento pueden dificultar la higiene oral, comprometiendo especialmente los espacios interproximales y favoreciendo el acúmulo de placa. Las maloclusiones por su parte pueden conllevar importantes limitaciones funcionales condicionando potencialmente actividades tan importantes como la respiración, la deglución y la dicción, así como estáticas limitando en ocasiones la autoestima y dificultando las relaciones sociales, por lo que estos pacientes deben ser evaluados por un dentista, ya que la discapacidad no constituye una contraindicación absoluta para el tratamiento ortodóncico. (Perez, Limeres, & Javier, 2012).

Dentición Decidua

Plano terminal recto: Este plano se refiere a que ambos planos están en un mismo nivel formando una línea recta.

La cúspide mesiovestibular del segundo molar superior primario ocluye en la cúspide mesiovestibular del segundo molar inferior primario, haciendo que las caras distales de ambos molares formen una línea recta.

Escalón mesial: Cuando el plano del segundo molar inferior primario está por delante del segundo molar superior primario formando un escalón hacia mesial. La cúspide mesiovestibular del segundo molar superior primario ocluye en el surco principal bucal del segundo molar inferior primario.

Escalón distal: Cuando el plano del segundo molar inferior primario esta por detrás del segundo molar superior primario formando un escalón hacia distal. Cuando el plano del segundo molar inferior primario esta por detrás del segundo molar superior primario formando un escalón hacia distal. (Martinez J. , 2010)

CAPÍTULO IV

4. Cuidados orales en personas con discapacidad

La placa bacteriana constituye el factor etiológico fundamental de las dos enfermedades bucodentales de mayor prevalencia: la caries y la enfermedad periodontal por lo que el control de la placa bacteriana mediante métodos mecánicos y químicos es la principal medida preventiva de la que disponemos para el control de ambas enfermedades.

Se puede definir la placa dental como una masa blanda, tenaz y adherente de colonias bacterianas que se deposita sobre la superficie de los dientes, la encía y otras superficies bucales (prótesis, material de restauración, etc.) cuando no se practican métodos de higiene bucal adecuados. (Poyato, Segura, Rios, & Bullon, 2009).

4.1. Control mecánico de la placa

4.1.1. El cepillo de dientes

Si bien existen diversos instrumentos para la remoción mecánica de la placa bacteriana el más efectivo es el cepillo de dientes. El cepillo ideal debe ser eficaz en la eliminación de la placa pero sin dañar los tejidos orales blandos ni duros. El cepillo dental es el instrumento más eficaz para la eliminación de la placa bacteriana. Los factores que intervienen en la eficacia del cepillado son la habilidad manual, el tiempo y sobre todo la motivación. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

4.1.2. Cepillos y aditamentos especiales

Existen cepillos especialmente diseñados para personas con discapacidad, pero también podemos encontrar fórmulas para adaptar cepillos convencionales. Se han comercializado algunos cabezales con morfologías particulares, para facilitar un mayor arrastre de la placa bacteriana en un menor tiempo. Por ejemplo, las cerdas de los cepillos Collis-Curve® y Dr.Barman's

Superbrush® recorren simultáneamente las superficies dentarias oclusal, lingual y vestibular. Ambos están especialmente indicados para personas con dificultades de aprendizaje, cuando los cuidadores tienen problemas para el acceso y limpieza de las superficies dentarias con un cepillo de dientes convencional, y para personas con discapacidades físicas bien por limitaciones de los movimientos de las manos o bien porque se fatigan pronto como ocurre en pacientes con esclerosis múltiple o enfermedad de Parkinson. (Perez, Limeres, & Javier, 2012).

Los mangos también tienen diseños originales que buscan facilitar la aprehensión. Por ejemplo, los mangos con cinta de Velcro®, apropiados para personas con movilidad reducida; la cinta puede ajustarse a diferentes tamaños de mano y es adaptable para ambas manos. El mango de caucho es más ergonómico y el de silicona ranurada proporciona una sujeción más firme, ayudando en ambos casos a prevenir que el cepillo se escurra de la mano. Por último, el mango ergonómico comercializado por Tepe®, ofrece un agarre estable del cepillo dental a las personas con problemas articulares y o con discapacidad física. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

Elaboración de un cepillo individualizado

Además de las presentaciones comerciales y de las adaptaciones que hemos descrito, los mangos de los cepillos convencionales manuales y eléctricos pueden individualizarse en función de las necesidades del paciente, resultando esta técnica especialmente útil para personas con habilidad manual limitada (por ejemplo con parálisis cerebral o problemas articulares). Las fases de la elaboración de un mango de silicona son las siguientes:

- a) Se cogen cantidades similares de los dos componentes de una silicona pesada (base y catalizador) y se procede a mezclarlos.
- b) Cuando obtengamos una mezcla homogénea la colocamos en la mano del paciente pidiéndole que la sujete en su “posición natural”.
- c) A continuación, y antes de que se endurezca la silicona, insertamos el cepillo dental y lo posicionamos simulando la acción del cepillado.
- d) Esperamos a que se endurezca el material de impresión.

e) Comprobamos que el ajuste es correcto y que el paciente es capaz de manejar el cepillo para reproducir los movimientos del cepillado. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

Dedales con cerdas de silicona

Los dedales de silicona poseen una pequeña porción activa en la punta con cerdas muy suaves. Su empleo en lugar del cepillo convencional debe restringirse en lo posible a determinadas situaciones (por ejemplo pacientes que no toleran los cepillos o con movimientos incontrolados), puesto que sólo proporcionan un arrastre limitado de la placa bacteriana. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

Limpiador de mucosas

Diseñado básicamente para el cuidado oral de personas dependientes. Posee un tallo largo con una torunda en su extremo, que limpia la superficie de la lengua y de la mucosa oral de forma eficaz y sin dañarlas. La torunda puede impregnarse con agua, clorhexidina u otras soluciones antisépticas. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

Gasa

En algunos pacientes muy poco o nada colaboradores en los que no es posible realizar el cepillado con un cepillo de dientes convencional, puede recomendarse el uso de una gasa para eliminar los restos de comida, aunque su eficacia para la remoción de la placa bacteriana es menor que la que proporciona el cepillo. También podemos utilizar la gasa cuando el paciente no sabe o no puede enjuagarse ni escupir; en este caso se puede impregnar en un principio activo como flúor o un antiséptico, y después de escurrirla se frota de forma reglada por todas las superficies dentarias. (Perez, Limeres, & Javier, 2012).

4.1.3. Cepillado y dependencia

Cepillado Independiente

Concierne a los discapacitados psíquicos o físicos con limitaciones leves o moderadas (dependencia de Grado I), y en general a los pacientes que conservan sus habilidades de manipulación. Habitualmente se trata de personas que pueden deambular solas y mantenerse en pie ante el lavabo para cepillarse los dientes. Suelen ser autónomos para satisfacer sus necesidades personales y solamente precisan cierta atención para resolver dificultades puntuales. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

Aunque se cepillan los dientes de forma independiente, es necesaria la supervisión tanto en términos de frecuencia como de eficacia. Es imprescindible una fase de entrenamiento para enseñarles la técnica de cepillado durante unos días hasta que consigan un nivel aceptable; tras alcanzar este objetivo, se inicia la fase de mantenimiento y supervisión (Perez, Limeres, & Javier, 2012).

Instrucciones para el cepillado en grupo

- a) A la hora prefijada, todo el grupo (máximo 4 o 5 personas) se dirigirá al lugar elegido para llevar a cabo la sesión de cepillado. Será preciso que haya espacio para todos, y que disponga de un espejo de pared y lavabos.
- b) En el lugar designado estarán guardados los cepillos, convenientemente identificados cada uno cogerá el suyo y el cuidador les suministrará la pasta dentífrica.
- c) Los pacientes se situarán frente al espejo de modo que ellos mismos podrán comprobar la evolución de sus movimientos. El cuidador se colocará detrás de ellos y después de decretar el momento en el que deben empezar a cepillarse, los corregirá cuando sea necesario; para ello cogerá su mano desde atrás y guiará sus movimientos de forma correcta.
- d) Después de 2-3 minutos de cepillado, se enjuagarán la boca con agua. Con una periodicidad semanal, aunque susceptible de ser incrementada, se debe comprobar la eficacia del cepillado utilizando un revelador de placa

(pastillas de eritrosina o similar), lo que permitirá al cuidador corregir la técnica para insistir en las zonas donde persiste el acúmulo de placa.

e) Al finalizar, los pacientes limpiarán adecuadamente su cepillo y lo colocarán de nuevo en el lugar asignado a cada uno. Al igual que ocurre con los cepillos, es importante que los recipientes donde se almacenan los cepillos y los vasos para enjuagarse tengan marcas y/o colores identificativos, con el fin de evitar confusiones. (Perez, Limeres, & Javier, 2012).

Cepillado con ayuda parcial

Incluye a personas con discapacidad psíquica moderada-grave o con una limitación motora importante (dependencia de grado II). Generalmente estos pacientes no logran cepillar sus dientes de forma eficaz, y los que lo intentan en el mejor de los casos, consiguen eliminar la placa de las caras vestibulares de los dientes anteriores. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

Requieren una vigilancia muy estrecha y ayuda directa para realizar un cepillado correcto; lo mismo les sucede con el resto de las tareas cotidianas y para satisfacer las necesidades más elementales. El período de instrucción es prolongado y muchas veces los resultados son escasos. Es importante ser conscientes en todo momento de las limitaciones de estos pacientes y reforzar positivamente los pequeños progresos. Durante el período de aprendizaje e incluso en el de mantenimiento, es muy recomendable llevar a cabo demostraciones por parte del cuidador, tanto en su propia boca como en la del paciente, para que éste pueda observar e imitar sus movimientos. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

Instrucciones para el cepillado en grupo

Las sesiones de cepillado también pueden realizarse en grupo, siempre que no se exceda de 3 o 4 personas.

a) Todos los pacientes del grupo acompañados por el cuidador se dirigirán hacia el lugar acordado y se colocarán de forma adecuada para que puedan prestar atención a sus explicaciones.

b) En la fase de instrucción, después de preparar los cepillos con el dentífrico, el cuidador les entregará a cada uno el suyo y hará una demostración práctica, pudiendo en algunos casos recurrir para ello al paciente más aventajado. Esta demostración constará de las siguientes fases

- ✓ cómo sujetar el cepillo
- ✓ cómo colocarlo en la boca
- ✓ qué movimientos se deben realizar

Se invitará a cada paciente a repetir todos los pasos del proceso de forma individual, mientras los demás observan a su compañero.

a) A continuación se procederá al cepillado en grupo y si no es posible de forma individual. El cuidador procurará que mientras él ayuda a cada integrante del grupo, los demás mantengan la atención.

b) Una vez terminado el proceso, el cuidador proporcionará un revelador de placa a todos los pacientes y los revisará mostrándoles las zonas teñidas, insistiendo con el cepillo en esas zonas.

c) Este proceso suele ser largo y laborioso, y una de las claves del éxito radica en que el paciente con una discapacidad psico-física importante, pueda llegar a interpretar el cepillado dental como una expresión de autosuficiencia para satisfacer una de sus necesidades básicas. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

Cepillado con ayuda total

En este grupo se incluyen pacientes con discapacidad física o psíquica grave (dependencia de Grado III), o con una limitación motora importante de las extremidades superiores. Muchos de ellos están permanentemente en silla de ruedas, necesitan ayuda para efectuar cualquier procedimiento de higiene oral y en este sentido, salvo raras excepciones, no podrán asumir ningún tipo de responsabilidad. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

Instrucciones para el cepillado en grupo

En estos pacientes es muy recomendable recurrir a los cepillos eléctricos, cepillos de triple cabezal (como el Dr. Barman's Superbrush®), abre bocas y aspiradores portátiles. El cepillado en grupo tiene una importancia relativa, dada su escasa capacidad de aprendizaje. Además, cada cuidador se encarga habitualmente de uno o como máximo de dos pacientes, y será precisa la ayuda de un segundo cuidador para poder realizar el cepillado dental. (Perez, Limeres, & Javier, 2012).

Posiciones para el cepillado

Se han descrito tres posiciones básicas para efectuar el cepillado dental con ayuda total. Todas tienen ventajas e inconvenientes, por lo que se elegirá la más cómoda y adecuada para cada caso, sin olvidar que es fundamental sujetar bien la cabeza y tener una buena visibilidad:

- a) Si la persona va en silla de ruedas, el operador se situará detrás de la silla, inclinando hacia atrás la cabeza del paciente en ligera hiperextensión. Con la mano izquierda se sujeta la cabeza y se mantiene la boca entreabierta con los dedos o con la ayuda del abre bocas. Con la mano derecha se cepillan los dientes.
- b) Con el paciente sentado en el suelo, el operador se sentará en una silla detrás de él sujetándole entre las piernas. El paciente inclinará la cabeza hacia atrás y se procederá del mismo modo que en el supuesto anterior.
- c) Si la persona está encamada, el operador se situará en el cabecero de la cama o en el borde lateral procediendo como en los supuestos anteriores. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

4.2. Control químico de la placa

“El control químico de la placa para complementar un control mecánico ineficaz, es una práctica cada vez más extendida. Los agentes más utilizados con esta finalidad son los antisépticos orales”. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

La remoción química de placa dentobacteriana también ha sido estudiada, tanto como método único, como complemento a los métodos mecánicos de

limpieza de superficies lisas e interproximales, enfoque ampliamente utilizado en la población discapacitada debido a las dificultades motrices y comportamentales que las acompañan. (Marulanda, Bentacur, Espinoza, Gomez, & Tapias, 2011).

Características generales de los antisépticos orales

Entre las propiedades ideales de un colutorio oral se incluyen: que sea rápido y seguro, capaz de eliminar las bacterias de la placa dental en áreas de difícil acceso, de buen sabor, económico y fácil de usar. Para que además sea considerado un antiséptico, debe ser un producto que en contacto con los tejidos vivos destruya o inhiba la proliferación de los microorganismos patógenos sin lesionar las células del huésped. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

Las características mínimas que deben cumplir los agentes antimicrobianos para que puedan ser utilizados en el control de la placa bacteriana son las siguientes:

- a) Especificidad. Capacidad del agente antimicrobiano de actuar sobre un género/ especie bacterianos determinados
- b) Potencia. Concentración mínima requerida para tener actividad antibacteriana.
- c) Seguridad. Ausencia de efectos secundarios
- d) Sustantividad. Adherencia del agente antimicrobiano a la superficie de la cavidad bucal, lo que le permite liberarse lentamente y permanecer activo en el tiempo proporcionando un efecto antibacteriano duradero. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

4.3. Flúor

La principal vía de incorporación sistémica de fluoruros en los adultos es el consumo de determinados productos alimenticios y el agua de bebida. El flúor se combina con la hidroxiapatita del diente y la transforma en fluorhidroxiapatita que tiene una estructura espacial mucho más ordenada, aumentando su resistencia al ataque de los ácidos. Además favorece la remineralización del

esmalte que ha sido destruido en las fases iniciales del proceso de la caries. Por último, el flúor tiene un discreto efecto antimicrobiano, al impedir la adhesión de la placa a la superficie del diente e inhibir el metabolismo bacteriano; su eficacia antiséptica se incrementa al combinarse con estaño, pero esta asociación aumenta la posibilidad de aparición de tinciones dentarias. (Perez, Limeres, & Javier, 2012).

Con la ingesta, el flúor se absorbe en el tracto gastrointestinal y pasa a la circulación sanguínea para distribuirse por el organismo. El flúor se deposita en un 96% a nivel óseo y en los dientes. El 80% de flúor ingerido se excreta principalmente por el riñón (50%), aunque también por el sudor 30%, las heces 10% y la saliva por donde sólo se elimina un 1-2%. (Boj, Catalá, García, Mendoza, & Planells, 2010).

Cuando no existe consumo adecuado de flúor vía sistémica está indicado el aporte diario de suplementos de flúor, mediante tabletas o gotas en forma de fluoruro sódico. La prescripción de suplemento fluorados variará en su dosificación de acuerdo con la concentración de flúor en el agua de bebida y la edad del niño. (Boj, Catalá, García, Mendoza, & Planells, 2010)

Las gotas son aconsejables en los niños más pequeños que tienen dificultad para masticar. A los niños mayores se les debe motivar a que mastiquen la tableta y muevan la pasta entre los dientes durante 1 o 2 minutos antes de deglutirlas, para aprovechar los efectos tópicos del flúor además de los sistémicos. (Boj, Catalá, García, Mendoza, & Planells, 2010)

En el siguiente cuadro se explica la concentración de flúor que se debe administrar en las diferentes edades:

CONCENTRACIÓN DE FLÚOR EN EL AGUA DE BEBIDA			
EDAD	<0,3 ppm	0,3-0,5ppm	>0,6ppm
6 meses	NO	NO	NO
6 meses- 3años	0,25mg/día	NO	NO
3-6 años	0,50mg/día	0,25mg/día	NO
6-16 años	1 mg/día	0,50mg/día	NO

Tabla 4: Concentración de Flúor en el agua de bebida

Fuente: Boj et al. 2010. Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven

Antes de prescribir flúor y con el fin de valorar su pertinencia, posología y forma de administración, hay que tener en cuenta las siguientes variables:

- a) La edad de la persona.
- b) El consumo por otras fuentes como el agua de bebida o los programas escolares de colutorios semanales.
- c) Las características del paciente y su entorno, como el riesgo de ingesta del dentífrico la posibilidad de realizar enjuagues con un colutorio y el grado de motivación del paciente o en su caso de sus cuidadores.
- d) La presencia de factores de riesgo como hábitos de higiene oral ineficaces, historia de caries, defectos de esmalte o tratamientos farmacológicos que produzcan sequedad de boca. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

Dentífricos fluorados

Las pastas dentífricas para adultos suelen contener fluoruros en concentraciones de 1.000 a 1.500 partes por millón (ppm), mientras que los productos infantiles oscilan habitualmente entre 250 y 500 ppm. Para una práctica eficaz de higiene oral se recomienda el cepillado dental con una pasta fluorada al menos 2 veces al día durante 2 minutos. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

En los niños considerados de riesgo moderado y alto de caries se aconseja colocar sobre el cepillo una capa muy fina de dentífrico desde que erupcionan los dientes hasta los dos años de edad; en los niños de bajo riesgo no es necesario la utilización de la pasta dental por debajo de esta edad. A partir de los dos años se puede introducir el uso generalizado de la pasta dental. Se ha observado que los niños menores de 6 años ingieren alrededor del 30% del dentífrico aplicado en el cepillo. Por ello entre los 2 y 6 años, así como en minusválidos, si se utiliza un dentífrico con concentraciones de 1000 ppm se recomienda reducir al tamaño de un guisante la cantidad de dentífrico utilizado. (Boj, Catalá, García, Mendoza, & Planells, 2010)

Colutorios de Flúor

Se ha demostrado que un enjuague periódico con fluoruro sódico proporciona beneficios anticaries, que potencian el efecto de la pasta de dientes fluorada.

Los colutorios bucales comercializados para uso doméstico cotidiano suelen contener entre 230 y 500 ppm de ion flúor, mientras que los de posología semanal o quincenal suelen contener 900 ppm. Cuando esté indicado, se recomienda enjuagarse con un colutorio de flúor durante 1 minuto, 2 veces al día. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

Si el paciente no sabe enjuagarse ni escupir, podemos aplicar el colutorio con una torunda de algodón o una gasa, que se empapan en la solución, se escurren y a continuación se pasan por todas las superficies dentarias, repitiendo esta maniobra 2 veces al día. (Boj, Catalá, García, Mendoza, & Planells, 2010)

Barniz de flúor

Una alternativa a la administración de flúor en el ámbito domiciliario es la aplicación profesional en el gabinete dental de barnices de flúor, con concentraciones que oscilan entre 1.000 y 56.300 ppm. Se reserva para prevenir la caries en pacientes de riesgo, tanto en dentición primaria como permanente. Se aplica 3 veces en una semana (generalmente en días alternos), 1 ó 2 veces al año, y tiene el gran inconveniente de que su aplicación exige un importante grado de colaboración, por lo que su uso no es muy habitual entre las personas con discapacidad severa. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

Modo de empleo

No es necesario realizar profilaxis previa, se secan las superficies dentarias y se pincelan con el barniz, no enjuagarse ni ingerir alimentos durante los 30 minutos después de la aplicación; evitar aplicar sobre las encías porque puede dar sensación transitoria de quemazón y por posibles riesgo de alergias de contacto; también se debe advertir que tras la aplicación del barniz, los dientes registran un cambio transitorio de coloración. (Boj, Catalá, García, Mendoza, & Planells, 2010)

Pasta dentífrica/Gel con alta concentración de flúor

Generalmente se reservan para pacientes con alto riesgo de caries, como los que presentan alteraciones de la estructura del esmalte o hiposalivación

severa. Estos productos normalmente contienen 5.000-12.500 ppm de flúor. Antes de prescribirlos debemos considerar el grado de habilidad del paciente y el compromiso de supervisión de sus cuidadores, ya que contienen concentraciones de flúor que podrán resultar tóxicas si se ingieren en cantidades importantes. Se recomienda la aplicación de gel de flúor a partir de los 4 años de edad en los niños de moderado y alto riesgo, mientras que la AAPD la aconseja a partir de los 6 años en los mismos niños. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

Modo de empleo

No es necesario realizar una profilaxis previa, el gel se vierte sobre las cubetas sin llenarla, con un volumen de gel aproximado de 2ml en cada cubeta, cuidando de que el niño esté sentado en posición erecta y con la cabeza esté inclinada hacia delante; se debe aplicar buena aspiración durante todo el procedimiento, el paciente muerde suavemente para impulsar el gel a los espacios interdentarios. A los 4 minutos se retiran las cubetas, se elimina el exceso de gel y se le indica al niño que salive durante 30 segundos sin enjuagarse por último se recomienda no beber, ni comer ni enjuagarse durante 30 minutos posteriores. (Boj, Catalá, García, Mendoza, & Planells, 2010)

4.4. Sellado de fosas y fisuras

Las fosas y fisuras que conforman la anatomía oclusal de algunos molares y premolares permanentes, son zonas de difícil acceso para el cepillado dental y favorecen la retención de la placa bacteriana. En consecuencia representan superficies de alto riesgo para la formación de caries oclusales, y para prevenirlas se han desarrollado los selladores de fosas y fisuras. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

Los selladores consisten en la aplicación de una fina capa de resina o de ionómero de vidrio (estos últimos liberan flúor pero tienen menos retención) sobre las superficies comprometidas, y constituyen una barrera física que aísla el diente del medio bucal, impidiendo la acumulación de bacterias y de restos orgánicos, y bloqueando el aporte de nutrientes a los microorganismos ya existentes. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

El éxito del sellante se basa en la retención e integridad de este material en las irregularidades producidas por el grabado ácido en la superficie del esmalte, por lo que requiere propiedades mecánicas que le permitan soportar las fuerzas compresivas que ocurren durante el proceso masticatorio. (Vergara & Uribe, 2012).

La técnica exige la realización metódica de las siguientes fases:

- a) Aislamiento del campo operatorio: absoluto/relativo
- b) Limpieza de la superficie oclusal (con cepillo copa y pasta de profilaxis sin flúor)
- c) Desinfección. clorhexidina
- d) Grabado ácido de la superficie oclusal: ácido ortofosfórico 15 a 20 segundos
- e) Lavado
- f) Secado
- g) Aplicación del sellador
- h) Polimerización
- i) Evaluación del sellador
- j) Retirar aislamiento
- k) Comprobar la oclusión

4.5. Dieta

4.5.1. Dieta y nutrición en las personas con discapacidad

La nutrición y alimentación adecuada es vital para mantenerse sanos. Y a través de una dieta correcta tiene que satisfacer en forma simultánea necesidades biológicas, psicológicas y sociales que son igualmente importantes.

Las personas con discapacidad física o psíquica, requieren a menudo modificaciones dietéticas, que pueden acrecentar el riesgo de aparición de patología oral. Los problemas masticatorios pueden comportar una baja ingesta de frutas verduras y carnes y muchas comidas trituradas incorporan una gran

cantidad de azúcares libres, aumentando en consecuencia su potencial cariogénico. La reducción de la producción de saliva, generalmente de origen medicamentoso, también compromete el proceso de deglución e incrementa el riesgo de caries. Por otra parte, el dolor de origen dental en un paciente con dificultades de comunicación, puede exagerar un comportamiento negativo y comprometer la ingesta. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

Los líquidos son particularmente difíciles de manejar en la boca cuando la capacidad deglutoria está alterada. A menudo se incorporan espesantes a los componentes líquidos de la dieta para reducir el riesgo de aspiración; uno de los más recurridos es la harina de maíz, pero tiene el inconveniente de que requiere ser precocinada. Otros espesantes que se utilizan con frecuencia son los polisacáridos sin almidón hipocalóricos no cariogénicos y la maltosa, un polímero de glucosa de gran valor energético pero altamente cariogénico. Una alternativa para alcanzar una adecuada ingesta de líquidos es consumir alimentos ricos en agua entre las comidas, fundamentalmente fruta, compotas, yogures y queso fresco. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

4.5.2. Recomendaciones dietéticas

En el contexto de la educación en salud oral, el consejo dietético dirigido a padres y cuidadores es prioritario para reducir la incidencia de caries, y debe recoger al menos las siguientes propuestas:

- a) Promover la orientación alimentaria entre la población para que se cumpla con la dieta correcta.
- b) Reducir el número de ingestas de zumos u otros alimentos azucarados, limitándolas si es posible a las comidas principales
- c) Promover el consumo de alimentos no cariogénicos
- d) Después de una comida con alto contenido en azúcares se deben remover los restos de la cavidad oral, preferiblemente mediante cepillado
- e) Impedir que los niños duerman con el biberón. (Perez, Limeres, & Javier, 2012).

4.6. Motivación y educación en salud oral

Para el abordaje de la atención odontológica de las personas con necesidades especiales es preciso mejorar su higiene bucal por medio de programas educativos dirigidos al personal de atención y a las familias que ayudan con las tareas diarias del cuidado personal establecer una formación académica y entrenamiento específico para profesionales de la odontología y asignar fondos para cubrir el acceso a los servicios de salud de este tipo de pacientes. (Marulanda, Bentacur, Espinoza, Gomez, & Tapias, 2011).

Al igual que ocurre cuando se planifica el tratamiento odontológico, los programas de higiene oral deben individualizarse en función de las necesidades de cada paciente teniendo en cuenta sus limitaciones físicas y psíquicas y las de su entorno. Siempre que sea posible, el trabajo de educación y motivación debe realizarse directamente con los pacientes pero involucrando simultáneamente a los padres y/o cuidadores. (Perez, Limeres, & Javier, 2012)

La placa bacteriana tras su eliminación se restablece sobre la superficie dental en menos de 24 horas, por lo que los dientes tendrían que cepillarse como mínimo una vez al día. Sin embargo, los expertos como la Federación Dental Internacional aconsejan al menos 2 cepillados al día, e idealmente después de cada comida, haciendo especial hincapié en que el cepillado más minucioso se realice por la noche antes de acostarse. En los pacientes más jóvenes es fundamental insistir mucho en la higiene oral, ya que en este período es más fácil incorporar esta actividad entre los hábitos de conducta.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio denominado “FACTORES DE RIESGO SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN LA SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPECIALES QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO “EL ÁNGEL”. PERIODO MARZO-JULIO 2015”, corresponde a un estudio de carácter descriptivo-transversal. *Descriptivo*, porque una vez que se realizó la recolección de datos los mismos fueron tabulados y dados a conocer al final de la investigación. *Transversal*, porque permitió estudiar las variables en el período establecido de marzo-julio 2015.

La presente investigación se la efectuó en Ecuador, a todos los pacientes que acudieron al Centro de atención y desarrollo de niños y adolescentes especiales “El Ángel” de la ciudad de Loja. La muestra estuvo conformada por 50 Personas con discapacidad que acudieron al Centro ya mencionado.

Los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta fueron: tener algún tipo de discapacidad, niños que colaboren en el presente estudio y niños con autorización pertinente del padre de familia. Entre los criterios de exclusión utilizados se encuentran los siguientes: niños que no presenten discapacidad, niños no colaboradores y niños que no estén presente en el momento de la recolección de datos.

Los métodos e instrumentos principales para llevar a cabo la presente investigación fue: historia clínica, consentimiento informado, encuesta y ficha de recolección de datos de clase social. También se utilizó: sets de diagnóstico (espejo bucal, explorador y pinza algodонера), revelador de placa, cepillos profilácticos, guantes y mascarillas.

El desarrollo del trabajo investigativo se efectuó de la siguiente manera: Se solicitó la autorización a la Coordinadora General del Centro de Acción Social Matilde Hidalgo, por medio de un documento legal (solicitud), dirigida a la Ab. Mayda Carrión Coronel, y cuya autorización será dada por la Dra. Mónica Carpio Coordinadora del Centro de atención y desarrollo “El Angel”.

Se seleccionó a los niños de acuerdo a los criterios de inclusión, una vez seleccionados se procedió a entregar un consentimiento informado (anexo 4) a los padres de familia, para su autorización y participación de los mismos de manera voluntaria en la investigación, lo cual se realizó semanas antes de iniciar la misma.

Luego de haber sido informados los padres de familia, se les aplicó una ficha socioeconómica y una encuesta, la misma que nos sirvió para determinar los factores de riesgo como: tipo de discapacidad, frecuencia de cepillado, visitas al odontólogo, tipo de consulta y el nivel socioeconómico.

El examen clínico se lo realizó de preferencia en la mañana luego de que los niños efectuaran su aseo diario personal con la ayuda de un supervisor, en el examen clínico se llenó la historia clínica, la misma que fue validada (adecuada para las necesidades de la investigación). Esta constó de datos generales, historia médica (datos otorgados por los padres de familia), examen físico, examen dentario, odontograma, índice de CPO-D (dientes cariados, perdidos y obturados en dientes definitivos), Ceo-d (dientes cariados, extracción indicada y obturados en dientes temporarios), maloclusiones e I-HOS (Índice de Higiene Oral Simplificado).

La historia clínica fue llenada en dos sesiones por niño(a), se lo realizó de esta manera para obtener mejor los datos. En una primera sesión se recolectó los datos generales, índice CPOD-ceod y Maloclusiones. Debido a que estos niños tienen una discapacidad, al momento que se realizó el diagnóstico se tuvo que hacerlo de la forma más rápida y ayudándome de un set de diagnóstico (espejo bucal, explorador y pinza algodонера). Además cada uno de los niños estuvieron colocados en diferentes posiciones en la mayoría de ellos se realizó sentado, mientras que otros estuvieron que estar en posición horizontal en el sillón dental.

En una segunda sesión para obtener el índice de higiene oral simplificado los niños(as) fueron transportados hacia la unidad odontológica ya que por motivos de remodelación del establecimiento, los niños se encontraron lejos del lugar antes mencionado.

Se realizó como parte de agradecimiento, la entrega de cepillos y pastas dentales a los niños-niñas del Centro de atención y desarrollo “El Ángel”. Finalmente se analizaron los datos obtenidos: la historia clínica, la ficha socioeconómica y la encuesta. Se representaron los resultados en tablas y gráficos para su respectivo análisis.

Índices utilizados

Índice de CPO-D: Resulta de la sumatoria de dientes permanentes cariados perdidos y obturados, dividido para el número de niños examinados.

$$CPOD = \frac{N^{\circ} \text{ de dientes cariados + perdidos + obturados}}{N^{\circ} \text{ de niños examinados}}$$

Los resultados obtenidos se valorarán mediante los siguientes rangos:

- ✓ De 0 a 1.1: **Muy bajo**
- ✓ 1.2 a 2.6: **bajo**
- ✓ a 4.4: **Moderado**
- ✓ 4.5 a 6.5: **Alto**

Índice de ceo-d: Se obtiene mediante la sumatoria de dientes temporarios cariados, indicación de extracción y obturados, dividido para el número de niños examinados:

$$ceod = \frac{N^{\circ} \text{ de dientes cariados + extracciones indicadas + obturados}}{N^{\circ} \text{ de niños examinados}}$$

Los resultados obtenidos se valorarán mediante los siguientes rangos:

- ✓ De 0 a 1.1: **Muy bajo**
- ✓ 1.2 a 2.6: **bajo**
- ✓ a 4.4: **Moderado**
- ✓ 4.5 a 6.5: **Alto**

Índice de higiene oral simplificado: El IHO-S utiliza seis superficies dentarias que representan todos los segmentos posteriores y anteriores de la boca. Con este índice se mide la superficie del diente cubierta por restos y cálculo. El IHO-

S se los obtiene de la sumatoria del índice de restos o placa bacteriana simplificado (IR-S) y el índice de cálculo simplificado (IC-S), dividido para 2

$$IHO - S = \frac{IR - S + IC - S}{2}$$

Los resultados obtenidos se valorarán bajo los siguientes rangos:

- ✓ *Bueno*: 1.2
- ✓ *Regular*: 1.3 – 3.0
- ✓ *Malo*: 3.1- 6

6. RESULTADOS

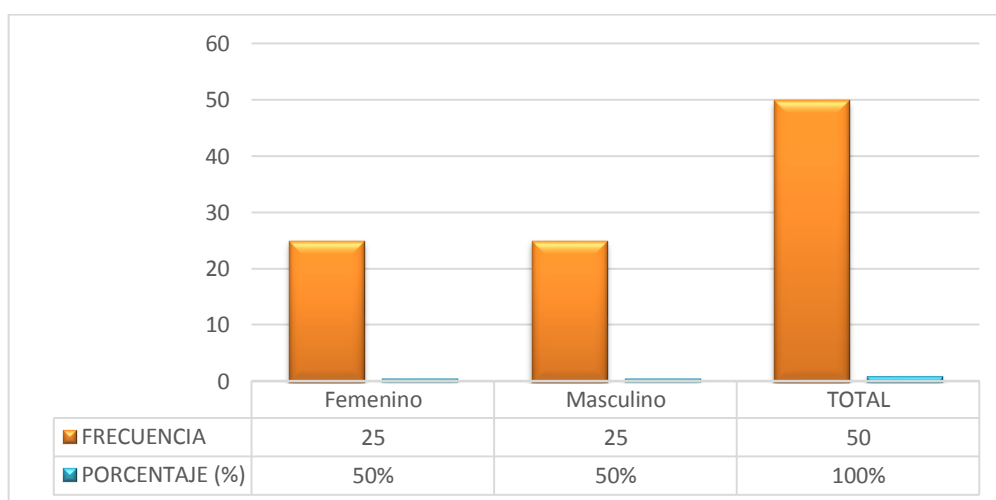
Tabla 1.- Total de población de estudio por sexo

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Femenino	25	50%
Masculino	25	50%
TOTAL	50	100%

Fuente: Historia Clínica

Elaboración: Gallegos, 2015

Gráfico 1



Fuente: Historia Clínica

Elaboración: Gallegos, 2015

INTERPRETACIÓN:

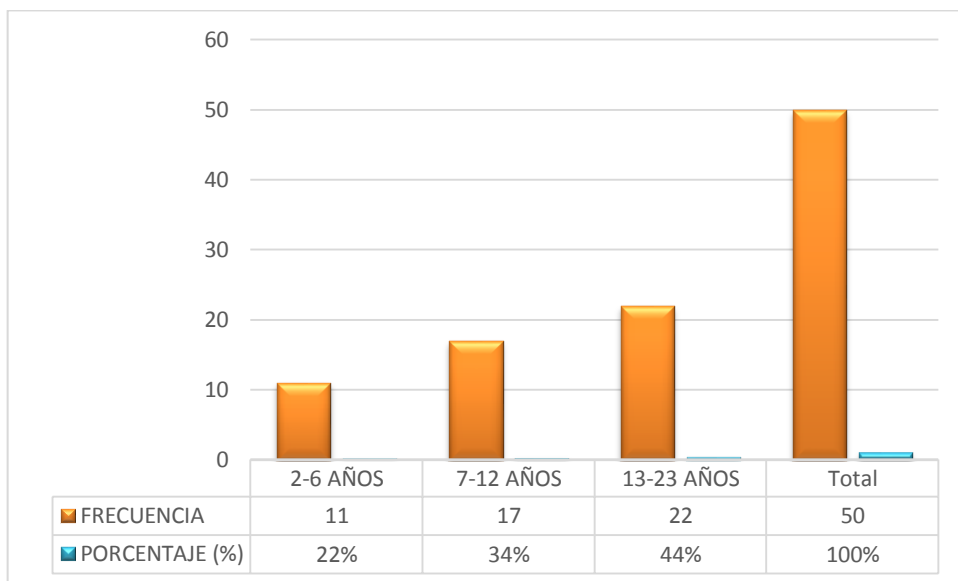
En la presente tabla, se observa; que el porcentaje de personas atendidas en el Centro de atención y desarrollo “El Ángel” es el mismo con un promedio del 50% tanto para el sexo masculino como el femenino, con respecto a esto, los datos obtenidos se consideran una muestra homogénea.

Tabla 2.- Total de la población por edad

CARIES DENTAL POR EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
2-6 AÑOS	11	22%
7-12 AÑOS	17	34%
13-23 AÑOS	22	44%
Total	50	100%

Fuente: Historia Clínica
Elaboración: Gallegos, 2015

Gráfico 2



Fuente: Historia Clínica
Elaboración: Gallegos, 2015

INTERPRETACIÓN:

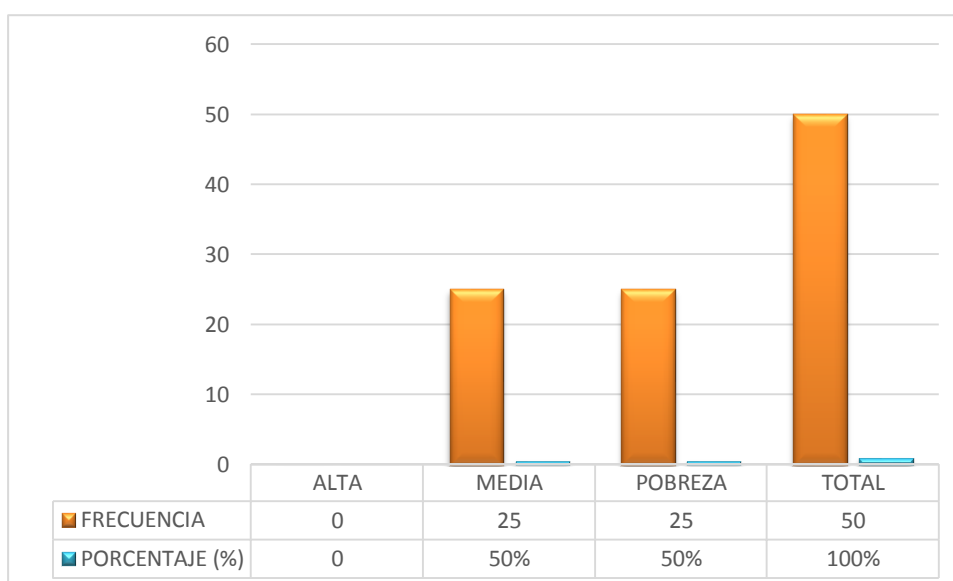
De los 50 niños-niñas seleccionados para el diagnóstico respectivo en el Centro de atención y desarrollo “El Ángel” de la ciudad de Loja, el 22% corresponde a 11 niños entre 2-6 años, el 34% a 17 niños entre 7-12 años y el 44% restante a 22 niños entre 13-23 años.

Tabla 3.- Nivel socioeconómico de la población en estudio

NIVEL SOCIECONÓMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
ALTA	0	0
MEDIA	25	50%
POBREZA	25	50%
TOTAL	50	100%

Fuente: Ficha socioeconómica
Elaboración: Gallegos, 2015

Gráfico 3



Fuente: Ficha socioeconómica
Elaboración: Gallegos, 2015

INTERPRETACIÓN:

Después de haber analizado los siguientes ítems para determinar el nivel socioeconómico de la población en estudio como son: la profesión del Jefe de familia, el nivel de instrucción de la esposa o cónyuge, la principal fuente de ingreso de la familia, y las condiciones de alojamiento se obtuvieron los siguientes datos, el 25% se encuentra en una clase media y el otro 25% se encuentra en un nivel de pobreza, con respecto a estos valores podemos determinar que los resultados son homogéneos.

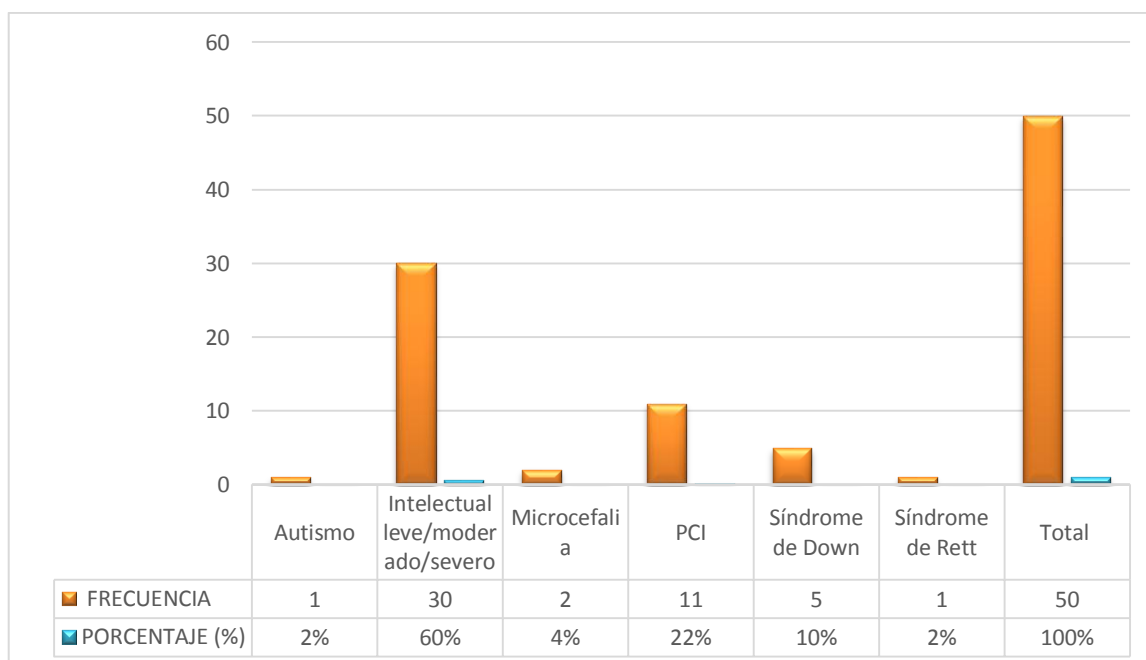
Tabla 4.- Discapacidades más encontradas en la población de estudio

TIPO DE DISCAPACIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Autismo	1	2%
Intelectual leve/moderado/severo	30	60%
Microcefalia	2	4%
PCI	11	22%
Síndrome de Down	5	10%
Síndrome de Rett	1	2%
Total	50	100%

Fuente: Historia Clínica

Elaboración: Gallegos, 2015

Gráfico 4



Fuente: Historia Clínica

Elaboración: Gallegos, 2015

INTERPRETACIÓN:

De los 50 niños-niñas seleccionados para el diagnóstico respectivo en el Centro de atención y desarrollo “El Ángel” de la ciudad de Loja, el 2 % corresponde a 1 niño con Autismo, el 60% a 30 niños con discapacidad intelectual, el 4% a 2 niños con Microcefalia, el 22% a 11 niños con Parálisis Cerebral Infantil, el 10% a 5 niños con Síndrome de Down y el 2% restante a 1 niño con Síndrome de Rett.

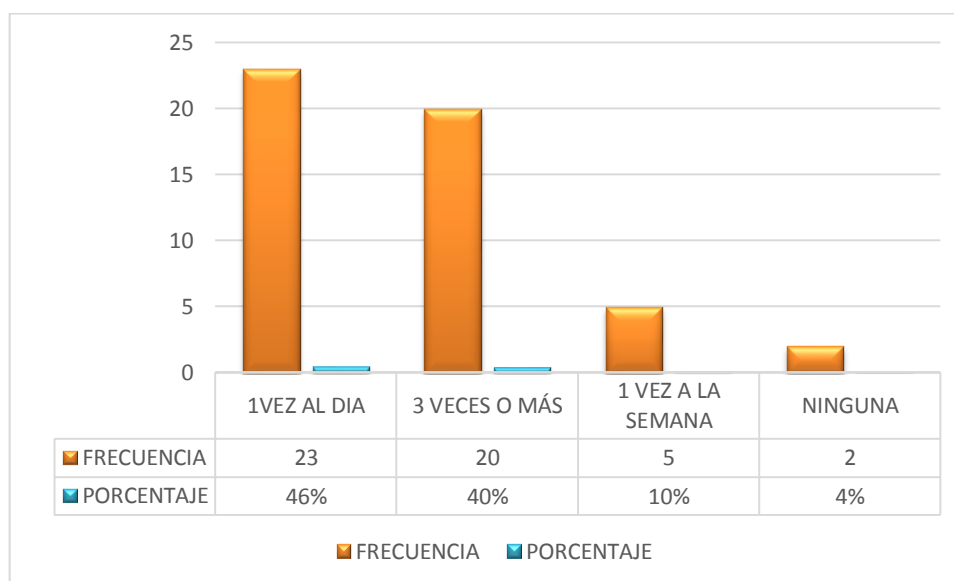
Tabla 5.- Cantidad de cepillado al día

CEPILLADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
1VEZ AL DIA	23	46%
3 VECES O MÁS	20	40%
1 VEZ A LA SEMANA	5	10%
NINGUNA	2	4%
TOTAL	50	100%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Gallegos, 2015

Gráfico 5



Fuente: Encuesta

Elaboración: Gallegos, 2015

INTERPRETACIÓN:

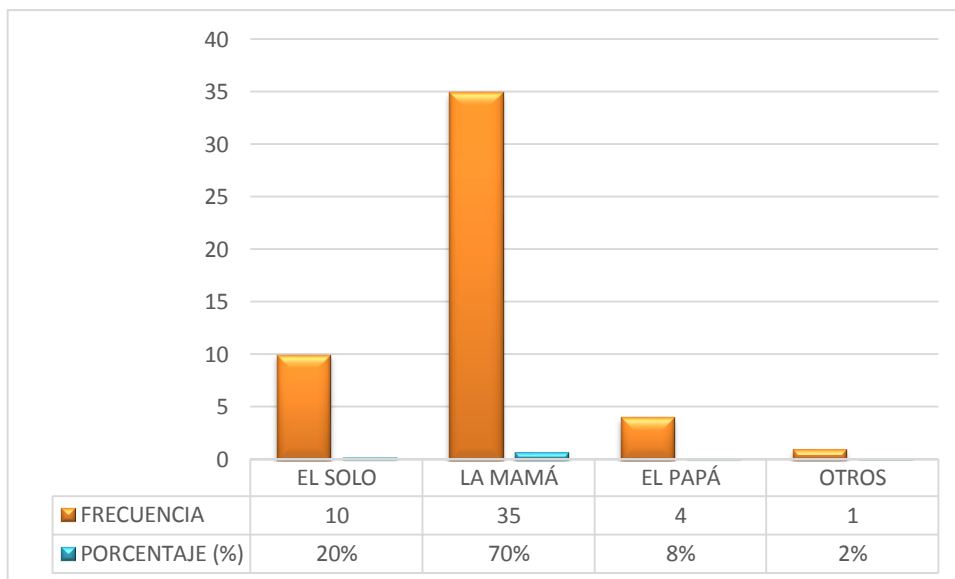
De los 50 niños-niñas seleccionados para el diagnóstico respectivo en el Centro de atención y desarrollo “El Ángel” de la ciudad de Loja, el 46% corresponde a 23 niños que cepillan sus dientes 1 vez al día, el 40% a 20 niños que se cepillan 3 veces o más, el 10% a 5 niños que lo realizan 1 vez a la semana y el 4% restante pertenece a aquellos que ninguna vez cepillan sus dientes.

Tabla 6.- Ayuda en el aseo diario

	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
EL SOLO	10	20%
LA MAMÁ	35	70%
EL PAPÁ	4	8%
OTROS	1	2%
TOTAL	50	100%

Fuente: Encuesta
Elaboración: Gallegos, 2015

Gráfico 6



Fuente: Encuesta
Elaboración: Gallegos, 2015

INTERPRETACIÓN:

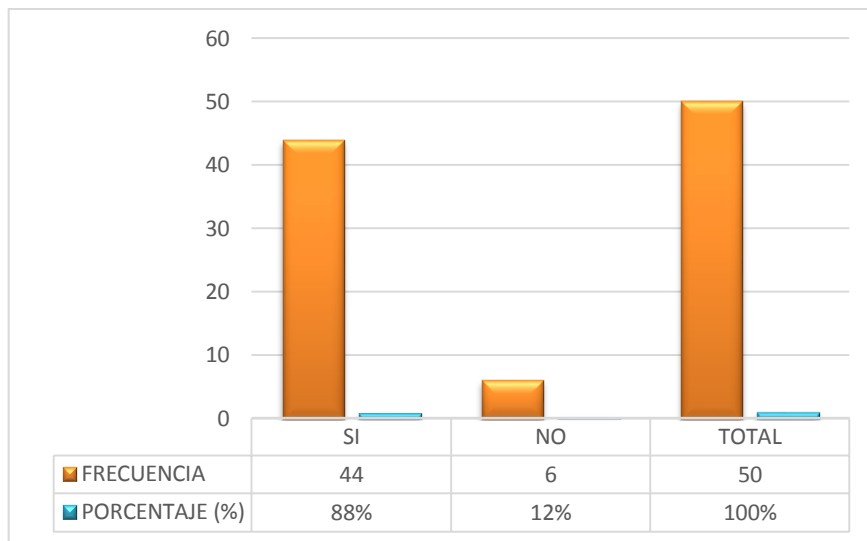
En esta tabla podemos observar que del total de la población de estudio, el 70% que corresponde a 35 niños, realiza su aseo diario con la ayuda de la mamá por lo que se determina que existe una mayor preocupación de la misma en el cuidado de la salud bucal, seguido de un 20% que pertenece a 10 niños realiza solo su aseo bucal. Desde el punto de vista odontológico esto no sería lo indicado puesto que las personas con discapacidad no tienen un nivel de habilidad adecuado para que el sólo efectuó su cepillado dental.

Tabla 7.- Visita al odontólogo

	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	44	88%
NO	6	12%
TOTAL	50	100%

Fuente: Encuesta
Elaboración: Gallegos, 2015

Gráfico 7



Fuente: Encuesta
Elaboración: Gallegos, 2015

INTERPRETACIÓN:

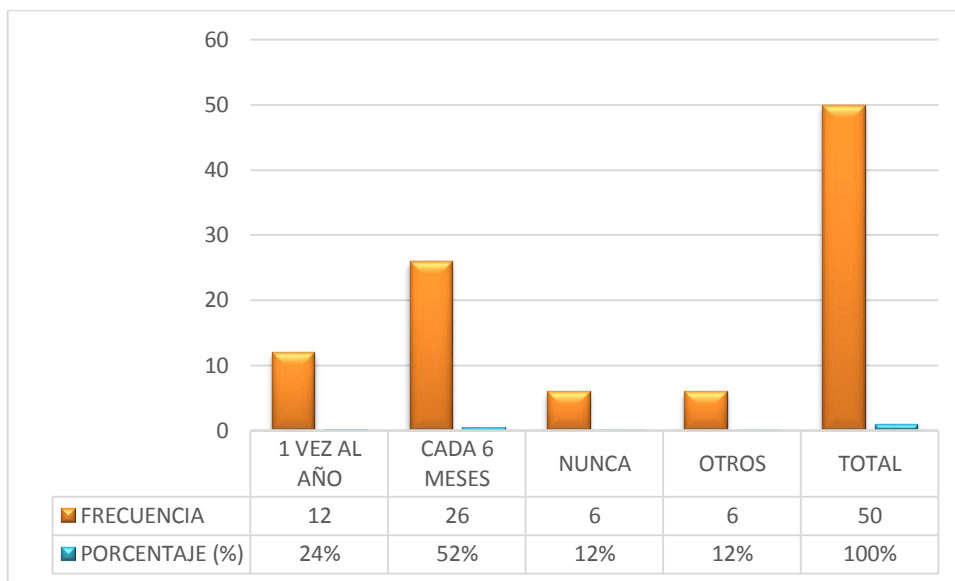
De los 50 padres de familia encuestados el 88% que corresponde a 44 niños, manifestaron llevar a sus hijos al Odontólogo lo que es un resultado muy positivo porque nos permite conocer que los mismos se interesan por mantener una higiene oral adecuada. Además cabe manifestar que en el Centro de atención y desarrollo “El Ángel” cuenta con una unidad odontológica y los niños son llevados por grupos todos los días a la misma. El 12% restante pertenece a aquellos que no visitan al odontólogo.

Tabla 8.- Frecuencia de visita al odontólogo

	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
1 VEZ AL AÑO	12	24%
CADA 6 MESES	26	52%
NUNCA	6	12%
OTROS	6	12%
TOTAL	50	100%

Fuente: Encuesta
Elaboración: Gallegos, 2015

Gráfico 8



Fuente: Encuesta
Elaboración: Gallegos, 2015

INTERPRETACIÓN:

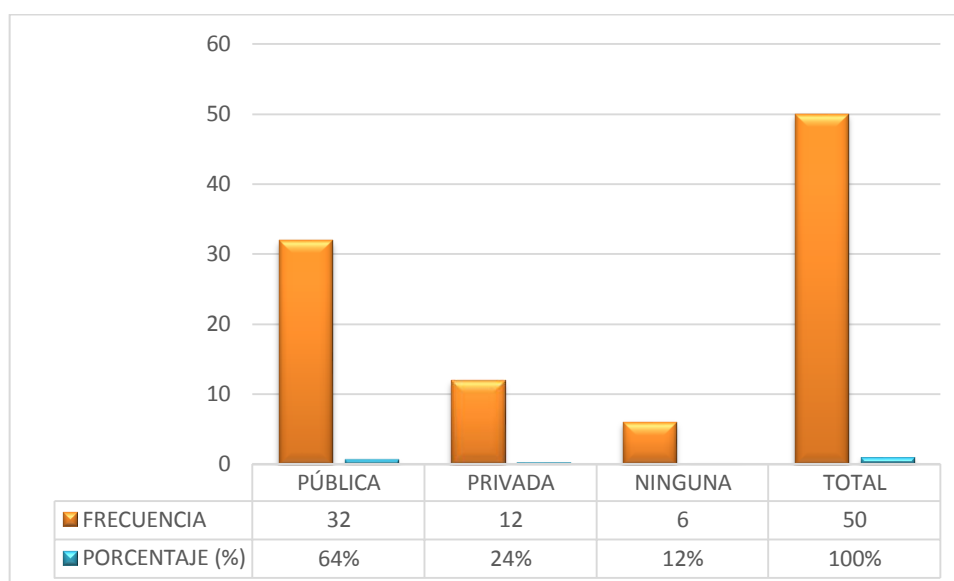
De los 50 padres de familia encuestados, el 52% que corresponde a 26 niños visitan al Odontólogo cada 6 meses, esto principalmente se debe a que el lugar donde se realizó la presente investigación cuenta con una adecuada Unidad Odontológica, el 24% que pertenece a 12 niños lo realiza 1 vez al año, el 12% que equivale a 6 niños nunca ha ido al odontólogo y el 12% restante que corresponde a 6 niños visita al odontólogo cada 4 meses, según lo necesite, cada 15 días o cada 2 meses según lo manifestaron en la encuesta aplicada.

Tabla 9.- Tipo de consulta odontológica

	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
PÚBLICA	32	64%
PRIVADA	12	24%
NINGUNA	6	12%
TOTAL	50	100%

Fuente: Encuesta
Elaboración: Gallegos, 2015

Gráfico 9



Fuente: Encuesta
Elaboración: Gallegos, 2015

INTERPRETACIÓN:

En cuanto al tipo de consulta odontológica el 64% que corresponde a 32 niños de la población acude a la consulta pública esto se debe a que la mayoría de los niños son revisados y atendidos en el consultorio que presenta el Centro de atención y desarrollo “El Ángel”, el 24% que pertenece a 12 niños asistes a una consulta privada sin embargo existe un 12% restante que equivale a 6 niños que no visita ningún tipo de consulta odontológica lo que representa un valor negativo puesto que se incrementa la mala higiene oral y desencadenaría otros tipo de enfermedades en los mismos.

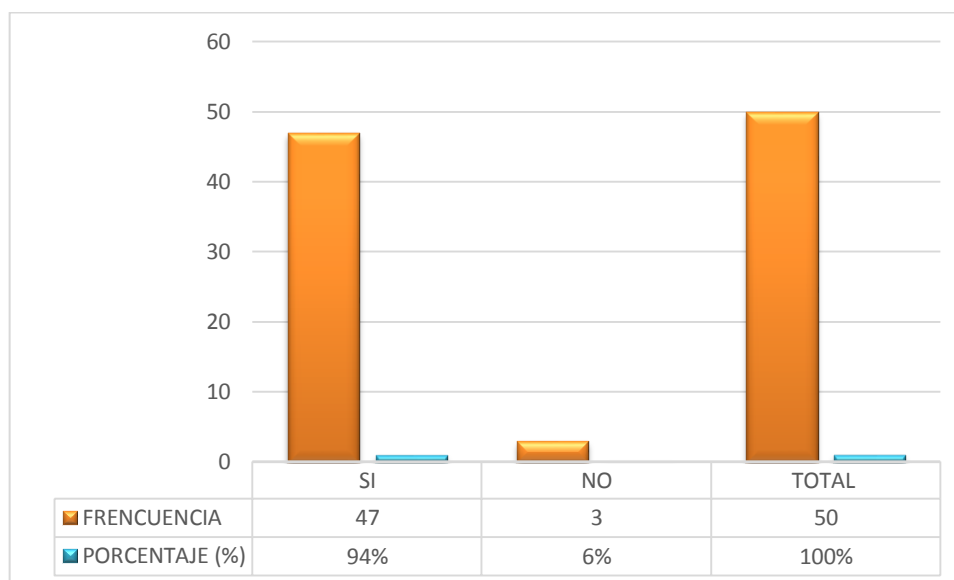
Tabla 10.- Caries dental en la población de estudio

CARIES DENTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	47	94%
NO	3	6%
TOTAL	50	100%

Fuente: Historia Clínica

Elaboración: Gallegos, 2015

Gráfico 10



Fuente: Historia Clínica

Elaboración: Gallegos, 2015

INTERPRETACIÓN:

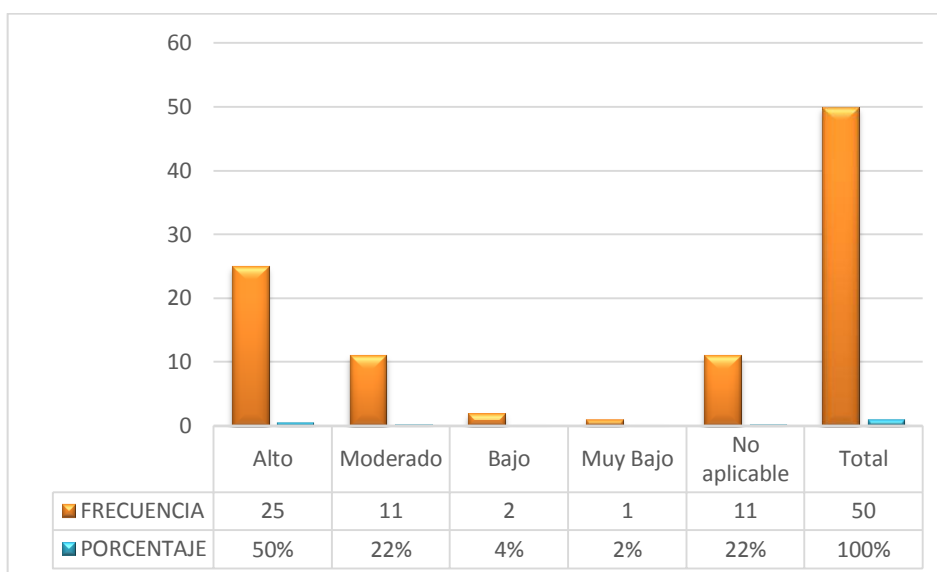
En la siguiente tabla se puede observar que el 94% de la población perteneciente al Centro de atención y desarrollo “El ángel” presenta Caries dental.

Tabla 11.- Índice CPO-D en la población de estudio

INDICE CPO-D	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Alto	25	50%
Moderado	11	22%
Bajo	2	4%
Muy Bajo	1	2%
No aplicable	11	22%
Total	50	100%

Fuente: Historia Clínica
Elaboración: Gallegos, 2015

Gráfico 11



Fuente: Historia Clínica
Elaboración: Gallegos, 2015

INTERPRETACIÓN:

De los 50 niños-niñas seleccionados para el diagnóstico respectivo en el Centro de atención y desarrollo “El Angel” de la ciudad de Loja, el 50% corresponde a 25 niños que tienen un índice alto, el 22% a 11 niños con índice moderado, el 4% a 2 niños con índice bajo, el 2% a 1 niño con índice muy bajo y el 22% restante corresponde a 11 niños No aplicable.

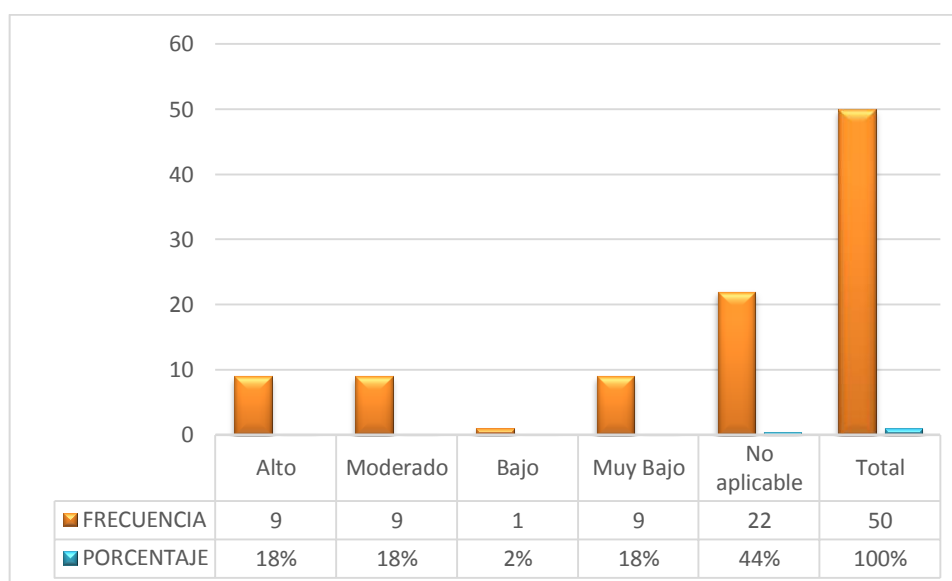
Los niños que se encuentran en el rango no aplicable corresponden a aquellos en los que se les aplicó un solo índice para la dentición que ellos presentaron en el momento de la recolección de datos.

Tabla 12.- Índice ceo-d en la población de estudio

INDICE ceo-d	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Alto	9	18%
Moderado	9	18%
Bajo	1	2%
Muy Bajo	9	18%
No aplicable	22	44%
Total	50	100%

Fuente: Historia Clínica
Elaboración: Gallegos, 2015

Gráfico 12



Fuente: Historia Clínica
Elaboración: Gallegos, 2015

INTERPRETACIÓN:

De los 50 niños-niñas seleccionados para el diagnóstico respectivo en el Centro de atención y desarrollo “El Angel” de la ciudad de Loja, el 18% corresponde a 9 niños que tienen un índice alto, el 18% a 9 niños con índice moderado, el 2% a 1 niño con índice bajo, el 18% a 9 niños con índice muy bajo y el 44% restante corresponde a 22 niños No aplicable.

Los niños que se encuentran en el rango no aplicable corresponden a aquellos en los que se les aplicó un solo índice para la dentición que ellos presentaron

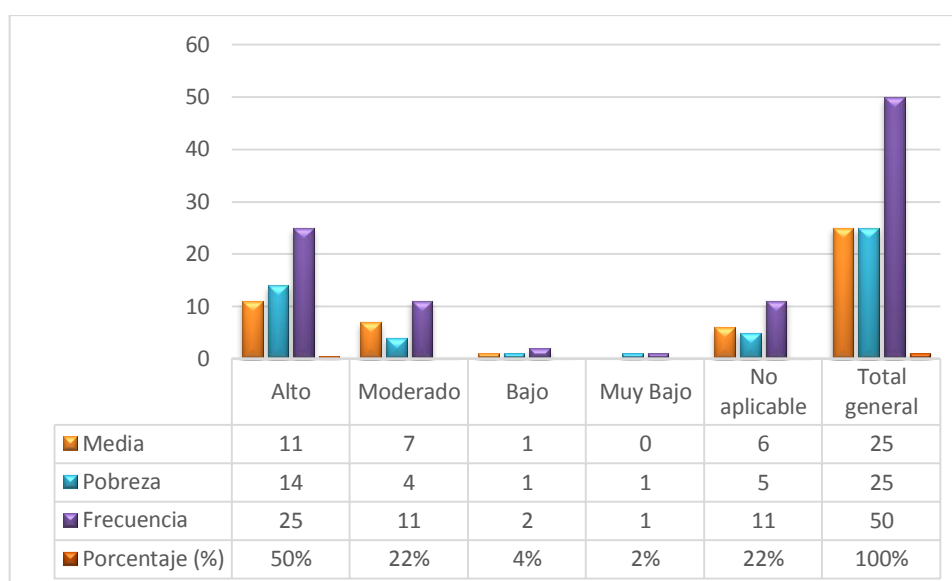
Tabla 13.- Índice CPOD y su relación con el nivel socioeconómico

CPOD	NIVEL SOCIECONÓMICO		Frecuencia	Porcentaje (%)
	Media	Pobreza		
Alto	11	14	25	50%
Moderado	7	4	11	22%
Bajo	1	1	2	4%
Muy Bajo	0	1	1	2%
No aplicable	6	5	11	22%
Total general	25	25	50	100%

Fuente: Historia Clínica

Elaboración: Gallegos, 2015

Gráfico 13



Fuente: Historia Clínica

Elaboración: Gallegos, 2015

INTERPRETACIÓN:

Con respecto al índice de caries y su relación con el nivel socioeconómico se lo determino mediante el índice CPO-D y ceod para cada una de las denticiones halladas en esta investigación.

Al evaluar los 50 niños-niñas seleccionados para el diagnóstico respectivo en el Centro de atención y desarrollo "El Ángel" de la ciudad de Loja, y empleando el Índice CPOD se obtuvieron los siguientes resultados: el 50% que corresponde a 25 niños con un rango *Alto* de caries, de los cuales 11 tienen una clase media y 14 clase baja o pobreza; 22% pertenece a 11 niños con rango *Moderado* de los cuales 7 tienen clase media y 4 clase baja o pobreza; 4% corresponde a 2

niños con rango *Bajo* del cual 1 tiene clase media y 1 clase baja o pobreza; 2% pertenece a 1 niño el cual es de clase baja o pobreza y el 22% restante con rango *No aplicable* corresponde a 11 niños en los que 6 tienen clase media y 5 clase baja o pobreza.

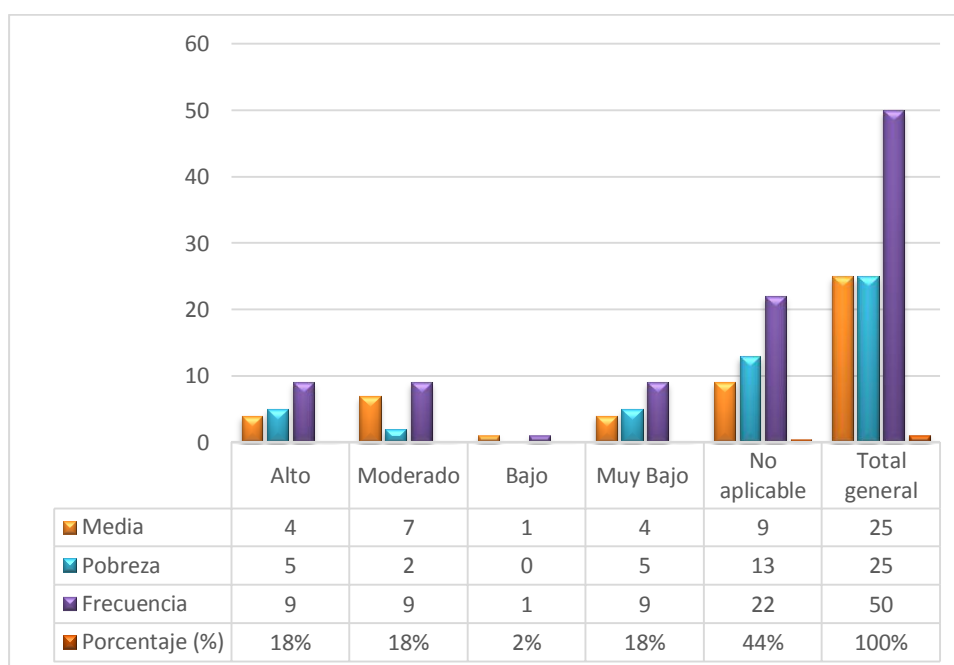
Tabla 14.- Índice ceod y su relación con el nivel socioeconómico

ceod	NIVEL SOCIECONÓMICO		Frecuencia	Porcentaje (%)
	Media	Pobreza		
Alto	4	5	9	18%
Moderado	7	2	9	18%
Bajo	1	0	1	2%
Muy Bajo	4	5	9	18%
No aplicable	9	13	22	44%
Total general	25	25	50	100%

Fuente: Historia Clínica

Elaboración: Gallegos, 2015

Gráfico 14



Fuente: Historia Clínica

Elaboración: Gallegos, 2015

INTERPRETACIÓN:

Al analizar la misma población empleando en este caso el índice ceod se obtuvieron los siguientes resultados: : el 18% que corresponde a 9 niños con un rango Alto de caries, de los cuales 4 tienen una clase media y 5 clase baja o pobreza; 18% pertenece a 9 niños con rango Moderado de los cuales 7 tienen clase media y 2 clase baja o pobreza, 2% pertenece a 1 niño con rango Bajo el cual es de clase media, 18% corresponde a 9 niños con rango Muy Bajo el cual

4 tienen clase media y 5 clase baja o pobreza y el 44% restante corresponde a 22 niños con rango No aplicable de los mismo 9 tiene clase media y 13 clase baja o pobreza.

Luego de haber obtenido estos datos se puede determinar que no existe una relación significativa entre el nivel socioeconómico y el Índice de Caries tanto CPO-D y ceo-d puesto que los valores hallados de la población de estudio no tiene una marcada diferencia entre sus categorías.

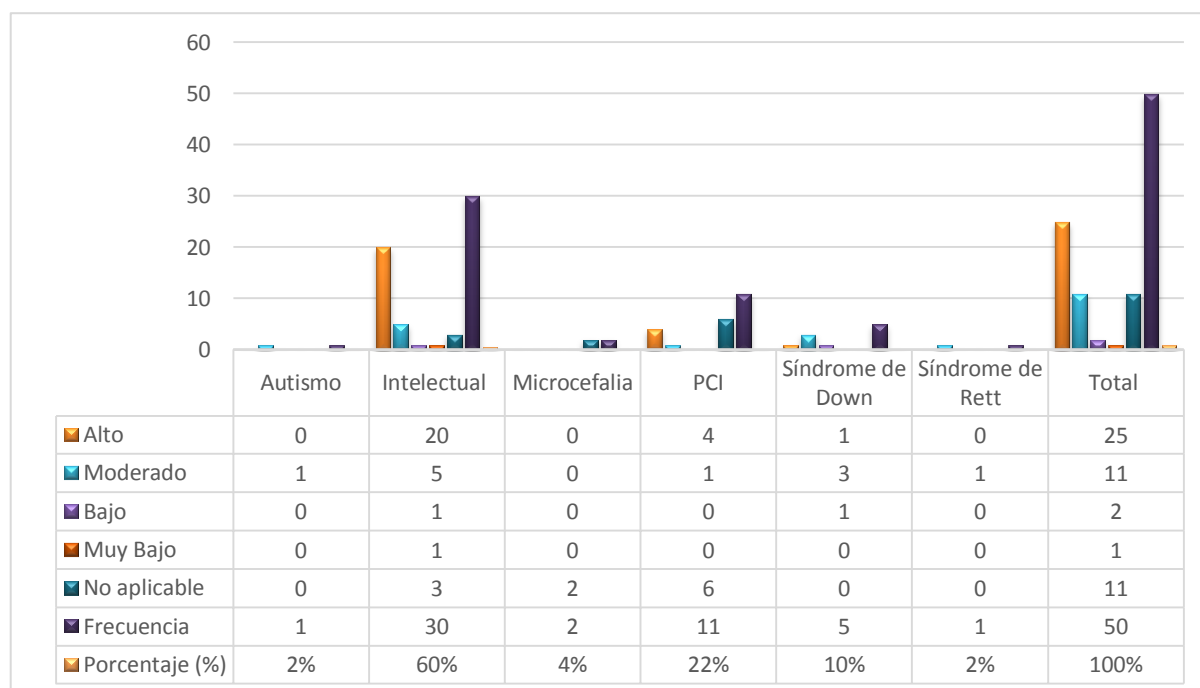
En ambos índices de caries aplicados existe una categoría *no aplicable* que corresponde a aquellos niños en los que se les aplico un solo índice de acuerdo a la dentición hallada, cabe recalcar que también se encontró niños con dentición mixta por lo que fue necesario evaluarlos con los dos índices tanto para dentición decidua como permanente.

Tabla 15.- Índice CPOD y su relación con el tipo de discapacidad

CPOD	Alto	Moderado	Bajo	Muy Bajo	No aplicable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Autismo	0	1	0	0	0	1	2%
Intelectual	20	5	1	1	3	30	60%
Microcefalia	0	0	0	0	2	2	4%
PCI	4	1	0	0	6	11	22%
Síndrome de Down	1	3	1	0	0	5	10%
Síndrome de Rett	0	1	0	0	0	1	2%
Total	25	11	2	1	11	50	100%

Fuente: Historia Clínica
Elaboración: Gallegos, 2015

Gráfico 15



Fuente: Historia Clínica
Elaboración: Gallegos, 2015

INTERPRETACIÓN:

Con respecto al índice de caries y su relación con el tipo de discapacidad se lo determino mediante el índice CPO-D y ceod para cada una de las denticiones encontradas en esta investigación.

Al evaluar los 50 niños-niñas seleccionados para el diagnóstico respectivo en el Centro de atención y desarrollo “El Ángel” de la ciudad de Loja, y empleando el Índice CPOD se obtuvieron los siguientes resultados: el 2% que corresponde a 1 niño con *Autismo*, tiene un rango moderado de caries; 60% pertenece a 30

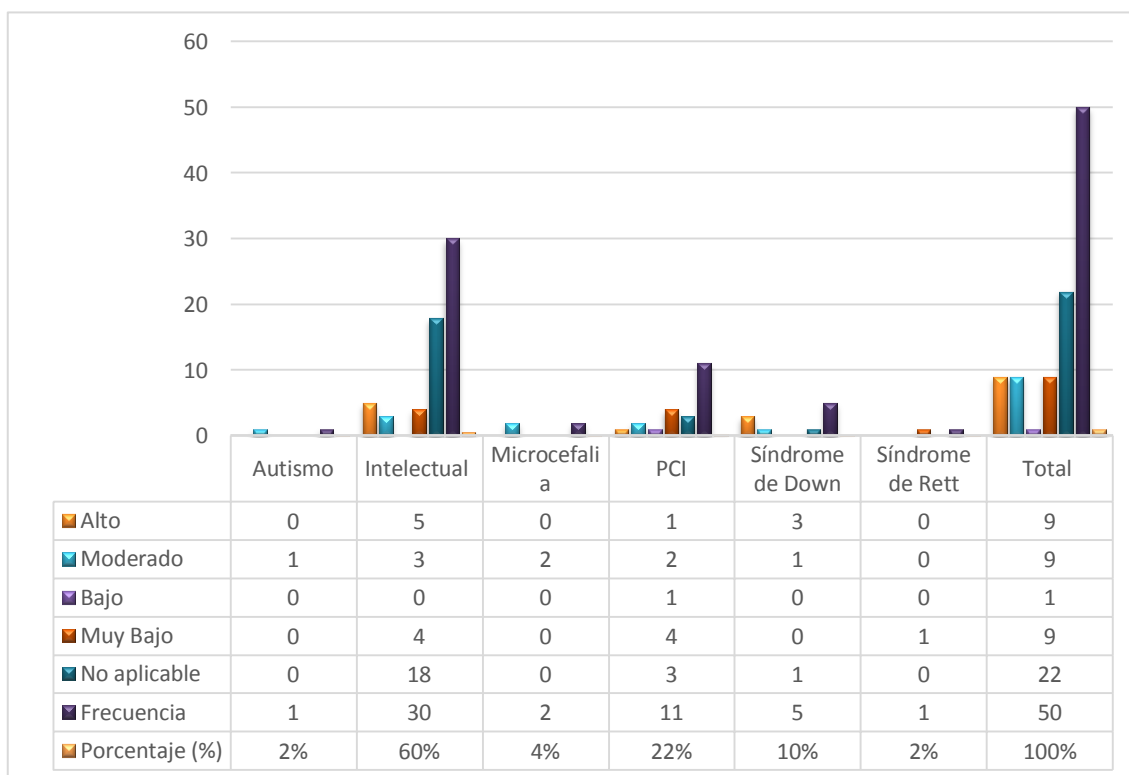
niños con *discapacidad Intelectual* del cual: 20 presenta un rango alto, 5 moderado, 1 bajo, 1 muy bajo y 3 no aplicable de caries; 4% corresponde a 2 niños con *Microcefalia* los mismos tienen un rango no aplicable de caries; 22% pertenece a 11 niños con *PCI* del cual 4 tienen riesgo alto, 1 moderado y 6 no aplicable; 10% corresponde a 5 niños con *Síndrome de Down* del cual 1 tiene riesgo alto de caries, 3 moderado y 1 bajo; y el 2% restante corresponde a 1 niño con *Síndrome de Rett* cuyo rango de caries fue moderado.

Tabla 16.- Índice ceod y su relación con el tipo de discapacidad

ceod	Alto	Moderado	Bajo	Muy Bajo	No aplicable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Autismo	0	1	0	0	0	1	2%
Intelectual	5	3	0	4	18	30	60%
Microcefalia	0	2	0	0	0	2	4%
PCI	1	2	1	4	3	11	22%
Síndrome de Down	3	1	0	0	1	5	10%
Síndrome de Rett	0	0	0	1	0	1	2%
Total	9	9	1	9	22	50	100%

Fuente: Historia Clínica
Elaboración: Gallegos, 2015

Gráfico 16



Fuente: Historia Clínica
Elaboración: Gallegos, 2015

INTERPRETACIÓN:

Al analizar la misma población empleando en este caso el índice ceod se obtuvieron los siguientes resultados: el 2% corresponde a 1 niño con *Autismo*, tiene un rango moderado de caries; 60% pertenece a 30 niños con *discapacidad Intelectual* del cual: 5 presenta un rango alto, 3 moderado, 4 muy

bajo, 18 no aplicable de caries; 4% corresponde a 2 niños con *Microcefalia* los mismos tienen un rango moderado de caries; 22% pertenece a 11 niños con *PCI* del cual 1 tiene riesgo alto, 2 moderado, 1 bajo, 4 muy bajo y 3 no aplicable; 10% corresponde a 5 niños con *Síndrome de Down* del cual 3 tienen riesgo alto de caries, 1 moderado y 1 no aplicable y el 2% restante corresponde a 1 niño con *Síndrome de Rett* cuyo rango de caries fue muy bajo.

Luego de haber obtenido estos datos se puede determinar que no existe una relación significativa entre el tipo de discapacidad y el Índice de Caries tanto CPO-D y ceo-d puesto que los valores hallados de la población de estudio no tiene una marcada diferencia entre sus categorías.

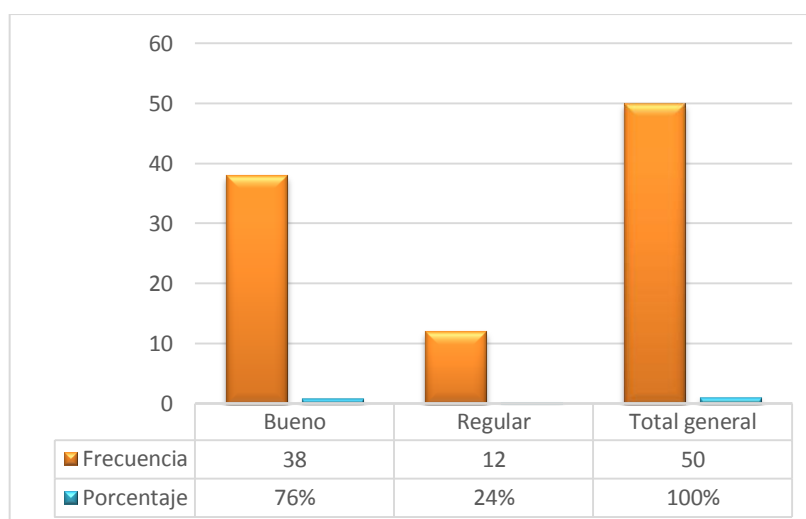
En ambos índices de caries aplicados existe una categoría *no aplicable* que corresponde a aquellos niños en los que se les aplico un solo índice de acuerdo a la dentición hallada, cabe recalcar que también se encontró niños con dentición mixta por lo que fue necesario evaluarlos con los dos índices tanto para dentición decidua como permanente.

Tabla 17.- IHOS en la población de estudio

IHOS	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	38	76%
Regular	12	24%
Total general	50	100%

Fuente: Historia Clínica
Elaboración: Gallegos, 2015

Gráfico 17



Fuente: Historia Clínica
Elaboración: Gallegos, 2015

INTERPRETACIÓN:

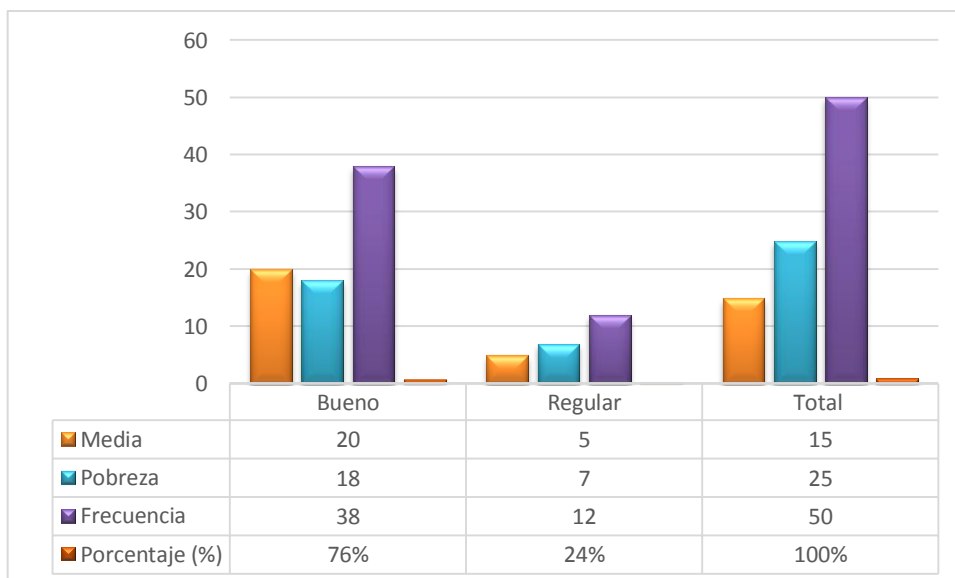
En la siguiente tabla se puede observar que del total de la población de estudio, el 76% que corresponde a 38 niños presenta un IHOS bueno y el 24% restante pertenece a 12 niños con una regular Higiene, cabe recalcar que no se presentaron niños con el IHOS malo.

Tabla 18.- Índice de higiene oral simplificado y su relación con el nivel socioeconómico

NIVEL DE HIGIENE ORAL	NIVEL SOCIECONOMICO		Frecuencia	Porcentaje (%)
	Media	Pobreza		
Bueno	20	18	38	76%
Regular	5	7	12	24%
Total	15	25	50	100%

Fuente: Historia Clínica
Elaboración: Gallegos, 2015

Gráfico 18



Fuente: Historia Clínica
Elaboración: Gallegos, 2015

INTERPRETACIÓN:

Con respecto al índice de higiene oral simplificado y su relación con el nivel socioeconómico se obtuvieron los siguientes resultados: el 76% corresponde a 38 niños con nivel bueno de higiene del cual 20 tienen clase media y 18 clase baja o pobreza y el 24% restante pertenece a 12 niños con nivel regular de higiene del cual 5 tienen clase media y 7 clase baja o pobreza.

Se observa en la tabla que existe un mayor porcentaje de nivel bueno de higiene oral esto principalmente se da porque el centro donde se realizó el

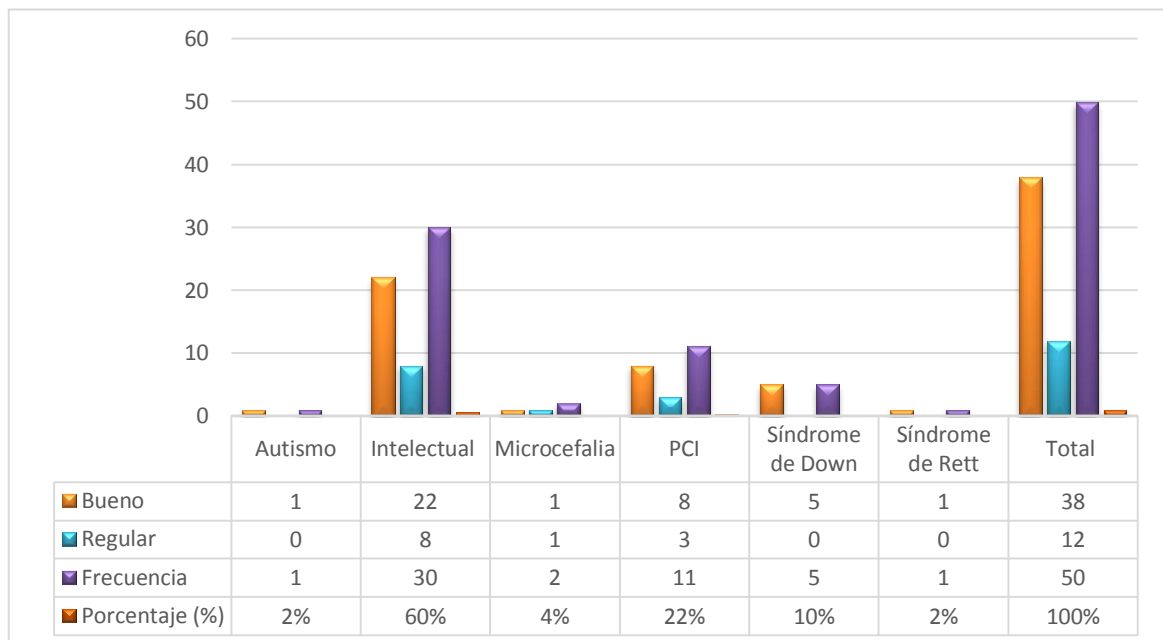
estudio cuenta con un equipo odontológico, y existe un cuidado adecuado por parte de las personas encargadas en el Centro de atención y desarrollo “El Ángel”.

Tabla 19.- Índice de higiene oral simplificado y su relación con el tipo de discapacidad

TIPO DE DISCAPACIDAD	Bueno	Regular	Frecuencia	Porcentaje (%)
Autismo	1	0	1	2%
Intelectual	22	8	30	60%
Microcefalia	1	1	2	4%
PCI	8	3	11	22%
Síndrome de Down	5	0	5	10%
Síndrome de Rett	1	0	1	2%
Total	38	12	50	100%

Fuente: Historia Clínica
Elaboración: Gallegos, 2015

Gráfico 19



Fuente: Historia Clínica
Elaboración: Gallegos, 2015

INTERPRETACIÓN:

Con respecto al índice de higiene oral simplificado y su relación con el tipo de discapacidad se obtuvieron los siguientes resultados: el 2% corresponde a 1 niño con *Autismo*, tiene un nivel bueno de higiene; 60% pertenece a 30 niños con *discapacidad Intelectual* del cual: 22 presenta un nivel bueno y 8 higiene regular; 4% corresponde a 2 niños con *Microcefalia* los mismos 1 tiene nivel bueno y el otro higiene regular; 22% pertenece a 11 niños con *PCI* del cual 8 tienen nivel bueno y 3 nivel regular de higiene; 10% corresponde a 5 niños con

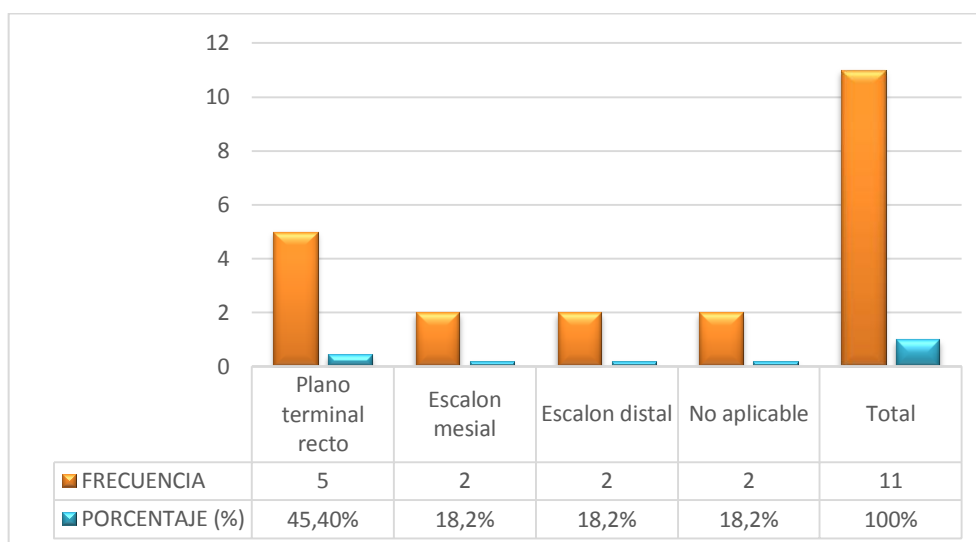
Síndrome de Down del cual 5 tienen nivel bueno de higiene oral y el 2% restante corresponde a 1 niño con *Síndrome de Rett* cuyo nivel de higiene oral fue bueno.

Tabla 20.- Tipo de oclusión en la población con dentición decidua

DENTICIÓN DECIDUA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Plano terminal recto	5	45,4%
Escalon mesial	2	18,2%
Escalon distal	2	18,2%
No aplicable	2	18,2%
Total	11	100%

Fuente: Historia Clínica
Elaboración: Gallegos, 2015

Gráfico 20



Fuente: Historia Clínica
Elaboración: Gallegos, 2015

INTERPRETACIÓN:

De los 50 niños-niñas seleccionados para el diagnóstico respectivo en el Centro de atención y desarrollo “El Angel” de la ciudad de Loja, el 45.4% corresponde a 5 niños que tienen plano terminal recto, el 18.2% a 2 niños con escalón mesial, el 18.2% a 2 niños con escalón distal y el 18.2% restante corresponde a 2 niños con un tipo de oclusión no aplicable.

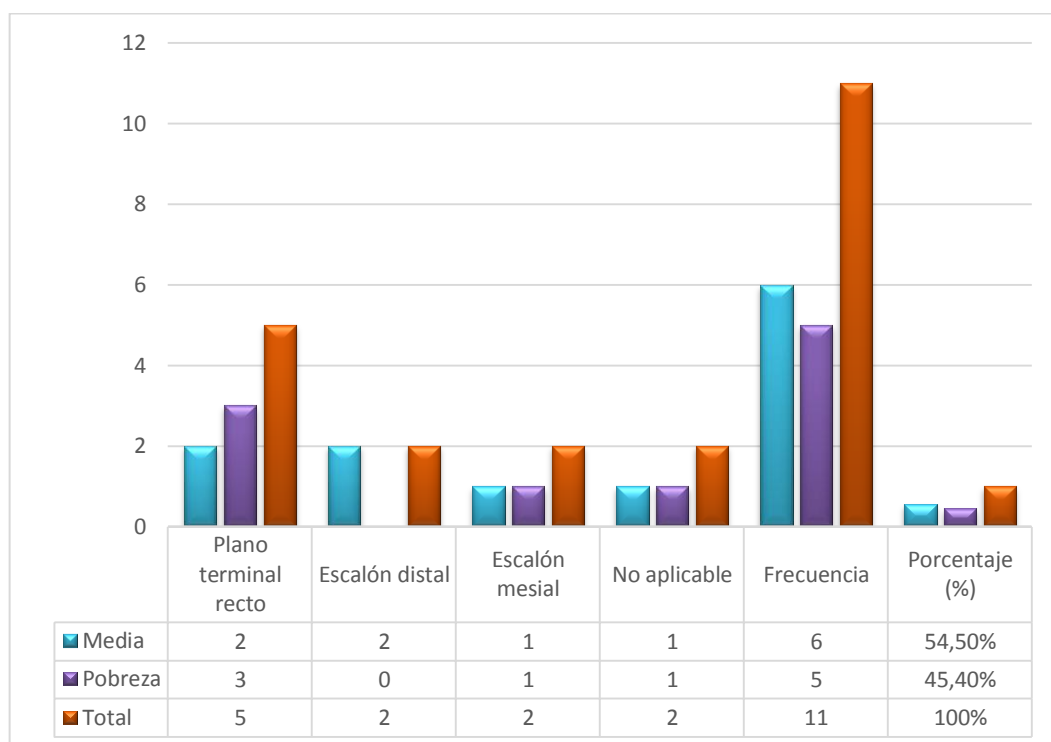
Los niños que se encuentran en el rango no aplicable corresponden a aquellos en los que no contaban con la erupción completa de su dentición decidua.

Tabla 21.- Tipo de oclusión y su relación con el nivel socioeconómico en niños con dentición decidua

NIVEL SOCIECONÓMICO	DENTICIÓN DECIDUA				Frecuencia	Porcentaje (%)
	Plano terminal recto	Escalón distal	Escalón mesial	No aplicable		
Media	2	2	1	1	6	54.5%
Pobreza	3	0	1	1	5	45.5%
Total	5	2	2	2	11	100%

Fuente: Historia Clínica
Elaboración: Gallegos, 2015

Gráfico 21



Fuente: Historia Clínica
Elaboración: Gallegos, 2015

INTERPRETACIÓN:

Con respecto al tipo de oclusión y su relación con el nivel socioeconómico se lo determino mediante dos criterios uno para la dentición decidua y otro para la dentición permanente en el que se empleó las clases de Angle.

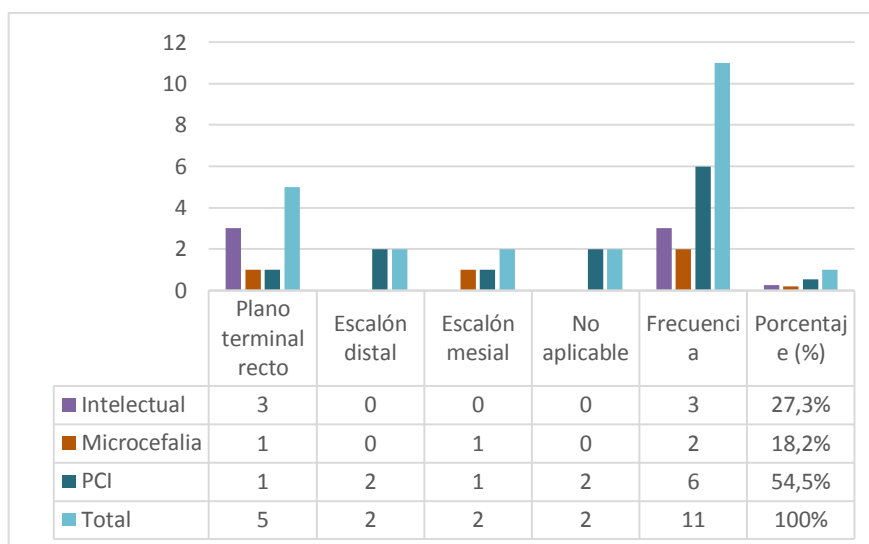
Al evaluar los 50 niños-niñas seleccionados para el diagnóstico respectivo en el Centro de atención y desarrollo “El Ángel” de la ciudad de Loja, en la dentición decidua se obtuvieron los siguientes resultados: el 54,5% corresponde a 6 niños con nivel socioeconómico medio del cual: 2 presenta plano terminal recto, 2 escalón distal, 1 escalón mesial y 1 no aplicable y el 45.5% restante corresponde a 5 niños con clase baja o pobreza del cual: 3 presentan plano terminal recto, 1 escalón mesial y 1 no aplicable.

Tabla 22.- Tipo de oclusión y su relación con el tipo de discapacidad en niños con dentición decidua

TIPO DE DISCAPACIDAD	DENTICIÓN DECIDUA				Frecuencia	Porcentaje (%)
	Plano terminal recto	Escalón distal	Escalón mesial	No aplicable		
Intelectual	3	0	0	0	3	27.3%
Microcefalia	1	0	1	0	2	18.2%
PCI	1	2	1	2	6	54.5%
Total	5	2	2	2	11	100%

Fuente: Historia Clínica
Elaboración: Gallegos, 2015

Gráfico 22



Fuente: Historia Clínica
Elaboración: Gallegos, 2015

INTERPRETACIÓN:

Con respecto al tipo de oclusión y su relación con el nivel socioeconómico se lo determino mediante dos criterios uno para la dentición decidua y otro para la dentición permanente en el que se utilizó las clases de Angle.

Al evaluar los 50 niños-niñas seleccionados para el diagnóstico respectivo en el Centro de atención y desarrollo “El Ángel” de la ciudad de Loja, en la dentición decidua se obtuvo los siguientes resultados: el 27,3% que corresponde a 3

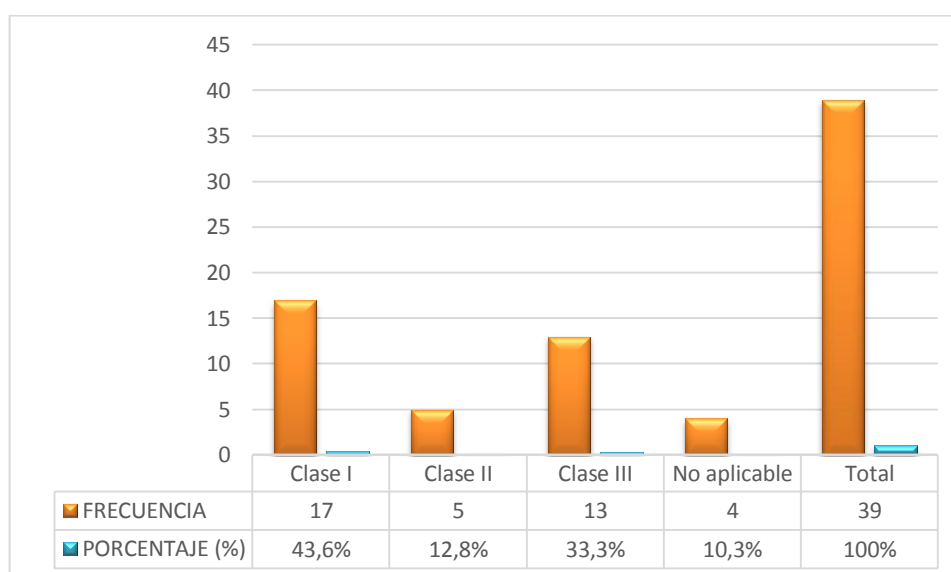
niños con discapacidad intelectual los mismo presentan un plano terminal recto; el 18,2% pertenece a 2 niños de los cuales 1 presento plano terminal recto y el otro escalón mesial y el 54,5% restante equivale a 6 niños con PCI de los cuales 1 presento un plano terminal recto, 2 escalón distal, 1 escalón mesial y 1 no aplicable

Tabla 23.- Tipo de oclusión en la población con dentición permanente

DENTICIÓN PERMANENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Clase I	17	43,6%
Clase II	5	12,8%
Clase III	13	33,3%
No aplicable	4	10,3%
Total	39	100%

Fuente: Historia Clínica
Elaboración: Gallegos, 2015

Gráfico 23



Fuente: Historia Clínica
Elaboración: Gallegos, 2015

INTERPRETACIÓN:

De los 50 niños-niñas seleccionados para el diagnóstico respectivo en el Centro de atención y desarrollo “El Angel” de la ciudad de Loja, el 43.6% corresponde a 17 niños que tienen Clase I, el 12.8% a 5 niños con Clase II, el 33.3% a 13 niños con Clase III y el 10.3% restante corresponde a 4 niños con un tipo de oclusión no aplicable.

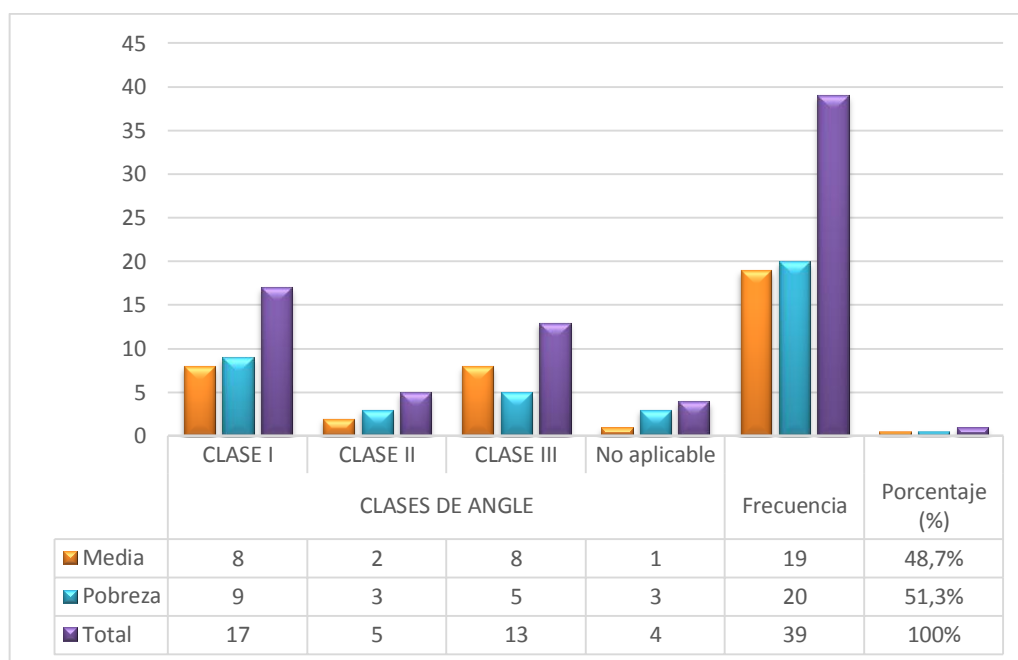
Los niños que se encuentran en el rango no aplicable corresponden a aquellos cuya superficie dental no estaba presente en la boca por lo cual no se pudo evaluar en ellos la oclusión.

Tabla 24.- Tipo de oclusión y su relación con el nivel socioeconómico en niños con dentición permanente

NIVEL SOCIECONÓMICO	CLASES DE ANGLE				Frecuencia	Porcentaje (%)
	CLASE I	CLASE II	CLASE III	No aplicable		
Media	8	2	8	1	19	48.7%
Pobreza	9	3	5	3	20	51.3%
Total	17	5	13	4	39	100%

Fuente: Historia Clínica
Elaboración: Gallegos, 2015

Gráfico 24



Fuente: Historia Clínica
Elaboración: Gallegos, 2015

INTERPRETACIÓN:

Al analizar la misma población empleando en este caso para la dentición mixta y permanente las clases de Angle se obtuvieron los siguientes resultados: el 48,7% corresponde a 19 niños de clase media de los cuales: 8 tienen Clase I, 2 Clase II, 8 Clase III, 1 no aplicable y el 51,3% restante pertenece a 20 niños con pobreza dentro de los cuales 9 tienen Clase I, 3 Clase II, 5 Clase III y 3 no aplicable.

Luego de haber obtenido estos datos se puede determinar que no existe una relación significativa entre el nivel socioeconómico y el tipo de oclusión tanto en dentición decidua como permanente puesto que los valores hallados en la población de estudio no tienen una marcada diferencia entre sus categorías.

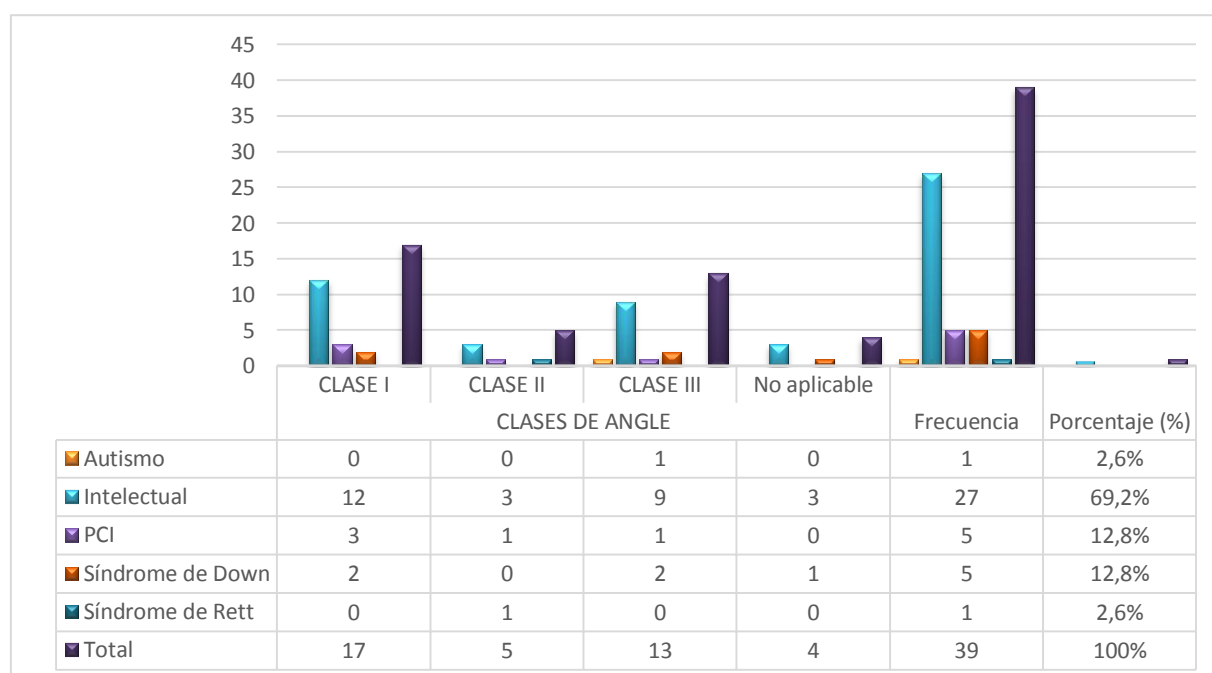
En ambos tipos de oclusiones aplicadas existe una categoría *no aplicable* que corresponde a aquellos niños en los que se les evaluó la oclusión de acuerdo a la edad y dentición que presentaron durante examen clínico.

Tabla 25.- Tipo de oclusión y su relación con el tipo de discapacidad en niños con dentición permanente

TIPO DE DISCAPACIDAD	CLASES DE ANGLE				Frecuencia	Porcentaje (%)
	CLASE I	CLASE II	CLASE III	No aplicable		
Autismo	0	0	1	0	1	2.6%
Intelectual	12	3	9	3	27	69.2%
PCI	3	1	1	0	5	12.8%
Síndrome de Down	2	0	2	1	5	12.8%
Síndrome de Rett	0	1	0	0	1	2.6%
Total	17	5	13	4	39	100%

Fuente: Historia Clínica
Elaboración: Gallegos, 2015

Gráfico 25



Fuente: Historia Clínica
Elaboración: Gallegos, 2015

INTERPRETACIÓN:

Al analizar la misma población empleando en este caso para la dentición mixta y permanente las clases de Angle se obtuvieron los siguientes resultados: el

2,6% corresponde a 1 niño con Autismo el cual presento Clase III; el 69,2% pertenece a 27 niños con discapacidad intelectual de los cuales: 12 tienen Clase I, 3 Clase II, 9 Clase III y 3 no aplicable; el 12,8% pertenece a 5 niños con PCI de los mismos 3 tienen Clase I, 1 Clase II y 1 Clase III; 12,8% corresponde a 5 niños con Síndrome de Down dentro de los cuales 2 presentan Clase I, 2 Clase III y 1 No aplicable y el 2,6 restante corresponde a 1 niño con Síndrome de Rett el cual presento Clase II.

Luego de haber obtenido estos datos se puede determinar que no existe una relación significativa entre el tipo de discapacidad y el tipo de oclusión tanto en dentición decidua como permanente puesto que los valores hallados en la población de estudio no tienen una marcada diferencia entre sus categorías.

En ambos tipos de oclusiones aplicadas existe una categoría *no aplicable* que corresponde a aquellos niños en los que se les evaluó la oclusión de acuerdo a la edad y dentición que presentaron durante examen clínico.

7. DISCUSIÓN

Las enfermedades orales son uno de los mayores problemas de salud en personas con discapacidad, debido a que la prevalencia y severidad de estas son mayores a las de la población general. A pesar de tener derecho a los mismos estándares de salud y atención se considera que la salud oral es una de las mayores necesidades de salud no satisfechas en esta población. (Garcés, Barrera, & Rosas, 2013).

Las discapacidades físicas y mentales son factores determinantes en la incidencia, prevalencia y severidad de las enfermedades orales como lo son la caries dental y la enfermedad periodontal. Estas dos entidades están estrechamente vinculadas debido a que su aparición y severidad depende del control efectivo de la placa dentobacteriana, lo que implica movimientos específicos y que requieren de una alta motricidad fina, imposibles de realizar para un paciente con problemas de destreza. (Garcés, Barrera, & Rosas, 2013)

Luego de haber culminado la presente investigación, se determinó que existe una elevada prevalencia de caries (94%), un nivel bueno de higiene oral (76%) y un número predominante de maloclusiones dentales (17%). La elevada prevalencia de enfermedades bucales encontrada en estos niños con discapacidad coincide con autores como: (Morales, 2012), (Pírela de Manzano, 1999) sobre todo si se los compara con pacientes normales.

De los 50 niños(as) estudiados, el grupo que predominó en esta investigación fue el de discapacidad intelectual con un 60% de la población total, dentro de los cuales la mayoría de ellos presentaron un índice alto de caries dental. Estos datos tienen relación con la investigación realizada por (Dávila, Gil, Daza, Bullones, & Ugel, 2009) en donde determinaron la salud oral en personas con retraso mental cuyo resultado de incidencia de caries en los mismos fue del 65.2%. Estudios realizados por (Muñoz & Hidalgo, 2009) al diagnosticar los problemas de salud bucal en niños con retraso mental ligero

determinaron que el 81% de la población total de dicho estudio estaba afectado por caries dental y se encontraban con índices altos.

Sin embargo (Serrano, Torrelles, & Simancas, 2012) evaluaron 51 niños que padecen discapacidad intelectual entre edades comprendidas de 5-14 años donde determinaron que la mayoría de la población no presentaba caries solo un pequeño porcentaje del 24% fue observado, cuyo índice en este caso fue bajo.

En cuanto al nivel de higiene oral hallado en estos niños la mayoría de ellos tuvieron un IHOS bueno, gracias a que cuentan con una Unidad Odontológica en la que reciben atención odontológica preventiva. Esto no concuerda en estudios de (Muñoz & Hidalgo, 2009) en los que los mismos presentaron un 74% de mala higiene bucal. Se ha sugerido que una higiene oral inadecuada es la principal causa de enfermedad periodontal en sujetos con algún tipo de discapacidad, y pareciera haber una relación entre los niveles de higiene y la severidad de la discapacidad. (Garcés, Barrera, & Rosas, 2013).

Otro tipo de discapacidad hallada en el Centro de Atención y desarrollo “El Angel” son los niños con Síndrome de Down en este estudio representaron el 10% de la población total, cuyo Índice CPOD y ceod estuvo comprendido entre alto y moderado, estos datos guardan una estrecha similitud con la investigación de (Quijano & Díaz, 2010) quienes compararon la prevalencia de caries entre niños normales y niños con Síndrome de Down en los que determinaron que los niños con este Síndrome presentan un Índice Moderado según la OMS. En otro estudio realizado por (López, López, & Borgez, 2009) encontraron índices bajos de caries dental en estos pacientes.

Según (Quijano & Díaz, 2010) se presenta una menor prevalencia de caries dental en personas con SD ya que los mismos poseen un pH salival alcalino, recuento de Streptococos Mutans en cantidades menores, concentraciones más altas de bicarbonato y proteínas de saliva, hipodoncia y erupción

retardada. Bianchi (1991) afirma que este tipo de pacientes presenta una mayor prevalencia de caries dental y las causas serian menor velocidad de flujo salival, malos hábitos de higiene bucal debido a una deficiente motricidad fina y a la poca orientación de los padres o tutores.

Este tipo de pacientes se caracterizan además por una deficiente higiene bucal como lo manifiesta en su investigación (Demicheri & Batle, 2011) en donde afirma que la higiene oral en estos paciente es en general pobre. (Culebras, Silveste, & Silvestre, 2012) Manifiesta decir que la Enfermedad Periodontal es muy común en estos pacientes ya que existes varios factores implicados, desde factores locales como la falta de higiene oral y una mayor presencia de cálculos, a factores secundarios como hábitos nocivos como el empuje lingual, las maloclusiones y la falta de sellado labial. Sin embargo en la presente investigación todas las personas que presentaron Síndrome Down obtuvieron un IHOS bueno.

A pesar de haber encontrado una higiene oral adecuada, estos pacientes se caracterizan por una maloclusión dental como lo indica (Areias, y otros, 2014) en su estudio sobre el Enfoque clínico de niños con Síndrome de Down en el consultorio dental en donde resalta que la Clase III de Angle es la más frecuente . En esta investigación se hallaron niños(as) en los que predomino la Clase I y III de Angle. Estos mismo datos son hallados en la investigación (Culebras, Silveste, & Silvestre, 2012) en donde revisaron las manifestaciones orales más frecuentes y concluyeron que la Clase I de Angle es la más frecuente. Sin embargo (Morales, 2009) determinaron en su estudio sobre Prevalencia de caries en Síndrome de Down que el 84,2% de la población (39 en estudio) presentaron una Clase III de Angle.

Una de las discapacidades que también se encontró en este estudio fue la Parálisis Cerebral con un 22% de la población total dentro del cual se hallaron con índice alto, de caries dental, en cuanto a la higiene oral fue buena en la mayoría de ellos, cabe mencionar que (Morales, 2009) en un estudio para determinar la prevalencia de patologías bucodentales en 30 personas con

parálisis cerebral se obtuvo que el 73% de las misma tenían una mala higiene bucal además de evidenciarse esto, también en estos pacientes predomina la Clase II de Angle. En este estudio lo que se evidencio en estos pacientes en cuanto a la oclusión es que estuvo presente más la Clase I de Angle en dentición permanente y escalón distal en dentición decidua.

La presente investigación permitió conocer que la población estudiada presento un regular estado de salud bucal por la falta de atención odontológica especializada que rehabilite su cavidad oral; constituyéndose esta, una necesidad de salud no satisfecha.

8. CONCLUSIONES

Al término del estudio se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

1. El total de la población evaluada fue de 50 niños(as) con discapacidad del cual en un 60% se encontró la discapacidad intelectual, 22% Parálisis Cerebral Infantil, 10% Síndrome de Down, 4% Microcefalia, 2% Autismo y 2% Síndrome de Rett. Observando que el grupo mayoritario fue el de discapacidad intelectual.
2. Según las encuestas aplicadas para determinar cómo influyen los factores culturales en ellos se obtuvo lo siguiente: el 54% visita al odontólogo cada 6 meses, el 46% realiza su cepillado una vez al día y el 70% de la población es la mamá quien les ayuda en el aseo bucal diario.
3. El Índice CPOD (Índice de dientes cariados, perdidos y obturados) y ceod (Índice de dientes cariados, extraídos y obturados) de la población en general fue Alto encontrándose en un 50% y 18% respectivamente, con respecto a la relación del mismo con el nivel socioeconómico y tipo de discapacidad.
4. En cuanto al nivel de higiene oral fue satisfactorio ya que el 76% de la población presenta un IHOS (Índice de Higiene Oral Simplificado) bueno, ya que el Centro de Atención y desarrollo “El Ángel” cuenta con una Unidad Odontológica y se les realizan profilaxis periódicas para mantener un buen estado de salud oral en los mismos y con relación al nivel socioeconómico y tipo de discapacidad no se encontró relación.
5. En este estudio se determinó que el tipo de oclusión que prevaleció en la dentición permanente fue la Clase I con apiñamiento con un 43.6% y en la dentición decidua con 45.4% el Plano terminal recto. Relacionando el tipo de oclusión con el nivel socioeconómico y tipo de discapacidad no se halló relación de la misma.

6. El estado de salud oral de los niños y adolescentes que acuden al Centro de Atención y Desarrollo “El Ángel” fue regular porque a pesar de que los padres de familia manifiestan tener buen cuidado de la salud oral de sus hijos, y se hacen profilaxis periódicas por parte del centro; se encontró un alto Índice de caries. Evidenciando que la atención odontológica para ellos debe ser especializada por su difícil comportamiento lo que ha dificultado al profesional odontológico realizar la respectiva atención odontológica rehabilitadora.

9. RECOMENDACIONES

- 1.** Al Centro de atención y desarrollo “El Ángel” realizar un proceso de aprendizaje acorde a las capacidades de estas personas, con la finalidad de transmitir conocimientos acerca de la prevención y cuidado bucodental; para de esta manera reducir la prevalencia de enfermedades orales en los mismos y lograr no solo cambios cognoscitivos, sino cambios de conducta y estilos de vida.
- 2.** Informar a los padres y personas responsables de los niños(as) con discapacidad acerca de las medidas preventivas con la ayuda de una pedagogía participativa, con el propósito que comprendan la importancia del cuidado dental de esta población.
- 3.** Es necesario la creación e implementación de programas de higiene, control y prevención de las enfermedades bucales por parte de las autoridades de salud y educación en donde participen las familias, los maestros y los profesionales de la salud.
- 4.** Para mejorar y mantener la salud oral de los pacientes discapacitados es preciso conocer sus necesidades y condiciones individuales y las distintas opciones que ofrece el mercado en cuanto a cepillos, aditamentos para higiene interdental y control químico de la placa. De este modo las personas que están a cargo una vez informados del mismo seleccionarán la adecuada para mejorar la calidad de vida del niño y mantener la salud oral.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar, N., Navarrete, K., Robles, D., Aguilar, S., & Rojas, A. (2009). Dientes sanos, cariados, perdidos y obturados en los estudiantes de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit . *Odontologica Latinoamericana*, 27-32.
2. Alfonzo, E. (16 de Diciembre de 2012). *Prezi*. Recuperado el 10 de Abril de 2015, de <https://prezi.com/dt3lyhk6mn0t/como-se-usa-el-manual-de-estratificacion-graffar-mendez-castellano/>
3. Areias, C., Pereira, ML, Pérez-Mongiovi, D., Macho, V., Coelho, A., & Andrade, D. (2014). Enfoque clínico de niños con síndrome de Down en el consultorio dental. *Avances en estomatología*, 307-313.
4. Barrios, C., Vila, G., Martinez, S., & Encina, A. (2014). Relacion entre el ph salival y caries dental en pacientes con sindrome de Down. *Scielo Uruguay*, 1-10.
5. Boj, J., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., & Planells, A. (2010). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid: RIPANO, S. A.
6. Bordoni, N., Escobar, A., & Castillo, R. (2010). *Odontologia Pediatrica: la salud bucal de nino y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires: Medica Panamericana.
7. Cano, J., Cejudo, G., Rivas, R., Azuara, V., Durán , Á., & Villegas, L. (2009). El índice CPOD y su relación con la cultura odontológica. *Odontología actual*, 42-47.
8. Carrizosa, J. (2009). Prevalencia, incidencia y brecha terapeutica en la epilepsia. *Scielo*, 282-296.
9. Crespo, E., Pelaez, A., Coro, G., & Afre, A. (2009). Traumatismos dentales en pacientes especiales: Pinar del Río 2005-2006. *Scielo*, 1-5.

10. Culebras, E., Silvestre, J., & Silvestre, F. (2012). Alteraciones odonto-estomatológicas en el niño con síndrome de Down. *Española Pediatría*, 434-439.
11. Cuniberti, R., & Nélica, E. (2009). Lesiones Cervicales no Cariosas. En R. Cuniberti, & E. Nélica, *Lesiones Cervicales no Cariosas* (págs. 19-27). Buenos Aires: Médica Panamericana.
12. Davila, M. E. (2010). Factores de riesgo en la salud bucal de las personas con retraso mental y síndrome de down. *Biblioteca Las Casas*.
13. Dávila, M. E., Gil, M., Daza, D., Bullones, X., & Ugel, E. (2009). Salud oral de las personas con retraso mental en cuatro municipios del estado Lara. *Scielo*, 1-8.
14. Demicheri, R., & Batle, A. (2011). La enfermedad periodontal asociada al paciente con Síndrome de Down. *Scielo*, 1-10.
15. FIAPAS. (2009). Obtenido de <http://www.fiapas.es/FIAPAS/queeslasordera.html>
16. Ganem, I. (2011). Odontología para niños con necesidades especiales. *ADA CERP*, 1-11.
17. Garcés, C., Barrera, M., & Rosas, C. (2013). Estado de Salud Oral de niños y adolescentes con Discapacidad Intelectual en una población chilena. *Journal of Oral Research*, II(2), 59-63.
18. Garces, G., & Di Nasso, P. (2012). Estudio descriptivo sobre el nivel de conocimientos odontológicos de padres de niños con discapacidad y el estado de salud bucal de los niños. *Portales Medicos*.
19. Garcia, C., & Sanchez, A. (2009). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Articulos y Notas*, 15-30.
20. Gil, J., Gonzales, J., Gomez, V., Polo, D., & Castro, D. (2009). *Guía para la atención educativa a los alumnos y alumnas con déficit visual*. Sevilla: Consejería de educación y ciencia.

21. Jain, M., Mathur, A., Sawla, L., Choudhary, G., Kabra, K., Duraiswamy, P., & Kulkarni, S. (2009). Oral health status of mentally disabled subjects in India. *Journal of Oral Science*, 333-340.
22. Lindhe, J., & Lang, N. (2009). *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica*. Buenos Aires: Medica Panamericana.
23. Lopez, M. d. (2009). *El paciente especial discapacitado*. Uruguay.
24. López, R., López, P., & Borgez, A. (2009). Caries dental en niños con trisomía 21. *ADOLEC*, 438-443.
25. Martinez. (30 de Septiembre de 2010). *Clinica Ferrus Bratos*. Recuperado el 17 de abril de 2015, de Clinica Ferrus Bratos: <http://www.clinicaferrusbratos.com/odontologia-general/cuando-debemos-visitar-al-dentista-primera-visita/>
26. Martinez, C. (s.f.). *Discapacidad y nutrición*. Recuperado el 17 de Abril de 2015, de <http://www.uia.mx/actividades/nuestracom/05/nc156/10.html>
27. Marulanda, J., Bentacur, J. D., Espinoza, S., Gomez, J. L., & Tapias, A. (2011). Salud Oral en discapacitados. *Revista CES Odontología*, 71-76.
28. Mera, L. (Septiembre de 2011). Índice de higiene oral simplificado comparativo entre niños y niñas de 6 a 12 años de edad, de la escuela fiscal "himmelman" y la unidad educativa particular "héroes del cenepa" del cantón cayambe de la provincia de pichincha. Quito, Pichincha, Ecuador.
29. Morales, M. (2009). Patologías bucodentales y alteraciones asociadas prevalentes en una población de pacientes con parálisis cerebral infantil. *Acta Odontologica Venezolana*, 1-4.
30. Morales, M. (2012). Atención odontológica a pacientes especiales: una realidad creciente. *Acta Odontologica Venezolana*, 1-4.
31. Morales, M., & Naukart, Z. (2009). Prevalencia de maloclusiones en pacientes con Síndrome de Down. *Revista oral*, 537-539.

32. Muñoz, L., & Hidalgo, C. (2009). Diagnóstico de salud bucal en niños con retraso mental ligero. *SciELO*, 1-10.
33. NINDS. (Julio de 2009). *Instituto Nacional de trastornos neurológicos y accidentes cerebrovasculares*. Recuperado el 17 de Abril de 2015, de http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/distrofia_muscular.htm#2
34. Nualart, Z., Morales, M., & Silvestre, F. (2009). Periodontal disease associated to systemic genetic disorders. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 1-2.
35. Odontología. (2010). Recuperado el 17 de Abril de 2015, de http://odontologiaa.mx.tripod.com/sindrome_down.html
36. Ojeda, M., Acosta, N., Duarte, E., Mendoza, N., & Meana, M. (2009). Prevalencia de Caries Dental en Niños y Jóvenes de Zonas Rurales. . 1-2.
37. Perez, M., Limeres, J., & Javier, F. (2012). *Manual de Higiene Oral con Personas con Discapacidad*. Santiago de Compostela: Idea Grafica Profesional.
38. Pírela de Manzano, M. (2009). Patología bucal prevalente en niños excepcionales. *Acta Odontológica Venezolana*, 193-198.
39. Poyato, M., Segura, J., Rios, V., & Bullon, P. (2009). Periodoncia para el higienista dental. *SEPA*, 149-164.
40. Quijano, G., & Díaz, M. (2010). Caries dental en niños pre-escolares con síndrome Down. *Revista Estomatologica Herediana*, 1-4.
41. Rueda, M. (2014). Estado de salud bucodental de niños con capacidades especiales del Centro de Atención Múltiple N°4. *Revista Horizonte Sanitario*, 233-237.
42. Sánchez, L. (07 de Noviembre de 2012). *Diario Femenino*. Recuperado el 05 de Junio de 2015, de *Diario Femenino*: <http://www.diariofemenino.com/salud/higiene/articulos/salud-higiene-bucal-personas-discapacidad/>

43. Serrano, M., Torrelles, A., & Simancas, Y. (2012). Estado de salud bucodental en niños con discapacidad intelectual. *Acta Odontologica Venezolana*, 1-9.
44. Troya, E., Martínez, J., Padilla, E., & Rodríguez, Y. (2014). Consideraciones actuales sobre la xerostomía o síndrome de boca seca. *Médica Electrónica*, 1-9.
45. Velasquez, M., & Blanco, O. (2009). La halitosis. definición, clasificación y factores etiológicos. *Acta Odontologica Venezolana*, 1-12.
46. Vergara, C., & Uribe, S. (2012). Evaluación in vitro de la resistencia compresiva de un sellante resinoso fluorado pre y post liberación de flúor. *Scielo*, 9-12.
47. Waishe, M., Smith, M., & Pennington, L. (14 de Noviembre de 2014). *Cochrane*. Recuperado el 30 de Abril de 2015, de <http://www.cochrane.org/es/CD008624/intervenciones-para-el-babeo-en-ninos-con-paralisis-cerebral>

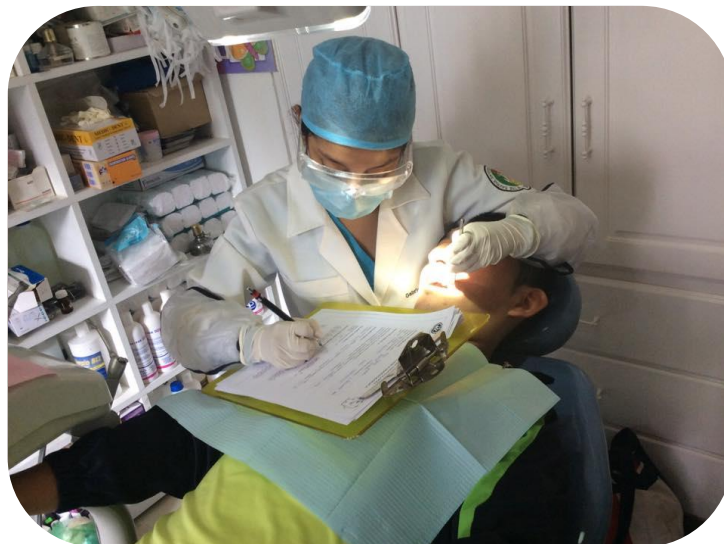
11. ANEXOS

ANEXO 1: *Fotografías*

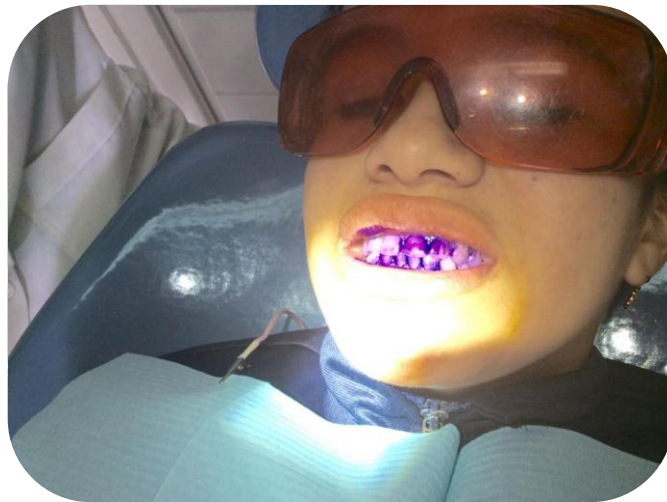
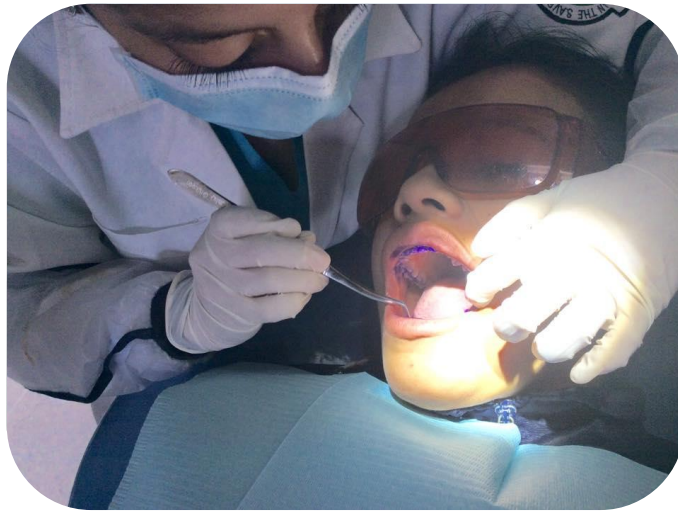
Unidad Odontológica del Centro de Atención y Desarrollo “El Ángel”



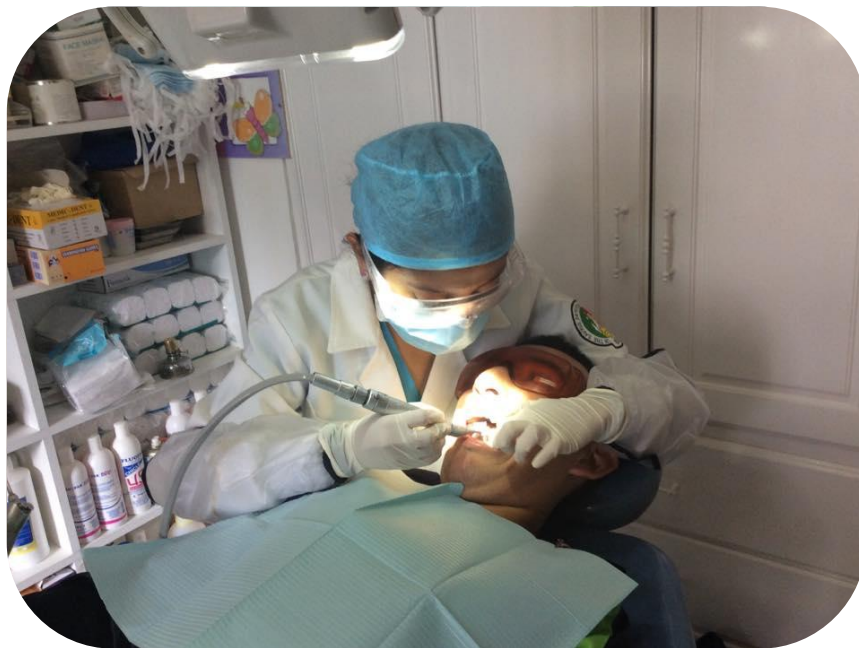
Examen clínico: llenado de historia clínica



Aplicación de revelador de placa para determinar IHOS



Realización de profilaxis dentales

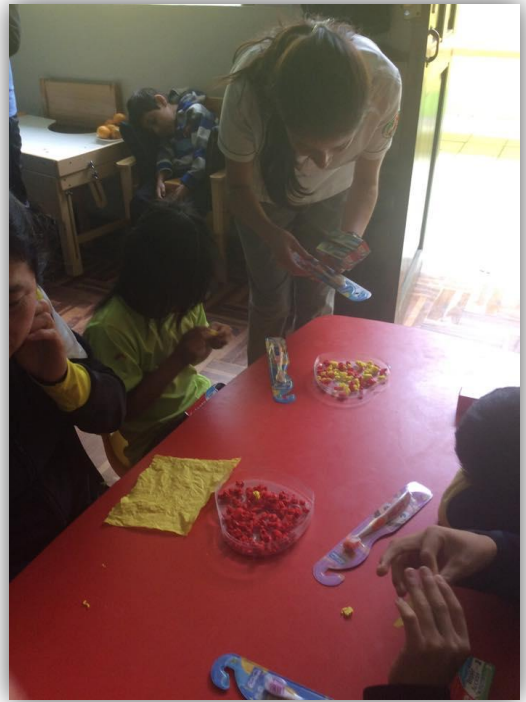


Aplicación de encuestas y ficha socioeconómica





Entrega de cepillos y pasta dentales





ANEXO 2: Autorización de Centro de Atención y desarrollo "El Ángel"

Loja, 12 de marzo de 2015

1024/60

Dra. Mayra Carrión
COORDINADORA GENERAL DEL CENTRO DE ACCIÓN SOCIAL MATILDE HIDALGO DE
PROCEL
Ciudad.-

De mis consideraciones:

GABRIELA STEFANIA GALLEGOS SUQUILANDA, portadora de la cédula de identidad N.- 1105048571 alumna del DÉCIMO MÓDULO de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, me dirijo a usted, para de la manera más comedida solicitarle lo siguiente:

Se me autorizó realizar mi tesis de grado en el Centro de Desarrollo y Educación Especial "EL ÁNGEL", bajo la dirección de la Dra. Mónica Carpio.


Por su atención favorable, le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente,



Gabriela Stefania Gallegos Suquilanda.
ESTUDIANTE DEL MODULO X
C.I. 1105048571

*Actas 202
de la
Comisión
JEU
12-03-15*

 **CENTRO DE ACCIÓN SOCIAL MATILDE HIDALGO**
COORDINACIÓN GENERAL
RECIBIDO: Gra. Suq.
FECHA: 12-03-15
HORA: 10:00

ANEXO 3: Certificado de realización de la investigación de campo

Loja, 07 de Octubre del 2015

Ab. Mayda Carrión Coronel

**COORDINADORA GENERAL DEL CENTRO DE ACCIÓN SOCIAL MATILDE
HIDALGO DE PROCEL**

Ciudad.-

Certifico:

Que la Srta. **GABRIELA STEFANÍA GALLEGOS SUQUILANDA**, alumna del Décimo Módulo de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, ha realizado con responsabilidad y dedicación la tesis de grado cuyo tema es "FACTORES DE RIESGO SOCIECONOMICOS Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN LA SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPECIALES QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO "EL ANGEL". PERIODO MARZO-JULIO 2015" desde el 04 de mayo hasta el 18 de junio del presente año, en el establecimiento antes mencionado.

Atentamente



Ab. Mayda Carrión Coronel

COORDINADORA

ANEXO 4: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PADRES DE FAMILIA

YO,.....Padre/Madre y/o representante del niño/a:.....; por medio de la presente doy mi consentimiento para que la Srta. Estudiante: *Gabriela Stefanía Gallegos Suquilanda* realice un examen bucal, y de ser necesaria la realización de fotografías con fines odontológicos, pudiendo ser las mismas utilizadas en Proyectos de Investigación.

.....

Firma del Padre o Representante

ANEXO 5: Ficha socioeconómica

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS-CLASE SOCIAL A TRAVÉS DE METODOLOGÍA GRAFFAR

VARIABLES	PUNTAJE	ITEMS
1. Profesión del Jefe de familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las fuerzas armadas (si tienen un rango de Educación Superior).
	2	Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores.
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores.
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa).
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa).
2. Nivel de instrucción de la esposa (o) o cónyuge	1	Enseñanza universitaria o su equivalente
	2	Enseñanza secundaria completa.
	3	Enseñanza secundaria incompleta.
	4	Enseñanza primaria o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria).
	5	Analfabetas
3. Principal fuente d ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo Mensual
	4	Salario semanal, por día entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4. Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

TOTAL	ESTRATO SOCIAL	RESULTADO
4-6	I: ALTO	
7-9	II: MEDIO ALTO	
10-12	III: MEDIO	
13-16	IV: POBREZA RELATIVA	
17-20	V: POBREZA CRÍTICA	

ANEXO 6: Encuesta

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA ODONTOLOGÍA

ENCUESTA A LOS PADRES DE LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD DEL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPECIALES "EL ÁNGEL"

Esta encuesta es para determinar los factores de riesgo socioeconómicos y culturales que influyen en la salud bucal de las personas con discapacidad, el contenido del mismo y los datos son confidenciales.

INSTRUCCIONES:

Conteste las siguientes preguntas colocando una X dentro del paréntesis:

1. ¿Cuál es el tipo de discapacidad que presenta su niño?

- () Síndrome de Down
- () Retraso Mental
- () Parálisis Cerebral
- () Autismo
- () Otros. ¿Cuál? _____

2. ¿Con qué frecuencia su niño se cepilla los dientes?

- () 1 vez al día
- () 3 veces o más
- () 1 vez a la semana
- () Ninguna

3. ¿Quién le ayuda en el cepillado de los dientes del niño?

- () El solo
- () La mamá
- () El papá
- () Otros.....

4. ¿Visita al odontólogo el niño?

- () Si
- () No

[Handwritten signatures and dates]
04/05/2015
05-05-2015

5. En caso de que su niño acuda al odontólogo ¿Con que frecuencia lo lleva?

- Una vez al año
- Cada 6 meses
- Nunca
- Otros.....


6. ¿Cuál es el tipo de consulta?

- Pública
- Privada
- Ninguna


GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



ANEXO 7: Historia Clínica



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
HISTORIA CLINICA ODONTOLÓGICA



Fecha:.....

DATOS GENERALES
 Nombres y apellidos del niño:.....
 Nombre Padre y/o responsable:.....
 Edad:..... Fecha de nacimiento:.....
 Dirección:.....
 Telf.:..... Celular:.....

HISTORIA MÉDICA:
 Enfermedades de la madre durante la gestación:.....
 Problemas de salud del niño: Alergias () Sangra mucho cuando se corta ()
 Audición y lenguaje () Necesidades especiales () . ¿Cuáles?.....
 Historia odontológica: Edad primera visita..... Problemas:.....

EXAMEN FÍSICO:
 Labios:..... Carrillo:..... Lengua:..... Frenillo superior:.....
 Amígdalas:..... Halitosis:..... Xerostomía:..... Babeo:.....

EXAMEN DENTARIO:
 Malformaciones dentarias..... Pigmentaciones.....
 Desgaste..... Mal posición dentaria.....
 Fracturas.....

ODONTOGRAMA (diagnóstico):

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Aprobado

 04-05-2015

04/05/15

 05-05-2015

ÍNDICE DE CARIES DENTAL:

c: _____	e: _____	o: _____	ceod: _____	C: _____	P: _____	O: _____	CPOD: _____
----------	----------	----------	-------------	----------	----------	----------	-------------

$$ceod = \frac{\quad + \quad}{\quad} =$$

$$CPOD = \frac{\quad + \quad}{\quad} =$$

Muy bajo: 0.0-1.1	
Bajo: 1.2-2.6	
Moderado: 2.7-4.4	
Alto: 4.6-6.5	

MALOCLUSIONES:

Dentición Permanente

Clase I: con apiñamiento	
Clase I: sin apiñamiento	
Clase II: Subdivisión 1	
Clase II: Subdivisión 2	
Clase III	
No aplicable	

Dentición Decidua

Plano terminal recto	
Escalón mesial	
Escalón distal	
No aplicable	

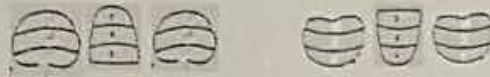


CALIDAD DE HIGIENE ORAL

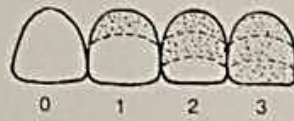


I-HOS (HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO)

IR-S



Escala

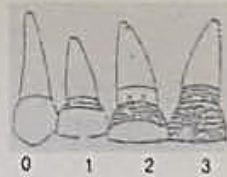


— =

IC-S



Escala



— =

0.1-1.2	BUENO	
1.3-3.0	REGULAR	
3.1-6.0	MALO	

$$\text{Resultado IHOS} = \frac{IR-S + IC-S}{2} = \frac{+}{2} =$$

ANEXO 8:

OBJETIVOS


OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre los factores de riesgo socioeconómicos y culturales con el nivel de salud bucal en los niños y adolescentes especiales que acuden al Centro de Atención y Desarrollo “El Ángel”. Período Marzo – Julio 2015

OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Conocer el índice de caries y su relación con el nivel socio-económico y tipo de discapacidad de los niños y adolescentes del Centro de Atención y Desarrollo de “El Ángel”.
- Identificar el I-HOS (Índice de Higiene Oral Simplificado) y su relación con el nivel socio-económico y tipo de discapacidad de los niños y adolescentes del CADE
- Conocer los tipos de oclusiones según las clases de Angle y su relación con el nivel socioeconómico y tipo de discapacidad de los niños y adolescentes del CADE

ANEXO 9: Certificado del resumen en inglés




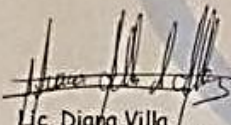
Lic. Diana Villa
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada: "FACTORES DE RIESGO SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN LA SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPECIALES QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO "EL ANGEL" PERIODO MARZO - JULIO 2015" de la Srta. Gabriela Stefania Gallegos Suquilanda, de la carrera de Odontología.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 16 de Octubre de 2015



Lic. Diana Villa
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH
REGISTRO SENESCYT
1031-02-275456

Fine-Tuned English Cia. Ltda.
LOJA: Macará entre Miguel Riofrío y BocaFuerte * 2578899 * 2563224 * 2574702
www.finetunedenglish.edu.ec

CATAMAYO: Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo * 2678442
ZAMORA: García Moreno y Pasaje 12 de Febrero * 2608169

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
AUTORÍA	¡Error! Marcador no definido.
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
1.TÍTULO	1
2.RESUMEN	2
SUMMARY	3
3.INTRODUCCIÓN	4
4.REVISIÓN DE LITERATURA	7
CAPÍTULO I	7
1. DISCAPACIDAD	7
1.1. Definición	7
1.1.1. Deficiencia	7
1.1.2. Incapacidad	7
1.1.3. Minusvalía	8
1.2. Clasificación	8
1.2.1. En función de la etiología de la discapacidad	8
1.3. En función del grado de dependencia	9
1.4. Discapacidades más comunes	10
1.4.1. Retraso Mental	10

1.4.2.	Síndrome de Down	11
1.4.3.	Parálisis Cerebral	12
1.4.4.	Autismo	13
1.4.5.	Epilepsia.....	14
1.4.6.	Distrofias Musculares	15
1.4.7.	Ceguera y deficiencia visual.....	16
1.4.8.	Sordera y deficiencia auditiva.....	17
CAPÍTULO II		18
2.	Factores de riesgo.....	18
2.1.	Nivel Socioeconómico.....	18
2.1.1.	Definición.....	18
2.1.2.	Tipos de nivel socioeconómico.....	19
2.2.	Nivel Cultural.....	20
2.2.1.	Frecuencia de cepillado.....	21
2.2.2.	Visitas al Odontólogo.....	21
CAPÍTULO III		23
3.	Problemas orales más frecuentes	23
3.1.	Caries Dental	23
3.1.1.	Índice de Caries dental.....	24
3.2.	Enfermedad Periodontal	25
3.2.1.	Índice de higiene oral simplificado.....	26
3.3.	Halitosis (mal aliento, mal olor bucal).....	30
3.4.	Traumatismos	31
3.5.	Atricción, erosión y bruxismo	32
3.5.1.	Atricción:.....	32

3.5.2. Erosión:	32
3.5.3. Bruxismo	33
3.6. Xerostomía.....	34
3.7. Babeo.....	35
3.8. Maloclusión	36
CAPÍTULO IV	39
4. Cuidados orales en personas con discapacidad	39
4.1. Control mecánico de la placa.....	39
4.1.1. El cepillo de dientes.....	39
4.1.2. Cepillos y aditamentos especiales.....	39
4.1.3. Cepillado y dependencia	42
4.2. Control químico de la placa.....	45
4.3. Flúor.....	46
4.4. Sellado de fosas y fisuras	50
4.5. Dieta.....	51
4.5.1. Dieta y nutrición en las personas con discapacidad	51
4.5.2. Recomendaciones dietéticas.....	52
4.6. Motivación y educación en salud oral	53
5.MATERIALES Y MÉTODOS	54
6.RESULTADOS	58
7.DISCUSIÓN	93
8.CONCLUSIONES	97
9.RECOMENDACIONES	99
10.BIBLIOGRAFÍA	100
11.ANEXOS	105

ÍNDICE DE TABLAS

REVISIÓN DE LITERATURA

Tabla 1: Clasificación etiológica de la discapacidad	8
Tabla 2: Criterios para establecer el grado de detritos	28
Tabla 3: Criterios para establecer el grado de cálculo.....	29
Tabla 4: Concentración de Flúor en el agua de bebida	47

RESULTADOS

Tabla 1.- Total de población de estudio por sexo	58
Tabla 2.- Total de la población por edad	59
Tabla 3.- Nivel socioeconómico de la población en estudio	60
Tabla 4.- Discapacidades más encontradas en la población de estudio.....	61
Tabla 5.- Cantidad de cepillado al día.....	62
Tabla 6.- Ayuda en el aseo diario.....	63
Tabla 7.- Visita al odontólogo	64
Tabla 8.- Frecuencia de visita al odontólogo.....	65
Tabla 9.- Tipo de consulta odontológica	66
Tabla 10.- Caries dental en la población de estudio.....	67
Tabla 11.- Índice CPO-D en la población de estudio	68
Tabla 12.- Índice ceo-d en la población de estudio	69
Tabla 13.- Índice CPOD y su relación con el nivel socioeconómico	70
Tabla 14.- Índice ceod y su relación con el nivel socioeconómico.....	72
Tabla 15.- Índice CPOD y su relación con el tipo de discapacidad	74
Tabla 16.- Índice ceod y su relación con el tipo de discapacidad	76
Tabla 17.- IHOS en la población de estudio.....	78
Tabla 18.- Índice de higiene oral simplificado y su relación con el nivel socioeconómico	79

Tabla 19.- Índice de higiene oral simplificado y su relación con el tipo de discapacidad	81
Tabla 20.- Tipo de oclusión en la población con dentición decidua.....	83
Tabla 21.- Tipo de oclusión y su relación con el nivel socioeconómico en niños con dentición decidua.....	84
Tabla 22.- Tipo de oclusión y su relación con el tipo de discapacidad en niños con dentición decidua.....	86
Tabla 23.- Tipo de oclusión en la población con dentición permanente.....	88
Tabla 24.- Tipo de oclusión y su relación con el nivel socioeconómico en niños con dentición permanente.....	89
Tabla 25.- Tipo de oclusión y su relación con el tipo de discapacidad en niños con dentición permanente.....	91

ÍNDICE DE GRÁFICO

Gráfico 1	58
Gráfico 2	59
Gráfico 3	60
Gráfico 4	61
Gráfico 5	62
Gráfico 6	63
Gráfico 7	64
Gráfico 8	65
Gráfico 9	66
Gráfico 10	67
Gráfico 11	68
Gráfico 12	69
Gráfico 13	70
Gráfico 14	72
Gráfico 15	74
Gráfico 16	76
Gráfico 17	78
Gráfico 18	79
Gráfico 19	81
Gráfico 20	83
Gráfico 21	84
Gráfico 22	86
Gráfico 23	88
Gráfico 24	89
Gráfico 25	91