UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO Y REHABILITACIÓN DE LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DE LOS/AS JÓVENES DEL CENTRO DE PROTECCIÓN AL DISCAPACITADO DE LOJA (CEPRODIS) DURANTE EL PERIODO MARZO – JULIO DEL 2010.

Tesis previa a la obtención del titulo de Odontóloga

DIRECTOR:

DR. MARCO SALGADO CARPIO

AUTORA:

TANIA JAQUELINE CRIOLLO JIMENEZ

LOJA – ECUADOR

2010

CERTIFICACION

Dr. Marco Salgado
DOCENTE DEL AREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Que la presente tesis titulada "ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO Y REHABILITACIÓN DE LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DE LOS/AS JÓVENES DEL CENTRO DE PROTECCIÓN AL DISCAPACITADO DE LOJA (CEPRODIS) DURANTE EL PERIODO MARZO – JULIO DEL 2010", elaborada por la señorita Tania Jackeline Criollo Jiménez; ha sido desarrollada, corregida y orientada bajo mi dirección, cumpliendo con los requerimientos académicos estipulados para su aprobación.

Por lo tanto autorizo al autor para su presentación, disertación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

Loja, 11 de octubre del 2010

…….
Dr. Marco Salgado Carpio

AUTORIA

El contenido del presente trabajo, así como los criterios y comentarios emitidos son de exclusiva responsabilidad de la autora del mismo.

_____

Tania Jackeline Criollo Jiménez

AGRADECIMIENTO

Son muchas las personas especiales a las que me gustaría agradecer su amistad, apoyo, ánimo y compañía en las diferentes etapas de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón.

Sin importar en donde estén o si alguna vez llegan a leer esto, quiero agradecerles por formar parte de mi, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Quiero agradecer primero a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía.

A mis padres, María Isabel y Nelson quienes estuvieron siempre conmigo dándome todo su apoyo.

A todos mis amigos, sin excluir a ninguno, pero especialmente a Katty y Fernanda, gracias por su apoyo, por todos esos momentos que hemos pasado y por estar conmigo aunque sea solo para molestar.

A mis profesores no solo de la Universidad Nacional de Loja, sino de toda la vida, mil gracias porque de alguna manera forman parte de lo que ahora soy.

Especialmente mi gratitud infinita, al doctor Marco Salgado mi director de tesis, quien me ha apoyado todo este tiempo, brindándome sus consejos y toda su paciencia para lograr la culminación de este trabajo de tesis.

Gracias también a mis compañeros, quienes me apoyaron y me permitieron entrar en su vida durante todos estos años de convivir dentro y fuera del salón de clase.

¡¡Gracias a todos ustedes!!

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a Dios y a mis padres.

A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy,

Cuidándome y dándome fortaleza para continuar;

A mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado

Por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en

Todo momento y depositando su entera confianza

En cada reto que se me presentaba

Sin dudar ni un solo momento en mi.

También a mis hermanos Martha, Vane y Fabián,

Por acompañarme en cada una de las locuras que

He emprendido.

Es por ellos que soy lo que soy ahora.

Tannya Jackeline Criollo Jiménez

INDICE:

Portada	I
Certificación	II
Autoría	III
Agradecimiento	IV
Dedicatoria	V
Índice	VI
Tema	7
Resumen	8
Sumary	9
Introducción	10
Esquema del marco teórico	13
Marco teórico	17
Metodología	51
Resultados	53
Discusión	67
Conclusiones	70
Recomendaciones	71
Bibliografía	72
Anexos	74

Tema:

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO Y REHABILITACIÓN DE LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DE LOS/AS JÓVENES DEL CENTRO DE PROTECCIÓN AL DISCAPACITADO DE LOJA (CEPRODIS) DURANTE EL PERIODO MARZO – JULIO DEL 2010.

RESUMEN

El presente trabajo se lo ejecutó en el CEPRODIS (Centro de Protección al Discapacitado) de la ciudad de Loja, por medio de un estudio analítico, descriptivo y de prevalencia en 43 jóvenes con capacidades diferentes para determinar el estado de salud bucal, en el período comprendido de marzo a septiembre de 2010 con el objetivo de identificar las principales enfermedades bucales, luego proceder a la rehabilitación de las mismas y así mejorar el estado de salud bucal encontrado.

Las edades evaluadas fueron de 13 a 62 años, de ambos sexos, que cooperaron con el examen, el factor de riesgo más frecuente fue la dieta cariogénica y la discapacidad que presentan, ya que como se sabe la limitación física o la deficiencia intelectual hacen que la higiene bucal sea una situación muy difícil de abordar en estos pacientes.

Las enfermedades de mayor incidencia fueron caries dental encontrada en 42 pacientes (97,7 %), enfermedad periodontal en 37 pacientes (86 %), disfunción de la articulación temporomandicular en 33 pacientes (76,7 %), desgastes y pigmentaciones en 32 pacientes (74,4 %), maloclusión en 30 pacientes (69,8 %) y malposición encontrada en 26 pacientes (60,5 %) ; con lo que se demostró la necesidad de implementar y ejecutar acciones de salud que promuevan la prevención desde el hogar para que junto al Odontólogo y Médico General permitan dar solución a los principales problemas encontrados en estos pacientes.

SUMARY

The present work executed it to him in CEPRODIS (Centro de Protección al Discapacitado) of the city of Loja, by means of an analytic, descriptive study and of prevalence in 43 youths with different capacities to determine the state of buccal health, in the understood period of March to September of 2010 with the objective of identifying the buccal main illnesses, then to proceed to the rehabilitation of the same ones and this way to improve the opposing state of buccal health.

Ages evaluated were 13 to 62 years, of both sexes, which cooperated with the review, the risk factor more frequent was the diet cariogénica and disability that present, because, as knows physical limitations or the intellectual deficiency make oral hygiene is a very difficult situation to address in these patients.

The diseases with the highest incidence were dental caries found in 42 patients (97.7 %), periodontal disease in 37 patients (86%), dysfunction of the joint temporomandicular in 33 patients (76.7 %), wear and pigmentations in 32 patients (74.4 %), malocclusion in 30 patients (69.8%) and malposición found in 26 patients (60.5%); with what the necessity was demonstrated of to implement and to execute actions of health that promote the prevention from the home so that next to the Odontologist and General practitioner they allow to give solution to the main problems found in these patients.

INTRODUCCION

Abordar el tema de la discapacidad, implica tener presente que es imposible apreciar completamente sus causas, procesos y consecuencias sin recurrir al entorno social y a la interacción de la persona con el mismo.

Con el paso del tiempo nos podemos dar cuenta que se ha luchado por la aceptación de personas con capacidades diferentes pero hace falta hacer mucho más, y lo mas importante es que exista un cambio personal ya que si yo como ser humano pido y exijo tener derechos y obligaciones porque no luchar por las personas que no pueden hacerlo por si mismas, es muy importante que reflexionemos y busquemos algunas estrategias que nos permitan darle en verdad una respuesta educativa y social a estas personas. Toda persona con capacidades diferentes tiene los mismos derechos que sus conciudadanos. Sin embargo, a la hora de ejercer los mismos, pueden encontrarse en desventaja requiriendo la adopción de medidas puntuales destinadas a equiparar las oportunidades.

Las restricciones impuestas al discapacitado en tiempos anteriores fueron tales que se les negaban muchos de los elementos básicos de una forma normal de vida. Actualmente, en lo que respecta a la odontología existen profesionales interesados de manera individual, pero lamentablemente en el ámbito institucional todavía falta mucho por hacer.

La discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. En Latinoamérica existe falta de recursos tanto económicos como humanos, aún en

establecimientos de alta complejidad, con lo que la formación de profesionales odontológicos es deficiente para cubrir acciones preventivas y tratamientos en personas con discapacidad, en la mayoría de los casos.

En un gran número de facultades de odontología no se tratan estos conceptos, así los alumnos egresan, por lo general, con escaso o ningún conocimiento para el abordaje o tratamiento de personas con capacidades diferentes. Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), las dos terceras partes de esta población no reciben atención bucodental alguna.

La Asociación Latinoamericana de Odontología para Pacientes Especiales (A.L.A.O.P.E.), ha señalado que existe similitud en esta problemática a nivel de toda la Región por lo cual se hace necesario que los profesionales encargados de la Salud Bucodental, incorporen en su formación y asuman en su práctica profesional una actitud proclive a desarrollar planes de trabajo para la atención odontológica de los Pacientes con capacidades diferentes.

Las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud son coincidentes en que las estadísticas demuestran que el 10% de la población mundial es portadora de discapacidades de distintos tipos, por lo que médicamente se los denomina pacientes discapacitados.

En el mundo se hacen esfuerzos por mejorar la salud bucal de estos pacientes. Por ejemplo, la sociedad española de Odontoestomatología para el minusválido y pacientes especiales (SEOM), se creó en 1986 para concienciar a la profesión odontológica de la necesidad de tratar los problemas de los discapacitados sensoriales o físicos.

Cuba no se ha quedado atrás, y, fundamentalmente a partir del siglo XXI se han incluido a los discapacitados en programas priorizados de atención estomatológica

Es grato destacar que en nuestro país, existen organismos tanto públicos como privados que buscan la igualdad de oportunidades para las personas con capacidades diferentes, por medio del desarrollo de programas y proyectos para alcanzar dicho fin.

El CEPRODIS (Centro de Protección al Discapacitado de Loja) es una institución encargada de la protección y capacitación de personas con capacidades diferentes, ayudándolos de esta forma, a insertarse en el medio social y laboral.

Con el propósito de ayudar a mejorar la salud oral de estas personas, en el presente trabajo de investigación se realizó la construcción del perfil epidemiológico y así mismo, la rehabilitación de las patologías más comunes de los jóvenes del CEPRODIS.

Para llevar a cabo esta investigación se tomaron en cuenta la edad, el sexo y el tipo de discapacidad, mediante la elaboración de la historia clínica odontológica a cada uno de los jóvenes pertenecientes a esta institución.

ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DISCAPACITADOS

1.1. Concepto de Discapacidad

1.2 Tipos de Discapacidad

1.2.1 Discapacidad Física

1.2.2 Discapacidad Mental

1.2.2.1 Síndrome de Down

1.2.2.2 Autismo

1.2.3 Discapacidad Sensorial

1.2.3.1 Sordera o Hipoacusia

1.2.3.2 Pérdida de la visión

CAPITULO II

CAVIDAD BUCAL

2.1 Definición

2. 2 Constitución

2.3 Ecología de la boca

CAPITULO III

SALUD PERIODONTAL

3.1 Encía sana

3.2 Factores Irritantes

3.3 Factores Locales

3.3.1 Placa Bacteriana

3.3.2 Cálculo Dental

3.4 Factores Sistémicos

3.4.1 Influencias Nutricionales

3.4.2 Influencias Hereditarias

CAPITULO IV

ODONTOLOGIA PREVENTIVA

4.1 Higiene Oral Personal

4.1.1 Cepillado dental

4.1.2 Medidas auxiliares para complementar el cepillado

4.1.2.1 Seda Dental

4.1.2.2 Enjuague bucal

4.2 Selladores de fosas y fisuras

4.3 Aplicación de flúor

CAPITULO V

PATOLOGIAS ASOCIADAS A LA MALA HIGIENE ORAL

5.1 Caries

5.2 Gingivitis

5.3 Periodontitis

5.4 Halitosis

CAPITULO VI

PATOLOGÍAS ASOCIADAS A LA DISCAPACIDAD

6.1 Anomalías de Tamaño

- 6.1.1 Microdoncia
- 6.1.2 Macrodoncia
- 6.1.3 Micrognatismo

6.2 Anomalías de número

- 6.2.1 Dientes Supernumerarios
- 6.2.2 Anodoncia

6.3 Anomalías de estructura

- 6.3.1 Hipoplasia del esmalte
- 6.3.2 Hipoplasia del maxilar

6.4 Anomalías de Erupción

- 6.4.1 Erupción prematura
- 6.4.2 Anquilosis
- 6.4.3 Bruxismo

6.5 Patología de las Glándulas Salivales

6.5.1 Xerostomía

6.5.2 Sialorrea

6.6 Alteraciones de la Lengua

6.6.1 Macroglosia

6.6.2 Lengua Fisurada o Escrotal

6.7 Clases de oclusión de Angle

6.7.1 Clase I

6.7.2 Clase II

6.7.3 Clase III

MARCO TEORICO

CAPITULO I

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DISCAPACITADOS

1.1. Concepto de Discapacidad

Discapacidad es "toda limitación en la actividad y restricción en la participación que se origina en una deficiencia y que afecta a una persona en forma permanente para desenvolverse en su vida cotidiana dentro de su entorno físico y social."[1]

Discapacidad es un término genérico que incluye déficit, deficiencias o alteraciones en las funciones o estructuras corporales. Limitaciones en la actividad o restricciones en la participación.

"La persona discapacitada es aquella que tiene uno o más problemas físicos, médicos, mentales o emocionales, que originan la limitación de capacidad para funcionar normalmente en la satisfacción de las actividades de la vida diaria."[2]

Una persona con capacidades diferentes, es un individuo que tiene limitaciones permanentes y definitivas para realizar actividades y participar en situaciones acordes a su edad, sexo, entorno físico y social. La discapacidad siempre esta originada en una deficiencia relacionada con algún problema en la función o estructura del cuerpo.

"Es la interferencia u obstrucción en el crecimiento, desarrollo o progreso educacional normales, o bien, en los tres factores al mismo tiempo. Una persona con discapacidad

---

1. INEC (2001), "La Discapacidad en el Ecuador", pág. 4, 17, 18, 19,20.
2. O. HARRIS Norman (2005), "Odontología Preventiva Primaria", Editorial El Manual Moderno, México, 2da. edición, pág. 410.

no puede hacer ciertas cosas con métodos ordinarios o en el tiempo habitual disponible."[3]

La discapacidad no se puede definir simplemente como un estado orgánico o medico; es necesario también definir de qué manera afecta la función de la vida de la persona, que de nuevo no es simplemente cuestión de competencia física, sino de las actitudes de la persona afectada y de sus iguales y compañeros.

1.2 Tipos de Discapacidad

Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud producida por la Organización Mundial de la Salud, los dominios del funcionamiento que pueden ser afectados; son entre otros el aprender y aplicar el conocimiento, las tareas y demandas generales, la comunicación, la movilidad, el cuidado en sí mismo, la vida doméstica, las interacciones y relaciones interpersonales y por ultimo la vida de la comunidad, social y cívica.

Existen diferentes tipos de discapacidad y cada uno de ellos puede manifestarse en distintos grados en una persona al mismo tiempo.

3. BOWLEY, Agatha H. y GARDNER Leslie, (1993) "El Niño Minusválido – Guía Educativa y Psicológica para el Minusválido Orgánico". Editorial Continental S.A, Primera Edición, Pag.13.

1.2.1 Discapacidad Física

"La discapacidad física se puede definir como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Esto significa que las partes afectadas son los brazos y/o las piernas."[4]

"Es una alteración orgánica o funcional no recuperable, es decir, sin posibilidad razonable de restitución o mejoría de la estructura de la función del órgano afectado."[5]

Las causas de la discapacidad física muchas veces están relacionadas a problemas durante la gestación, a la condición de prematuro del bebé o a dificultades en el momento del nacimiento. También pueden ser causadas por lesión medular a consecuencia de accidentes de transito.

Este grupo comprende las discapacidades de las extremidades inferiores, tronco, cuello y cabeza y las discapacidades de las extremidades superiores.

Las discapacidades de las extremidades inferiores, tronco, cuello y cabeza comprenden a las personas que tienen limitaciones para moverse o caminar debido a la falta total o parcial de sus piernas; así como también aquellas que aún teniendo sus piernas no tienen movimiento en éstas, o sus movimientos tienen restricciones que provocan que no puedan desplazarse por sí mismas, de tal forma que necesitan la ayuda de otra persona o de algún instrumento (silla de ruedas, andadera o una prótesis).

4. www.discapacitados.org.es/Discapacidades/Tipos
5. Ministerio de Trabajo y asuntos sociales – instituto de migraciones y servicios sociales (2000), "Valoración de las situaciones de minusvalía", Madrid, Pág. 2

Este subgrupo también incluye a las personas que tienen limitaciones para doblarse, estirarse, agacharse para recoger objetos y todas aquellas discapacidades de movimiento del tronco, cuello, y cabeza; así mismo incluye a las deficiencias músculo-esqueléticas que afectan la postura y el equilibrio del cuerpo.

Las discapacidades de las extremidades superiores comprenden a las personas que tienen limitaciones para utilizar sus brazos y manos por la pérdida total o parcial de ellos, y aquellas que aun teniendo sus miembros superiores (brazos y manos) han perdido el movimiento, por lo que no pueden realizar actividades propias de la vida cotidiana tales como agarrar objetos, abrir y cerrar puertas y ventanas, empujar, tirar o jalar con sus brazos y manos etc.

1.2.2 Discapacidad Mental

Las causas de la discapacidad mental pueden clasificarse en dos grupos: lesión cerebral y condiciones genéticas anormales.

“La lesión cerebral puede ser consecuencia de que algo no marcho bien antes del nacimiento, durante el parto, o después.

En el momento del parto las causas mas comunes de lesión son las la falta de oxigeno (que puede deberse a un trabajo de parto prolongado) o la presión excesiva de la cabeza del bebe. Antes del nacimiento, el bebe puede lesionarse a consecuencia de infecciones (la rubeola por ejemplo, puede ser una enfermedad leve para la madre pero si la contrae durante los primeros tres meses de embarazo el bebe puede nacer ciego, sordo o con retraso mental).

Después del nacimiento la lesión cerebral puede se consecuencia de muchas causas; entre ellas la fiebre o el descenso de la temperatura corporal."[6]

Otra causa de lesión cerebral después del parto puede ser un golpe en la cabeza que puede deberse a varias causas como accidentes de transito o laborales.

Considerando las condiciones genéticas, la deficiencia es causa de alteraciones en el mecanismo genético de los padres, siendo el más común es el síndrome de Down.

1.2.2.1 Síndrome de Down

Es una alteración genética en el par 21 que presenta tres cromosomas (trisomía 21).

Las madres de edad avanzada tienen más posibilidades de tener un hijo con este trastorno. Ocasiona un retraso mental que varía desde leve a grave y se asocia además con características faciales propias como estatura baja y cabeza pequeña, redondeada; frente inclinada; orejas de implantación baja; ojos sesgados arriba y afuera, boca abierta, macroglosia y lengua fisurada, microdoncia, maloclusión, dedos meñiques cortos y curvados hacia adentro; manos anchas con surco transversal en la palma.

A veces se detectan anomalías congénitas del corazón, en el tabique que separa los lados izquierdo y derecho.

6. MILES Cristhine (1995) "Educación Especial para Alumnos con Deficiencia Mental", Editorial Pax México, Primera Edición, Pág. 11 – 22

1.2.2.2 Autismo

Es un trastorno mental caracterizado por el aislamiento del individuo ante cualquier acontecimiento del entorno, la dificultad para relacionarse con los demás, las alteraciones graves del lenguaje (atraso en la adquisición del lenguaje verbal) y la conducta, apariencia física normal e insistencia obsesiva en mantener el entorno sin cambios. Es cuatro veces más frecuente entre los varones. En el 60 % de los casos, los afectados padecen deficiencia mental asociada.

1.2.3 Discapacidad Sensorial

La discapacidad sensorial corresponde a las personas con deficiencias visuales, auditivas y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.

1.2.3.1 Sordera o Hipoacusia

"Es la pérdida de sensibilidad auditiva superior a 90 decibelios.

La audición normal nos permite percibir sonidos entre 10 y 15dB; y se considera que existe sordera profunda cuando la pérdida es superior a 90 decibelios; severa, si la pérdida se sitúa entre 70 y 90; y media, entre 40 y 70 decibelios."[7]

Hoy se considera también sordera el hecho de no comprender el habla o no tener la capacidad suficiente para reaccionar de forma lógica a los sonidos del entorno.

7. www.scielo.org / Discapacidad Auditiva

La deficiencia auditiva (hipoacusia) puede ser adquirida cuando existe una predisposición genética, cuando ocurre meningitis, ingestión de medicinas ototóxicas (que ocasionan daños a los nervios relacionados a la audición) o la exposición a sonidos impactantes.

"Lo que mas necesita una persona con problemas auditivos es disponer de alguna forma de comunicación, ya sea mediante el lenguaje de señas o símbolos. Si el niño no tiene ninguna forma de comunicarse y nadie trata de comunicarse con el, es probable que se sienta aislado y frustrado y que desarrolle problemas emocionales."[8]

1.2.3.2 Pérdida de la visión

"Una amplia gama de factores provocan esta patología, e incluyen infecciones, desnutrición, toxinas, alteraciones degenerativas, reacciones inmunológicas, neoplasias, factores hereditarios y traumatismo". [9]

Al igual que ocurre con la deficiencia mental y auditiva, hay muchos niveles de ceguera.

La pérdida parcial es cuando la persona ve con dificultad y para mejorar la visión necesita usar lentes; mientras que, la pérdida total o completa se produce cuando la persona no ve ni siente absolutamente nada, ni siquiera la luz.

8. MILES Cristhine (1995) / OB. CIT. / Pág. 11 – 22

9. www.entornomedico.org

CAPITULO II

CAVIDAD BUCAL

2.1 Definición

La cavidad bucal constituye en su mayor parte el aparato estomatognático, así como la primera parte del sistema digestivo.

La boca humana está cubierta por los labios superior e inferior y desempeña funciones importantes en diversas actividades como el lenguaje y en expresiones faciales, como la sonrisa.

Las principales funciones de la boca son la masticación, la salivación, el sentido del gusto, el habla y la deglución.

2. 2 Constitución

La cavidad bucal está limitada hacia delante y hacia los lados por las arcadas gingivodentarias, hacia arriba por la bóveda palatina y hacia abajo por el piso de la boca; hacia atrás, se comunica con la faringe mediante el istmo de las fauces.

En la bóveda palatina se pueden distinguir dos partes: una anterior o paladar duro, y una posterior o paladar blando, este último es un tabique músculo-membranoso que prolonga la bóveda palatina hacia atrás y abajo, y separa la nasofaringe de la orofaringe.

El borde posterior del paladar blando presenta en su parte media una prolongación de 10 a 15mm de longitud, la úvula, y a cada lado, dos repliegues curvilíneos, uno anterior y otro posterior, llamados pilares anteriores y posteriores del velo del paladar que,

contribuyen a limitar la fosa amigdalina, cuya mitad superior está ocupada por la amígdala palatina.

En el piso de la boca encontramos el frenillo, que es un pliegue mucoso que une la cara dorsal de la lengua con la mucosa del piso de la boca.

También destaca el orificio del conducto de Wharton que se abre en la carúncula o papila sublingual, a cada lado del frenillo.

La lengua ocupa la parte media del piso de la boca; su cara superior está dividida en dos partes, una anterior o bucal y otra posterior o faríngea, por un surco en forma de V abierta hacia delante llamada surco terminal o V lingual.

La parte faríngea de la cara dorsal de la lengua presenta pequeñas prominencias dispuestas oblicuamente, debido a la presencia en la capa superficial de la mucosa de folículos cuyo conjunto constituye las papilas de la V lingual.

Hay diferentes tipos de papilas linguales que se distribuyen característicamente en la superficie de la lengua.

Las papilas filiformes contienen aferencias táctiles, son abundantes, rugosas, con forma de filamento y se ubican en la región central.

Las fungiformes, son pequeñas y tienen forma de hongo, se observan como manchas rojizas a la inspección. Las caliciformes son las de mayor tamaño y están ubicadas por delante del surco terminal, ellas están rodeadas por una depresión profunda que posee abundantes cálices gustatorios.

2.3 Ecología de la boca

El desarrollo de los microorganismos bucales comienza con la colonización del hábitat por grupos pioneros, y continúa hacia la diversidad y complejidad de la comunidad microbiana.

La mayor parte de la flora oral tiene la característica de ser transitoria, y solo quedarían como residentes aproximadamente unas veinte especies. En estado de equilibrio, la mayoría de las bacterias de la cavidad oral son compatibles con la salud; sin embargo, cuando se conjugan circunstancias especiales del ambiente oral, de los mecanismos de virulencia del microorganismo y de las condiciones y comportamiento del huésped, estas bacterias se convierten en actores principales, exhibiendo todo su potencial virulento que conduce al estado de enfermedad.

Aunque existe una gran variedad de parásitos con capacidad para producir enfermedades en el ser humano, la mayoría de ellos llegan a su localización definitiva intestinal transitando por la cavidad bucal.

Solamente dos protozoarios, la Trichomona tenax y la Entamoeba gingivalis se han adaptado a la ecología de esta cavidad, llegando a ser asociadas, de manera muy discutible, con diversas patologías periodontales.

CAPITULO III

SALUD PERIODONTAL

3.1 Encía sana

La encía sana es de color rosado pálido. Tiene una consistencia dura, firme y no deslizable. Su superficie está queratinizada y puede presentar prominencias en forma de piel de naranja.

En ciertas ocasiones puede estar pigmentada con un color marrón debido a la presencia de células que se llaman melanocitos, encargadas de producir el pigmento melanina.

En la encía sana consideramos que no existe placa bacteriana.

3.2 Factores Irritantes

El estilo de vida, la dieta y los hábitos como fumar o beber licor, producen mayor irritación de la encía. La tensión también puede afectar su capacidad para defenderse de la enfermedad periodontal. El estado de la salud es otro factor importante; las enfermedades que interfieren con el sistema inmuno-protector del cuerpo pueden empeorar la condición de las encías. Los cambios hormonales durante el embarazo aumentan el riesgo sanguíneo a ciertos tejidos del cuerpo incluyendo las encías.

Así también, ciertos medicamentos, tales como los antidepresivos y algunos de los indicados para el corazón, pueden afectar la salud bucal porque disminuyen la producción de saliva. La investigación revela que el estrés puede hacer que el cuerpo tenga más dificultad en luchar contra las infecciones, entre ellas la enfermedad de las encías.

3.3 Factores Locales

"Hay a veces factores locales y generales en función a su actuación, y así en la enfermedad periodontal se estudian como factores locales la placa, el cálculo y las maloclusiones; y como factor general la diabetes o trastornos de tipo nutritivo, hormonal o hematológico."[10]

3.3.1 Placa Bacteriana

"La placa bacteriana, llamada también biofilm dental, es una capa blanda y pegajosa que se encuentra en la boca y que crece adhiriéndose a los cuellos dentales.

En nuestra boca, constantemente se está formando. Para poder crecer y desarrollarse, las bacterias se valen de los residuos que quedan de los alimentos y de nuestra saliva. Así se producirán ácidos que atacarán directamente a los dientes después de comer y destruirán el esmalte dental originando las caries."[11]

Esta placa puede producir caries, irritación e inflamación de las encías (gingivitis) y causar mal aliento (halitosis). Cuando esta capa no es quitada de los dientes se endurece y se vuelve cálculo.

3.3.2 Cálculo Dental

Se denomina cálculo a la acumulación de sales de calcio y fósforo sobre la superficie dental.

10.- BASCONES MARTÍNEZ Antonio, (2009). "Medicina Bucal". Editorial Ariel S.A España, Tercera Edición, Pág. 60

11. www.Bibliotecasvirtuales / Bioecologia bucal

Es el resultado de la mineralización de la placa bacteriana, esto es, del conjunto de microorganismos, saliva y restos alimenticios que se van depositando sobre las piezas dentales.

"El cálculo se compone de una parte orgánica y otra inorgánica.

El material orgánico constituye del 10 al 30% y esta formado por una matriz de mucopolisacaridos y células epiteliales descamadas, bacterias y hongos.

Mientras que el material inorgánico constituye del 70 al 90% del cálculo y contiene fosfato de calcio, carbonato de calcio y fosfato de magnesio."[12]

El cálculo se clasifica según su localización en dos tipos:

El supragingival que se halla por encima de la línea de la encía y tiene una coloración amarilla, y el s*ubgingival* que se sitúa por debajo de la encía y presenta una coloración marrón hasta negruzca.

En las etapas iniciales de la enfermedad, el tratamiento usualmente consiste en raspado, curetaje y alisado radicular. Esto implica remover la placa y cálculos de las bolsas alrededor de los dientes, puliendo y alisando las raíces. Normalmente el tratamiento permite que la encía se adhiera de nuevo al diente o se contraiga lo suficiente para eliminar la bolsa. Los casos más avanzados pueden requerir tratamientos quirúrgicos. Los tratamientos adicionales pueden incluir ajustes de mordida, ortodoncia o la colocación de prótesis.

12. CARRANZA – SZNAJDER Fermín, (1996) "Compendio de Periodoncia", Editorial Médica Panamericana, Argentina, 5ta. Edición, Pág. 39, 40, 41

3.4 Factores Sistémicos

3.4.1 Influencias Nutricionales

Una dieta de bajo contenido nutritivo puede disminuir los esfuerzos normales de su cuerpo para combatir una infección.

3.4.2 Influencias Hereditarias

Muchas personas, padecen este tipo de proceso aunque guarden un régimen de vida adecuado y una correcta higiene dental y bucal, mientras que otras, con hábitos e higiene más desordenados, no llegan a desarrollarla. Esto ha hecho pensar e investigar a los especialistas, planteándose la posibilidad de que podría existir un factor genético predisponente que hiciera que las personas que tuvieran esta característica genética tendieran a padecer esta enfermedad.

Efectivamente, investigadores de las universidades de San Antonio (EE.UU) y Sheffield (Reino Unido) han descubierto un gen que predispone, a aquellos que lo tienen, a desarrollar en determinados casos, la enfermedad periodontal, mientras que aquellas personas que no presentan este gen, rara vez desarrollan el proceso. Por supuesto, aunque exista una predisposición de tipo genético, una mala higiene bucodental y unos incorrectos hábitos de vida (el consumo de tabaco facilita la aparición del proceso), aceleran la aparición de los síntomas, empeorando y agravando el desarrollo de la enfermedad.

CAPITULO IV

ODONTOLOGIA PREVENTIVA

4.1 Higiene Oral Personal

4.1.1 Cepillado dental

El llevar a cabo una buena técnica de cepilladlo dental, es muy importante para eliminar los restos alimenticios y la placa bacteriana conocida como “Biofilm”.

Cuando no se realiza correctamente el cepillado, se puede llegar a causar un desgaste ó abrasión de los cuellos de los dientes, que debe de ser reparado mediante operatoria dental.

Sea cual fuere la actividad del niño, adolescente ó del adulto e independientemente del tipo de dieta que tenga, siempre es necesario hacerse una profilaxis en el consultorio odontológico al menos cada 3 ó 6 meses dependiendo de la predisposición que tenga el paciente para formar cálculo dental.

La técnica de cepillado ideal es aquella que logra la total remoción de la placa bacteriana vestibular, lingual y oclusal en el menor tiempo posible y con una presión adecuada sin provocar lesiones tisulares. La frecuencia del cepillado debe ser establecida sobre una base individual. Para el control de la placa bacteriana y para la prevención de la halitosis se recomienda cepillar los dientes por lo menos dos veces al día.

En la Técnica de Bass modificada “el cepillo se coloca a 45° respecto del eje mayor del diente, las cerdas se presionan ligeramente en el margen gingival y en la zona

interproximal. Se efectúa una ligera presión y vibración para remover las bacterias de la placa situadas en el interior del surco.

Se debe realizar una rotación del cepillo en dirección coronal, de manera que la placa ya disgregada con los movimientos de vibración y presión en el interior del surco, pueda posteriormente ser removida.

Esta técnica se sugiere en el caso de tejidos sanos o cuando subsisten problemas periodontales, especialmente en presencia de bolsa."[13]

4.1.2 Medidas auxiliares para complementar el cepillado

4.1.2.1 Seda Dental

Es un elemento muy importante para obtener una higiene bucal adecuada, ya que podremos remover residuos alimenticios y placa bacteriana acumulados entre los dientes y bajo el borde de la encía; para dominar el uso del hilo dental se requiere de práctica y paciencia, ya que por lo general durante los primeros días de uso es común lastimarse la encía y producir sangrado, con la práctica lograremos emplear eficientemente este auxiliar que es muy útil y previene enfermedades de las encías y caries dental.

Sus características radican no solamente en el efecto mecánico de eliminar la placa en los espacios interproximal reduciendo el riesgo de caries, sino también ayuda al proceso de remineralización de esa área especifica.

13.- MEZZOMO Elio, (2003) "Rehabilitación Oral para el Clínico". Editorial AMOLCA, México, Primera Edición, Pág. 607

Algunas sedas dentales llevan incorporado 0,165 mg de fluoruro sódico para cada 50 mts de seda, de manera que la cantidad de fluoruro liberado suele estar alrededor de 1000 p.p.m.

4.1.2.2 Enjuague bucal

El enjuague bucal es una solución que suele usarse después del cepillado dental para eliminar las bacterias y microorganismos causantes de caries y halitosis. Existen enjuagues con funciones específicas, dependiendo de su composición, se pueden encontrar enjuagues que se especializan en la prevención de halitosis, otros con flúor que previenen la caries y optimizan la calcificación de los dientes. Asimismo, se están diseñando enjuagues bucales con el objetivo de reducir o curar las neoplasias en la cavidad bucal. Es recomendable evitar diluir los enjuagues debido a que puede disminuir la eficacia de éste.

Su empleo implica el enjuague de la boca con aproximadamente 20 ml dos veces al día después del cepillado. El enjuague ha de ser vigoroso incluyendo gárgaras durante un minuto. Una vez que se ha escupido, se recomienda no enjuagar la boca con agua.

4.2 Selladores de fosas y fisuras

Los selladores son películas plásticas que se colocan sobre la superficie oclusal de los molares y premolares, porque en esa superficie existen fosas y fisuras, que fácilmente acumulan alimentos que a futuro producen caries.

Este procedimiento resulta hoy en día de lo más conveniente, ya que se hace sin anestesia y su costo es mucho menor al de una restauración normal, ya que no hay que abrir la pieza.

"El uso de sellantes de fosas y fisuras esta indicado si la fosa seleccionada para la colocación del sellador esta adecuadamente aislada de otra restauración.

Si la parte seleccionada esta confinada a una fosa completamente brotada aun cuando sea imposible sellar la fosa distal por una erupción inadecuada.

Si una superficie oclusal intacta se presenta con la superficie dental contralateral cariosa o restaurada. Si una lesión incipiente se manifiesta en cavidades y fisuras."[14]

Los principales beneficios son evitar la acumulación de placa en fosas y fisuras, contribuir al buen cepillado y la liberación de flúor.

4.3 Aplicación de flúor

El flúor administrado en dosis óptimas reduce la incidencia de caries en un 60 o 70%. Tiene como finalidad la remineralización y fortalecimiento del esmalte. Las dosis se adecuan al tenor de flúor que contenga el agua de consumo La dosis necesaria es de una parte por millón, (1 PPM), o sea 1 mg. por litro.

Las vías de administración pueden ser por ingesta, en gotas o comprimidos; por vía tópica, buches floridos o pastas dentales con flúor; y la aplicación profesional, topicación con flúor. Este tratamiento se realiza semestralmente hasta los 12 años. La aplicación tópica de flúor con fosfato acidulado al 1,23% con un pH 3,1 protege al esmalte dentario contra la caries.

14.- O. Harris Norman, (2005), "Odontología Preventiva Primaria", Editorial El Manual Moderno, México, 2 da. Edición, pág. 207

CAPITULO V

PATOLOGIAS ASOCIADAS A LA MALA HIGIENE ORAL

5.1 Caries

La caries es una enfermedad infecciosa, progresiva y multifactorial de origen químico-biológico, caracterizado por la degradación de los tejidos duros del diente.

"Black padre de la operatoria dental clasificó en cinco grupos las zonas dentales afectadas por caries, así como, las cavidades dependiendo del lugar donde se encuentren, estas son:

Clase I.- Son las que se encuentran en las caras oclusales de premolares y molares, además en los cíngulos de dientes anteriores.

Clase II.- Se encuentran en las caras proximales de molares y premolares.

Clase III.- Se encuentran en las caras proximales de dientes anteriores sin llegar hasta el ángulo incisal.

Clase IV.- Se encuentran en todos los dientes anteriores en sus caras proximales, abarcando borde incisal.

Clase V.- Se encuentran en el tercio gingival de dientes anteriores y posteriores y en caras bucales o linguales."[15]

15. BARRANCOS MOONEY Julio, (1999), "Operatoria dental", Editorial Medica Panamericana Argentina, Pág.290.291.242, 244

Cuando se produce la desmineralización del esmalte, la caries comienza su camino hacia la pulpa. Al llegar a la dentina su avance es mas rápido y su expansión mayor; sintiéndose los primeros síntomas como sensibilidad al frío y a los dulces. Pero la caries puede estar en lugares no visibles y de difícil localización, por lo que es importante acudir en estos primeros síntomas a la ayuda de un profesional para poder tratarla a tiempo.

Si sigue avanzando, llegará por fin a conseguir su objetivo: la pulpa. Al llegar los gérmenes a este recinto cerrado herméticamente y repleto de vasos y nervios, los invadirá ocasionando la infección. En este momento se produce un dolor agudo, bien localizado y constante, pues la infección no tiene posibilidad de expandirse dentro de la cámara pulpar. Con el paso del tiempo y si esta infección se vuelve crónica puede llegar a producir un absceso o un flemón.

5.2 Gingivitis

"Es un proceso inflamatorio que se detecta histológicamente a los cuatro días de la acumulación de placa, manifestándose clínicamente por el sangrado al sondaje hacia los siete días. Afecta exclusivamente el componente más superficial del periodonto, la encía marginal y el proceso inflamatorio no se extiende más allá del epitelio de inserción.

Así en el diagnostico, hemos de tener en cuenta dos aspectos fundamentales: por un lado la detección de los cambios inflamatorios, y por otro la ausencia de destrucción de los tejidos periodontales profundos"[16]

16. "Manual SEPA de Periodoncia y terapéutica de implantes" (2005), Editorial Medica Panamericana México, primera edición, Pág. 9

Entre los factores de riesgo para el desarrollo de la gingivitis se encuentran la diabetes no controlada, el embarazo (debido a los cambios hormonales) y los malos hábitos de higiene dental.

La mala oclusión, las obturaciones defectuosas y la aparatología oral mal colocada (como aparatos ortodóncicos, prótesis, puentes y coronas) pueden irritar las encías e incrementar los riesgos de gingivitis. Los medicamentos como la fenitoína, las pastillas anticonceptivas y la ingestión de metales pesados, como el plomo y el bismuto, también están asociados con el desarrollo de la gingivitis.

Ésta se desarrolla generalmente durante la pubertad o durante las primeras etapas de la edad adulta debido a los cambios hormonales y puede persistir o recurrir con frecuencia, dependiendo de qué tan sanos estén los dientes y la encía de la persona.

Los depósitos de placa y de cálculo pueden estar visibles en la base de los dientes, la encía se presenta usualmente indolora o levemente sensible. Aunque generalmente no se necesitan exámenes adicionales, se pueden tomar radiografías de los dientes y hacer un sondaje para determinar si se ha desarrollado periodontitis.

Los síntomas mas frecuentes son inflamación, coloración roja brillante o roja púrpura, sangrado al cepillado y sensibilidad.

5.3 Periodontitis

La periodontitis es una enfermedad de etiología bacteriana que afecta al periodonto, o tejido de sostén de los dientes, constituido por la encía, el hueso alveolar, el cemento radicular y el ligamento periodontal.

Además de la placa bacteriana, existen otros factores locales y sistémicos que modifican la respuesta del huésped ante la invasión bacteriana, facilitando o por el contrario retardando el proceso infeccioso, por ejemplo tabaquismo, diabetes, etc.

La falta de higiene oral y las no visitas regulares al dentista incrementan la posibilidad de contraer la enfermedad periodontal.

Sin embargo, aún con una higiene oral perfecta no es suficiente para salvaguardar a nadie de este padecimiento, ya que existen otros factores de riesgo que pueden incrementar la severidad y la rapidez con que se desarrolla. Entre estos factores se encuentran el tabaco, las condiciones generales de salud, los medicamentos, el estrés, la genética, los cambios hormonales y una nutrición deficiente. En la mayoría de los casos esta enfermedad es la causante de la recesión de las encías, pues la inflamación causada por las bacterias puede provocar reabsorción del hueso.

Al principio puede manifestarse por una ligera inflamación gingival, con sangrado discreto de las encías al cepillarse los dientes y un cierto grado de tumefacción y enrojecimiento de las encías. Su diagnóstico precoz contribuye a un mejor pronóstico ya que es condición necesaria para frenar su evolución cuanto antes.

El tratamiento puede ser mecánico**,** raspado y alisado radicular; antibiótico, la amoxicilina más ácido clavulánico a dosis altas puede considerarse una buena elección de tratamiento anti infeccioso; y quirúrgico, en casos severos en los que no es posible el acceso a las bolsas con el tratamiento básico.

5.4 Halitosis

La halitosis es un síntoma o un signo caracterizado por el mal aliento u olor desagradable de la cavidad oral.

Las causas de la halitosis pueden ser múltiples, desde escasa higiene bucal, hasta enfermedades tan graves como el cáncer de pulmón.

"Puede ser, en general, provocada por la descomposición bacteriana de partículas de alimentos, células, sangre y algunos componentes de la saliva. De este modo, 90% de las causas de halitosis se originan en la boca. Como las proteínas y otros agentes químicos en estos materiales se van descomponiendo en componentes más simples como aminoácidos y péptidos, se producen muchas sustancias volátiles (ácidos grasos y componentes de sulfuro) relacionadas con su descomposición. Entre ellas podemos mencionar el ácido propiónico (olor del vómito), ácido butírico (olor de la mantequilla rancia o carne pútrida), ácido valérico, acetona, acetilaldehído, etanol, propanol y diacil.

En clínica se observa frecuentemente que una de las causas más comunes de halitosis es la gastritis crónica.

El tratamiento costo-efectivo y seguro del mal aliento debe incluir el cepillado regular de los dientes, hilo dental y limpieza de la lengua. Estas técnicas ayudan a controlar la microflora oral que es la causa de la halitosis y de la caries dental. La investigación ha demostrado que las concentraciones salivales de tiol (como mercaptano), que son los precursores del olor bucal desagradable, pueden ser considerablemente reducidas mediante el uso de soluciones o pastas dentífricas que contienen peróxido de hidrógeno. Los enjuagues bucales que contienen gluconato de clorhexidina han demostrado ser

efectivos para controlar los microorganismos orales. Los tratamientos más avanzados, como el uso de antibióticos, están raramente indicados, salvo en los casos de infecciones orales postoperatorias."[17]

17. geosalud.org/salud dental/halitosis

CAPITULO VI

PATOLOGÍAS ASOCIADAS A LA DISCAPACIDAD

6.1 Anomalías de Tamaño

6.1.1 Microdoncia

"Este termino se utiliza cuando el diente es mas pequeño de lo normal. En forma mas frecuente afecta al incisivo lateral superior y al tercer molar. Si es generalizada suele acompañarse de diastemas."[18]

"Es una anormalidad del tamaño dental, los incisivos laterales en forma de clavija son más comunes y se observa en el síndrome de Down."[19]

La microdoncia total es mas frecuente en dentición definitiva y especialmente en incisivos laterales, terceros molares, y premolares. La morfología puede ser similar a la del diente natural o presentar alteraciones estructurales. La microdoncia parcial puede ser limitada a la corona (especialmente en incisivos laterales) o la raíz (incisivos centrales y terceros molares).

5.1.2 Macrodoncia

La macrodoncia es aquella anomalía en la cual los dientes son más grandes de lo normal

Se desconoce la etiología de la macrodoncia, pero probablemente tenga un componente genético. Se ha observado que está asociada a ciertas enfermedades congénitas, como la hipertrofia facial, angiomas maxilares y gigantismo hipofisario.

---

18. BASCONES MARTÍNEZ Antonio, (2009). "Medicina Bucal". Editorial Ariel S.A España, Tercera Edición, Pag.356

19. PINKHAM (2005), "Odontología Pediátrica", Editorial Mc Gram _ Hill Interamericana México, Tercera Edición, Pág. 46 y 47

La macrodoncia puede ser general (afectando a todos los dientes), local (afectando a un grupo de dientes) o individual (afectando a un diente).

Cuando los dientes tienen un tamaño normal, pero los maxilares son más pequeños de lo habitual, existe una macrodoncia generalizada relativa.

La macrodoncia generalizada verdadera es muy rara y puede aparecer en caso de gigantismo hipofisario.

5.1.3 Micrognatismo

Es una anomalía de volumen, generalmente congénita pero puede ser adquirida, que se traduce por maxilares más pequeños de lo normal.

Puede ser maxilar, mandibular, o de ambos, produce una falta de espacio para la correcta ubicación de las piezas dentarias, por lo que es habitual la malposición de las mismas. La reducción del volumen normal del maxilar puede tener lugar en las tres direcciones del espacio: vertical, transversal y anteroposterior.

En el caso de la mandíbula, el desarrollo insuficiente obedece a la falta de centros de crecimiento en el cóndilo.

6.2 Anomalías de número

6.2.1 Dientes Supernumerarios

“Los dientes supernumerarios describen la cantidad excesiva de dientes que pueden presentarse en las denticiones primaria y secundaria.

El supernumerario más usual es el mesiodens, que se presenta en la línea media palatina y adopta una variedad de formas y posiciones en relación con los dientes contiguos.

De acuerdo con informes de Primosch en 1981, la clasificación morfológica de los dientes supernumerarios consta de suplementarios y rudimentarios.

Los primeros imitan la anatomía típica de los dientes anteriores y posteriores, en tanto que, los segundos son dismórficos y pueden tener forma cónica, tuberculada u otras que duplican la anatomía molar.

Los supernumerarios en forma de tubérculo o barril generan complicaciones más graves, por la dificultad para eliminarlos y sus efectos adversos sobre los dientes vecinos, como impactación o erupción ectópica."[20]

6.2.2 Anodoncia

"Se refiere al defecto caracterizado por la ausencia congénita de algunos dientes en el arco dental. (Hipodoncia) o todos (anodoncia); pudiendo afectar a las dos denticiones.

Este defecto es el resultado de obstrucción o ruptura de la lámina dental durante las etapas tempranas de la embriogénesis, causada por una actividad anormal de los factores locales, sistémicos y genéticos.

Se localiza en los terceros molares, incisivos laterales superiores y segundos premolares. Las complicaciones son principalmente problemas estéticos y de masticación."[21]

---

20. PINKHAM (2005), OB. CIT. Pág. 44 y 45

21. LASCARIS George, (2001), "Patologías de la Cavidad Bucal en Niños y Adolescentes", Editorial AMOLCA, Colombia, Primera Edición, Pag.12 - 13 – 14

6.3 Anomalías de estructura

6.3.1 Hipoplasia del esmalte

La hipoplasia del esmalte se define como un defecto del desarrollo de los tejidos duros del diente que ocurre antes de la erupción del mismo como resultado de un trastorno en la formación del esmalte. En condiciones fisiológicas el esmalte dentario recubre la zona de las piezas dentarias expuestas al ambiente de la cavidad oral.

La etapa de calcificación de la dentición temporal comienza entre los cuatro y seis meses de vida y termina en la zona coronaria al año de edad, así cualquier trastorno que se presente en este período, durante el depósito de la matriz del esmalte o de la dentina, origina un defecto hipoplásico. Estos defectos o anomalías varían en gravedad y se manifiestan clínicamente en su forma más leve como pequeñas manchas blancuzcas u opacas aisladas y diminutas fositas hasta manchas marrones y fosas y escotaduras marcadas que dan al diente un aspecto corroído.

Los pacientes que presentan estos defectos son más vulnerables a desarrollar caries, sufrir fracturas coronarias e hiperestesia dentinaria, perdida de la dimensión vertical y perdida del espacio para el brote de los permanentes entre otros y por consiguiente afectaciones psicológicas y en su vida de relación social por alteraciones de la estética, la fonética y de la función masticatoria.

6.3.2 Hipoplasia del maxilar

La hipoplasia maxilar es el caso de un maxilar superior poco desarrollado en sentido anteroposterior (retrusión maxilar) o en sentido vertical.

La causa más frecuente suele ser la fisura labio-palatina, cuya secuela es un defecto del crecimiento óseo maxilar.

6.4 Anomalías de Erupción

6.4.1 Erupción prematura

"A veces en el nacimiento se pueden observar dientes en la arcada inferior, generalmente, en el sector anterior. Frecuentemente son formaciones queratinizadas epiteliales y a veces son auténticos dientes que han erupcionado prematuramente y cuya causa es desconocida.

Los trastornos que provocan estas alteraciones de la erupción son subsidiarios de tratamientos ortodóncicos. A veces causas como fibromatosis gingival, posición anormal del germen dentario o dientes supernumerarios pueden justificar estas alteraciones.

Los caninos y el tercer molar son frecuentes debido a causas mecánicas de falta de espacio en la arcada dentaria."[22]

6.4.2 Anquilosis

La anquilosis aparece clínicamente como un defecto de erupción, seguido por una oclusión irregular. Se caracteriza por la retención de la superficie oclusal de los diente afectados, en el nivel de por lo menos un milímetro o mas con respecto a los dientes adyacentes.

22. BASCONES MARTÍNEZ Antonio, (2009). OB. CIT. Pág. 362 - 363

Es causada por un traumatismo local y factores metabólicos; mientras que los factores genéticos también están implicados.

Es el resultado de la erupción continua de los dientes adyacentes en contraste con la inmovilización de los dientes afectados.se localiza en molares temporales y permanentes, siendo mas frecuente en la mandíbula. Es bilateral frecuentemente.

6.4.3 Bruxismo

El bruxismo es el hábito involuntario de apretar o rechinar las estructuras dentales sin propósitos funcionales.

El bruxismo afecta entre un 10 y 20% de la población y puede conllevar a dolor de cabeza y músculos de la mandíbula, cuello y oído. A la vez una forma de tratar este hábito es con terapias antiestrés.

Existen 2 tipos de bruxismo céntrico y excéntrico; y pueden ser nocturno y diurno, por lo general, el paciente con bruxismo nocturno no es consciente del problema, y los datos proceden de los compañeros de habitación alarmados por el ruido de los dientes, y también de los odontólogos que observan la destrucción del esmalte y la dentina.

El tratamiento está relacionado con el riesgo de lesión dentaria y su posible afección muscular. En los casos más graves, es necesaria la colocación de una protección dental de resina o plástico, conocida como férula de descarga, para impedir la lesión permanente y afección de los dientes. Además la férula de descarga, desde sus primeros días de su uso, elimina el dolor de mandíbula, de cabeza o de oídos, así como otras molestias que puedan haber aparecido debidas al desgaste de la musculatura de la

mandíbula e incluso sin el uso de la férula se pueden llegar a tener mareos debido a la gran presión ejercida sobre la mandíbula.

6.5 Patología de las Glándulas Salivales

6.5.1 Xerostomía

La xerostomía en el síntoma que define la sensación subjetiva de sequedad de la boca por mal funcionamiento de las glándulas salivales. La xerostomía no indica necesariamente una sequedad objetiva de la mucosa de la cavidad oral, pues el umbral de la sensación de boca seca es variable en cada persona y no todos los casos de hipofunción salival se acompañan de sequedad bucal.

Las causas de la xerostomía son entre otras la disminución de estímulos, la falta de estímulos periféricos visuales, acústicos, térmicos y mecánicos como la ausencia de dientes, provoca una menor información aferente y menor producción de saliva; los trastornos centrales, el estrés, la ansiedad, la depresión o la anorexia nerviosa, pueden producir xerostomía; los trastornos propios de las glándulas salivales: pueden ser por falta de elementos necesarios para la producción de saliva como la deshidratación, inmunodeficiencias, toma de diuréticos y enfermedades como la diabetes mellitus y la obstrucción de los conductos de drenaje, como la sialolitiasis.

Además otros causantes de la xerostomía pueden ser las enfermedades infecciosas (VIH), el consumo de marihuana y ciertos fármacos.

6.5.2 Sialorrea

La sialorrea o ptialismo es la excesiva producción de saliva. Puede producirse a partir

de una estimulación parasimpática excesiva; sin embargo, se considera un signo indicativo de una patología del tracto gastrointestinal superior. En niños la causa más frecuente es el crecimiento dentario.

La sialorrea es un síntoma potencialmente incapacitante en muchos pacientes afectados por enfermedades neurológicas crónicas.

6.6 Alteraciones de la Lengua

6.6.1 Macroglosia

La macroglosia es un trastorno en el que la lengua es más grande de lo normal (en posición de reposo protruye más allá del reborde alveolar), generalmente debido a un aumento en la cantidad de tejido y no debido a un crecimiento externo como en el caso de un tumor.

La macroglosia puede causar anomalías dento-músculo-esqueléticas, crear problemas en la masticación, fonación y manejo de la vía aérea e inestabilidad del tratamiento de ortodoncia o cirugía ortognática.

Esta malformación se puede observar en ciertos trastornos hereditarios o congénitos, incluyendo:

Hipotiroidismo congénito (recién nacido con disminución o, rara vez, ausencia de producción de hormona tiroidea); síndrome de Down; amiloidosis; Acromegalia (exceso de hormona del crecimiento.

6.6.2 Lengua Fisurada o Escrotal

“Se conoce también como lengua plegada, cerebriforme, plisada, etc.

Puede ser congénita, aunque algunos aparecen con el desarrollo.

Se caracteriza porque la superficie dorsal de la lengua aparece surcada por una serie de fisuras que le dan un aspecto cerebriforme. Estos surcos pueden variar y dependiendo de su profundidad estarán las manifestaciones mas o menos dolorosas por el acumulo de los alimentos en su interior.

Generalmente estos surcos se originan de un rafe medio, adoptando una disposición radiada, a manera de nervios de una hoja. Los surcos separan lóbulos o circunvoluciones. La asociación con la lengua geográfica es muy frecuente así como a ciertas macroglosias sindromicas."[23]

6.7 Clases de oclusión de Angle

El primer molar superior ocupa una posición estable en el esqueleto cráneo facial y que las desarmonías son consecuencias de cambios anteroposteriores de la arcada inferior en relación al molar superior.

Angle clasifico las maloclusiones en tres tipos:

6.7.1 Clase I

La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye con el surco mesiovestibular del primer molar inferior. Es frecuente encontrar un perfil facial recto y equilibrio en las funciones de la musculatura peribucal, masticatoria y de la lengua.

Los problemas que se presentan en esta clase son apiñamiento, diastemas, mal posiciones dentarias individuales, mordida abierta, mordida profunda, mordida cruzada o hasta biprotrusión dentaria.

23. BASCONES MARTÍNEZ Antonio, (2009). OB. CIT. Pág. 317-318

6.7.2 Clase II

En esta clase el surco mesiovestibular del primer molar inferior se encuentra distalizado con relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. Hay un perfil convexo. Esta clase posee dos divisiones:

Clase II división 1

Esta división presenta inclinación vestibular de los incisivos superiores, es frecuente el desequilibrio de la musculatura facial causado por el distanciamiento vestíbulo lingual entre los incisivos superiores e inferiores. Se asocia a esta clase II división I la mordida profunda, mordida abierta, problemas de espacio, mordida cruzada, malposiciones dentarias individuales.

Clase II división 2

No existe resalte de los incisivos superiores, están ellos palatinizados o verticalizados. Los perfiles faciales comunes son el recto y el levemente convexo.

Se encuentra asociad a una mordida profunda anterior.

6.7.3 Clase III

El surco mesiovestibular del primer molar inferior se encuentra mesializado en relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. El perfil facial es cóncavo.
Se presentan diastemas o apiñamiento, mordidas cruzadas anterior y posterior, abiertas o profundas y malposiciones dentarias individuales.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio que se realizó en la presente investigación es de tipo analítico-descriptivo ya que se indagó sobre el estado de salud bucodental de los jóvenes del CEPRODIS, mediante la elaboración de las historias clínicas para obtener la información necesaria que permita el desarrollo de este trabajo investigativo y de intervención.

LUGAR Y TIEMPO

La presente investigación se llevó a cabo en CEPRODIS (Loja) desde marzo a julio del 2010.

UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO

Estuvo constituido por todas las personas con diferentes, discapacidades físicas e intelectuales que asisten al Centro de Protección al Discapacitado de la ciudad de Loja.

MUESTRA

Estuvo conformado por 43 personas con capacidades diferentes entre 13 y 62 años.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes discapacitados que colaboraron en la atención odontológica.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes discapacitados físicos o intelectuales que no colaboraron o estaban imposibilitados.

Se debe indicar que la rehabilitación se la realizó a 29 pacientes, esto por diferentes motivos; entre ellos por la falta de colaboración del paciente debido al tipo de discapacidad que presentaban, así como también a que por motivos laborales ellos no tenían el tiempo necesario para brindarles la atención odontológica adecuada o bien porque no asistían a la institución.

Es importante aclarar que no se realizaron tratamientos basados en: prótesis fija ni removible, ortodoncia, endodoncia y exodoncias complicadas por la falta de colaboración del paciente así como también por razones médicas y económicas.

RESULTADOS

Tabla No. 1

NÚMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES SEGUN EL SEXO

Sexo	Pacientes	Porcentaje
Masculino	25	58 %
Femenino	18	42 %
Total	**43**	**100 %**

Fuente: Historias clínicas de la Carrera de Odontología
Elaborado por: Tania Criollo

Interpretación:

Del total de pacientes atendidos (43) la mayoría (58 %) pertenecen al sexo masculino y en un menor grado, es decir 18 pacientes (42 %) pertenecen al sexo femenino; notándose una mínima diferencia entre ambos sexos.

Tabla No. 2

NÚMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES SEGÚN LA EDAD

Edad	***No. de Pacientes***	***Porcentaje***
13 a 23 años	27	62,8 %
24 a 33 años	12	27,9 %
34 años y más	4	9,3 %
Total	**43**	**100 %**

Fuente: Historias clínicas de la Carrera de Odontología
Elaborado por: Tania Criollo

Interpretación:

Los rangos de edades encontradas fueron de 13 a 23 años con 27 pacientes (62,8 %), de 24 a 33 años con 12 pacientes (27,9 %) y de 34 y más se atendieron 4 pacientes (9,3 %); manifestándose, entonces que en la institución la edad de mayor prevalencia es de 13 a 23 años con una diferencia muy notable entre los diferentes rangos etarios.

Tabla No. 3

RANGOS DE EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES

Edad / Sexo	***Masculino***	***Porcentaje***	***Femenino***	***Porcentaje***
13 a 23 años	15	60 %	12	66,6 %
24 a 33 años	7	28 %	5	27,8 %
34 años y más	3	12 %	1	5,6 %
Total	**25**	**100 %**	**18**	**100 %**

Fuente: Historias clínicas de la Carrera de Odontología
Elaborado por: Tania Criollo

Interpretación:

En el sexo masculino, la edad de mayor prevalencia es de 13 a 23 años (60%) que representa a 15 hombres de los 25 existentes dentro de la institución.

En la edad comprendida entre 24 a 33 años se puede observar que, existen 7 pacientes (28%) y en la edad de 34 años y más existen 3 pacientes (12 %).

Por otro lado, en el sexo femenino en las edades de 13 a 23 años, existen 12 pacientes (66,7 %); en la edad comprendida entre 24 a 33 años, 5 pacientes (27,8 %); y finalmente, en la edad de 34 años y más, se observa que existe 1 paciente que representa el 5,6 % de las mujeres.

Puedo acotar que tanto en el sexo masculino como en el femenino, la edad de mayor prevalencia es de 13 a 23 años, existiendo diferencias mínimas entre ambos sexos.

Tabla No. 4

NÚMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES SEGUN EL TIPO DE DISCAPACIDAD

Discapacidad	No. de pacientes	Porcentaje
Intelectual	40	93%
Física	3	7%
Total	**43**	**100 %**

Fuente: Historias clínicas de la Carrera de Odontología
Elaborado por: Tania Criollo

Interpretación:

De la totalidad de pacientes atendidos, 40 presentaron discapacidad intelectual representando más de la mitad ósea el 93 %, mientras que un mínimo porcentaje (7 %) es decir 3 pacientes presentan discapacidad física.

Tabla No. 5

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO GENERAL

Patologías	Pacientes	Porcentaje
Caries	42	97,7 %
Desgastes	32	74,4 %
Pigmentaciones	32	74,4 %
Maloclusión	30	69,8 %
Disfunción ATM	33	76,7 %
Sialorrea	14	32,6 %
Enfermedad periodontal	37	86,0 %
Malposición	26	60,5 %
Macroglosia	7	16,3 %
Microdoncia	8	18,6 %

Fuente: Historias clínicas de la Carrera de Odontología
Elaborado por: Tania Criollo

Interpretación:

Las patologías orales de mayor prevalencia son la caries 97,7 % (42 pacientes) y la enfermedad periodontal que afecta al 86% (37 pacientes).

Se determinó que 33 pacientes (76,7 %) presentan disfunción de la ATM; este dato es muy compatible con el porcentaje de Maloclusión encontrado en 30 pacientes (69,8 %) y malposición dental en 26 pacientes (60,5 %) de la muestra.

También se pudo establecer la presencia de desgates y pigmentaciones en un 74,4 % de la muestra es decir que afectan a 32 pacientes cada uno.

La sialorrea afecta con mucha frecuencia a los jóvenes con capacidades diferentes, en el CEPRODIS se determinó que 14 pacientes (32,6 %) la presentan, y finalmente, se pudo establecer la existencia de microdoncia en 8 pacientes (18,6 %) y de macroglosia en 7 pacientes (16,3 %) de la población en estudio.

Tabla No. 6

PATOLOGÍAS POR EDAD EN PACIENTES DE SEXO MASCULINO

DE 13 A 23 AÑOS

Patologías	Nº de Pacientes	Porcentaje
Caries	15	100,0 %
Desgastes	12	80,0 %
Pigmentaciones	11	73,3 %
Maloclusion	8	53,3 %
Disfunción de la ATM	11	73,3 %
Sialorrea	4	26,7 %
Enfermedad Periodontal	14	93,3 %
Malposición	10	66,7 %
Macroglosia	2	13,3 %
Microdoncia	1	6,7 %

Fuente: Historias clínicas de la Carrera de Odontología
Elaborado por: Tania Criollo

Interpretación:

El numero de pacientes dentro del grupo de 13 a 23 años de edad es de 15, los cuales en su totalidad presentan caries (100 %) y enfermedad periodontal (93,3 %); es decir que comparando estos datos con el perfil epidemiológico general existe coincidencia entre ambas, por la mayor prevalencia de estas dos patologías.

Así mismo, se estableció la existencia de desgastes en el 80 % (12 pacientes), pigmentaciones 73,3 % (11 pacientes) y disfunción de la ATM en el 73,3 % (11 pacientes) que afecta a mas de la mitad de la muestra.

Se determinó la incidencia de malposición en el 66,7% (10 pacientes) y de maloclusión en el 53,3% del total de pacientes que se encuentran dentro de este grupo de edad.

Finalmente se pudo determinar que existe un porcentaje mínimo de pacientes que presentan Sialorrea siendo de 26,7% (4 pacientes), así como también de Macroglosia en un 13,3 % (2 pacientes) y Microdoncia en un 6,7 % (1 paciente), estas patologías son menos frecuentes pero es importante considerarlas porque están relacionadas directamente con el tipo de discapacidad que presente la persona.

Tabla No.7

PATOLOGÍAS POR EDAD EN PACIENTES DE SEXO MASCULINO

DE 24 A 33 AÑOS

Patologías	Nº de Pacientes	Porcentaje
Caries	7	100,0 %
Desgastes	6	85,7 %
Pigmentaciones	7	100,0 %
Maloclusion	5	71,4 %
Disfunción de la ATM	5	71,4 %
Sialorrea	2	28,6 %
Enfermedad Periodontal	7	100,0 %
Malposición	2	28,6 %
Macroglosia	1	14,3 %
Microdoncia	2	28,6 %

Fuente: Historias clínicas de la Carrera de Odontología
Elaborado por: Tania Criollo

Interpretación:

En este grupo de edad existe mayor prevalencia de caries, pigmentaciones y enfermedad periodontal; dado que afectan al 100 % de la muestra, es decir a los 7 pacientes que pertenecen a este grupo.

Así mismo, se estableció la existencia de desgastes 85,7 % (6 pacientes), maloclusion 71,4% (5 pacientes) y disfunción de la ATM que afecta al 71,4 % (5 pacientes) que coincide con el valor encontrado de maloclusion. Se determinó que la incidencia de sialorrea, microdoncia y malposición es de 2 pacientes cada una y representa el 28,6 % de la muestra. Por ultimo, la patología que menor incidencia presenta es Macroglosia que se presenta en 1 paciente y constituye el 14,3 %.

Tabla No.8

PATOLOGÍAS POR EDAD EN PACIENTES DE SEXO MASCULINO

DE 34 AÑOS Y MÁS

Patologías	Nº de Pacientes	Porcentaje
Caries	2	66,7 %
Desgastes	2	66,7 %
Pigmentaciones	2	66,7 %
Maloclusion	3	100,0 %
Disfunción de la ATM	3	100,0 %
Sialorrea	1	33,3 %
Enfermedad Periodontal	3	100,0 %
Malposición	1	33,3 %
Macroglosia	0	0,0 %
Microdoncia	0	0,0 %

Fuente: Historias clínicas de la Carrera de Odontología
Elaborado por: Tania Criollo

Interpretación:

El total de los hombres de 34 años y más es de tres personas; todos presentan mayor incidencia de patologías como maloclusion, disfunción de la ATM y enfermedad periodontal representando el 100%.

También existe un porcentaje elevado de caries, desgastes y pigmentaciones que afectan a 2 pacientes (66,7%) de la población analizada.

La incidencia de sialorrea y malposición dental en este grupo, es de 33,3 % para cada una, es decir que se presenta en 1 paciente.

Tabla No. 9

PATOLOGÍAS POR EDAD EN PACIENTES DE SEXO FEMENINO

DE 13 A 23 AÑOS

Patologías	Nº de Pacientes	Porcentaje
Caries	12	100,0 %
Desgastes	7	58,3 %
Pigmentaciones	7	58,3 %
Maloclusion	10	83,3 %
Disfunción de la ATM	9	75,0 %
Sialorrea	4	33,3 %
Enfermedad Periodontal	7	58,3 %
Malposición	9	75,0 %
Macroglosia	4	33,3 %
Microdoncia	5	42 %

Fuente: Historias clínicas de la Carrera de Odontología
Elaborado por: Tania Criollo

Interpretación:

Dentro de la edad comprendida entre 13 a 23 años, existe mayor incidencia de caries dental que afecta al 100% de la población analizada.

La maloclusion afecta a 10 mujeres que representan el 83,3 % lo que se relaciona con el porcentaje elevado de disfunción de la ATM y malposición que afecta a 9 pacientes (75%) de la muestra, se encontró también la presencia de desgastes, pigmentaciones y enfermedad periodontal en 7 pacientes (58,3 %). A diferencia de los hombres de esta edad, en las mujeres el porcentaje de pacientes que presentan microdoncia es mayor, afectando a 5 pacientes (42 %); y en un menor porcentaje se encontró la presencia de sialorrea y macroglosia en un 33,3%.

Tabla No. 10

PATOLOGÍAS POR EDAD EN PACIENTES DE SEXO FEMENINO

DE 24 A 33 AÑOS

Patologías	Nº de Pacientes	Porcentaje
Caries	5	100 %
Desgastes	4	80 %
Pigmentaciones	5	100 %
Maloclusion	3	60 %
Disfunción de la ATM	4	80 %
Sialorrea	3	60 %
Enfermedad Periodontal	5	100 %
Malposición	4	80 %
Macroglosia	0	0 %
Microdoncia	0	0 %

Fuente: Historias clínicas de la Carrera de Odontología
Elaborado por: Tania Criollo

Interpretación:

En este grupo, existe mayor incidencia de caries dental, pigmentaciones y enfermedad periodontal que afecta al 100% de la muestra.

La presencia de desgastes, disfunción de la ATM y malposición tiene una alta prevalencia, afectando al 80%. Finalmente, se encontró con un mínimo porcentaje la presencia de maloclusion y sialorrea en un 60% (3 pacientes); notándose la ausencia de microdoncia y macroglosia lo que difiere con los datos encontrados en los hombres de esta edad, y estableciendo una vez más que existe mayor prevalencia en el sexo femenino.

Tabla No. 11

PATOLOGÍAS POR EDAD EN PACIENTES DE SEXO FEMENINO

DE 34 AÑOS Y MÁS

Patologías	Nº de Pacientes	Porcentaje
Caries	1	100 %
Desgastes	1	100 %
Pigmentaciones	0	0 %
Maloclusion	1	100 %
Disfunción de la ATM	1	100 %
Sialorrea	0	0 %
Enfermedad Periodontal	1	100 %
Malposición	0	0 %
Macroglosia	0	0 %
Microdoncia	0	0 %

Fuente: Historias clínicas de la Carrera de Odontología
Elaborado por: Tania Criollo

Interpretación:

En la edad de 34 años y más existe 1 paciente; que presenta la mayoría de patologías entre ellas: caries, desgastes, maloclusion, disfunción de la ATM y enfermedad periodontal.

Tabla No. 12

Actividades de Rehabilitación realizadas

Actividades	Hombres	Porcentaje	Mujeres	Porcentaje
Restauraciones	17	100 %	12	100 %
Sellantes	4	23,5	2	16,7 %
Exodoncias	3	17,6	2	16,7 %

Fuente: Historias clínicas de la Carrera de Odontología
Elaborado por: Tania Criollo

Interpretación:

Las actividades realizadas tanto en los 17 hombres y 12 mujeres que colaboraron fueron restauraciones, sellantes y exodoncias.

En el sexo masculino, se realizo las restauraciones en los 17 pacientes rehabilitados, sellantes en 4 pacientes (23,5 %) y exodoncias en 3 pacientes (17,6 %).

Así mismo, en el sexo femenino, se hizo restauraciones en las 12 pacientes, sellantes en 2 pacientes (16,7 %) y exodoncias en 2 pacientes (16,7 %).

DISCUSION

En nuestro país un 13,2% de la población sufre alguna discapacidad, según datos de la Organización Panamericana de la Salud. (1998)

En la presente investigación, se determinó que la prevalencia de caries en dentición permanente fue del 97,7%, y no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos. En estudios realizados en Cuba, Japón y Norteamérica se señala que la prevalencia de caries es similar en pacientes discapacitados que en aquellos sin ningún tipo de impedimento, pero el número de dientes tratados es menor. Pirela, Salazar y Manzano (1999) reportan que en Venezuela la población discapacitada con uno de los mayores índices de caries dental es la que posee Parálisis Cerebral, producto de una dieta blanda, deficiente información sobre la prevención y curación de la caries dental, así como una mayor dificultad en el manejo odontológico de estos pacientes.

Otras investigaciones plantean que las niñas tienen una tasa de prevalencia de caries dental más alta y sustentan que es debido a la erupción temprana de los dientes en las mujeres, a pesar de que muchos investigadores han encontrado diferencias entre los sexos aún descontando la erupción más temprana.

Estos resultados no concuerdan con los obtenidos en este estudio, donde no se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos.

En el presente trabajo, también se evaluó la presencia de enfermedad periodontal en el 86% de los jóvenes que pertenecen al CEPRODIS de la ciudad de Loja. Es así que, en un estudio de la OPS (1999), en Perú la prevalencia de enfermedad periodontal fue del 85 % factible con los datos obtenidos en este trabajo.

Los tratamientos medicamentosos a los que están sometidos muchos de estos pacientes pueden aumentar el riesgo de patología bucodental (hipertrofias gingivales por hidantoína, psicofármacos y otras).

Un estudio de Yanetsy Caballero Hernández de Cuba (2009) indica que dentro de la gran variedad de patologías bucodentales que existen en este grupo de población, la enfermedad periodontal es el problema más importante a nivel estomatológico. La enfermedad periodontal, además de la placa bacteriana, se ve influenciada por otros muchos factores, tanto sistémicos como locales. La salud bucal de los discapacitados es significativamente peor que la de la población normal, pues existe una prevalencia universal de la enfermedad periodontal y una higiene bucal más pobre. La alta incidencia de dientes cariados y la mayor incidencia de dientes ausentes se observa con frecuencia. Esto puede interpretarse como que a la persona impedida, que busca tratamiento odontológico, se le extraen dientes más a menudo, ya sea porque los dientes no son restaurables o porque el estomatólogo elige la extracción en lugar del tratamiento conservador, debido a la dificultad en el manejo del paciente.

En lo referente a la Disfunción de la Articulación Temporomandibular se presenta en un 76,7 % que coincide con el porcentaje elevado de maloclusion 69,8 % y malposición 60,5 % encontrado en el presente trabajo; además de la presencia de desgastes y pigmentaciones que también ocupan un porcentaje alto que es de 74,4%. En lo referente a las maloclusiones, según Giménez Prats, la prevalencia es aproximadamente el doble que en la población en general.

En cuanto a los trastornos de la ATM, la Universidad Médica Santiago de Cuba en el 2006, indica que estos trastornos son significativamente más altos que en otros grupos

de población debido al desequilibrio del mecanismo neuromuscular o a las maloclusiones.

Un estudio realizado por Tahmassebi et al (2003), afirma que la prevalencia de sialorrea en pacientes con discapacidad suele estar presente hasta en un 58% de los casos, en contraposición con Chang, (1986) y Mier et al (2000) quienes proponen porcentajes más bajos; mientras que en los jóvenes de CEPRODIS se determinó la presencia de Sialorrea en un 32,6 %.

Así mismo, se pudo determinar, la presencia de microdoncia en un 18,6 % y de macroglosia en un 16,3%; es decir que comparando con un estudio realizado por López Ramírez Jonathan (2000), en donde la macroglosia presentó el 96.67%, y una menor frecuencia la microdoncia con el 33.33%; en el presente estudio existe una baja prevalencia de estas dos patologías.

CONCLUSIONES

a. Se construyó el perfil epidemiológico y se pudo determinar las enfermedades bucodentales de mayor prevalencia.
b. Las patologías que afectan con mayor frecuencia a las personas que pertenecen a esta institución, fueron la caries y la enfermedad periodontal.
c. La caries dental y la enfermedad periodontal son consecuencia de la mala higiene bucal, inadecuado uso y tipo de cepillo dental, excesiva ingesta de hidratos de carbono.
d. Se estableció que, las patologías de menor frecuencia fueron sialorrea, microdoncia y de macroglosia.
e. Se realizó actividades de prevención como la aplicación de sellantes de fosas y fisuras para la prevención de la caries dental; así como también actividades curativas como restauraciones, exodoncias y profilaxis; en aquellos pacientes que colaboraron en la atención.
f. En los casos en que el paciente podía comprender la importancia de los procedimientos de higiene bucal, se enseñó la técnica correcta de cepillado para que la realice por sus propios medios.

RECOMENDACIONES

a. Ejecutar un programa preventivo eficaz que ayude a mejorar la salud oral de las personas con capacidades diferentes, tomando en cuenta la existencia de factores sociales, económicos, físicos y médicos, que hacen difícil una buena atención odontológica.
b. Es necesario aumentar el interés de los profesionales de la salud oral por mejorar la calidad de vida mediante la prevención principalmente.
c. Incentivar a las familias de estas personas a promover, mejorar y mantener una buena salud oral.
d. Motivar en las familias de estos pacientes la importancia de acudir al odontólogo por lo menos dos veces al año.
e. Entender que la discapacidad no es motivo de discriminación, y que por lo tanto todos tenemos los mismos derechos sin importar nuestra condición.
f. Que las facultades de odontología incluyan dentro de su plan de estudios el tratamiento psicológico y odontológico de personas con capacidades diferentes.
g. Comprender que la discapacidad que presente una persona, no es impedimento para recibir una atención odontológica adecuada; sin dudar algunos requerirán hospitalización y muchos otros pueden ser tratados en consultorio.
h. No olvidar que la salud bucal de los pacientes con capacidades diferentes depende del trabajo conjunto del odontólogo, medico y los padres o familiares, todos los días y desde el nacimiento.
i. La salud bucal del niño con discapacidad es un aspecto de la salud integral que no debe postergarse, para así, asegurar una salud futura.

BIBLIOGRAFIA:

1. BOWLEY, Agatha H. y Gardner Leslie, (1993) "El Niño Minusválido – Guía Educativa y Psicológica para el Minusválido Orgánico". Editorial Continental S.A, Primera Edición, Pag.13.
2. BARRANCOS MOONEY Julio, (1999), "Operatoria dental", Editorial Medica Panamericana Argentina, Pág. 242 - 244, 290, 291.
3. BASCONES MARTÍNEZ Antonio, (2009). "Medicina Bucal". Editorial Ariel S.A España, Tercera Edición, Pág. 317, 318, 356 - 359,362, 363.
4. CARRANSA – SZNAJDER (1996) "Compendio de Periodoncia", Editorial Médica Panamericana, Argentina, Quinta Edición, Pag.32, 33, 39, 40, 41.
5. GENCO J. Robert (1993), "Periodoncia", Editorial Interamericana México, primera edición, Pág. 131
6. INEC (2001), "La Discapacidad en el Ecuador", Pág. 4, 17, 18, 19,20.
7. LASCARIS George, (2001), "Patologías de la Cavidad Bucal en Niños y Adolescentes", Editorial AMOLCA, Colombia, Primera Edición, Pag.12, 13,14.
8. MEZZOMO Elio, (2003) "Rehabilitación Oral para el Clínico". Editorial AMOLCA, México, Primera Edición, Pág. 607
9. MILES Cristhine (1995) "Educación Especial para Alumnos con Deficiencia Mental", Editorial Pax México, Primera Edición, Pág. 11 - 22
10. Ministerio de Trabajo y asuntos sociales – instituto de migraciones y servicios sociales (2000), "Valoración de las situaciones de minusvalía", Madrid, Pág. 2
11. O. HARRIS Norman (2005), "Odontología Preventiva Primaria", Editorial El Manual Moderno, México, 2da. edición, pág. 207, 410.

12. PINKHAM (2005), "Odontología Pediátrica", Editorial Mc Gram _ Hill Interamericana México, Tercera Edición, Pág. 44,45, 46 y 47

WEBGRAFIA:

1. www.discapacitados.org.es/Discapacidades/Tipos
2. www.scielo.org / Discapacidad Auditiva
3. www.Bibliotecasvirtuales/ Bioecologia bucal
4. www.actaodontologica.com
5. www.geosalud.org

ANEXOS

NOMINA DE ALUMNOS DEL CENTRO DE PROTECCIÓN AL DISCAPACITADO DE LA CIUDAD DE LOJA

No.	APELLIDOS	NOMBRES	No. DE CEDULA	No. CARNET DE DISCAPACIDAD	TIPO DE DISCAPACIDAD	PORCENTAJE
01	Alulima Morocho	Katherine Marisol	No tiene	113496	Intelectual y física	78%
02	Bustamante Jumbo	Katherine Vanessa	1105687634	11164	Intelectual	45%
03	Cañar Betancourt	Sandra Elizabeth	11035312711	11267	Intelectual	78%
04	Delgado Valverde	Karla Vanessa	1103910087	36589	Intelectual	70%
05	Granda Sarango	Mayra Elizabeth	1105330029	36570	Intelectual	50%
06	Guaman Amay	Jessica Soledad	1105695868	115949	Intelectual	68%
07	Jaramillo	Yadira	No tiene	No tiene	Intelectual	……
08	Jumbo Prieto	Gabriela Silvana	2900627454	No tiene	Intelectual	56%
09	Minga Armijos	Joselyn Idania	1105666697	112033	Intelectual	50%
10	Ortiz Soto	Rosa Elizabeth	1104683899	45664	Intelectual	75%
11	Ortiz Vera	Rosa Alexandra	1105439861	113556	Intelectual	70 %
12	Ordoñez Muñoz	Galuth del Rosario	1103411102	11100	Intelectual	38%
13	Peña Narváez	Yolanda Cecibel	1103625267	11279	Intelectual	80%
14	Pucha Medina	Nina Liliana	1104467277	111790	Intelectual	34%
15	Quishpe Malla	Glenda Julissa	1105069429	50429	Intelectual	55%
16	Sarango Pucha	Yuri Magali	11056666976	36570	Intelectual y física	100%
17	Sarango Ordoñez	María Susana	1104737380	111998	Intelectual	……..
18	Suarez	Yuri Tatiana	1900453927	No tiene	Intelectual	82 %

MUJERES

HOMBRRES

No.	APELLIDOS	NOMBRES	No. DE CEDULA	No. CARNET DE DISCAPACIDAD	TIPO DE DISCAPACIDAD	PORCENTAJE
01	Abendaño Armijos	Jorge Luis	1104594898	009418	Intelectual	80 %
02	Arrobo Uchuari	Milton Alejandro	1105040412	113275	Intelectual	……..
03	Arrobo Uchuari	Víctor Manuel	1105712994	11947	Intelectual	75%
04	Cabrera	Geovanny	No tiene	No tiene	Intelectual	……
05	Cajamarca Ambuludi	Jaime Antonio	1104389372	115423	Intelectual	40%
06	Chamba Calva	José Julián	1104905342	1132397	Intelectual	52%
07	Díaz Moreno	Danny Daniel	1104041338	34288	Intelectual	85%
08	Espinoza Flores	Edwin Eduardo	1103352074	11153	Intelectual	49%
09	Guaman Cañar	José Rodrigo	1102396965	112725	Intelectual	43%
10	Loaiza Castillo	Jorge Luis	1105003832	43822	Intelectual	80%
11	Márquez Riofrío	Max Roberto	1105060626	42617	Intelectual	45%
12	Merchán Briceño	Diego	……	……	Intelectual	78 %
13	Neira	Luis Fernando	1104905342	……	Intelectual	20 %
14	Ordoñez	Roberto Santiago	No tiene	No tiene	Intelectual	-------
15	Ovelencio	Wilson Aníbal	1104350424	11102	Intelectual	40%
16	Pacheco Castro	José Luis	1103982250	15363	Física – auditiva y Lenguaje	65%
17	Patiño	Diego Fernando	No tiene	No tiene	Intelectual	……
18	Quichimbo Apolo	Marco Vinicio	No tiene	No tiene	Física	…….
19	Quichimbo Pereira	Danilo	1104041338	No tiene	Intelectual	35 %
20	Quitizaca Márquez	John Paul	No cedulado	No tiene	Intelectual	
21	Severino Moncada	Edwin Giovanni	1105701914	42396	Intelectual y física	90%
22	Suarez Melgar	Pablo Eduardo	1104966062	114123	Intelectual	51%
23	Tandazo	German	----------	----------	Intelectual	--------
24	Torres Espinosa	Diego Enós	1105056210	28046	Intelectual	40%
25	Villegas Segarra	Juan Pablo	1104024391	11241	Intelectual	64%

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGIA

HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA **N° Historia Clínica**.....
DATOS GENERALES: **Fecha:**.....

Nombres y Apellidos: _____ C.I._____ Estado civil: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____ Lugar de trabajo: _____
Tipo de discapacidad: _____ Porcentaje: _____

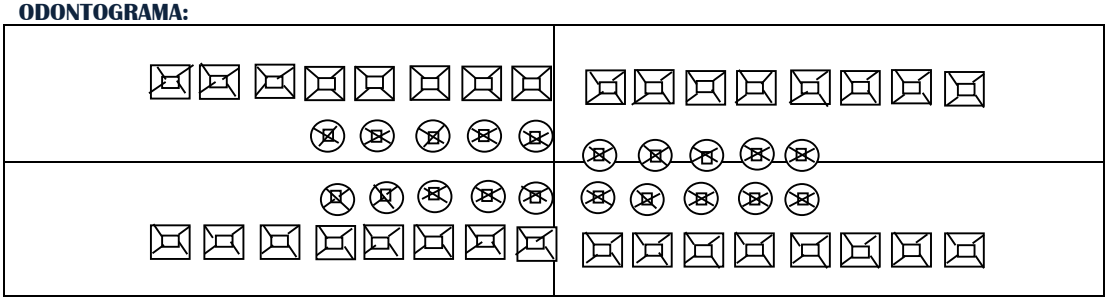
ANTECEDENTES GENERALES:
P.A. _____ Pulso: _____ F.R. _____ Temp._____
Actualmente esta en tratamiento medico: _____ Ha estado en tratamiento medico: _____
Datos sobre problemas de:
Complicaciones por anestesia: _____ Diabetes: _____
Sistema Nervioso: _____ Embarazo: _____
Sistema Renal: _____ Alergias: _____
Sistema Cardiovascular: _____ Enfermedades Infectocontagiosas: _____
Alteraciones hemorrágicas: _____ Hábitos: _____
Otros: _____ APF: _____

EXAMEN FÍSICO (EXTRA E INTRAORAL):
Piel _____ Labios_____ Ganglios Linfáticos_____
Tejido Muscular_____ A.T.M _____ Puntos dolorosos_____
Lengua_____ Paladar_____ Piso de la Boca_____
Carrillos_____ Encía_____ Glándulas Salivales_____
Oclusión_____
Mal posición maxilar_____ Maxilar Superior_____ Maxilar Inferior_____

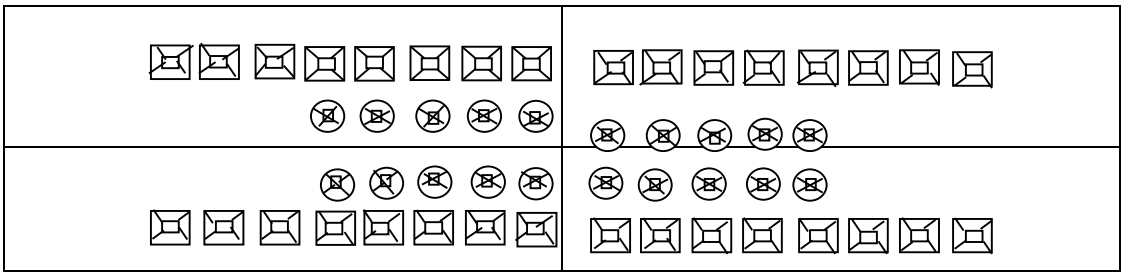
EXAMEN DENTARIO:
Mal formación dentaria: _____
Mal posición dentaria: _____
Desgaste: _____
Pigmentaciones: _____
Patología Pulpar: _____

EVALUACION PERIODONTAL:
Placa Bacteriana: _____
Materia Alba: _____
Cálculo: _____

ODONTOGRAMA:



TRATAMIENTOS REALIZADOS:



DIAGNOSTICO:____
____
____
____
____

PLAN DE TRATAMIENTO:

Profilaxis: _____ Tratamiento Periodontal: _______ Ortodoncia: ________

Rayos X: _______ Exodoncia: __________ Endodoncia: _______

Operatoria dental: ______ Sellantes: _________ Prótesis: __________

FECHA	ACTIVIDAD REALIZADA	RESPONSABLE	FIRMA DEL DOCENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr/a…… con cedula de identidad no. …… representante del/a joven ……

Autorizo a las estudiantes Tania Criollo y Maricela Melgar para que realicen los tratamientos pertinentes a la rehabilitación oral de mi representado mismos que incluyen en forma detallada los siguientes procedimientos:

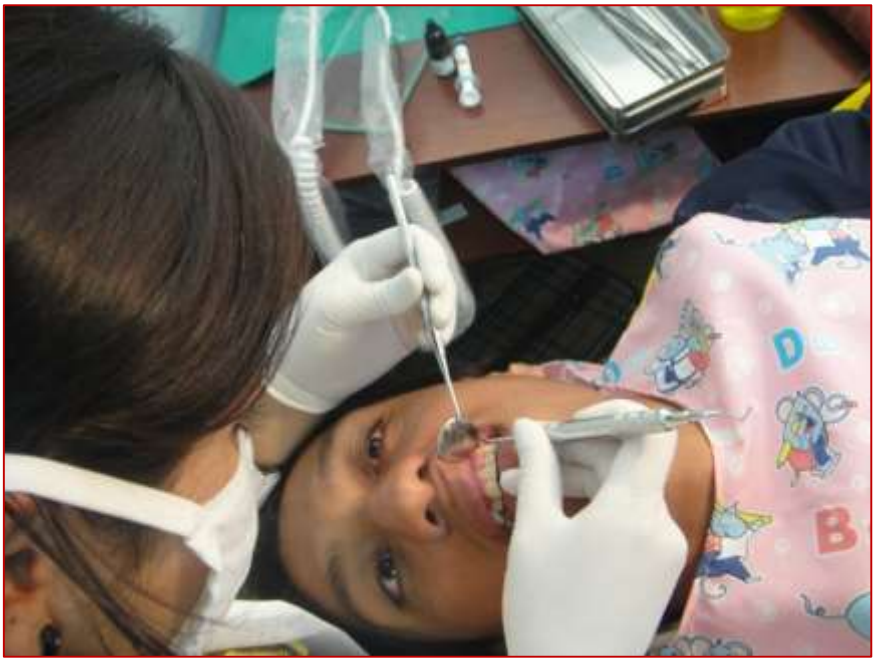
- Operatoria dentales (calzas) de los dientes que sea factible su realización debido a la presencia de caries.
- Exodoncias (extracción) si fuera necesario
- Sellantes en los dientes sanos como método preventivo
- Profilaxis (limpieza)
- Fluorización (tratamiento preventivo)

Dichos tratamientos serán realizados en los horarios establecidos dentro de dicha institución y bajo la tutoría de un docente.

……

Representante

JUNTOS



ANTES DEL TRATAMIENTO

DESPUESDEL TRATAMIENTO

ANTES DEL TRATAMIENTO

DESPUES DEL TRATAMIENTO

ANTES DEL TRATAMIENTO

DESPUES DEL TRATAMIENTO

ANTES DEL TRATAMIENTO

DESPUES DEL TRATAMIENTO